

Utforming av en helseteknologiordning

Utredning i samarbeid med Helsedirektoratet og KS

Versjon: Kl. 20:00, 15.11.2022 (0.85)

Unntatt offentlighet jfr. § 15.2



Dette er versjon v0.85 hvor de viktigste funnene og konklusjonene er beskrevet. Det gjenstår fortsatt arbeid med den samfunnsøkonomiske analysen, så tallene vil endre seg. Velferdsteknologi er ikke komplett integrert i utredningen, og det vises derfor til tilleggsdokument. Det gjenstår fortsatt arbeid med dokumentet, herunder:

- **Struktur**
- **Sammenhenger mellom ulike kapitler**
- **Språkvask**
- **Layout**
- **Innarbeiding av velferdsteknologi**

Publikasjonens tittel:

[Sett inn tittel]

Rapportnummer

[Sett inn rapportnr]

Utgitt:

[Sett inn dato]

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130
OSLO

Besøksadresse:

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

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1.1	Nærmere om omfang og avgrensninger	10
1.2	Metode og gjennomføring	10
1.3	Tidligere utredninger knyttet til visjonen Én innbygger - én journal.....	11
1.4	Definisjoner og begrepsavklaringer.....	12
2.1	Utilstrekkelig støtte for utførelse av helsehjelp	14
	Journalløsninger støtter ikke i tilstrekkelig grad arbeidsprosesser.....	14
	Fragmenterte journalløsninger og mangelfull samhandling.....	15
	Kommuner sliter med implementering og skalering av velferdsteknologi	15
	Utfordringer i markedet for journalløsninger og velferdsteknologi.....	16
2.2	Manglende standardisering og normering	17
2.3	Utfordringer ved anskaffelse og innføring av journalløsninger og velferdsteknologi	19
2.4	Tilgang på kompetanse og ressurser.....	20
	Krevende endrings- og omstillingsprosesser	20
	For svak og langsom gevinstrealisering.....	20
	Finansieringsmodeller som ikke stimulerer til investeringer	21
2.5	Problemer adressert i denne utredningen.....	21
3.1	Samfunns mål og effektmål.....	23
4.1	Nedvalg av tiltak for 2024.....	25
4.2	Tiltaksbeskrivelser	26
	Tilskudd til samordning for anskaffelser av journalløsninger.....	27
	Tilskudd til innføring av ny journalfunksjonalitet	29
	Etablere en godkjenningsordning.....	30
	Bevilgning til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering av journalløsninger.....	30
	Bistand til arbeid med bruk og tilpasning av standarder	31
5.1	Grunnleggende forutsetninger.....	32
	Forutsetninger og antakelser i analysen	32
	Berørte aktører	33
	Metode for vurdering av virkninger.....	34
5.2	Beskrivelse av de ulike ambisjonsnivåene.....	35
	Nullalternativet.....	35
	Ambisjonsnivå 1: Tilskudd til samordning av anskaffelse av journalløsninger.....	36

Ambisjonsnivå 2: Tilskudd til samordning av anskaffelse av journalløsninger og kompetanseløft på anskaffelser	37
Ambisjonsnivå 3: Tilskudd til samordning av anskaffelse av journalløsninger, innføring journalløsninger og kompetanseløft på anskaffelser	37
5.3 Samfunnsøkonomiske virkninger	38
5.4 Kostnadsvirkninger	41
Investeringskostnader	41
Drift-, forvaltnings- og tilskuddskostnader	42
5.5 Prissatte nyttevirksomheter	42
Økt effektivisering hos kommunene og leverandørene i anskaffelsesprosessen ..	43
Økt effektivisering hos kommunene og leverandørene i innføringsprosessen	46
Bedre kjøpsbetingelser	46
Skattefinansieringsgevinst	47
5.6 Ikke-prissatte nyttevirksomheter	47
Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten	48
Økt tillit og omdømme for kommunene	50
Økt verdiskaping blant journalleverandørene	52
5.7 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet	53
5.8 Fordelingsvirkninger	55
5.9 Usikkerhetsanalyse	55
5.10 Måloppnåelse	56
Forventninger til måloppnåelse over tid	56
Størrelsen på tilskuddsordningen påvirker måloppnåelse	57
Helseteknologiordningen alene løser ikke kommuners behov for samhandling ...	59
6.1 anbefaling	61
6.2 Forberedelser for helseteknologiordning	61
Konkretisering av tildelingskriterier	63
Evaluering og læring av tiltak i en helseteknologiordning	64
7.1 Utredning av test-, godkjenning,- og sertifiseringsordning for velferdsteknologi....	66
7.2 Tilskudd til følgeforskning initiert av kommunene	66
7.3 Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling for styrking av habilitering og rehabilitering	66
7.4 Utrede og iverksette ulike finansierings- og incitamentordninger for å ta i bruk velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging	67
7.5 Velferdsteknologi som del av helseteknologiordningen fra 2025	67
7.6 Ambisjonsnivåer for velferdsteknologi	68
Referanser	69
Vedlegg	73

Vedlegg 1: Krav og prosess for standardisering og normering	74
1. Anbefalte og obligatoriske standarder.....	74
2. Veiledere og retningslinjer.....	74
3. Forutsetninger for normering.....	75
4. Test og godkjenningsordning for meldingsstandarder.....	75
Vedlegg 2: utfordringer med dagens journalløsninger	77
1. Bruk av ulike journalløsninger innenfor en og samme kommune medfører ofte at vesentlige helseopplysninger ikke blir tilgjengelige	78
2. Utilstrekkelig basis funksjonalitet i journalløsningene medfører at helsepersonell bruker unødig mye tid på informasjonsinnhenting og dokumentasjon, og øker risiko for feil	79
3. Utvikling av beslutningsstøtte, kunnskapsstøtte og prosesstøtte kan gi bedre støtte av helsepersonells arbeid	79
4. Utilstrekkelig innføring medfører at helsepersonell bruker journalløsningene feil, og går glipp av nyttige funksjoner.....	79
5. Utilstrekkelige endringsprosesser og mangel på IT-infrastruktur kan medføre dobbeltarbeid eller redusert bruk av journalløsningen.....	79
6. Ustabilitet og feil i journalløsningene medfører usikkerhet hos helsepersonell og øker risiko for parallelle papirrutiner.....	80
Vedlegg 3: Brukerbehov innad i kommunene	81
Brukerbehov som beskrevet i konseptvalgutredningen [8].....	81
Vedlegg 4: Oversikt over interessentgrupper	85
1. Befolkning med pasienter og pårørende.....	85
2. Virksomheter som yter kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegetjenesten.....	85
3. Aktører som representerer og påvirker	87
4. Utvalgte leverandører	87
5. Interessentgrupper som ikke er involvert i denne fasen	88
Vedlegg 5: Forkastede tiltak	89
Vedlegg 6: Erfaringer fra insentivbruk med tilsvarende utfordringer fra andre land og sektorer	90
USA: HIPAA, HITECH og <i>Meaningful Use</i> ga sterk økning i anskaffede EPJ, men også utilsiktede konsekvenser	90
Storbritannia: Stor satsning på å styrke digitalisering og integrering av både helse- og sosialhjelp etter at <i>NHS Connecting for Health</i> mislykkes i 2013	91
Vedlegg 7: Usikkerhet i den samfunnsøkonomiske analysen	92
1. Antall berørte kommuner	92
2. Manglende kvalitet på veiledning og standardisering for anskaffelses- og innføringsprosessen	94
3. Manglende kvalitet i journalmarkedet.....	95

Vedlegg 8: Pågående aktuelle tiltak.....	97
Nasjonalt velferdsteknologi-program.....	97
Program for digital samhandling og program for legemidler	97
Nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene	98
Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd.....	98
Felles kommunal journal.....	98
Kommunal samstyringsmodell	99

UTKAST

Sammendrag

Dagens situasjon for kommunal helse- og omsorgssektor preges av utilstrekkelige og fragmenterte journalløsninger og mangelfull samhandling. Potensialet i velferdsteknologi er heller ikke tatt ut i sin helhet, og er bl.a. ikke tilstrekkelig integrert med dagens journalløsninger.

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å samarbeide med Helsedirektoratet og KS om å utrede en helseteknologiordning som gjennom finansielle og andre virkemidler gir incentiver for kommunene til å igangsette anskaffelser og innføre bedre journalløsninger, og til innføring av velferdsteknologi.

Formålet med ordningen er å avlaste risiko for kommuner som går foran, stimulere kommunene til å samordne seg, og bidra til mer forutsigbarhet for leverandører, ved at det blant annet skal legges større vekt på arbeidet med standardisering, normering og veiledning. Helseteknologiordningen skal kunne bygges ut over tid, men startpunktet skal være kommunal helse- og omsorgstjeneste og arbeidet med journalløsninger og velferdsteknologi.

Basert på virkemidlene som er tilgjengelige for en helseteknologiordning og rammevilkårene i oppdraget, må utredningen sette søkelys på utvalgte problemområder i dagens situasjon.

De utvalgte problemområdene er:

- Det er krevende anskaffelsesprosesser for velferdsteknologi og journalløsninger
- Det er mangelfull dekning for kostnader forbundet med implementering og innføring av velferdsteknologi og journalløsninger
- Dagens standarder er ikke dekkende for behovene, og det er mangelfull bruk av standardene som finnes

For *journalområdet* har utredningen identifisert følgende fem tiltak:

1. Tilskudd til samordning av anskaffelser av journalløsninger
2. Tilskudd til innføring av journalløsninger
3. Tilskudd til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering av journalløsninger
4. Etablering av en godkjenningsordning
5. Bistand til arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder

Det er utført samfunnsøkonomiske analyser av disse tiltakene i tre ulike ambisjonsnivåer, med hovedvekt på de tre første tiltakene. Konklusjonen av analysene er at ambisjonsnivå tre (det mest omfattende) anbefales som det mest lønnsomme.

For *velferdsteknologiområdet* har utredningen identifisert følgende tiltak:

- A. Fra og med 2024, foreslås 4 nye tiltak som vil styrke innføringstakten av velferdsteknologi

1. Utredning av en test-, godkjenning-, og sertifiseringsordning for velferdsteknologi
 2. Tilskudd til følgeforskning initiert av kommunene
 3. Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling i habilitering- og rehabiliteringstjenestene
 4. Utrede og iverksette ulike incitamenter for bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
- B. Fra og med 2025, foreslås en videreføring av tiltak fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, betinget utfallet av planlagt evaluering i 2023
1. Videre spredning av digital hjemmeoppfølging (DHO) for kroniske syke
 2. Spredning av VFT til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
 3. Etablering av varig struktur for kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi
 4. Prosessveiledning for kommuner
 5. Arkitektur og infrastruktur
 6. Sosial kontakt og økt digital helsekompetanse for eldre
 7. Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy

Tiltakene for begge områder er beskrevet på et overordnet nivå, og må detaljeres videre i 2023 før en helseteknologiordning kan starte fra 2024. Det legges opp til at det for hvert av tiltakene skal innhentes kunnskap og erfaring som gjør det mulig å justere utformingen av tiltakene underveis.

1 Innledning

Direktoratet for e-helse har ved tilleggsoppdrag nr. 10 til tildelingsbrevet for 2022 [1] fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede innholdet i en helseteknologiordning. Direktoratet er bedt om å samarbeide med Helsedirektoratet og KS om en ordning som gjennom finansielle og andre virkemidler skal gi incentiver for kommunene til å sette i gang med anskaffelser av bedre journalløsninger og til innføring av velferdsteknologi.

Formålet med ordningen er å avlaste risiko for kommuner som går foran, stimulere kommunene til å samordne seg, og bidra til mer forutsigbarhet for leverandører, ved at det blant annet skal legges større vekt på arbeidet med standardisering, normering og veiledning. Helseteknologiordningen skal kunne bygges ut over tid, men startpunktet er kommunal helse- og omsorgstjeneste og arbeidet med journalløsninger og velferdsteknologi.

Utredningen skal vurdere virkemidler som bidrar til å øke investeringene i markedet for helseteknologi, og som kan styrke kommunenes evne til å etablere og forvalte gode journalløsninger som dekker deres behov. Videre skal ordningen omfatte virkemidler som stimulerer til bruk av velferdsteknologi i kommunene og i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Nedenfor følger rammebetingelser for utredningen, gitt i oppdraget:

- a) Ordningen skal kunne bygges ut over tid, men startpunktet er kommunal helse- og omsorgstjeneste og arbeidet med journalløsninger og velferdsteknologi. Utredningen skal inkludere alternative ambisjonsnivå.
- b) Utredningen må vurdere hvordan ordningen best kan skape helhet og sammenheng for de ulike sporene for modernisering av pasientjournaler, dvs. mellom nivåene i helse- og omsorgssektoren og både innenfor og utenfor helseregion Midt-Norge.
- c) Ordningen skal inneholde tilskudd for risikoavlastning og stimuli for kommuner som ønsker å komme raskt i gang. Det skal være en fordel med kommunesamarbeid og eventuelt flere kommuner og helseforetak sammen. Ordningen må ses i sammenheng med KS' og kommunenes ambisjoner på e-helseområdet, inklusive arbeid med bedre journalløsninger og mulig etablering av «markeds plass».
- d) Det skal ses hen til statens ordinære virkemidler for innovasjon og næringsutvikling. Det bør vurderes om det kan bygges videre på erfaringer fra tilsvarende ordninger i regi av Innovasjon Norge. Fokus skal imidlertid være på ordninger som kan sikre at bruk av helseteknologi kommer i drift, heller enn å starte nye piloteringer.
- e) Tilskudd skal forutsette samsvar med (til enhver tid) gjeldende rett og at personvern og informasjonssikkerhet ivaretas på en god måte.
- f) Det skal tilrettelegges for at kommunene og leverandørene har tydelige krav og rammer å forholde seg til gjennom arbeidet med standardisering, sertifisering, normering og veiledning.
- g) Det skal legges til grunn en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom myndigheter, helseforetak, kommuner, leverandører og standardiseringsorganisasjoner.

Departementet ber om at utredningen inkluderer alternative ambisjonsnivåer og vurderer effekten av ulike kombinasjoner av virkemidler (tilskuddsordning, standardisering, sertifisering, normering og veiledning osv.). Utredningen skal også dekke økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til etablering, forvaltning og drift av ordningen. Dersom utredningsarbeidet viser behov for å belyse andre sider ved ordningen enn det som framkommer av oppdraget, forutsettes det at direktoratet inkluderer disse i arbeidet. Tilskuddene som foreslås, må være i samsvar med gjeldende rett. Dersom utredningen identifiserer tiltak som på lenger sikt vil kreve regelverksutvikling, kan det likevel være aktuelt å ta dette med i en videre utredning.

1.1 Nærmere om omfang og avgrensninger

Direktoratet har i tett dialog med oppdragsgiver og samarbeidspartnerne identifisert ytterligere rammebetingelser som utredningen har tatt utgangspunkt i:

- Tiltakene bør stimulere til en stegvis utvikling
- Tiltakene bør gi rom for å lære underveis, og må kunne justeres dersom de ikke gir ønsket effekt
- Helseteknologiordningens tiltak må fremme samordning og samarbeid mellom kommuner om å anskaffe og ta i bruk helseteknologi og se hen til etablerte samstyrisningsstrukturer i kommunal sektor, samt KS sin rolle i å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor
- Tiltakene bør ikke svekke andre tiltak som er i iverksatt på området
- Tiltakene må egne seg til å iverksettes i 2024. Tiltak som vil kreve lenger forberedelser, vil måtte vurderes på et senere tidspunkt

Begrepet helseteknologi er i denne utredningen avgrenset til journalløsninger og velferdsteknologi. Velferdsteknologi er forstått i henhold til ordlyden i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet - teknologi for trygghet, mestring, digital hjemmeoppfølging mv. Ordningen skal kunne bygges ut over tid, men startpunktet er kommunal helse- og omsorgstjeneste og arbeidet med journalløsninger og velferdsteknologi. Skal Helseteknologiordningen på et tidspunkt utvides til å inkludere spesialisthelsetjenesten, kan det være aktuelt å gi begrepet et videre innhold som sykehusteknologi. I utredningen der det vises til helseteknologi, dekker dette altså både journalområdet og velferdsteknologi.

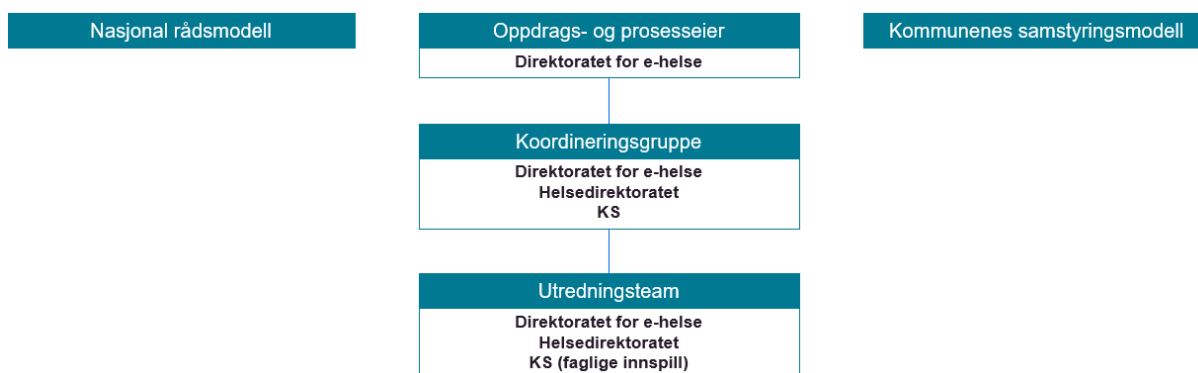
Nasjonalt velferdsteknologiprogram [2], er tilgangen på erfaringer med virkemidler rettet mot journalløsninger og velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester ulik. Det er ulik historikk og er ulike typer løsninger, derfor må de i enkelte tilfeller behandles separat. Deler av utredningsarbeidet i dette dokumentet, er av denne grunn, fordelt avhengig av fagdirektoratenes kompetanseområder. Det innebærer at Direktoratet for e-helse har hatt hovedansvaret for den delen av utredningen som omhandler journalløsninger, mens Helsedirektoratet er gitt hovedansvaret for vurdering av tiltak innen velferdsteknologi. KS har bidratt inn på begge områder.

1.2 Metode og gjennomføring

Utredningsteamet har bestått av fagressurser fra KS, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Som eier av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, har Helsedirektoratet bidratt spesielt på vurderinger knyttet til velferdsteknologi.

I tillegg har representanter fra helsenæringen blitt involvert. Fag- og profesjonsforeninger og pasient- og brukerorganisasjoner har blitt orientert underveis og blitt tatt med på råd i arbeidet.

En koordineringsgruppe bestående av ledere fra Helsedirektoratet, KS og Direktoratet for e-helse har hatt møter annenhver uke. Utredningsteamet har presentert status, drøftet ulike veivalg, og gitt innspill til gjennomføring av prosessen. I tillegg har hver virksomhet hatt løpende dialog mellom medlemmer av utredningsteamet og koordineringsgruppen.



Figur 1 Organiseringen av utredningen av helseteknologiordningen

KS har tatt ansvar for forankringsprosessen i samstyringsmodellen i kommunal sektor. Videre har utredningen vært drøftet i den nasjonale rådsmodellen for e-helse.

Utredningsinstruksen har blitt lagt til grunn for arbeidet, og det har blitt gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse. Rammebetingelsene for utredningen og føringene i oppdraget har imidlertid satt begrensninger for arbeidet med å identifisere tiltak på noen områder, for eksempel organisatoriske og regulatoriske virkemidler.

Forslag til tiltak har blitt utarbeidet av utredningsteamet i Direktoratet for e-helse og presentert for og diskutert i arbeidsmøter med KS og Helsedirektoratet. Oppdraget og mulige tiltak har vært diskutert med representanter for helsenæringen fra Abelia, IKT-Norge, Aleap og EPJ-leverandører til kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Oppdraget og mulige tiltak er også diskutert med Innovasjon Norge, fag- og profesjonsforeninger og pasient- og brukerorganisasjoner. Kommuneperspektivet har vært ivaretatt gjennom samarbeidet med KS og gjennom flere møter med IKT Nordhordland.

1.3 Tidligere utredninger knyttet til visjonen **Én innbygger - én journal**

Helseteknologiordningen skal gjennom finansielle og andre virkemidler gi incentiver for kommunene til å identifisere felles behov, involvere leverandørene tidlig og samarbeide om anskaffelser av bedre journalløsninger og innføring av velferdsteknologi. Når det gjelder journalløsninger, skal ordningen bidra til å øke investeringene i e-helsemarkedet og styrke kommunenes evne til å etablere og forvalte gode løsninger. Dette er problemstillinger det har vært jobbet med i flere år, og helseteknologiordningen må sees i lys av tidligere utredninger, beslutninger og erfaringer.

Direktoratet for e-helse har tidligere utredet ulike konsepter for etablering av en sammenhengende journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. I 2018

anbefalte Direktoratet for e-helse at behovet i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Midt-Norge skulle løses gjennom etablering av en felles kommunal løsning for pasientjournal (del av utredningens konsept 7). Tiltaket var ett av tre strategiske tiltak som sammen skulle realisere målbildet om en helhetlig løsning for dokumentasjon av helsehjelp og pasientadministrasjon, en visjon som hadde sitt utspring i Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal» [3] .

I mars 2020 ferdigstilte Direktoratet for e-helse en forprosjektrapport for anskaffelse og innføring av journalløsningen. Det ble blant annet anbefalt at forvaltningsansvaret og ansvaret for gjennomføringen av prosjektet skulle legges til en virksomhet med kommunalt majoritetseierskap. Anbefalingene fikk tilslutning i Stortinget høsten 2020, i forbindelse med vedtaket av statsbudsjettet for 2021. Det ble bevilget midler til og etablert en statlig tilskuddsordning for å dekke programkostnadene knyttet til etableringen av en felles løsning for kommunale journaler. Denne ordningen er imidlertid ikke videreført i forslaget til statsbudsjett for 2023. Dette medfører en risiko for at tiltaket vil bli avvirket, og dermed risiko for at målbildet for dokumentasjon av helsehjelp og pasientadministrasjon i kommunene ikke nås. Felles kommunal journal interim AS leverer versjon 0.8 av styringsdokument til ekstern kvalitetssikrer medio november 2022. Helseteknologiordningen vil kunne iverksette tiltak for å imøtekomme utfordringene med kommunale journalløsninger, og kan fungere som et steg i retning av en felles kommunal journal.

I statsbudsjettet for 2023 er det beskrevet at statens involvering i arbeidet med å forbedre kommunenes journaløsninger dreies fra programfinansiering til virkemidler som skal stimulere til at kommunene kan foreta investeringer. I utredningen nedenfor har Direktoratet for e-helse vurdert ulike tiltak innenfor en konseptuell retning, der staten støtter kommunene og leverandørmarkedet gjennom utvalgte tiltak, men innen rammene av dagens ansvars- og rollefordeling. De tidsmessige rammene for utredningen har imidlertid ikke gitt rom for på nytt å vurdere mer konseptuelle alternativer for hvordan kommunenes behov for bedre journaløsninger kan løses.

1.4 Definisjoner og begrepsavklaringer

I dette dokumentet skal begrepene oppgitt nedenfor forstås som følger:

Begrep	Forklaring
Anskaffelsesprosess	Proessen fra kommuner identifiserer og beskriver behov, planlegger innkjøp i dialog med markedet, samordner seg med andre kommuner og gjennomfører innkjøp av nye løsninger eller endringsbestillinger på eksisterende løsninger.
Datadeling	Deling av strukturerte data mellom helseaktører gjennom felles ressurser eller tjenester i sanntid [4] [5].
Dokumentdeling	En samhandlingsmodell hvor en konsument kan søke etter publiserte dokumenter fra andre produsenter og laste ned dokumenter fra et dokumentlager [6] [5].
Elektronisk pasientjournal (EPJ)	Elektronisk ført samling eller sammenstilling av opplysninger om en pasient som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp.
Elektronisk pasientjournalløsning	En teknisk løsning bestående av ett eller flere systemer som legger til rette for å føre elektroniske pasientjournaler.

Implementering	Det tekniske arbeidet knyttet til å ta i bruk IKT-løsninger. Inkluderer utsetting og oppkobling av maskinvare, installasjon av programvare og etablering av et regime for kontinuerlig drift og overvåking av løsningen.
Innføring	Det organisatoriske arbeidet knyttet til å ta i bruk IKT-løsninger. Inkluderer prosessendringer, informasjonsarbeid, motivering, forankring og opplæring.
Normering	Normere betyr å bringe i overensstemmelse med en norm eller å fastsette som norm. Direktoratet for e-helse har en faglig normerende rolle innen e-helse og utgir normerende produkter om ulike tema. Eksempler er kodeverk, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet og bruk av internasjonale standarder. Dette kan inkludere tilpasning av internasjonale standarder til nasjonale forhold.
Pasientjournal	Samling eller sammenstilling av de opplysninger om en pasient som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp, se helsepersonelloven § 40 første ledd og forskrift om pasientjournal § 4. Dette inkluderer både somatisk og psykiatrisk journal o.a., hver for seg eller samlet.
Samhandling	All form for kontakt, samarbeid og informasjonsutveksling på tvers av virksomheter med mål om å sikre riktig behandling og koordinerte tjenester. Samhandling kan skje på ulike måter, for eksempel gjennom elektroniske meldinger, datadeling, telefon, direkte kontakt, brev eller papirutskrifter som sendes med innbyggeren [7].
Samordning	Aktører som inngår et samarbeid og samler ressurser og kompetanse for å oppnå felles mål.
Standardisering	En standard er en felles oppskrift på hvordan noe skal lages eller gjennomføres, og standardisering er prosessen fra behov til ferdig utviklet standard. Standarder utarbeides i en standardiseringsprosess, der ulike aktører kommer med innspill og bidrar til å utarbeide standarden. Standardene vil som regel utarbeides i regi av en standardiseringsorganisasjon internasjonalt eller nasjonalt (eksempelvis HL7, ISO, CEN, Standard Norge).
Velferdsteknologi (VFT)	Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Denne definisjonen er hentet fra Norges offentlige utredninger (NOU - snl.no), Innovasjon i omsorg, og blir lagt til grunn både innenfor forvaltningsorganer på ulike nivåer og av utdannings- og forskningsinstitusjoner. I oppdragsbrevet for Helseteknologiordningen, nevnes digital hjemmeoppfølging (DHO) som del av velferdsteknologibegrepet, og det er også lagt til grunn i denne utredningen.

2 Dagens situasjon og problembeskrivelse

Kommunal helse- og omsorgstjeneste har i lang tid gitt uttrykk for at de har behov for mer effektiv samhandling og bedre journalløsninger. Dette kom til uttrykk allerede i Meld. St. 9 «En innbygger – en journal» i 2012 [3]. Konseptvalgutredningen for «Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste» [8] inkluderte i 2018 en omfattende behovsanalyse, hvor resultater fra flere andre undersøkelser [9] [10] [11] [12] ble innarbeidet. Behovsanalysen pekte på trender som vil medføre en kraftig økning i behovet for helse- og omsorgstjenester i kommunene i nær fremtid, samtidig som muligheten til å ansette mer helsepersonell vil være begrenset.

Flere Stortingsmeldinger har pekt på innføring av ny teknologi som en del av løsningen på de kapasitetsutfordringene de norske helsetjenestene står overfor [13]. Digitalisering av helsetjenester er antatt å kunne bidra vesentlig til å øke produktiviteten i helsetjenestene [14]. Det er følgelig behov for å styrke utbredelsen av nye og bedre digitale løsninger i den kommunale pleie- og omsorgssektoren.

2.1 Utilstrekkelig støtte for utførelse av helsehjelp

I dag opplever helsepersonell og andre ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste at de ikke har tilstrekkelig støtte i digitale verktøy for å utføre sitt arbeid. Det er en utfordring at helseopplysninger om innbyggerne ligger lagret i forskjellige digitale løsninger, som ikke snakker sammen eller kan samhandle. Dette gjelder både mellom tjenesteområder i kommunen og mellom kommunale helsetjenester og andre helseaktører. Mye tid går med på å samle og sammenstille informasjon om pasienter og brukere. Behovet for mer effektiv tilgang til relevant pasientinformasjon er stort, samtidig som hensynet til informasjonssikkerhet og personvern

Journalløsninger støtter ikke i tilstrekkelig grad arbeidsprosesser

I konseptvalgutredningen (KVU) for «Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste» [8] ble det funnet vesentlige utfordringer med dagens journalløsninger. Se også kapittel Vedlegg 2: Utfordringer med dagens journalløsninger 0. Følgende utfordringer ble identifisert:

1. Utfordringer knyttet til arbeid med pasienter:
 - a. Manglende tilgang på vesentlige deler av pasientjournalen og nødvendig informasjon for å ivareta kontinuitet, pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp
 - b. Manglende oversikt over informasjonen som er tilgjengelig, utilstrekkelig støtte av arbeidsprosesser, og manglende funksjonalitet for flere helsefaglige områder
 - c. Manglende tilgang på kunnskaps- og beslutningsstøtte
 - d. Utilstrekkelig brukervennlighet og mangelfull opplæring
 - e. Programvarefeil og hyppig nedetid

2. Behov for å utnytte helsedata bedre til styring, kvalitetsforbedring og forskning utledet av dagens situasjon.
3. Behov for bedre informasjonssikkerhet ved behandling av helseopplysninger i pasientjournalen.

Fragmenterte journalløsninger og mangelfull samhandling

Systemlandskapet for pasientjournalløsningene i kommunene er fragmentert, og hver kommune har ofte flere ulike løsninger som ikke kommuniserer godt nok med hverandre [8]. Det er et omfattende behov for samhandling mellom ulike helsetjenesteområder innenfor en og samme kommune, og særlig mellom fastleger og andre helsetjenesteområder [15]. Det er i tillegg et stort behov for samhandling med spesialisthelsetjenesten og med innbyggerne [8]. KS og Felles Kommunal Journal Interim AS utførte i 2022 en analyse av samhandlingsbehovet mellom helsetjenesteområder internt i en kommune, hvor disse funnene blir bekreftet [15].

Ulike helsetjenesteområder i kommunal helse- og omsorgstjeneste bruker egne tilpassede journalløsninger (i Helse Midt-Norge innføres én felles journal, Helseplattformen). Disse kan generelt deles inn i pleie og omsorg (PLO), fastleger, helsestasjon/skolehelsetjeneste, legevakt, øyeblikkelig hjelp døgnplasser (ØHD), og andre (f.eks. habilitering/rehabilitering, psykisk helsevern, fengselshelsetjeneste mv.). Samhandling mellom journalløsninger innad i kommunen er avgjørende for å sikre kontinuitet i helsehjelpen til pasienten. Den eksisterende samhandlingen er imidlertid ikke godt nok utviklet for å tilfredsstille behovet for samhandling. I tillegg bruker ofte en og samme kommune flere journalløsninger innenfor de samme helsetjenesteområdene, og dette gjør samhandling enda mer krevende [8] [15].

Det er ulike utfordringer i journalløsningene for de ulike helsetjenesteområdene. *Fastlegene* opplever å ha god funksjonalitet og støtte for samhandling, og journalløsningene byttes og oppgraderes relativt hyppig. Helsepersonell i kommunen for øvrig beskriver at de har behov for mer informasjon fra fastlegenes journalløsninger enn de får i dag [15]. *Helsestasjonenes og legevaktens* journalløsninger har ofte god funksjonalitet, men kan ha begrenset støtte for samhandling. Journalløsninger som er i bruk innen *pleie og omsorg (PLO)* har utilstrekkelig funksjonalitet på flere områder og har vesentlige mangler knyttet til samhandling. Noen av disse behovene kan dekkes ved å ta i bruk eksisterende meldingstyper, men mange av dem dekkes best ved at helsepersonellet slår opp helseopplysninger i andre journalløsninger, eventuelt kjernejournal selv, slik det er mulig med datadeling eller dokumentdeling (se avsnitt 1.4).

Når behovet for samhandling ikke blir dekket, medfører det at helsepersonell bruker tid på å innhente helseopplysninger, eller at helseopplysningene ikke er tilgjengelige i det hele tatt. Dette kan føre til ineffektiv ressursbruk, redusert pasientsikkerhet og økt forbruk av helse-tjenester, og kan bidra til å skape usikkerhet hos helsepersonell [15]. Eksempler på økt forbruk av helsetjenester er unødvendige undersøkelser eller innleggelses på sykehus som ellers kunne ha vært unngått.

Kommuner sliter med implementering og skalering av velferdsteknologi

Kommunene som har deltatt i velferdsteknologiprogrammet rapporterer at velferdsteknologi gir gevinster. Gevinstene finnes hovedsakelig langs tre akser: spart tid, unngåtte kostnader

og økt kvalitet. Tall fra kommunenes gevinstrapportering til Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at bruk av elektronisk medisineringsstøtte står for 48 prosent av gevinstene knyttet til frigjort tid. Tiden som frigis kan knyttes til færre besøk og mindre kjøring i hjemmetjenesten. 47 prosent av de innrapporterte gevinstene kan knyttes til unngåtte kostnader er relatert til bruk av digitalt tilsyn. De unngåtte kostnadene er relatert til redusert bemanning på natt. Kommunene rapporterer også om økt kvalitet for både brukere, ansatte og pårørende:

- For brukerne er de største gevinstene knyttet til økt opplevelse av frihet, mestring, selvstendighet, verdighet og fleksibilitet i hverdagen. I tillegg oppleves det enklere å komme i kontakt med de ansatte, samtidig som responstiden har blitt redusert.
- Ansatte i tjenesten rapporterer om redusert stress som følge av en jevnere arbeidsmengde i hverdagen, bedre samhandling og roligere arbeidsmiljø, samt færre avvik og økt pasientsikkerhet.
- Pårørende oppgir økt trykghetsfølelse som følge av mindre stress og bekymring for sine nærmeste. Enkelte nevner også at de opplever redusert belastning fordi brukerne er mer selvstendige og har mer forutsigbarhet i hverdagen.

Dataene vi har fra Kommunalt pasient- og brukerregister og direkte fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at vi neppe har realisert det fulle potensialet for implementering av velferdsteknologi i norske kommuner. Det er stor variasjon, og fremdeles relativt lave totaltall hva gjelder antall brukere som har velferdsteknologi som en del av tjenestetilbudet – selv om tallene har vært i jevn og stabil økning i de årene Nasjonalt velferdsteknologiprogram har eksistert. Det er derfor grunn til å anta at en større grad av implementering av velferdsteknologi i kommunene vil føre til økte gevinster, og at dette bør være noe av målet for en nasjonal helseteknologiordning. Disse gevinstene vil være viktige bidrag for å fremme økt bærekraft og økt omsorgskapasitet i helse- og omsorgstjenestene.

Utfordringer i markedet for journalløsninger og velferdsteknologi

Journalløsninger

Leverandørmarkedet for pleie- og omsorgsjournalløsninger og leverandørmarkedet for fastlegene domineres av tre leverandører i hvert marked. Det har i flere tiår vært lite endring i markedet. De siste årene har det vært noe oppkjøpsvirksomhet og konsolidering, og noen nye leverandører har kommet til. Imidlertid har ikke de nye leverandører så langt tatt betydelige markedsandeler.

De norske journalleverandørene har til nå hatt begrenset tilgang til langsiktige investeringsmidler. Omsetningen til journalleverandørene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble i 2018 anslått til å ligge på om lag 350 millioner kroner [8]. Dette har gitt lav kapasitet til å drive med videreutvikling av journalløsningene og til å realisere de funksjonelle behovene og behovene for samhandling i dagens helse- og omsorgstjeneste.

Med kun et fåtall leverandører, er kundene i en fastlåst situasjon med en høy terskel for å bytte leverandør [16]. Kostnadene for skifte av journalløsning er høye. I dagens løsninger er informasjonen innelåst i de ulike behandlernes journalløsninger. På grunn av innlåsing er det også ofte svært krevende og kostbart å gjøre selv små endringer eller å gi andre leverandører tilgang til informasjon for å kunne levere egne løsninger eller kunne bytte leverandører. Det er ikke mulig å bytte journalsystem uten å legge betydelig innsats i både

det å komme seg ut av forrige journalleverandør sitt produkt, og så på å tilpasse og implementere det nye journalsystemet i sin virksomhet. Leverandørene har hatt få incentiver for å utvikle løsningene. Kommunene har heller ikke samlet seg i tilstrekkelig grad overfor leverandørene slik at de har kunnet bidra til finansiering av nødvendig videreutvikling.

Velferdsteknologi

Det norske velferdsteknologimarkedet har samlet sett en markedsstørrelse på omkring en milliard norske kroner årlig og består i hovedsak av norske leverandører [17]. Markedet vokser bortimot 20 prosent årlig, og denne veksten kommer stort sett gjennom anskaffelser med ordinære og forutsigbare innkjøpsprosedyrer [16].

Et knippe større leverandører kaller seg integratorer, og tilbyr velferdsteknologiske plattformer som kan samle informasjon fra en underskog av produkter fra mindre leverandører. Det er få leverandører som tilbyr helt åpne plattformer. Dette betyr at kommunene ofte binder seg til ett økosystem når de velger hovedleverandør, og opplever plattformene som til dels nedlåste og proprietære. Dette markedet er større enn journalmarkedet, men likevel begrenset. Dette skyldes blant annet lav implementeringstakt.

Leverandørene forteller at de har produkter og tjenester, men at disse ikke kjøpes [16]. Det er få anskaffelser, og de anskaffelsene som kommer er gjennomgående små. I tillegg forteller leverandørene at det ikke er uvanlig at de reelle avropene etter kontraktsinngåelse er langt lavere enn volumene som indikeres i anskaffelsesprosessen. Leverandørene opplever usikkerhet knyttet til kundegruppens behov og etterspørsel. De peker på at markedet oppleves som tregt, og at langsomme beslutningsprosesser forsinket implementering av teknologi. Det etterspørres også i stor grad skreddersøm fremfor standardiserte løsninger som enklere kan skalere.

2.2 Manglende standardisering og normering

Standardiseringslandskapet blir stadig mer komplekst, og det er flere behov som skal dekkes på tvers av bruksområder. Dette omfatter utveksling mellom virksomheter, til innbyggere og hjem til pasienten. Rapporten *Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet* [16] viser at mange aktører understreker viktigheten av å etablere standarder, både for utvikling av helsetjenesten og for næringsutvikling, men at Norge på e-helseområdet ennå ikke har landet på en hensiktsmessig måte å jobbe med standarder på. Det etterlyses en klarere rolleavklaring mellom ulike aktører i dette arbeidet. Et annet funn i denne rapporten er at aktørene uttrykker bekymring rundt manglende kompetanse knyttet til bestiller-/innkjøpsrolle om hvilke standarder og regulatoriske krav leverandørene må tilpasse sine produkter og tjenester til.

Det er etablert en rekke standarder og andre normerende produkter for dagens meldingsutveksling. Rask teknologisk utvikling medfører imidlertid behov for mer standardisering og normering innen datadeling og dokumentdeling. Det er økt fokus på gjenbruk av informasjon og åpne løsninger for å unngå innlåsing av data. I tillegg er det behov for at journalløsningene tilrettelegges for mer automatisert innrapportering av data til helseregistre. Den raske teknologiske utviklingen gir et økende behov for å bruke erfaringer og kompetanse i markedet i utviklingen av standarder. Dette legger til rette for en mer smidig utviklingsprosess for standarder, bedre utnyttelse av potensialet i helsenæringen, og digitale løsninger tilpasset lokale behov og arbeidsprosesser.

Tydelige krav til bruk av felles standarder, kodeverk, terminologi og arkitektur er en forutsetning for å sikre god samhandlingsevne. For å kunne dele helseopplysninger og i større grad gjenbruke løsninger på tvers av virksomheter og nivåer i helse- og omsorgssektoren, er det avgjørende at aktørene i større grad bruker de samme standardene, og at de implementeres likt på tvers av løsninger. God og formålstjenlig normering er avgjørende for å oppnå dette. Se Figur 2 Oversikt over aktørgrupper med hovedansvarsområder for etablering av standarder og vedlegg 0 for en nærmere beskrivelse av krav og prosess for normering.

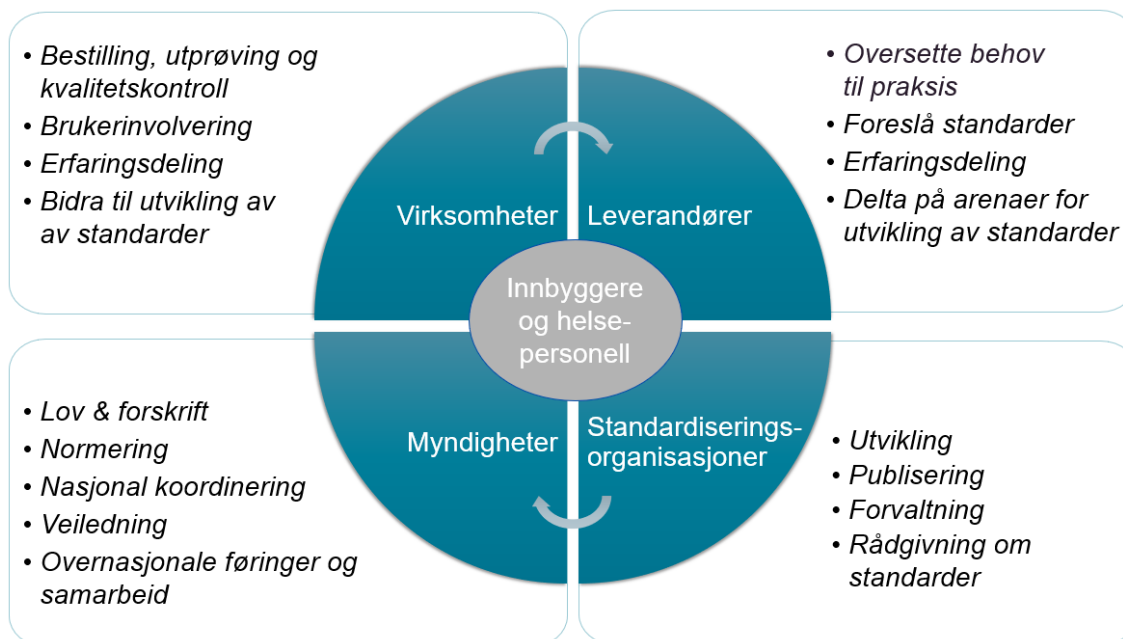
Internasjonalt standardiseringsarbeid

Deltakelse i internasjonalt standardiseringsarbeid er nødvendig for å sikre at sektoren får tidlig oversikt over relevante krav og forordninger. Det vil framover være et særskilt behov for å følge EUs arbeid med forordningen om European Health Data Space (EHDS) [18], som skal legge til rette for utveksling av helsedata på tvers av land i EU. Europakommisjonen ser for seg at helsedataområdet er operativt i 2025. Forordningen kan føre til at virksomheter og leverandører i Norge må gjøre store endringer i systemene sine. Forordningen medfører samtidig en mulighet for norske leverandører til å kunne tilby sine produkter på et større marked, og for at internasjonale aktører kan tilby produkter i Norge.

Samarbeidsmodell for internasjonale standarder

Direktoratet for e-helse har i perioden 2021-2022, i samråd med aktører i sektoren, utarbeidet en samarbeidsmodell for internasjonale standarder [19]. Modellen beskriver roller, ansvar og prosesser i arbeidet med å tilpasse og forvalte internasjonale e-helsestandarder i helse- og omsorgssektoren. Økt grad av samarbeid og erfaringsdeling og en mer tydelig rolleavklaring mellom ulike aktører i sektoren, skal bidra til raskere utvikling av nasjonale krav og rammer for bruk av standarder på områder der det er behov. Samarbeidsmodellen legger opp til involvering og koordinering på tvers av aktører og aktiviteter.

Samarbeid om standardisering er et generelt utviklingstrekk i ulike sektorer nasjonalt og internasjonalt, hvor standardisering skjer nært behovene. Samarbeidsmodellen legger til rette for at virksomheter og leverandører kan utvikle løsninger smidig og tilpasse seg endrede behov i takt med raskere teknologisk utvikling, og tydeliggjør hvordan markedet kan jobbe innovativt innenfor definerte nasjonale rammer.



Figur 2 Oversikt over aktørgrupper med hovedansvarsområder for etablering av standarder

Samarbeidsmodellen tar utgangspunkt i at Direktoratet for e-helse er en tydelig premissgiver som setter føringer og rammer for bruk av standarder gjennom utvikling av normerende produkter, lov og forskrift. Direktoratet skal også sørge for økt koordinering, kunnskapsdeling og veiledning i sektoren. Direktoratet skal framover styrke deltakelsen i relevant internasjonalt arbeid for å ivareta økt omfang av internasjonale krav og retningslinjer, spesielt fra EU.

Samarbeidsmodellen beskriver hvordan valg og erfaringer om bruk og tilpasning av standarder skal koordineres og deles i sektoren, og danne grunnlag for å utvikle og videreutvikle normerende produkter på nye områder. Aktører som virksomheter og leverandører må i større grad jobbe sammen, slik at virksomhetene, innenfor eksisterende nasjonale krav og rammer, kan stille tydelige krav om bruk og tilpasning av standarder når løsninger bestilles. Virksomhetene må også sikre at behov blant brukere ivaretas i prosessene, slik at innbyggere og helsepersonell står i sentrum når tekniske løsninger utvikles. Standardiseringsorganisasjonene skal bidra med kompetanse og rådgivning i prosessene.

Samarbeidsmodellen omfatter iverksetting av tiltak som samlet sett legger til rette for at aktørene får nødvendig støtte og kunnskapsgrunnlag for å kunne bestille, bruke og tilpasse standarder for sine formål.

2.3 Utfordringer ved anskaffelse og innføring av journalløsninger og velferdsteknologi

Det er identifisert ulike utfordringer i kommunene knyttet til anskaffelser og implementering av journalløsninger og velferdsteknologi.

2.4 Tilgang på kompetanse og ressurser

Mange kommuner har utilstrekkelig innkjøpskompetanse og mangel på ressurser for å gjennomføre kompliserte anskaffelser [16] [20]. Små kommuner har små innkjøpsmiljøer med lite kapasitet til å samordne og spre beste praksis, og få muligheter til å knytte til seg flere ressurser [21]. Innkjøperne i disse kommunene mangler ofte kompetanse om regulatoriske krav leverandørene må tilpasse sine løsninger til, har et ensidig fokus på pris, og velger hyppigere å beskrive spesifikke krav til løsningen fremfor å detaljere behovet som skal dekkes. Kommunene har ofte generelt lite ressurser til å gjennomføre komplekse anskaffelser. Større kommuner har mer ressurser, men har ikke nødvendigvis dedikerte stillinger på området. Konsekvensen av manglende kompetanse og ressurser er lavere kvalitet på innkjøpet av journalløsninger enn ønskelig, og at anskaffelser utføres for sjeldent.

En kartlegging av offentlige innkjøpssamarbeid [20] viser at innkjøp av IKT oppleves som godt egnet for samarbeid. Særlig små kommuner anser økt tilgang til kapasitet og kompetanse som en viktig grunn til å delta i samarbeid. Majoriteten av kommunene oppgir at innkjøpssamarbeid gir større innkjøpsmakt, bedre kjøpsbetingelser og bedre kvalitet på anskaffelsen.

En rapport om innkjøpssamarbeid i kommunesektoren [14] viser at ca. 70 prosent av landets kommuner deltar i til sammen 36 helhetlige innkjøpssamarbeid. Det er store geografiske forskjeller på deltagelse i slike innkjøpssamarbeid. Det er en overvekt av små kommuner med under 5 000 innbyggere blant de som ikke samarbeider.

Krevende endrings- og omstillingsprosesser

Å få til vellykket innføring av ny helseteknologi i helsetjenesten er krevende. I oppstartfasen kan nye løsninger gi merarbeid og økt tidsbruk for ansatte. Et stort antall ansatte må læres opp, og det må ofte skaffes vikarer for de som deltar i opplæringen. Det kan oppstå misnøye blant ansatte som følge av at endringene kommer i tillegg til vanlige oppgaver.

Endrings- og omstillingskostnadene er ofte betydelig høyere enn innkjøpskostnadene [7]. Innføringen må skje mens organisasjonen er i drift, noe som gir behov for å leie inn vikarer. Kartlegging og endring av arbeidsprosesser er tidkrevende, og krever spesialkompetanse. Videre vil det være behov for å tilpasse løsningen til lokale forhold, både til organisering og begrepsbruk. I de første ukene etter oppgraderingen, vil forekomsten av feil og ustabilitet være høyere enn ellers. Det kan også være behov for å gjøre ytterligere tilpasning av løsningen etter at virksomheten har gjort seg erfaringer med den nye løsningen.

Bestillere og leverandører i helse- og omsorgssektoren forteller at de fleste aktørene har evne til å initiere og iverksette utviklingsprosjekter innen digitalisering, men at de i stor grad mangler kapabilitetene til å ta i bruk disse løsningene. Det gir seg eksempelvis utslag i at piloter ikke kommer forbi pilotstadiet, at det er krevende å gjennomføre oppgraderinger av journalsystemer og at det er utfordrende å gå over på konsolidert infrastruktur [16].

For svak og langsom gevinstrealisering

Kompetanse på digital transformasjon (å endre de grunnleggende måtene virksomhetene løser oppgavene på ved hjelp av teknologi) er avgjørende for å oppnå gevinst av velferdsteknologi og ny journalfunksjonalitet. En rapport fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram oppgir at mange kommuner har kommet relativt kort i arbeidet med digital transformasjon [17]. Riksrevisjonen fant i 2016 at 65 prosent av administrativ ledelse i

kommunene ikke arbeider systematisk med gevinstrealisering ved digitalisering [22]. En mer oppdatert rapport fra KS fra 2021 gjennomført av Karabin [23] om gevinstrealisering i budsjettarbeidet i kommuner adresserer disse utfordringene og peker på at en eventuell ressursmangel (både kapasitet, kompetanse og penger) må møtes med proaktive tiltak, som bidrar til å realisere mål, strategier og gevinster.

Arbeid med endringsledelse og gevinstrealisering er krevende, og ved innføring av velferdsteknologi kan de løpende driftskostnadene bli høye. Gevinstdokumentasjon fra kommuner som deltar i Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at virksomhetene ikke oppnår gevinst om antallet brukere er for lavt. Det kan således være lettere å hente ut økonomiske effektiviseringsgevinster for store kommuner enn for små kommuner.

Villighet fra staten til å absorbere risikoen ved innovasjonen, pekes på som en sentral forutsetning for gevinstrealisering [24]. Det er utfordrende å erstatte tjenester med teknologi, og dermed hente produktivetsgevinster i form av reduserte kostnader og behov for færre ressurser.

Finansieringsmodeller som ikke stimulerer til investeringer

Dagens finansieringsordninger bidrar ikke til å fremme langsiktige investeringer og varig innføring av ny helseteknologi i kommunene. Aktører i sektoren peker på at eksisterende tilskuddsordninger ikke gir tilstrekkelig insentiver utover pilotstadiet. Nasjonale, regionale og kommunale innovasjonspotter og ordninger i regi av for eksempel Forskningsrådet, Innovasjon Norge og EU, er i stor grad rettet mot utvikling/pilotering av nye løsninger.

Eksisterende finansieringsordninger gir heller ikke insentiver til å investere i teknologi som tilrettelegger for digital samhandling på tvers av nivåer i helsesektoren. For eksempel vil kommuner som investerer i teknologi som kan redusere sykehusinnleggelses, oppleve økte kostnader, mens eventuelle gevinster realiseres i sykehusene. Spesialisthelsetjenesten har på sin side få finansielle insentiver til å investere i oppfølging av pasienter etter utskrivelse.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 beskriver at et mål for fremtidens finansieringsordninger er at de ikke er til hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på. Helse- direktoratet slår fast at det er behov for mer fleksible finansieringsordninger for hele sektoren som mer aktivt stimulerer til implementering. Finansieringssystemet bør videreutvikles for å inkludere incentiver for flere typer digitale verktøy. [25] Det er behov for å se på insentivmekanismer som stimulerer til økt innføring av nye e-helseløsninger.

2.5 Problemer adressert i denne utredningen

Beskrivelsen i kapittel 2.3 gir et overblikk over de viktigste problemene i dagens situasjon. Basert på rammene i oppdraget angitt i kapittel **Feil! Fant ikke referanseilden.** og virkemidlene som er tilgjengelige for en helseteknologiordning, kan helseteknologiordningen imidlertid ikke adressere alle de nevnte problemene. Problemene som vil adresseres av ordningen kan oppsummeres som følger:

Kommunene har utilstrekkelige journalløsninger med lite støtte for digital samhandling både internt i kommunen, mellom ulike tjenesteområder og med spesialisthelsetjenesten. Rask teknologisk utvikling medfører at det mangler standardisering og normering på mange områder, og dette begrenser samhandlingsevnen mellom løsninger og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er ressurskrevende og kompliserte anskaffelses- og

implementeringsprosesser for helseteknologi en utfordring, samt manglende finansiering av kostnader knyttet til innføring.

Kommunene opplever at det er krevende å innføre velferdsteknologi. En del av problemet er at innføring av velferdsteknologi forutsetter omfattende endrings- og omstillingsprosesser på tvers av tjenesteområder i kommunene.

Utredningen har med utgangspunkt i rammebetingelsene for utredningen og oppsummeringen av problemområdene valgt å adressere følgende problemer:

Krevende anskaffelsesprosesser for velferdsteknologi og journalløsninger

Med dette menes at anskaffelsesprosessene for både journalløsninger og velferdsteknologi er ressurskrevende og kompliserte, og at kommunene har behov for mer kompetanse på dette området. I tillegg er det behov for bedre samordning av anskaffelsene, og støtte til å utforme egnede krav til løsningene.

Manglende dekning for kostnader forbundet med implementering og innføring av velferdsteknologi og journalløsninger

Innføring av både velferdsteknologi og journalløsninger krever omfattende endrings- og omstillingsprosesser innad i og på tvers av tjenesteområder. Sistnevnte er særlig viktig for å ta i bruk velferdsteknologi og utnytte støtte for samhandling. Finansieringen av disse kostnadene er utilstrekkelig.

Standarder som ikke er dekkende og mangelfull bruk av eksisterende standarder

En rekke standarder knyttet til samhandling er fortsatt ikke implementert i flere journalløsninger. I tillegg finnes det behov for utveksling av informasjon hvor eksisterende standarder ikke er dekkende. Disse aspektene påvirker nytten av både journalløsninger og velferdsteknologi.

3 Mål

3.1 Samfunnsmål og effektmål

Stortingsmeldingen Én innbygger – én journal fra 2012 [3] setter tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.
- Data skal være tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Forslag til ny nasjonal e-helsestrategi [26] har definert tre overordnede mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren:

1. Kvalitet og sammenheng i tjenestene
2. Bærekraftig helse- og omsorgssektor
3. Innovasjonskraft i sektoren

På denne bakgrunn har vi i dette utredningsarbeidet etablert et målhierarki bestående av samfunnsmål og effektmål, som samlet angir retningen for virkemiddelbruken innenfor helseteknologiordningen på tiltaksområdet journal. Effektmålene for ordningen må kan oppdateres ved fremtidige justeringer av ordningen.



Figur 3: Samfunnsmål og effektmål

Effektmålene uttrykker den direkte effekten som ønskes oppnådd for brukerne av tiltaket, og er avledet av samfunns målet. Basert på rammene for utredningen og problembeskrivelsen, er det utledet tre effektmål.

Effektmål
<p>Bedre journalløsninger og økt samhandling</p> <p>Effektmålet innebærer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt kvalitet og effektivitet for kommunene, leverandørene og innbyggerne • Styrket samhandling og informasjonsdeling innad i og mellom kommuner, og med spesialisthelsetjenesten • Økt og mer koordinert bruk av standarder som gir tydeligere rammebetingelser, i form av nasjonale krav og anbefalinger om bruk av standarder for nye behov og økt semantisk samhandling. Dette legger til rette for at helseinformasjon kan deles innad i kommunene og på tvers av virksomheter og nivåer i helse- og omsorgssektoren
<p>Mer effektive anskaffelsesprosesser for kommunene og leverandørene</p> <p>Effektmålet innebærer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrket anskaffelseskompetanse på tvers av kommunene • Samordnet dialog med leverandørene • Reduserer dobbeltarbeid for både innkjøpere og leverandører • Økt innkjøpsmakt for de kommunale helsevirksomhetene • Redusert tid på anskaffelser for kommuner og leverandører • Økt kvalitet på anskaffelser
<p>Mer effektive og bedre innførings- og endringsprosesser for journalløsninger</p> <p>Effektmålet innebærer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre og mer effektive innførings- og endringsprosesser i kommunene • Økt kompetanse i kommunene om innførings- og endringsprosesser • Økt ibruktageelse av journalfunksjonalitet

Tabell 1: Tabellen viser identifiserte effektmål. For fullstendig oversikt over effekter, se kapittel 5.

4 Aktuelle tiltak for en helseteknologiordning

Merk at kapittel 4 gjelder for journalområdet. Tiltak på velferdsteknologi er i kapittel 7 og i eget tilleggsdokument.

Arbeidet med å identifisere relevante tiltak for en helseteknologiordning har tatt utgangspunkt i det statlige virkemiddelapparatet. Statlige virkemidler kan deles opp i regulatoriske, organisatoriske, finansielle og pedagogiske virkemidler:



Figur 4: Statlige virkemidler med aktuelle underpunkter. Dette viser hvilke virkemidler som er aktuelle for en helseteknologiordning

I utredningen har Direktoratet for e-helse vurdert ulike tiltak innenfor en konseptuell retning, der staten understøtter kommunene og leverandørmarkedet gjennom utvalgte tiltak, men innen rammene av dagens ansvars- og rollefordeling. De tidsmessige rammene for utredningen har imidlertid ikke gitt rom for på nytt å vurdere mer konseptuelle ulike alternativer for hvordan kommunenes behov for bedre journalløsninger kan løses. Tiltakene som er foreslått faller i kategoriene finansielle- og pedagogiske virkemidler:

- Tilskudd til samordning om anskaffelser av journalløsninger
- Tilskudd til innføring av ny journalfunksjonalitet
- Etablere en godkjenningssordning
- Bevilgning til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering av journalløsninger
- Bistand til arbeid med bruk og tilpasning av standarder

4.1 Nedvalg av tiltak for 2024

Arbeidet med å identifisere tiltak er gjort i to omganger:

- 1) En liste over aktuelle tiltak ble først vurdert med hensyn til hvorvidt de falt innenfor ordningens rammebetingelser beskrevet i kapittel **Feil! Fant ikke referansekinden.** og 1.1. Tiltakene som ble ansett som utenfor ordningens rammebetingelser ble forkastet. Vedlegg 0 gir en oversikt over tiltakene som ikke gikk videre til punkt 2.
- 2) Tiltakene som ble vurdert å falle innenfor rammebetingelsene for ordningen ble så vurdert opp mot vurderingskriteriene for prioritering av tiltak som er listet opp i tabellen nedenfor.

Vurderingskriterier for prioritering av tiltak	
<ul style="list-style-type: none"> • Tiltakets bidrag til å oppnå tilfredsstillende måloppnåelse • Tiltakets sannsynlighet for at nytten ved å benytte tiltaket overstiger kostnadene • Tiltakets egnethet for å lære underveis, og mulighet for å tilpasse utformingen dersom det ikke virker etter intensjonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltakets grad av avhengighet til andre planlagte eller pågående tiltak • Tiltakets grad av eventuell svekkende kraft på andre tiltak som er i bruk på området • Tiltakets egnethet til gjennomføring i 2024

Tabell 2: Vurderingskriterier for prioritering av virkemidler

Tiltakene som anses som aktuelle for helseteknologiordningen er:

- Tilskudd til samordning for anskaffelse av journalløsninger
- Tilskudd til innføring av ny journalfunksjonalitet
- Etablere en godkjenningsordning
- Bevilgning til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering av journalløsninger
- Bistand til arbeid med bruk og tilpasning av standarder

4.2 Tiltaksbeskrivelser

Det finnes i dag flere tiltak som er rettet spesifikt mot helse- og omsorgssektoren og som skal støtte kommunal anskaffelse og innføring. To eksempler er Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Leverandørutviklingsprogrammet [27]. Tiltak som skal støtte anskaffelse, innføring og ibruktakelse av ny helseteknologi bør ikke fragmenteres unødig, slik at kommuner må søke flere ulike ordninger samtidig for å støtte opp om dette formålet. Spesielt vil det for mindre kommuner være utfordrende, da de har mindre kapasitet og kompetanse til å delta i de ulike ordningene [28].

Det er en erfaring blant de små distriktskommunene at mange og spesialiserte ordninger innen samme område gjør det vanskelig å få oversikt, og finne en bestemt ordning som passer kommunenes behov [28]. Det kan derfor være en fordel å samle noen av ordningene for å gi bedre oversikt, og for at de ulike ordningene i større grad kan dekke behovene. Behov for støtte fra ulike ordninger for gjennomføring av ett og samme prosjekt, stiller ytterligere krav til kapasitet og kompetanse for gjennomføring av søknadsprosesser og rapportering. Samtidig er det hensiktsmessig at en tilskuddsordning ikke støtter flere formål, men heller har ett mål [29]. Til videre arbeid vil det være hensiktsmessig å vurdere eventuelle justeringer av de eksisterende virkemidlene på dette området, fremfor å fremsette helt nye. Se også beskrivelse av pågående tiltak i vedlegg 0.

I dette kapitlet gis en nærmere beskrivelse av tiltakene som anses som aktuelle for helseteknologiordningen. Tiltakene beskrives på overordnet nivå og arbeid med forberedelse for helseteknologiordningen fra 2024 bør identifisere beste praksiser og arbeidsformer som egner seg for formålene, inkludert hvilke av de kommunale nåværende praksiser og strukturer som kan gjenbrukes.

Tilskudd til samordning for anskaffelser av journalløsninger

Kapitlet beskriver tilskudd som skal støtte kommunene i arbeidet med å beskrive behov, leverandørdialog og anskaffelse for journalløsninger. Dette gjelder oppgradering eller bytte av eksisterende journalløsninger, eller ved behov for å konsolidere journalløsninger innenfor en og samme kommune. Med konsolidering menes her å erstatte separate journalløsninger med en felles journalløsning som dekker det samme behovet.

Det kan søkes om tilskudd til samordning om anskaffelser av journalløsninger fra kommunesamarbeid. Tilskuddet kan dekke eksempelvis følgende aktiviteter:

- *Til samordning mellom kommuner om beskrivelse av behov og gjennomføring av leverandørdialog (tidlig involvering om behov og utvikling) og anskaffelse*
- *Til kommuners arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder jf. samarbeidsmodell for internasjonale standarder*
- *Til konsolidering av journalsystemer*

Samarbeid mellom kommuner om behov, leverandørdialog og anskaffelse

Samarbeid gir rom for erfaringsutveksling, kompetansebygging, utvikling av nye ideer og løsninger og spredning av gode metoder for utforming av bestillinger med krav til løsninger. Samarbeid gir også gode forutsetninger for å fange opp krav og retningslinjer, samt hva som skjer i andre regioner som kan ha overføringsverdi. Gjennom samarbeid er det mulig å gjennomføre større og mer krevende utviklings- og innovasjonsprosjekter enn det små kommuner makter på egen hånd. Det blir også lettere å hente ut og formidle erfaringer med overføringsverdi til andre. Dette kan bidra til en styrket kraft bak behovet for felles standarder, og tydeliggjøre forventninger til leverandørene slik at de gjør investeringer i eksisterende løsninger. Dette kan også bidra til økt forutsigbarhet for leverandørene, og således styrke leverandørenes muligheter for å utvide egen kapasitet for programvareutvikling. Dette vil kunne på sikt bidra til en styrking av hjemmemarkedet for journalløsninger.

Tanken om samarbeid om anskaffelser mellom kommuner er ikke ny. Den har vært drivende for utvikling av flere interkommunale nettverk på flere områder, og står sentralt i Felles kommunal journal (FKJ) sin beskrivelse av «markeds plass». Behovet er utdypet under beskrivelser av markeds plassens innovasjonsarena, erfaringsarena samt utvikling av felles vilkår og krav til journalløsningene [30]. EPJ-løftet vurderes å være en unik og verdiskapende arena hvor myndigheter, brukere og leverandører møtes for å samarbeide, bygge tillit, dele informasjon og ha faglige diskusjoner, og bidrar til å styre EPJ-utviklingen slik at denne blir mer ensartet i Norge, samt gir forutsigbarhet for leverandørene [31].

Tilskuddet kan bidra til at kommuner som har behov for oppgradering eller anskaffelse av ny journalløsning, gjennomfører felles prosesser for å beskrive behov og prioriteringer og gjennomfører en felles leverandørdialog og anskaffelse. Dette er også aktuelt når en eller flere kommuner planlegger å konsolidere journalløsninger.

Det er et mål at kommunene som skal gjøre anskaffelser på journalområdet deltar i eksisterende nettverk og samarbeidsarenaer for leverandørdialog og konkurranse. Permanente innkjøpssamarbeid kan bidra til at opparbeidet kompetanse i større grad bevares og overføres til andre anskaffelser. Kommunene som går foran i å gjennomføre disse prosessene risikoavlastes med tilskudd.

Det bør stilles som vilkår for tilskuddet at et minimum antall kommuner inngår i et samarbeid om beskrivelse av felles behov, dialog med markedet og anskaffelse. Det anbefales å bygge videre på erfaringer gjort med felles anskaffelser av velferdsteknologi gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Leverandørutviklingsprogrammet, samt erfaringene fra utvikling av markedsplassen i FKJ. Det bør i 2023 sees nærmere på hvordan tilskuddet eventuelt kan kombineres/og eller samordnes med tilskudd til leverandører fra Innovasjon Norge, eksempelvis gjennom innovasjonskontrakter. Dette omtales nærmere i kapittel 6.3 Forberedelser for helseteknologiordningen fra 2024. Det bør også konkretiseres videre hvordan dette tiltaket kan styrke samhandling mellom kommuner og helseforetak, samt løsninger for bedre samhandling innad og mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder

Standardisering er en forutsetning for digital samhandling. Når kommuner gjennomfører anskaffelser, må de bestille og utvikle løsninger i henhold til nasjonale krav og anbefalinger om bruk av standarder, for å ivareta samhandlingsbehov for helsepersonell og innbyggere. Tildeling av tilskudd til anskaffelser og innføring kan gå til arbeid med bruk og tilpasning av standarder med forutsetning om koordinering og deling i sektoren, i henhold til Samarbeidsmodell for internasjonale standarder [19]. Dette legger til rette for at de aktørene som får tildelt midler, kan jobbe smidig og innovere innenfor området, og at deres erfaringer med standarder og tilpasninger blir løftet nasjonalt og gir tydelige rammer for andre aktører i etterkant. Dette vil forenkle prosessene for aktører som følger etter. Det vil dessuten bidra til å utvikle nye standarder, og støtte opp under behovet for standardisering på nye områder.

Standardisering er en kontinuerlig prosess som krever godt samarbeid og god forankring hos berørte aktører. Resultatet blir best når aktørene i helse- og omsorgssektoren, leverandører, innbyggere og helsepersonell jobber sammen og får mulighet til å løfte sine behov tidlig i prosessen. Dette tilrettelegger for at gode løsninger, tilpasset lokale arbeidsprosesser, kan gjenbrukes på tvers av helse- og omsorgstjenesten. Økt samarbeid om standarder vil bidra til tydeligere rammer og krav, og styrke forutsetningene for digital samhandling.

For kommuner som får tilskudd innebærer dette at de må:

- Stille tydelige krav om bruk av og eventuelt utvikling eller tilpasning av standarder ved bestilling av ny funksjonalitet og nye systemer
- Involvere brukere, leverandører, standardiseringsorganisasjoner og myndigheter, for å innhente nødvendig erfarings- og kunnskapsgrunnlag knyttet til valg og bruk av standarder
- Tilrettelegge for erfaringsdeling og gjenbruk i sektoren, som grunnlag for nasjonal normering

Tilskudd til innføring av ny journalfunksjonalitet

Kommunesamarbeid kan søke om tilskudd til innføring av ny journalfunksjonalitet, som skal gå til en eller flere av aktivitetene nedenfor:

- Til samarbeid for gjennomføring av endring i arbeidsprosesser ved bytte, oppgradering eller konsolidering av journalløsninger, og til bedre utnyttelse av funksjonalitet i eksisterende journaløsning
- Til innføring av ny samhandlingsfunksjonalitet i journaløsningene. Tiltaket bør omfatte virksomheter som skal endre måten de samhandler med andre på, inkludert når, hva og hvordan de utveksler informasjon med andre, og sikre koordinert endring av arbeidsprosesser.
- Til oppgraderinger eller nyanskaffelser av teknisk miljø eller tekniske tjenester som er nødvendig for å ta i bruk funksjonaliteten som planlagt, inkludert overgang til skybaserte tjenester. Dette kan også omfatte test- og godkjenningssløsninger.

Til andre kulepunkt: Dette kan for eksempel være hvis legevakt tar i bruk PLO-meldinger overfor hjemmesykepleien, må begge parter bli enige om hva meldingene skal brukes til, og hvilke forventninger man kan ha til den andre parten om svartider m.m.

Innføring av ny helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste er et omfattende arbeid som krever god planlegging, og må ta utgangspunkt i eksisterende samstyringsstrukturer og nettverk i kommunal sektor. EPJ-løftet peker i sin evaluering [31] på at verdien av gevinster realiseres når løsninger og ny funksjonalitet faktisk blir tatt i bruk. Eksisterende arbeidsprosesser og eventuelle endringer av dem skal beskrives, et stort antall ansatte skal læres opp og arbeidsprosessene skal endres, samtidig som helsetjenestene ytes uten avbrudd. Ved konsolidering av journaløsninger vil det også være behov for å avgjøre hvilke arbeidsprosesser, tilpasninger og konfigurasjoner som skal bevares og forkastes når ulike virksomheter skal begynne å bruke den samme journaløsningen. Tilskuddet vil kunne bidra til å dekke kostnader som oppstår i forbindelse med innføring, inkludert endringsprosesser, arbeid med realisering av gevinster og opplæring. Tilskuddet kan dekke innleie av kompetanse knyttet til endrings- og omstillingsarbeid, utgifter til vikarer for de som deltar i opplæring og utgifter til selve omstillingsarbeidet. Tilskuddet skal ikke brukes til normal drift av løsningen eller daglig brukeropfølging.

Tilskuddet kan dekke arbeid med bruk og tilpasning av standarder jf. Samarbeidsmodell for internasjonale standarder. I dette ligger test, kvalitetssikring og godkjenning av implementerte standarder og profiler. Ved å dele erfaringer fra dette arbeidet kan lokal kunnskap danne grunnlag for utarbeidelse av normerende produkter.

Kunnskap fra innføring av e-helseløsninger bør benyttes for å identifisere en mulig beste praksis for innføring. Det bør tilstrebes å dele kunnskap og erfaringer fra teknisk implementering og innføring av journaløsninger, eksempelvis tekniske tester. Det bør bygges videre på tilnærminger og metoder fra eksisterende nettverk som allerede jobber med å styrke innføringen av e-helseløsninger i kommunene, og hvordan kunnskap og ressurser fra disse kan benyttes til innføring av journaløsninger. Det videre arbeidet med å forberede helseteknologiordningen bør arbeide mot å identifisere dette, og å kunne vise til tiltak og metoder som har vist seg å være vellykkede for en god innføring av e-helseløsninger.

Etablere en godkjenningsordning

Det foreslås å etablere en godkjenningsordning som kan bekrefte overenstemmelse med for eksempel standarder, beste praksis i digitale løsninger og andre relevante krav. En slik ordning vil bidra til å bekrefte riktig bruk av standarder, og fungerer som kvalitetssikring for påfølgende prosjekter. Den kan dermed fungere som et hjelpemiddel for kommunene i anskaffelsesfasen, da det kan bidra til enklere forståelse av hvilke løsninger som møter kravene. Ordningen kan for eksempel utformes som en selvdeklareringsordning. En godkjenningsordning kan også gjøre det enklere for norske helseteknologiselskaper å tilby hjemmemarkedsprodukter i et internasjonalt marked. Det vil dermed være et virkemiddel som kan bidra til næringsutvikling. En godkjenningsordning vil kunne bidra til å synliggjøre standarder og krav til bruk av disse som allerede finnes i dag. Dette vil kunne bidra til mer forutsigbarhet for leverandørene.

Et tiltak knyttet til en selvdeklarerings-/godkjenningsordning, vil forutsette en ytterligere utredning. I forbindelse med høringen av forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren/-tjenesten (nå forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger) i 2012/2013 ble det gjort en konsekvensutredning [32] av innføring av en sertifiseringsordning. Utredningen beskriver tre ulike typer av sertifiseringsordninger:

- a. Selvdeklarering med kontroll av dokumentasjon, med mulighet for stikkprøver ved mistanke om at funksjonaliteten ikke er korrekt implementert i programvaren
- b. Selvdeklarering med mulighet for kontroll av dokumentasjon basert på stikkprøver (som alternativ a over) og testing i henhold til fastlagte testbeskrivelser av utvalgt funksjonalitet
- c. Full test av alle sertifiserbare krav ved godkjente/akkrediterte testlaboratorier

En ny utredning bør se til den tidligere konsekvensutredningen, men med utgangspunkt i dagens situasjon. Utredningen må sees i sammenheng med forslaget om krav til selvdeklarering for journalleverandører i EHDS. Det må også sees hen til pågående nasjonale aktiviteter, for eksempel sentralt styringsdokument for felles kommunal journal. Helsedirektoratet har gjennomført et arbeid med utforming av godkjenningsordning for helseapper, hvor et evalueringsrammeverk er testet ut. Det foregår arbeid på dette området for løsninger innenfor velferdsteknologi.

Bevilgning til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering av journalløsninger

Det er viktig å legge til rette for at teknologi kan bli implementert og tatt i bruk. Dette dreier seg om å overvinne de barrierene som forhindrer at den teknologien som allerede er tilgjengelig implementeres. Etablerte nettverk for kompetanseøkning og kunnskapsdeling på tvers av kommunene er sentrale i denne sammenheng. KS innovasjonsbarometer 2020 viser at kommunene bruker ulike kanaler for å spre innovasjoner, hvor den hyppigst brukte kanalen er gjennom nettverk [33].

Kommunenettverkene tilrettelegger for kompetanseøkning og kunnskapsdeling på tvers av kommuner. Nettverk er opprettet i forbindelse med eksempelvis Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det er behov for felles drøfting av problemstillinger som knytter

seg til arkitektur og infrastruktur, dialog med markedet, endringsledelse og innføring med mer. Direktoratet for e-helse forvalter tilskudd til nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene i regi av KS. Helsedirektoratet administrerer et tilskudd for oppbygging av varige kunnskapsnettverk på velferdsteknologiområdet. Det er behov for at dette også gjøres for journalområdet.

Fungerende nettverk på e-helseområdet kan benyttes til å beskrive felles behov og dele erfaring og kunnskap om journalområdet, dersom disse nettverkene egner seg til dette formålet. Dersom det ikke allerede finnes egnede nettverk eller samarbeid for journalområdet, bør slike opprettes. Oppsummert vil tilskuddet kunne ha følgende formål og forutsetninger:

- Etablere eller videreutvikle sentralt organisert nettverk på tvers av alle kommuner som skal oppgradere eller videreutvikle journalløsninger
- Bygge videre på Digi-nettverkene, innkjøpsnettverk eller andre eksisterende nettverk for samarbeid mellom kommuner
- Styrke tilgang på kompetanse, for eksempel ved tilskudd til å frikjøpe kompetanse fra andre kommuner eller anskaffe kompetanse fra leverandører for å bidra i innføringsprosessene
- Styrke spredning av kunnskap og erfaringer om innføring av e-helseløsninger

Det kan være behov for å se på om bevilgning kan gå til nasjonal koordinering og samordning for økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.

Bistand til arbeid med bruk og tilpasning av standarder

Dette omfatter tiltak som skal dekke kommunenes oppgaver knyttet til standardisering beskrevet i Samarbeidsmodell for internasjonale standarder [19], og som skal legge til rette for at løsninger utviklet i tilskuddsordningen gir verdi for kommunene som kommer etter og for samhandling med andre aktører. Det skal gi nytte direkte for kommunene i form av for eksempel

- Kompetansetiltak for tilpasning og bruk av standarder for kommunene, for eksempel i regi av standardiseringsorganisasjoner
- Prosessdriver som koordinerer kommunenes arbeid med valg og tilpasning av standarder og profiler på tvers av kommunesamarbeid
- Faggrupper som inkluderer bl.a. helsepersonell og innbyggere som gir råd om behov og aktuelle standarder på utvalgte områder.

Tiltakene skal samlet sett legge til rette for at kommunene og andre aktører får nødvendig bistand og kunnskapsgrunnlag til å beskrive behov for standarder og eventuell tilpasning i anskaffelses- og innføringsprosessene. Dette forenkler og styrker prosessene og gir nytte både for kommunene som går foran og for andre kommuner som kan dra nytte av arbeidet i ettertid. Foregangskommunene som får tildelt tilskudd, tilpasser standarder som andre kommuner og leverandører kan gjenbruke. Den faglige støtten som gis gjennom tiltakene, kan bidra til tydeligere bestillinger om bruk/tilpasning av standarder, og tilrettelegger dermed for økt kvalitet og løsninger tilpasset behov blant helsepersonell og innbyggere.

Bistand til arbeid med bruk og tilpasning av standarder vil være et viktig virkemiddel i tilskuddsordningen for å oppnå ønsket effekt. Manglende bistand til kommunenes arbeid kan medføre større grad av variasjon i tjenestene og svekke samhandlingsevnen i kommunene.

5 Samfunnsøkonomisk verdi av helseteknologiordningen

Merk at kapittel 5 gjelder for journalområdet, velferdsteknologi er i eget tilleggsdokument.

I dette kapitlet synliggjør vi nytte- og kostnadsvirkningene av tre ambisjonsnivåer (se 5.2). Innledningsvis gis det en kort beskrivelse av forutsetningene og metodene som er benyttet i analysen og hvordan vi har vurdert virkningene og nullalternativet. Deretter følger en beskrivelse av tiltakene, etterfulgt av de prissatte kostnadene samt en beskrivelse av de prissatte og ikke-prissatte nyttevirkningene. Vi har identifisert virkninger som berører kommunene, leverandørene, og på sikt også brukerne som helsearbeidere og pasienter. Tiltakene som identifisert og beskrevet som aktuelle for helseteknologiordningen er:

- Tilskudd til samordning for anskaffelse av journalløsninger
- Tilskudd til innføring av ny journalfunksjonalitet
- Etablere en godkjenningsordning
- Bevilgning til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering av journalløsninger
- Bistand til arbeid med bruk og tilpasning av standarder

5.1 Grunnleggende forutsetninger

Forutsetninger og antakelser i analysen

Kost-nytteanalysen er gjennomført i tråd med Finansdepartementets rundskriv «Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.», R-109/21 se tabell.

Begrep	Beregningsforutsetninger
Investeringsperiode	1 år (2023) for alle tiltakene
Levetid	7 år Tilskuddsperiode fra 2024-2028 samt forventer virkninger i tilskuddsperioden, samt to år etter avsluttet tilskuddsperiode
Analyseperiode	8 år (levetid i tillegg til investeringsperiode)
Kalkulasjonspriser	Brutto reallønn for henholdsvis kommuneansatte og ansatte i Direktoratet for e-helse er benyttet for å prissette verdien av endret tidsbruk. For øvrige virkninger er markedspriser benyttet.
Realprisjustering	All endring i tidsbruk realprisjusteres i henhold til R-109/21 da det forventes en årlig reallønnsvekst som følge av økt produktivitet. Med dette øker alternativkostnaden av tidsbruk.
Kalkulasjonsrente	I tråd med R-109/21 benyttes en kalkulasjonsrente lik 4,0 prosent
Nåverdi	Kontantstrømmene er neddiskontert til 2023 og presentert i 2022- kroner
Merverdi	De prissatte kostnadene inkluderer ikke merverdiavgift.

Skattefinansieringskostnad-/gevinst	Alle alternativer er planlagt finansiert over offentlige budsjetter og det beregnes en skattefinansieringskostnad på 20 prosent av investeringskostnadene. For effektiviseringsgevinster i offentlig sektor er det lagt på en skattefinansieringsgevinst på 20 prosent. Skattefinansieringskostnaden (- gevinsten) er den marginale kostnaden (nytten) ved (å unngå) å hente inn en ekstra skattekrone.
--	---

I tillegg til forutsetningene i tabellen over forutsettes det også at tilskuddet er utløsende for kommunens egne ressurser. Det vil si at kommunene selv finansierer selve kjøpet av ny eller videreutvikling av eksisterende journalløsning og at de selv bidrar med ressurser til anskaffelsesprosessen.

Kommunene i Midt-Norge er tatt ut av analysen der vi analyserer virkninger for tiltak som kun dekker anskaffelsesprosessen, som følge at det er et politisk ønske om at disse kommunene skal ta i bruk Helseplattformen. Kommunene i Midt-Norge er inkludert i analysen av tiltakene der tilskuddsordningen også dekker innføringsprosessen av Helseplattformen. Om kommuner i Midt-Norge kan søke om tilskudd gjenstår å avklare.

Tilskuddskostnader er en overføring mellom grupper. Fra stat til kommune i dette tilfellet. Tilskuddet som bevilges til kommunene kan ansees som en inntekt for kommunene og en kostnad for staten. Det vil si at det er en omfordeling som ikke påvirker den samfunnsøkonomiske lønnsomheten, men den har likevel en realøkonomisk virkning i form av skattefinansieringskostnaden. Derfor er den inkludert i vårt bruttoregnskap som en inntekt for kommunene og en kostnad for staten.

Berørte aktører

Ettersom det for en god samfunnsøkonomisk analyse er avgjørende å identifisere alle de relevante virkningene, og vurdere disse på en god og konsistent måte, har vi først kartlagt alle relevante berørte aktører. Dette er skissert i tabellen under. Tabellen illustrerer de aktørene som kan påvirkes av de foreslåtte tiltakene og hvordan aktøren kan bli berørt. For full oversikt over interessentgrupper i kategorier, se vedlegg 0.

Aktør	Hvordan aktøren kan bli berørt
Kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • Virkninger på ressursbruk i anskaffelsesprosesser • Virkninger på ressursbruk i innføringsprosessen • Virkninger på bedre kjøpsbetingelser • Virkninger på kvalitet på anskaffelsesprosessen • Virkninger på kvalitet på innføringsprosessen • På sikt, økt tillit og omdømme • På sikt, enklere samhandling mellom kommunene
Leverandører og marked	<ul style="list-style-type: none"> • Virkninger på ressursbruk knyttet til å fremskaffe informasjon til anskaffelsesprosesser • På sikt, et mer velfungerende marked • På sikt, et økt overskudd
Brukere (helsepersonell og pasienter)	<ul style="list-style-type: none"> • På sikt, økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten i kommunene • På sikt, enklere samhandling innenfor og mellom kommunene • På sikt, økt tilfredshet blant helsepersonell

Metode for vurdering av virkninger

I en samfunnsøkonomisk analyse skal man tallfeste og verdsette virkningene av tiltaket så langt det er mulig og hensiktsmessig. Det er hva som er faglig forsvarlig og mulig innenfor analysens tids- og kostnadsrammer som styrer hvor langt man kan gå i denne verdsettingen. I dette tilfellet har vi hatt grunnlag for å prissette kostnadene knyttet til investering og drift for hvert tiltak, og tilhørende skattefinansieringskostnad. Vi har også hatt grunnlag for å prissette forventet effektivisering i anskaffelsesprosessen og innføringsprosessen for kommunene og for leverandørene, samt virkningene på pris av samordnet leverandørdialog og anskaffelse. Virkningene som ikke kan verdsettes behandles som ikke-prissatte virkninger, men vurderes likevel etter samme grunnleggende prinsipper som de prissatte virkningene. I denne analysen er flere av de ikke prissatte virkningene ansett som svært betydningsfulle for vurderingen av tiltaket, eksempelvis virkningen på kvaliteten på journalløsninger på helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer at selv om virkningene ikke beregnes i kroner og øre er det de samfunnsøkonomiske effektene som vurderes også her, i form av endring i samfunnets ressursbruk eller endringen i samfunnets velferd/nytte.

Årsakene til at noen av virkningene i vår analyse behandles som ikke-prissatte virkninger er:

- Det er for lite eller for usikkert tallgrunnlag til å anslå forventningsverdier med et akseptabelt usikkerhetsnivå
- Det foreligger ikke gode kalkulasjonspriser eller mengdemål for virkningene (ala. verdi av rettssikkerhet, personvern etc.)
- Det er for lite grunnlag til å sannsynliggjøre årsaks-/virkningssammenhengen mellom tiltaket og virkningen
- Det er for mye usikkerhet forbundet med prissettingen.

Selv om virkninger behandles som ikke-prissatte etterstreber vi å følge samme framgangsmåte som for de prissatte virkningene ved å forsøke å identifisere hvor mange som blir berørt, hvor mye de blir berørt og hvor stor betalingsvilje de har for å få eller unngå virkningen.

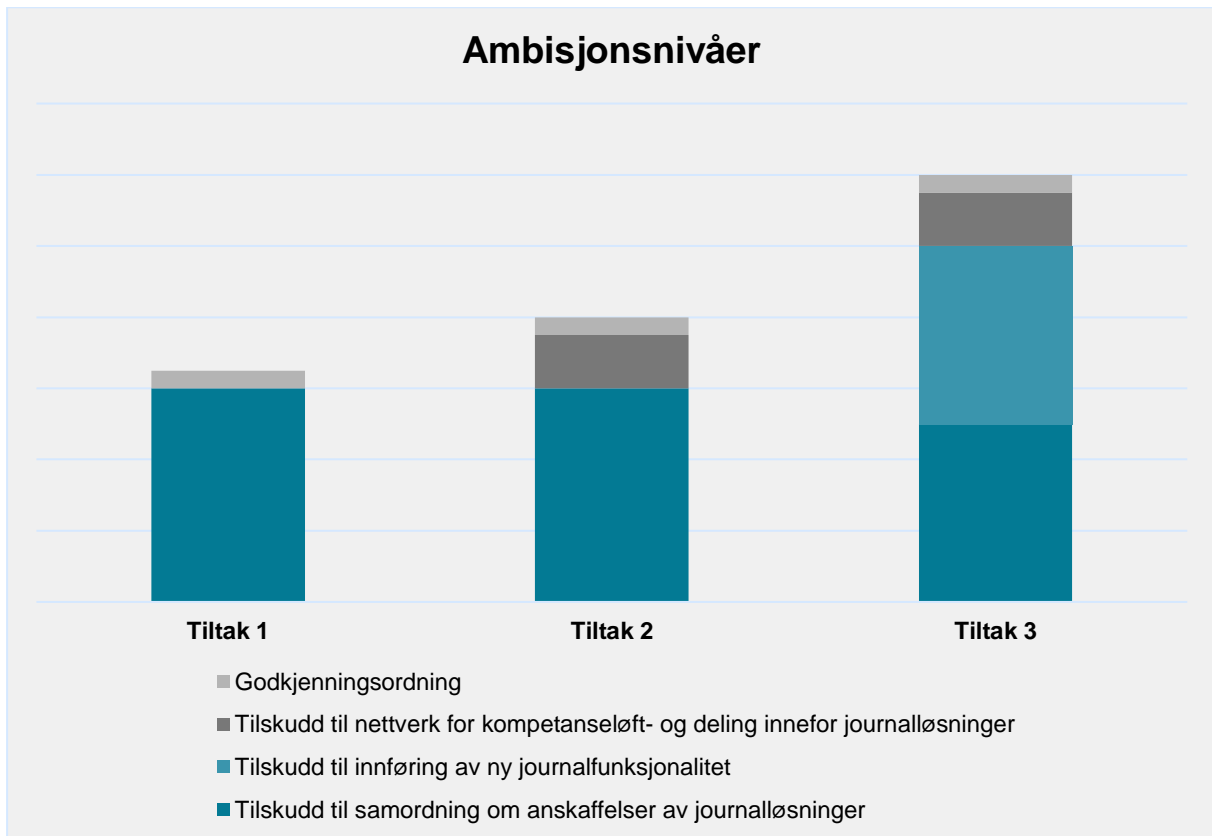
Vi beskriver virkningene og vurderer deretter deres samlede forventede konsekvens på en skala fra **Svært liten positiv** til **Svært stor positiv for nyttevirkninger** og fra **Svært liten negativ** til **Svært stor negativ for kostnadsvirkninger**. Den samlede konsekvensen følger tiltakene og sier noe om omfang og verdi på virkningen. Eksempelvis vil en virkning vurderes som å ha en **svært stor** samfunnsøkonomisk konsekvens dersom den enten treffer veldig mange og/eller er en prosess som gjennomføres hyppig, eller om det er en særlig negativ virkning som unngås. Skalaen er som følger:

Svært stor negativ	Stor negativ	Negativ	Liten negativ	Svært liten negativ	Ingen virkning	Svært liten positiv	Liten positiv	Positiv	Stor positiv	Svært stor positiv
--------------------	--------------	---------	---------------	---------------------	----------------	---------------------	---------------	---------	--------------	--------------------

Her bruker vi skalaen for å sammenligne tiltakene innad, slik at «Svært stor» er de største effektene vi ser for oss i denne sammenhengen og når vi vurderer de ulike tiltakene mot hverandre, ikke de største effektene som kan forekomme sett opp mot BNP eller andre størrelser.

5.2 Beskrivelse av de ulike ambisjonsnivåene

Med utgangspunkt i tiltakene beskrevet over er det utformet tre ulike ambisjonsnivå for helseteknologiordningen som det gjøres en samfunnsøkonomisk vurdering av. De ulike ambisjonsnivåene har ulik grad av tiltak i seg. Det laveste ambisjonsnivået (ambisjonsnivå 1) omfatter tilskudd til samordning om anskaffelser av journalløsninger, bistand til arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder, og en godkjenningssordning. Ambisjonsnivå 2 inkluderer også støtte til kompetansenettverkene. Ambisjonsnivå 3 omfatter i tillegg tilskudd til innføring av journalløsninger.



Figur 5: Tre ambisjonsnivåer for helseteknologiordning i 2024

Alle nytte- og kostnadsvirkningene av ambisjonsnivåene vurderes opp mot nullalternativet. Nullalternativet beskrives i Finansdepartementets rundskriv R-109/21 som en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. Det er kun vedtatte endringer og tiltak som skal være førende for utviklingen i nullalternativet.

Nullalternativet

Nullalternativet er referansen som de øvrige ambisjonsnivåene sammenlignes med.

Nullalternativet for kommunene antas følgende:

- Kommunene fortsetter som i dag og samordner i svært liten grad bestillinger om ny funksjonalitet i journalløsningene eller anskaffelser av nye journalløsninger
- Den kommunale innkjøpskapasitet og kompetansen er omtrent uendret og tilsvarende i problembeskrivelsen
- I nullalternativet antas det at under halvparten av kommunene har planer om å anskaffe/oppgradere en eller flere av journalløsningene i løpet av tiltaksperioden 2024-2025 basert på innsikt fra kommunene. Små kommuner med lite innkjøpsmiljø og kapasitet planlegger å gjennomføre enkle ordinære anskaffelsesprosesser, mens noen store og mellomstore kommuner med mer kompetanse og kapasitet i større grad planlegger mer omfattende anskaffelsesprosesser
- I nullalternativet vil KS vil gjennom allerede eksisterende nettverk og veiledningsmateriale støtte kommunene i innføring av nasjonale e-helseløsninger og bidra til å styrke kompetansen knyttet til innføring og gevinstrealisering blant kommunene i tiltaksperioden
- Det er ingen endring i aktørene kompetanse knyttet til standardisering eller tempo på utviklingen av nye standarder
- Det er ingen endring i dagens finansieringsmodell

Nullalternativet for leverandørene antas følgende:

- Journalleverandørenes transaksjonskostnader knyttet til bestillingen eller anskaffelse fra kommunene er uendret i forhold til i dag
- Utviklingen i journalmarkedet og investeringsnivået i markedet er som i dag Lavt investeringsnivå i markedet gir leverandørene liten utviklingskapasitet og små muligheter til å videre utvikle løsningen sine

Ambisjonsnivå 1: Tilskudd til samordning av anskaffelse av journalløsninger

Hva ambisjonsnivå 1 innebærer:

- Det opprettes en tilskuddordning på 60 millioner årlig over 5 år til samordning bestillinger av ny funksjonalitet i journalløsningene eller anskaffelser av nye journalløsninger.
- Tiltaket innebærer ingen nasjonal prosessveiledning eller faglig veiledning knyttet til anskaffelser, innkjøp eller innføring. Kommunen vil kunne få veiledning knyttet til søknadsprosess og prosjektrapportering
- Tiltaket innebærer bistand til arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder, og at det etableres en godkjenningsordning.
- Det settes av midler til følgeforskning og evaluering av tiltaket.
- Det antas at tilskudd er ressursutløsende og motiverer kommuner som i utgangspunktet ikke hadde tenkt til å oppgradere funksjonalitet i journalløsningene sine eller anskaffelser av nye journalløsninger. Totalt anslås det at rundt 50 prosent av kommunene vil bli direkte berørt gjennom kommunesamarbeid i løpet av en 5 årsperiode. Kommunene i Midt-Norge kan ikke søke om tilskudd til anskaffelse som følge av at det er et politisk ønske om at disse kommunene skal ta i bruk Helseplattformen.
- Tilskuddet skal gå til å dekke deler av kommunenes kostnader, noe egeninnsats eller finansiering må kommuner som samarbeider stille med selv. Kravene vil fremgå av tildelingskriteriene som vil utarbeides i 2023.
- Tildelingskriterier vil stille flere overordne krav til anskaffelse, for eksempel krav å om å støtte nasjonale samhandlingsløsninger, krav til følge obligatorisk standarder osv.
- Tilskuddsordningen kan bygges ut over tid til å inkludere flere tiltak

Gjennomføringsrisiko

- Gjennomføringsrisikoen er vurdert som moderat fordi tilskuddsordningen er avhengig av at kommunene selv søker og finner gode samarbeid
- Det er usikkert i hvilken grad tilskuddsforvaltningen vil gjøre det mulig kontrollere og følge opp at kravene i tildelingskriterier etterleves. Det er også noe usikkert om alle leverandørene kan klare å levere i tråd med de nye kravene
- Tiltaket inneholder få kompetansehevende tiltak, faglig støtte og veiledning og det er risiko for at tilskuddet kun vil appellere til kommuner som allerede har solid innkjøpskompetanse og kapasitet

Ambisjonsnivå 2: Tilskudd til samordning av anskaffelse av journalløsninger og kompetanseløft på anskaffelser

Ambisjonsnivå 2 innebærer:

- Det opprettes en tilskuddordning på 60 millioner årlig over 5 år til samordning av bestillinger av ny funksjonalitet i journalløsningene eller anskaffelser av nye journalløsninger. Det tilbys prosessveiledning og faglig rådgivning nasjonalt knyttet til anskaffelser og innkjøp.
- Tiltaket innebærer bistand til arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder, og at det etableres en godkjenningsordning
- I tillegg gis det en overføring til KS på 15 millioner for drive nettverk for kompetanseheving og kunnskapsdeling på tvers av kommunene
- Det settes av midler til følgeforskning og evaluering av tiltaket
- Antar at tilskuddet er ressursutløsende for kommuner som hadde planlagt en anskaffelse, samtidig som tilskuddet også motiverer kommuner som i utgangspunktet ikke hadde tenkt til å oppgradere funksjonalitet i journalløsningene sine eller anskaffelser av nye journalløsninger. Totalt anslås det at rundt 60 prosent av kommunene vil bli berørt av tiltaket i løpet av en 5 årsperiode. Kommunene i Midt-Norge kan ikke søke om tilskudd til anskaffelse som følge av at det er et politisk ønske om at disse kommunene skal ta i bruk Helseplattformen
- Tilskuddet skal gå til å dekke deler av kommunenes kostnader, noe egeninnsats eller finansiering må kommuner som samarbeider stille med selv. Disse kravene vil fremgå av tildelingskriteriene som vil utarbeides i 2023
- Tildelingskriterier stiller flere overordne krav til anskaffelse - for eksempel krav til å støtte nasjonale samhandlingsløsninger, krav til å følge obligatorisk standarder osv. Tilskuddsordningen kan bygges ut over tid til å inkludere flere tiltak

Gjennomføringsrisiko

- Gjennomføringsrisikoen er vurdert som moderat fordi tilskuddsordningen er avhengig av at kommunene selv søker og finner gode samarbeid
- Det er usikkert i hvilken grad tilskuddsforvaltningen vil gjøre det mulig kontrollere og følge opp at kravene i tildelingskriteriene etterleves. Det er også noe usikkert om alle leverandørene kan klarer å levere i tråd med de nye kravene

Ambisjonsnivå 3: Tilskudd til samordning av anskaffelse av journalløsninger, innføring journalløsninger og kompetanseløft på anskaffelser

Ambisjonsnivå 3 innebærer:

- Det opprettes en tilskuddordning på 100 millioner årlig over 5 år til samordning av a.) bestillinger ny funksjonalitet i journalløsningene og b.) innføring journalløsninger som kan søkes på av kommunesamarbeid. Det tilbys prosessveiledning og faglig rådgivning nasjonalt.
- Tiltaket innebærer bistand til arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder, og at det etableres en godkjenningsordning
- Tilskuddet til innføring kan bygges ut over tid også bidra til å dekke deler av innføringskostnadene av ny nasjonal samhandlingsfunksjonalitet.
- I tillegg gis den en overføring til KS på 15 millioner for å drive nettverk for kompetanseheving og kunnskapsdeling på tvers av kommunene
- Det settes av midler til følgeforskning og evaluering av tiltaket
- Tilskuddet skal gå til å dekke deler av kommunenes kostnader, noe egeninnsats eller finansiering må kommunene samarbeid stille med selv. Disse kravene vil fremgå av tildelingskriteriene.
- Totalt anslås det at rundt 68 prosent av kommunene vil bli berørt av tiltaket i løpet av en 5 årsperiode. Det forventes at flere vil bli berørt fordi tilskuddet også dekker innføringsprosessen og fordi kommuner i Midt-Norge også kan søke om tilskudd til innføring av Helseplattformen
- Antas at tilskudd er ressursutløsende
- Tildelingskriterier stiller flere overordne krav til anskaffelse - for eksempel krav til å støtte nasjonale samhandlingsløsninger, krav til å følge obligatorisk standarder osv.
- Tilskuddet gis også slik at kommunene kan bidra til å utvikle nye standarder iht. Samarbeidsmodellen for internasjonale standarder

Gjennomføringsrisiko

- Gjennomføringsrisikoen er vurdert som moderat. Dette skyldes at tilskuddet kan gi støtte til hele prosessen. Tilskudd til å kunne gjennomføre vellykkede innføring og endringsprosesser kan også bidra til bygge økt varig kompetanse i kommunene som kan anvendes på andre områder
- Det er usikkert i hvilken grad tilskuddsforvaltningen kan gjøre det mulig å kontrollere og følge opp at kravene i tildelingskriterier etterlevs. Det er også noe usikkert om alle

5.3 Samfunnsøkonomiske virkninger

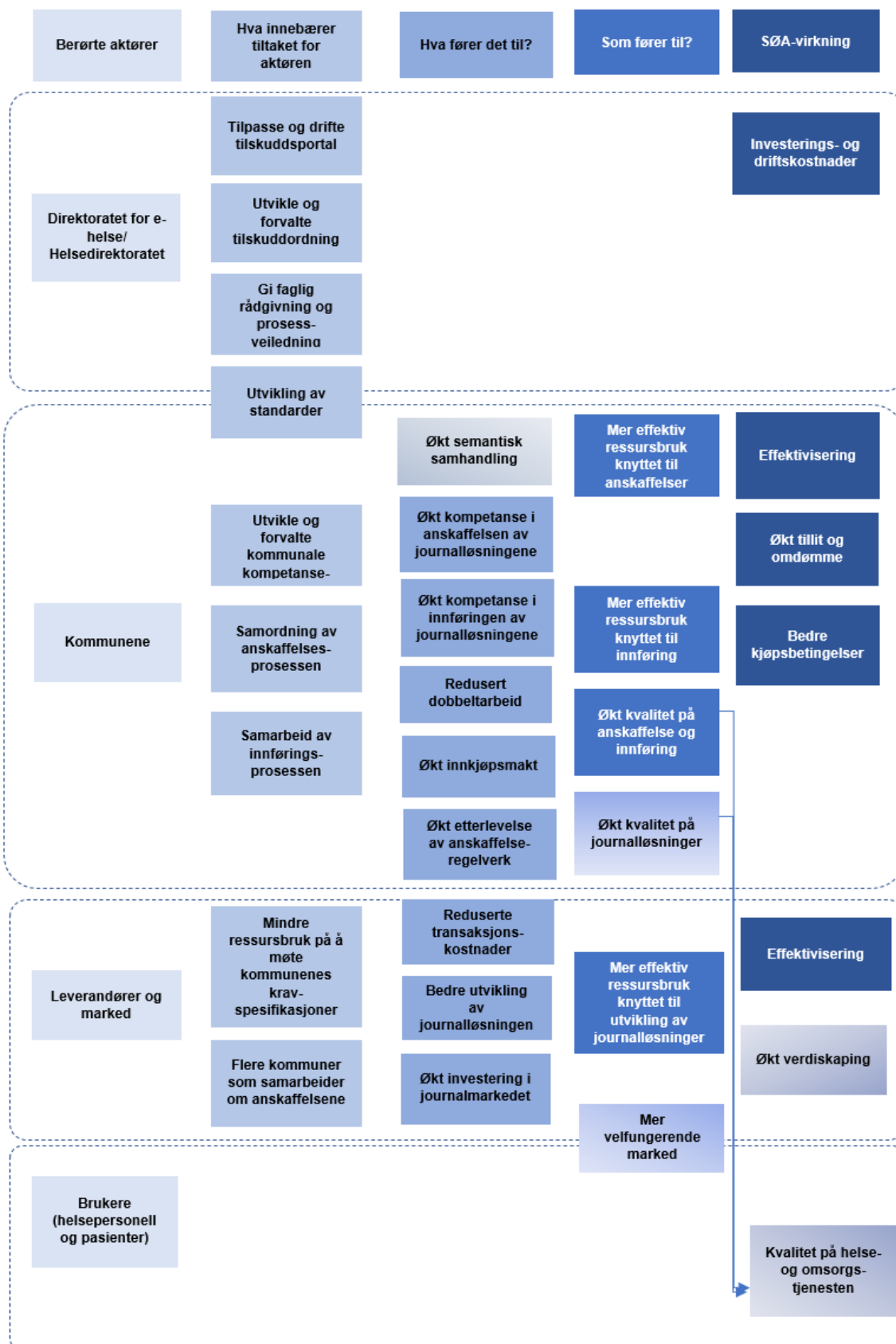
Virkninger av helseteknologiordningen er alle positive og negative effekter som oppstår som følge av tilskuddsordningene med ulike ambisjonsnivå. Virkninger defineres som endringer sammenliknet med nullalternativet, Virkninger av vedtatt politikk eller endringer som ville ha oppstått også uten etableringen av helseteknologiordningen skal derfor ikke inkluderes. Det er krevende å identifisere virkninger av en tilskuddsordning da det er forventet at tiltakene i liten grad vil gi direkte nytte, men at ordningen skal stimulere til økt nytte gjennom atferdsendringer og andre investeringer. Et eksempel på dette er tilskudd til samordning om anskaffelser av journalløsninger som gjennom investeringer i bedre journalløsninger vil kunne bidra til mer effektiv tidsbruk for helsepersonell og bedre pasientsikkerhet. Kostnadene knyttet til selve kjøpet av journalløsningen er ikke en del av tilskuddet og dermed heller ikke en kostnadsvirkning i den samfunnsøkonomiske analysen. Derfor kan heller ikke nyttevirkningene av en bedre journalløsning (eller bedre funksjonalitet i eksisterende system) inngå i analysen.

De foreslåtte tiltakene i de ulike ambisjonsnivåene forventes å føre til nytte- og kostnadsvirkninger fordelt på ulike aktører. Overordnet forventes det at ordningen skal utløse samordning mellom kommuner i anskaffelsene og at dette skal bidra til

kompetansespredning og ressurspredning i anskaffelsesprosessene og i innføringsprosessene på tvers av kommunene. Som følge av samlede anskaffelser og samlet dialog med leverandørene, i kombinasjon med økte investeringer i journalmarkedet, forventes det også at journalmarkedet vil utvikles over tid.

De prissatte nyttevirkningene fremkommer primært gjennom økt effektivisering og bedre kjøpsbetingelser for kommunene i anskaffelses- og innføringsprosessen. Gjennom enklere og bedre anskaffelses- og innføringsprosesser, samt at markedet for helseteknologi utvikles og løsningene blir bedre, forventes også virkninger som økt tillit og omdømme for kommunene. For helsepersonell og pasienter, kan det på sikt forventes økt arbeidstilfredshet og en bedre kvalitet på helse- og omsorgstjenesten.

I figuren under vises et årsaks-virkningsdiagram der det illustreres hvordan ambisjonsnivå 3 kan forventes å påvirke de ulike aktørene. Boksene som har en gradert farge, er virkninger som forventes lengre ut i tid. På kort sikt forventes hovedsakelig virkninger anskaffelses- og innføringsprosessen. Virkninger som utvikling i markedet for journaløsninger og økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten forventes på lengre sikt.



Figur 6 Forventede virkninger av en helseteknologiordning

5.4 Kostnadsvirkninger

De samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til de ulike ambisjonsnivåene er delt inn i følgende kategorier:

- Investerings- og utviklingskostnader
- Drifts-, forvaltnings- og tilskuddskostnader (tilskudd til kommunale samarbeid og kommunale nettverk)
- Skattefinansieringskostnader

En sammenstilling av kostnadene i mill. kroner over analyseperiodens syv år er vist i tabellen under.

	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Investeringskostnader	13	14	14
Drifts-, forvaltnings- og tilskuddskostnader	326	417	609
Skattefinansieringskostnad	68	86	125
Sum prissatte kostnadsvirkninger	407	518	748

Tabell 3 Oversikt over kostnadsvirkninger som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene. Alle virkninger vises som forskjell fra nullalternativet og som nåverdi 2022-kroner

Investeringskostnader

Investeringskostnadene omfatter kostnader til etablering av helseteknologiordningen. Investeringsperioden går over ett år, 2023. Investeringsperioden er lik for de tre ambisjonsnivåene.

I 2023 utredes og planlegges det for innretningen av tilskuddsordningen. Omfanget av aktivitetene i planleggingsperioden avhenger av valgte ambisjonsnivå av tiltak. Utviklingen av tilskuddsregelverket og planleggingen av tilskuddsforvaltningen er mer ressurskrevende i ambisjonsnivå 2 og 3 sammenlignet med ambisjonsnivå 1 grunnet ressursbruk til planlegging og tilrettelegging for veiledning- og prosessoppfølging. Helsedirektoratet drifter og forvalter en tilskuddsportaler i dag. Denne tilskuddsportalen omfatter også Velferdsteknologiprogrammet og Digital hjemmeoppfølging. Direktoratet for e-helse vil i 2023 undersøke om helseteknologiordningen også kan inkluderes i denne portalen.

I tillegg til investeringskostnadene som direkte følger tilskuddsordningen, vil det være investering i utredning av en godkjenningsordning og andre tiltak knyttet til Samarbeidsmodell for internasjonale standarder i 2023. Disse er viktige for å lykkes med gode effekter av en tilskuddsordning.

Slik vi kan se av Tabell 2 over er de estimerte investeringskostnadene for Ambisjonsnivå 1 13 MNOK over analyseperioden, Ambisjonsnivå 2 14 MNOK over analyseperioden og Ambisjonsnivå 3 14 MNOK over analyseperioden. Den største delen av ressursbruken i investeringsperioden er årsverksressurser i alle tiltakene.

Drift-, forvaltnings- og tilskuddskostnader

I drifts- og forvaltningskostnader inngår hovedsakelig ressursbruk til tilskuddsforvaltningen og ressursbruk til prosess- og faglig oppfølging av kommunene som mottar tilskuddet. I tillegg kommer den største kostnadsposten, som er selve tilskuddet.

Ambisjonsnivå 1 har de laveste drift- og forvaltningskostnadene fordi det ambisjonsnivået ikke inkluderer prosess- og faglig veiledning, men kun forvaltning av selve tilskuddet og en godkjenningsordning. Samt tiltak knyttet til standardisering. For ambisjonsnivå 2 og 3 inkluderer driftskostnadene i tillegg veiledning fra både tilskuddsforvalteren og fra kommunale nettverk.

Uavhengig av tiltak skal helseteknologiordningen følges opp av følgeforskning for læring underveis og for vurdering av effekten av tiltaket. For ambisjonsnivå 1 og 2 er størrelsen på tilskuddet likt og foreslått til 60 millioner årlig. For ambisjonsnivå 3, med kommuner som også ønsker samarbeid og samordning i innføringsprosessen, er tilskuddet foreslått til 100 millioner årlig. I tillegg foreslås det for ambisjonsnivå 2 og 3 en overføring på 15 millioner årlig til kommunale nettverk. Tilskuddsfinansierte samarbeid og tilskuddsfinansierte nettverk er overføringer til kommunene og påvirker ikke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten, men det medfører skattefinansieringskostnader og nyttevirkningene beskrevet i kapittel 5.5.

Kostnadsestimeringen viser at nåverdien av drifts- og forvaltningskostnadene over hele perioden varierer mellom 69 millioner kroner i ambisjonsnivå 1 til 117 millioner kroner i Ambisjonsnivå 3, eksklusiv merverdiavgift. Dersom vi legger til kostnaden til selve tilskuddet er nåverdien av drifts- og forvaltningskostnadene over hele perioden 288 millioner kroner i ambisjonsnivå 1, 370 millioner kroner i ambisjonsnivå 2 og 654 millioner kroner i ambisjonsnivå 3.

5.5 Prissatte nyttevirkninger

Det forventes flere nyttevirkninger som følge av tiltakene. De prissatte nyttevirkningene i analysen er:

- Økt effektivisering hos kommunene i anskaffelsesprosessen
- Økt effektivisering hos leverandørene i anskaffelsesprosessen
- Økt effektivisering hos kommunene i innføringsprosessen
- Bedre kjøpsbetingelser
- Skattefinansieringsgevinst
- Tilskudd som inntekt til kommunene

For alle nyttevirkningene forentes det at nyttevirkningene vil inntreffe når kommunene begynner samarbeidet og treffe de kommunene og journalleverandørene som inngår i tilskuddsordningen allerede i 2024. Effektiviseringsgevinstene for anskaffelses- og innføringsprosessen vil inntreffe i perioden kommunene er involvert i samarbeidet med andre kommuner, og gevinstene som følge av bedre kjøpsbetingelser vil treffe dem i anskaffelsesprosessen. Når de har avsluttet samarbeidet om anskaffelsene og innføringen antas det at de prissatte effektiviseringsgevinstene heller ikke gjelder lenger for de kommunene, men kan gjelde for andre kommuner som inngår i tilskuddsordningen i årene som følger.

En sammenstilling av de prissatte nyttevirkningene i mill. kroner over analyseperioden er vist i tabellen under.

	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Effektivisering forbundet med anskaffelse	14	26	16
Effektivisering for journalleverandørene	-	-	-
Effektivisering forbundet med innføring	0	0	104
Bedre kjøpsbetingelser	12	15	15
Skattefinansieringsgevinst	5	8	27
Tilskudd som inntekt til kommunene	257	321	492
Totale nyttevirkinger	288	370	654

Tabell 4 Oversikt over prissatte nyttevirkinger som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene. Alle virkinger vises som forskjell fra nullalternativet og som nåverdi 2022-kroner

Som vi kan se er de største prissatte nyttevirkningene forventet som følge av ambisjonsnivå 3 som treffer innføring og anskaffelsen samtidig. Tilskuddet er en inntekt for kommunene i form av en overføring fra staten, og selve tilskuddet påvirker derfor ikke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten fordi det er en kostnad på kostnadssiden og en tilsvarende nytte på inntektssiden. Kapitlene under gir en beskrivelse av de prissatte nyttevirkningene.

Økt effektivisering hos kommunene og leverandørene i anskaffelsesprosessen

Det forventes at samordning og samarbeid i anskaffelsesprosessen og i innføringsprosessen vil gi mer effektiv tidsbruk hos kommuner og leverandører. For kommunene vil dette være redusert tidsbruk knyttet til arbeidet med å identifisere og beskrive behov, planlegge innkjøpet, gjennomføre dialog med leverandøren og gjennomføre konkurransen. For leverandørene vil det være transaksjonskostnader knyttet til å utarbeide tilbud, være i dialog med kommunen og tilpasse seg kunden. Denne kostnaden vil gjelde alle leverandører, uavhengig om de vinner eller taper konkurransen. For den vinnende leverandøren vil det i tillegg være transaksjonskostnader knyttet til å følge opp leveranse og kontrakt.

Utover forventningene til effektivisering som følge av samarbeid, forventes også effektivisering og forenkling gjennom bistand og koordinering til kommunenes arbeid med valg og tilpasning av standarder på tvers av kommunesamarbeid, en godkjenningsordning, og økt og mer koordinert bruk av standarder. Over tid kan det styrke og forenkle anskaffelsesprosessene og bidra til økt kvalitet...

Ved å samordne innkjøpene av helseteknologi forventes det effektivitetsgevinster ved at antallet individuelle anskaffelser reduseres. Dette forutsetter riktignok at den samlede reduserte ressursbruken i kommunene som følge av tilskuddet er høyere enn den samlede ressursbruken dersom hver enkelt kommune skulle gjennomført sin egen anskaffelse. Det kan også tenkes at noen kommuner ville gjennomført en enkel anskaffelse med liten tidsbruk og dermed vil få en økning i tidsbruk sammenlignet med nullalternativet. I vurderingen av

virkningene har vi derfor gjort særskilte vurderinger av hvordan samordning av anskaffelsesprosessen påvirker effektiviteten sammenlignet med nullalternativet.

I tabellen nedenfor har vi oppsummert de ulike forventningene til virkninger avhengig av forventningene til kommunen i nullalternativet. Som vi ser av tabellen har vi tre grupper som kan tenkes å bli berørt ulikt av tiltakene.

	Forventninger til kommunen i nullalternativet	Forventninger til tidsbruk i nullalternativet	Forventninger til tidsbruk etter tilskudd til anskaffelse
Kommunetype 1 -ca. 15-20 prosent	Relativt lite innkjøpsmiljø og -kompetanse (desentralisert kommune), som har planer om å gjennomføre en enkel anskaffelsesprosess i nullalternativet.	Vil ha relativt liten tidsbruk i nullalternativet.	Mer tidsbruk sammenlignet med nullalternativet fordi de gjennom samarbeidet vil bruke relativt mer tid. Kan også resultere i mindre ressursbruk fordi de deltar som en mindre aktør sammen med flere andre kommuner som «drar lasset».
Kommunetype 2 -ca. 20-25 prosent	Kommuner med middels stort innkjøpsmiljø og -kompetanse (sentralisert/middels sentralisert kommune), som har planer om å gjennomføre en omfattende anskaffelsesprosess i nullalternativet.	Bruker mye tid i dag fordi det er en komplisert prosess og de har utilstrekkelig kapasitet og kompetanse.	Grunnet muligheten til å samarbeide og benytte seg av hverandres kompetanse og ressurser bruker kommunene mindre tid sammenlignet med nullalternativet.
Kommunetype 3a -ca. 10 -15 prosent	Kommuner som ikke har planer om å gjennomføre en anskaffelsesprosess i nullalternativet (en blanding av både sentraliserte og desentraliserte kommuner)	Ingen tidsbruk forbundet med innkjøp i nullalternativet	Grunnet mulighet til å samarbeide med andre kommuner med tilsvarende behov om anskaffelsen motiveres kommunen til å gjennomføre en samordnet anskaffelse av journal.
Kommunetype 3b -ca. 45 prosent			Uberørte

Tabell 5 Beskrivelse av forventninger til kommunenes anskaffelser av journalløsninger i nullalternativet og som følge av helseteknologiordningen

Kommunetype 1 har en hovedvekt av desentraliserte og små/mellomstore kommuner. Her antar vi at i gjennomsnitt vil grad av sentralitet og størrelse være en indikator for størrelse på innkjøpsmiljø og innkjøpskompetanse. Kommunetype 2 har en hovedvekt av middels store kommuner, med mellomstore innkjøpsmiljø og tilsvarende kompetanse. Kommunetype 3 er en blanding av ulike kommuner.

I våre beregninger av virkningene er det forventet at en stor andel av kommunene tilhører gruppen 3b, og at rundt 45 prosent av kommunene ikke vil bli direkte berørt av

tilskuddsordningen over tilskuddsperioden. De får dermed heller ingen direkte effektiviseringsgevinster som følge av tilskuddet. Men, største delen av kommuner forventes å ha et behov for å bytte ut eller oppgradere sine journalsystemer.

Basert på erfaringstall fra Statens innkjøpssenter [34] har vi vurdert det slik at kommunene gjennom samarbeidet kan effektivisere ressursbruken med mellom 5 til 15 ukesverk i gjennomsnitt. Hva kommunene ønsker å gjøre med de frigjorte ressursene er opp til den enkelte kommune, de kan reanvendes videre inn i anskaffelsesprosessen eller hentes ut til andre formål.

Estimeringen av nyttevirkningen viser at nåverdien av effektiviseringen i anskaffelsesprosessen for kommunene over hele perioden varierer mellom 14 millioner kroner i tiltak 1, 26 millioner kroner i ambisjonsnivå 2 og 16 millioner i ambisjonsnivå 3. Hovedårsaken til at effektiviseringsgevinsten reduseres i ambisjonsnivå 3 er at det antas at flere kommuner vil søke om tilskudd ettersom man både dekker anskaffelse og innføring, og det antas at flere av disse kommunene ville hatt enkle eller ingen anskaffelser i nullalternativet. Gitt disse forventningene blir resultatet økt ressursbruk sammenlignet med nullalternativet.

Sammenlignet med ambisjonsnivå 1 forventes det at både ambisjonsnivå 2 og 3 vil kunne bidra til ytterligere effektivisering grunnet faglig veiledning og kompetansedeling gjennom kommunale nettverk i disse tilskuddsordningene. Det forventes at gjennom prosess- og faglig veiledning vil kommunene kunne få bedre nytte av tilskuddsordningene.

Tiltakene forventes å medføre økt samarbeid og samordning i anskaffelsesprosessene hos kommunene som vil frigjøre noe kapasitet hos leverandørene, ved at de må svare på færre, men større bestillinger, og eventuelt kan unngå skreddersøm for enkelte kommuner. Dette forventes å medføre tidsbesparelser hos leverandøren. Det er imidlertid naturlig å forvente at deler av tidsbesparelsene vil reflekteres i reduserte priser hos leverandørene (virkningen som her omtales som bedre kjøpsbetingelser i avsnitt 5.5.3). Implikasjonen av dette er at vi i en samfunnsøkonomisk vurdering i prinsippet ikke kan legge sammen alle tidsbesparelser for leverandørene og samtidig alle gevinstene i form av lavere priser. Dette ville medføre en dobbelttelling, da deler av priseffekten skyldes nettopp at vinnende leverandør har lavere transaksjonskostnader. For å korrigere for dette trekker vi fra tidsbesparelsene for én vinnende leverandør (der gevinsten antas reflektert i prisen). For tidsbesparelsene i konkurransen antar vi at hver leverandør vil bruke mer tid på å utforme et tilbud og følge opp en konkurranse når det er større konstellasjoner av kommuner, men at det er færre bestillinger. I sum vil dette medføre tidsbesparelser for leverandørene.

Estimeringen av nyttevirkningen for leverandørene viser at nåverdien av effektiviseringen for leverandørene over hele perioden varierer mellom 30 millioner kroner i ambisjonsnivå 1, 32 millioner kroner i ambisjonsnivå 2 og 29 millioner i ambisjonsnivå 3. Det at det er gevinsten reduseres i ambisjonsnivå 3 skyldes at det er flere anskaffelser og innføringer grunnet inkluderingen av kommunene i Midt-Norge, samt at det er tidkrevende innføringsprosesser som reduserer noe av de totale effektiviseringsgevinstene for leverandørene.

Økt effektivisering hos kommunene og leverandørene i innføringsprosessen

Innføringen av nye journaløsninger eller ny journalfunksjonalitet er ressurskrevende. Ikke alle kommuner har kompetanse eller ressurser til å gjennomføre disse prosessene på en god måte i nullalternativet.

Gjennom tilskuddsordningen kan kommunene søke om midler til å gjennomføre felles innføringsprosesser, dekke kostnadene til en felles prosjektleder, frikjøpe kompetanse fra samarbeidskommuner eller annet. Gjennom samordning og samarbeid forventes det at innføringsprosessene kan bli forenklet.

Fra en analyse av kostnader for innføring av Helseplattformen fra Trøndelag sørvest/Lakseregionen forventes det at kostnadene ligger mellom 372 til 443 kroner per innbygger [35]. De tre største kommunene har estimert en kostnad under 400 kroner per innbygger, mens de øvrige kommunene har estimert en kostnad på over 400 per innbygger. Vi har tatt utgangspunkt i disse kostnadene i beregningen av mulige effektiviseringsvirkninger for innføringsprosessen som følge av samarbeid, ressurser til å drive en god innføringsprosess eller kompetansedeling. Det forventes at kostnadene per innbygger kan reduseres til nivået i Helseplattformen som følge av tilskuddsordningen for helseteknologi. Særlig samarbeid om opplæringen av helsepersonell ved innføring av journaløsninger har vært særlig effektivt sammenlignet med nullalternativet. Denne erfaringen bekreftes av IKT Nord-Hordaland som ved felles anskaffelse og innføring av journalsystemer for 11 kommuner hadde store besparelser forbundet med felles opplæring.

Estimeringen av nyttevirkningen viser at nåverdien av effektiviseringen i ambisjonsnivå 3 er 161 millioner kroner. Denne virkningen forventes ikke i ambisjonsnivå 2 og 1 ettersom de ikke treffer innføringsprosessen.

Tilsvarende kan økt forekomst av samordnet innføring medføre at tiden til innleide ressurser fra leverandørene utnyttes bedre, fordi de kan henvende seg til flere kommunalt ansatte samtidig. I tillegg kan virkemidlene gi noe mer dynamikk i markedet. Når kommuner får støtte til innføringer, kan det tenkes at de får råd til å gjennomføre oppgraderinger også, som kan gi økte inntekter fra salg av tilleggskompetanse. Når kommuner velger å bytte leverandør, vil det gi økte inntekter for den leverandøren som blir valgt, – men tilsvarende reduksjon for den som blir forlatt.

Bedre kjøpsbetingelser

På samme måte som man kan forvente en effektivisering i anskaffelsesprosessen som følge av samordning kan det også forventes at samordningen og et samlet innkjøp vil bidra til bedre kjøpsbetingelser for kommunene. Eksempelvis vil samordning av kontrakter, felles oppfølging, og utøvelse av forhandlingsmakt bidra til at kommunene kan oppnå lavere innkjøpspris enn det de enkelte kommunene kunne realisert samlet sett. Det at leverandørene forhandler med én større kjøper som har felles behov for funksjonalitet og felles standarder som skal følges gjør det også mulig for leverandøren å utvikle journaløsningene mer effektivt.

Det foreligger ikke erfaringstall om påvirkning på innkjøpspriser for journaløsninger av samlede innkjøp, men det finnes erfaringstall fra fellesavtaler for statelige virksomheter som forvaltes av Statens innkjøpscenter. Statens innkjøpscenter benytter en generisk modell ved

beregning av prisgevinster for beregninger av gevinster fra fellesavtaler [34]. Det forventes prisreduksjoner mellom 2 og 38 prosent, gjennomsnittlig 16 prosent, avhengig av hvilken sektor fellesavtalene inngår i. I en rapport om innkjøpssamarbeid i kommunesektoren oppgir kommune i intervjuer at de får en prisreduksjon på mellom 20 til 30 prosent som følge av fellesavtaler [20]. For journalmarkedet forventes det at prisreduksjonene som følge av forhandlingsmakt ligger i nedre sjiktet fordi det er et relativt lite modent marked der det gjenstår mye utvikling. I vår analyse forventer vi derfor bedre kjøpsbetingelser på mellom 10 til 20 prosent i gjennomsnitt for alle kommunene. Dette støttes av observasjoner av innkjøpssamarbeid for journaløsninger i IKT Nord-Hordaland.

Det finnes også tall på hva en forventet anskaffelse av journaløsninger kan koste. Fra Doffin har vi identifisert anskaffelser på mellom 1 til 5 millioner for journaløsninger for enkeltkommuner, og ett felles innkjøp fra 11 kommuner ved IKT Nord-Hordalands kommunale oppgavefelleskap der det ble anskaffet en journaløsning for helsestasjoner for 5 millioner.

Med utgangspunkt i disse tallene har vi estimert en nåverdi på 12 millioner for ambisjonsnivå 1, 15 millioner for ambisjonsnivå 2 og 3. Forskjellen mellom ambisjonsnivå kommer hovedsakelig av at man i ambisjonsnivå 2 og 3 får prosess- og faglig veiledning slik at man kan utnytte stordriftsfordelene i anskaffelsesprosessen på en bedre måte.

Skattefinansieringsgevinst

På samme måte som det beregnes skattefinansieringskostnad beregnes det også skattefinansieringsgevinst der det inngår som en del av budsjettvirkningen. I likhet med skattefinansieringskostnaden beregnes skattefinansieringsgevinsten av alle gevinster som tilfaller offentlig sektor. Her vil det si redusert ressursbruk hos kommunene, samt gevinsten som følger av bedre kjøpsvilkår og dermed redusert pris for journaløsningene hos kommunen. Skattefinansieringsgevinsten er estimert en nåverdi på til 2,7 millioner for ambisjonsnivå 1, 5,2 millioner for ambisjonsnivå 2 og 3,3 for ambisjonsnivå 3. Skattefinansieringsgevinsten størst i det tiltaket der det er størst effektiviseringsgevinster, altså i ambisjonsnivå 3.

5.6 Ikke-prissatte nyttevirkninger

Virkningene som er beskrevet som ikke-prissatte veier tungt i analysen og er en viktig del av begrunnelsen for helseteknologiordningen. Flere av virkningene som ikke er prissatte forventes relativt lenger ut i tid og som følge av at flere kommuner anskaffer og innfører journaløsninger i samarbeid og at markedet for journaløsninger utvikles.

De ikke-prissatte nyttevirkninger som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene er:

- Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten
- Økt tillit og omdømme for kommunene
- Økt verdiskaping blant journalleverandørene

En sammenstilling av de ikke-prissatte nyttevirkningene over analyseperioden er vist i tabellen under.

Nyttevirkning	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene	Positiv	Stor positiv	Svært stor positiv
Økt tillit og omdømme for kommunene	Svært liten positiv	Svært liten positiv	Positiv
Verdiskaping i journalmarkedet	Liten positiv	Liten positiv/ Positiv	Positiv
Rangering ikke prissatte	3	2	1

Tabell 6 Oversikt over ikke-prissatte nyttevirksomheter som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene. Alle virkninger vises som forskjell fra nullalternativet og vurderes over hele analyseperioden.

Som vi kan se av tabellen forventes de største ikke-prissatte nyttevirksomhetene som følge av ambisjonsnivå 3, men det er forventet små virkninger for ambisjonsnivå 1.

Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten

Gjennom forbedrede anskaffelsesprosesser forventes det at innkjøper og leverandør i fellesskap på lengere sikt utvikler journalløsningene til å ha bedre kvalitet sammenlignet med nullalternativet. Som følge av tiltakene fører disse prosessene over tid til spredning og gjenbruk av kompetanse i både anskaffelses- og innføringsprosessen, som igjen fører til økt kvalitet på journalløsningene og innføringen, som igjen forventes å føre til økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene. Den samfunnsøkonomiske virkningen av økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten som følge av økt kvalitet på journalløsningene sammenlignet med nullalternativet kan forventes å identifiseres som reduserte kostnader forbundet med feil og redusert tidsbruk.

Den største påvirkningen på kvaliteten over analyseperioden som følge av tiltakene forventes å komme som følge av ambisjonsnivå 3 fordi det er det tiltaket som bidrar til størst endring på selve arbeidsprosessene ved å også inkludere tilskudd til innføringsprosessen. Det er også gjennom dette tiltaket man treffer flest kommuner. For både ambisjonsnivå 2 og ambisjonsnivå 3 forventes det virkninger gjennom spredning av kompetanse utover de kommunene som selv er direkte berørt av tilskuddsordningen gjennom kompetansenettverk og veiledning. Det forventes også at kvaliteten på innkjøpet, og dermed også kvaliteten på journalløsningen og på sikt helse- og omsorgstjenesten blir bedre i tiltakene der det også er prosess- og faglig veiledning.

Til tross for at nyttevirksomheten ikke prissettes i den samfunnsøkonomiske analysen benyttes en eksempelberegning for å illustrere det mulige omfanget av denne nyttevirksomheten. Eksempelberegningen bygger på analyser av virkninger fra KVU én innbygger – én journal. Økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten forventes som følge av reduserte feil, svikt og skader, og ikke-optimal behandling som igjen fører til bedre helse. Basert på denne tidligere utredningen forventes det at andel skader som kan forhindres til forskjell fra nullalternativet gitt felles journalløsninger er mellom 2 til 40 prosent avhengig av hvilken tjeneste og hvilket konsept. Dette medfører igjen en velferdseffekt av bedre helse og en realøkonomisk effekt av unngåtte helseøkonomiske kostnader og produksjonstap. I tillegg til dette estimerer også analysen av én innbygger – én journal tidsbesparelsen for helsearbeidere i ulike deler av helsetjenesten. Virkningene er oppsummert i tabellen under og kan gjenbrukes for å si noe om forventede virkninger av helseteknologiordningen. Det er verdt å merke seg at

virkningene i denne tabellen er presentert over en lengre analyseperiode (19 år) og med andre forutsetninger enn for denne analysen. Konsept 1 fra KVUen er det som er nærmest Helseteknologiordningen der kommunene selv har ansvar for egne journalløsninger og det ikke er en felles nasjonal samhandlingsplattform.

	Konsept 1	Konsept 4	Konsept 7
Bedre helse	1 700	2 200	4 000
Unngåtte realøkonomiske kostnader	6 900	8 800	15 700
Redusert tidsbruk	7 500	15 500	20 800
Summert	16 100	26 500	40 500

Tabell 7 Oppsummering av virkningene bedre helse, unngåtte realøkonomiske kostnader og redusert tidsbruk for helsepersonell per konsept i KVU én innbygger- én journal. Virkningene er presentert som nåverdi over analyseperioden (2021-2040) i 2018-kroner, MNOK.

Med utgangspunkt i analysene gjort i én innbygger – én journal kan virkningene som følge av ambisjonsnivå 3 tenkes å være størst og økende desto flere kommuner som inngår innkjøps- og innføringssamarbeid. For ambisjonsnivå 1 kan det ikke forventes at de samme virkningene oppnås i like stor grad. Ambisjonsnivåene forventes å påvirke pasientsikkerheten, optimal behandling og redusert tidsbruk for helsepersonell ulikt. For å illustrere virkningen kan det antas rundt 5-10 prosent av virkningen fra konsept 1 i KVU for ambisjonsnivå 1, rundt 6-12 prosent av virkningen fra konsept 1 i KVU for ambisjonsnivå 2 og rundt 15-20 prosent av virkningen fra konsept 1 i KVU for ambisjonsnivå 3 fordi det er sannsynlig at ambisjonsnivå 3 også i større grad påvirker tidsbruken til helsearbeiderne enn de andre ambisjonsnivåene. Prosentandelen av virkningene fra KVU korrigerer for at det er en kortere analyseperiode i denne analysen enn i én innbygger- én journal, samt at færre kommuner forventes å bli direkte berørt første år av analysen, men økende over tid og at det er usikkerhet rundt hvordan helseteknologiordningen vil treffe helse- og omsorgstjenesten på sikt.

Som en eksempelberegning for å illustrere størrelsen kan det da forventes at reduserte feil målt i bedre helse og unngåtte realøkonomiske kostnader kan forventes å være mellom 430-860 MNOK (5-10 prosent av 8600) for ambisjonsnivå 1, og 516-1032 MNOK (6-12 prosent av 8600) for ambisjonsnivå 2 og 1290- 1720 MNOK (15- 20 prosent av 8600) for ambisjonsnivå 3. For redusert tidsbruk for helsearbeidere kan størrelsesomfanget variere mellom 375-750 MNOK (5-10 prosent av 7500) for ambisjonsnivå 1, 450- 900 MNOK (6-12 prosent av 7500) for ambisjonsnivå 2 og 1125-1500 MNOK (15-20 prosent av 7500) for ambisjonsnivå 3.

Dette vurderes som en forventet nåverdi for kvalitet på helse- og omsorgstjenesten for ambisjonsnivå 1 forventes å være *positiv*, for ambisjonsnivå 2 *Stor positiv*, og for ambisjonsnivå 3 *svært stor positiv* som følge av økt ambisjonsnivå på tiltakene og som følge av økt antall berørte. Uavhengig av tiltak forventes virkningen å være økende over tid.

Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Årsak til virkning	Forbedrede journalløsninger bidrar til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.	Forbedrede journalløsninger bidrar til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.	Forbedrede journalløsninger og innføringsprosesser fører til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.
Antall berørt	50 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden	58 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden	63 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden
Enhetsverdi	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre helse • Tidsbruk på å innhente riktig pasientinformasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre helse • Tidsbruk på å innhente riktig pasientinformasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedre helse • Tidsbruk på å innhente riktig pasientinformasjon.
Eksempelberegning	Effektiv tilgang til riktig pasientinformasjon og færre feil. Eksempelberegninger viser rundt 430-860 MNOK for bedre helse og rundt 375-750 MNOK for redusert tidsbruk.	Effektiv tilgang til riktig pasientinformasjon og færre feil. Eksempelberegninger viser rundt 516-1032 MNOK for bedre helse og rundt 450-900 MNOK for redusert tidsbruk.	Effektiv tilgang til riktig pasientinformasjon og færre feil. Eksempelberegninger viser rundt 1290-1720 MNOK for bedre helse og rundt 1125-1500 MNOK for redusert tidsbruk.
Samlet samfunnsøkonomisk konsekvens	Positiv Forventes å øke over tid fordi flere kommuner samordner innkjøpene	Stor Positiv Forventes å øke over tid fordi flere kommuner samordner innkjøpene	Svært stor positiv Forventes å øke over tid fordi flere kommuner samordner innkjøpene og innføringen

Tabell 8 Vurdering av økt kvalitet for helse- og omsorgstjenesten for de tre ambisjonsnivåene. Virkningene er vurdert til forskjell fra nullalternativet og over analyseperioden

Økt tillit og omdømme for kommunene

Kommunene er avhengig av god tillit og omdømme blant egne innbyggere. Helse- og omsorgstjenesten er blant de tjenestene som innbyggerne er i tett kontakt med, og kvaliteten på disse påvirker dermed både tilliten og omdømmet til kommunen.

Økt tillit og omdømme for kommunene forventes som følge av at samordningen av anskaffelse og innføring av journalløsninger fører til en modernisering på journalområdet, som igjen fører til:

- Økt likebehandling
- Økt rettssikkerhet
- Økt personvern
- At kontakten med brukerne foregår på moderne digitale flater

Det kan også forventes at økt tillit og omdømme også kommer direkte av mer vellykkede anskaffelsesprosesser alene og at kommunene kan unngå eventuelle skandaleoppslag.

Anskaffelsesprosessene kan være krevende både anskaffelsesfaglig, juridisk og arkivfaglig, og det skal gjennomføres både DPIA- og ROS-analyser. Ved å samordne anskaffelsesprosessen der kommunene kan dele både anskaffelsesfaglig kompetanse og juridisk kompetanse er det grunn til å forvente økt etterlevelse av regelverk og personvern sammenlignet med nullalternativet.

En styrking av innbyggernes mulighet til å ivareta egne personvernsrettigheter er vurdert å ha stor betydning for samfunnet og for tilliten den enkelte har til helsetjenesten. Alle ambisjonsnivåene er vurdert å være bedre enn nullalternativet ettersom økt kvalitet på anskaffelsen og sannsynligvis økt kvalitet på journalløsningen og tilhørende innføring.

Det forventes at virkningen på økt tillit og omdømme er størst i ambisjonsnivå 3 ettersom den treffer flest arbeidsprosesser og den også fører til en forbedring av innføringen og dermed også ibruktakelsen av journalløsningen. Deretter følger ambisjonsnivå 2 der tilskuddet også bidrar med veiledning og kompetansenettverk der kommune kan tilegne seg kompetanse om juridiske forhold og anskaffelseskompetanse, samt erfaringsdeling fra flere kommuner enn dem man selv samarbeider med. For ambisjonsnivå 1 forventes en mindre eller liten effekt på tillit og omdømme sammenlignet med nullalternativet.

For å illustrere størrelsen på virkningen benytter vi oss av en eksempelberegning som viser kostnadene forbundet med en hendelse av et dataangrep eller lekkasje av sensitive opplysninger. Østre Toten kommune hadde i 2021 et dataangrep der hele den kommunale tjenesteleveransen ble rammet [36]. Dette medførte en kostnad for kommunen på over 33 millioner kroner som dekket kostnader til tekniske undersøkelser, arbeid med varsling, erstatningskrav og foretaksbot fra Datatilsynet. I tillegg til kostnader for kommunen kommer kostnadene ved omdømmetapet som kommunen må bære. Sannsynligheten for denne type hendelser av større og mindre skala kan reduseres som følge av nye eller oppdaterte journalsystemer. Det er sannsynlig at en slik hendelse kan reduseres som følge av nye og økt kvalitet på journalsystemene som følge av tiltakene i ambisjonsnivåene. Virkningene vurderes derfor som unngåtte kostnader som følge av brudd på personvern, økt likebehandling og rettsikkerhet, og redusert sannsynlighet for omdømmetap knyttet til journalløsninger for kommunen. Dersom vi i nullalternativet antar 100% sannsynlighet for en hendelse i løpet av analyseperioden uten tiltak kan vi anta en unngått kostnad i størrelsesorden Østre Toten kommune. Det vil si mellom 33 MNOK og 25 MNOK i nåverdi avhengig av når hendelsen inntreffer. Dette vil da være en minimumskostnad ettersom den kun viser kostnaden med å håndtere lekkasjen eller bruddet på personvern. I tillegg kommer redusert risiko for omdømmetap og økt tillit som treffer innbyggerne i de berørte kommunene.

Med utgangspunkt i eksempelberegningene og vurderingene av årsaks-virkningssammenhengene vurderes det som at nåverdi for økt tillit og omdømme for ambisjonsnivå 1 forventes å være *svært liten*, for ambisjonsnivå 2 *liten positiv*, og for ambisjonsnivå 3 *positiv* som følge av økt ambisjonsnivå på tiltakene og som følge av økt antall berørte. Uavhengig av ambisjonsnivå forventes virkningen å være økende over tid.

Økt tillit og omdømme	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Årsak til virkning	Bedre anskaffelsesprosesser med bedre løsninger. Økt likebehandling, rettsikkerhet og personvern.	Bedre anskaffelsesprosesser med bedre løsninger. Økt likebehandling, rettsikkerhet og personvern.	Bedre anskaffelses- og innføringsprosesser med bedre løsninger. Økt likebehandling, rettsikkerhet og personvern.
Antall berørt	50 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden	58 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden	63 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden

Enhetsverdi	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniske kostander, varsling, erstatningskrav og bøter • Opplevelse av tillit og omdømme 	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniske kostander, varsling, erstatningskrav og bøter • Opplevelse av tillit og omdømme 	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniske kostander, varsling, erstatningskrav og bøter • Opplevelse av tillit og omdømme
Eksempel-beregning	Eksempelberegning viser mellom 25 -33 MNOK. I tillegg kommer redusert risiko for omdømmetap og økt tillit blant 50 av alle kommuners innbyggere.	Eksempelberegning viser mellom 25 -33 MNOK. I tillegg kommer redusert risiko for omdømmetap og økt tillit blant 58 av alle kommuners innbyggere.	Eksempelberegning viser mellom 25 -33 MNOK I tillegg kommer redusert risiko for omdømmetap og økt tillit blant 63 av alle kommuners innbyggere.
Samlet samfunnsøkonomisk konsekvens	Svært liten positiv	Liten positiv	Positiv

Tabell 9 Vurdering av økt tillit og omdømme for de tre ambisjonsnivåene. Virkningene er vurdert til forskjell fra nullalternativet og over analyseperioden

Økt verdiskaping blant journalleverandørene

På sikt forventes det økte investeringer i journalmarkedet og en vekst i markedet for journalleverandørene som et resultat av at tilskuddet utløser mer ressurser sammenlignet med nullalternativet. Det kan også være et resultat av at journalløsningene på sikt kan utvikles mer kostnadseffektivt. Tilskuddsordningen forventes å øke etterspørselen etter journalløsninger og driver inntektene opp ved at leverandørene kan selge flere journalløsninger, inngå større kontrakter eller tilby mer funksjonalitet.

Det kan også tenkes at helseteknologiordningen bidrar til optimisme i markedet og at det øker sjansen for at private investorer satser på dette markedet. Den forventede økte verdiskapingen representerer en forventning om at leverandørene blir mer produktive som følge av økte investeringer. Den økte verdiskapingen forventes også som følge av at markedet modnes, fungerer bedre og blir mer innovativt sammenlignet med nullalternativet. Forventet nåverdi for verdiskaping blant journalleverandørene for ambisjonsnivå 1 forventes å være *liten positiv*, for ambisjonsnivå 2 *liten positiv/positiv*, og for ambisjonsnivå 3 *positiv* som følge av økt ambisjonsnivå på tiltakene og som følge av økt antall berørte. Uavhengig av tiltak forventes virkningen å være økende over tid.

Økt verdiskaping blant journalleverandørene	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Årsak til virkning	Tilskuddet utløser mer investering i journalmarkedet som bidrar til økt verdiskaping i markedet	Tilskuddet utløser mer investering i journalmarkedet som bidrar til økt verdiskaping i markedet	Tilskuddet utløser mer investering i journalmarkedet som bidrar til økt verdiskaping i markedet for utvikling og innføring
Antall berørt	7-10 journalleverandører	7-10 journalleverandører	7-10 journalleverandører
Enhetsverdi	Kroner	Kroner	Kroner
Eksempelberegning	<i>Eksempelberegning settes inn</i>	<i>Eksempelberegning settes inn</i>	<i>Eksempelberegning settes inn</i>
Samlet samfunnsøkonomisk konsekvens	Liten positiv	Liten positiv/Positiv	Positiv

5.7 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet

For de tre ambisjonsnivåene forventes ulik samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Dersom vi kun vurderer de prissatte virkningene, er kun ambisjonsnivå 3 knapt samfunnsøkonomisk lønnsomt. Dette bildet endrer seg når vi også ser på de ikke-prissatte virkningene som er en viktig del av vurderingen av den samfunnsøkonomiske lønnsomheten. Det er sannsynlig at alle ambisjonsnivåene er lønnsomme når vi vurderer alle de samfunnsøkonomiske konsekvensene.

En annen måte å vurdere ambisjonsnivåene på er å vurdere de prissatte nyttevirkningene per investerte tilskuddskrone, og dermed se bort fra drifts- og forvaltningskostnadene. Dersom vi bare vurderer de prissatte nyttevirkningene får vi henholdsvis 0,2, 0,2 og 0,4 million kroner nåverdi i ambisjonsnivå 1, 2 og 3.

Det vurderes som at ambisjonsnivå 3: tilskuddsordningen som inkluderer anskaffelses- og innføringsprosessen, samt prosess- og faglig veiledning er det mest lønnsomme tiltaket.

I tabellen under presenteres de samlede resultatene for de tre ambisjonsnivåene i den samfunnsøkonomiske analysen vurdert opp mot nullalternativet

	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Investeringskostnader	- 13	- 14	- 14
Drifts-, forvaltnings- og tilskuddskostnader	- 326	- 417	- 609
Skattefinansieringskostnad	- 68	- 86	- 125
Sum prissatte kostnadsvirkninger	- 407	- 518	- 748
Effektivisering for kommunene	14	26	177
Effektivisering for journalleverandørene	30	32	29
Bedre kjøpsbetingelser	12	15	15
<i>Tilskudd som inntekt for kommunene</i>	257	321	492
Skattefinansieringsgevinst	5	8	38
Sum prissatte nyttevirkinger	318	402	751
Prissatt nettonytte	- 89	- 116	3
Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene	Positiv	Stor positiv	Svært stor positiv

Økt tillit og omdømme for kommunene	Svært liten positiv	Liten positiv	Positiv
Verdiskaping i journalmarkedet	Liten positiv	Liten positiv/ Positiv	Positiv
Rangering ikke prissatte	3	2	1
Rangering forventet samfunnsøkonomisk lønnsomhet inkludert prissatte og ikke-prissatte virkninger	3	2	1

Tabell 10 Samfunnsøkonomiske nytte- og kostnadsvirkninger som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene. Alle virkninger er presentert som forskjell fra nullalternativet og som nåverdi i 2022-kroner.

De ikke-prissatte virkningene ansees som særlig viktige for tiltakene som vurderes i denne analysen og det er derfor svært viktig å vurdere dem sammen. Eksempelvis kan man ha en vellykket anskaffelsesprosess der både kommuner og journalleverandører får effektiviseringsgevinster, men selve journalløsningen ikke svarer til forventningene slik at de ikke-prissatte virkningene ikke realiseres.

En break-even analyse sier noe om hvor store de ikke-prissatte virkningene må være for at ambisjonsnivået skal være lønnsomt. Ambisjonsnivå 1 og 2 er ikke lønnsomt dersom vi kun vurderer de prissatte virkningene og ambisjonsnivå 3 er marginalt lønnsomt. Det vurderes likevel som sannsynlig at alle tre ambisjonsnivå er samfunnsøkonomisk lønnsomme fordi det er forventet at de ikke-prissatte virkningene samlet er større enn henholdsvis 89 millioner i nåverdi for ambisjonsnivå 1 og 116 millioner i nåverdi for ambisjonsnivå 2, og over det for ambisjonsnivå 3. Dette vil tilsvare at tiltakene bidrar til økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene, økt tillit og omdømme for kommunene, samt verdiskaping i journalmarkedet tilsvarende minst 23,2 millioner per år. Gitt antallet kommuner som forventes å bli berørt av tiltaket (rundt 50-60 prosent) vil dette si rundt 95 000 i samlet gevinst for alle de ikke-prissatte virkningene årlig per kommune i gjennomsnitt. Det er grunn til å tro at tiltakene vil bidra til å realisere nytte over et slikt omfang i tillegg til de allerede prissatte virkningene. Dersom vi vurderer størrelsen på eksempelberegningene for de ikke-prissatte virkningene er det ytterligere sannsynlig at vi kan forvente større samfunnsøkonomiske nyttevirkinger enn kostnadene forbundet med ambisjonsnivåene.

Oppsummert, basert på den samfunnsøkonomiske analysen fremstår ambisjonsnivå 3 som det mest samfunnsøkonomisk lønnsomme når man vurderer både prissatte og ikke-prissatte virkninger. Tiltak 3 vurderes som det mest lønnsomme når vi sammenligner de tre alternativene fordi virkningene for ambisjonsnivå 3 omfatter en større del av arbeidsprosessene ved å også inkludere innføringsprosessene. Da kommer tiltaket nærmere å kunne påvirke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene og kan derfor også forventes å påvirke dem på en positiv måte. Tiltak 3 forventes også å gi noe større forutsigbarhet for å få løsningene over i driftsfasen fordi det inkluderer innføringen. Dette kan igjen føre til utvikling av ny funksjonalitet, og bedre støtte for samhandling i journalløsningene på sikt.

5.8 Fordelingsvirkninger

Selv om et ambisjonsnivå viser seg å være lønnsomt for samfunnet totalt sett, kan alternativet medføre at ulike grupper påvirkes på ulike måter i positiv og negativ forstand. Når ulike grupper i samfunnet berøres ulikt av et tiltak, snakker vi om fordelingsvirkninger.

Dersom det viser seg at det er noen grupper som får store deler av kostnadsvirkningene og få nyttevirkninger, kan det være et signal om at man bør gi en bedre beskrivelse av hvordan virkningene blir fordelt. I henhold til rundskriv R-109/21 skal det gis tilleggsinformasjon om fordelingsvirkninger av konseptene og vurderingene av eventuelle fordelingsvirkninger skal tas med i en egen analyse.

I dette tilfellet er det ingen grupper som samlet sett kan forventes å komme dårlig ut, men det er noen aktører innenfor gruppen som kan tenkes å måtte bruke mer ressurser enn planlagt i nullalternativet. Eksempelvis enkeltkommuner. Dette gjelder de kommunene som enten ikke hadde planer om å gjennomføre en anskaffelse eller de som hadde planer om å gjennomføre en enkel anskaffelse som nå kan være relativt mer ressurskrevende enn forventet. Det kan også mulig at enkelt av de større kommunene som søker om tilskuddet på vegne av samarbeidskonstellasjonen opplever at de får en økt arbeidsbyrde sammenlignet mot å gjøre anskaffelsen av alene. Larvik kommune gjennomførte en innovativ anskaffelse på vegne 25 andre kommuner og rapportere om at lang og tidkrevende prosess som krevde mer ressurser av kommunene enn planlagt [37].

Det kan også være at risikobyrdene som enkelte kommuner tar i første fase er stor sammenlignet med kommuner som kommer lenger ut i tilskuddsperioden. Tilskuddet er ment å gi en risikoavlastning for disse kommunene, men dersom tilskuddet ikke er stort nok og kommunene som kommer først bærer en stor byrde i utvikling av både behovsbeskrivelser, standarder og journalløsninger kan de ta mer risiko enn de kommunene som kommer i senere faser av tilskuddsordningen. Dette kan være en negativ fordelingsvirkning i disfavør av kommunene i tidlig fase, men vil sannsynligvis ikke påvirke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved tilskuddsordningen. Det kan vurderes å kompensere for dette i tidlige faser av tilskuddsordningen eller tilrettelegge for mer veiledning og oppfølging til de første kommunene. Dette vil vurderes i utviklingen og planleggingen av tilskuddet.

5.9 Usikkerhetsanalyse

Beregningene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet som er presentert over, hviler på en rekke forutsetninger med stor usikkerhet. Det er identifisert tre usikkerheter: antall berørte kommuner, manglende kvalitet på veiledning og standardisering for anskaffelses- og innføringsprosessen og manglende kvalitet i journalmarkedet som alle kan påvirke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten, samt måloppnåelsen til helseteknologiordningen.

Både de prissatte og ikke-prissatte nyttevirkningene avhenger i stor grad av hvor mange kommuner som blir direkte påvirket av kommunesamarbeid om anskaffelser og innføring. Desto flere kommuner som antas berørt desto større nyttevirkninger forventes. Den største usikkerhet ved analysen er derfor hvor mange kommuner som kan forventes å søke på og få tildelt tilskudd for samarbeid. En annen vesentlig usikkerhet er knyttet til antagelse om at økte investeringer i journalmarkedet, mer konkurranse og bedre innkjøp vil bidra til å øke kvalitet på journalløsningene. Der er spesielt de ikke-prissatte virkningene som påvirkes særlig av dette. Dersom ikke journalleverandørene klarer å levere på den økte etterspørselen eller svare på behovene vil vi få ingen eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger. I verste tilfellet, der journalleverandørene ikke klarer å levere utover det

som leveres i dagens nullalternativ vil vi kun få effektiviseringsgevinster, men uten å ha hevet kvaliteten på journalløsningene.

De ikke prissatte virkningene påvirkes også av kvalitet på veiledning og standardisering for anskaffelses- og innføringsprosessen. Kommunene kan gjennomføre suksessfulle e anskaffelses- og innføringsprosessen og oppnå de prissatte virkningene, men kommunene har ikke samordnet seg på tvers av kommunale samarbeid fordi det er for mange ulike beskrivelser av standarder.

Dersom usikkerhetene inntreffer fullt ut vil vi sannsynligvis ikke realisert verken prissatte og ikke-prissatte virkninger derfor vil det være viktig med god sikkerhetsstyring og tiltak særlig knyttet til å få kommunene til å benytte seg av tilskuddet. For ytterlige detaljering av usikkerhetsanalysen se Vedlegg 7: Usikkerhet i den samfunnsøkonomiske analysen

5.10 Måloppnåelse

Ordningens måloppnåelse vil ha ulik grad av oppfyllelse for de tre ambisjonsnivåene. Under har vi vurdert tiltakene opp mot det overordnede samfunns målet, effektmålene og på hvor stor del av den overordnede problembeskrivelsen den treffer.

Forventninger til måloppnåelse over tid

I den overordnede problembeskrivelsen er det listet opp mange utfordringer som treffer helse- og omsorgstjenesten i stort. Helseteknologiordningen løser ikke alle de tilgrensende problemene. De foreslåtte tiltakene i helseteknologiordningen vil ikke erstatte målbildet som skal ivareta behovet for felles kommunal journal, utvikle felles nasjonale samhandlingsplattformer eller på annen måte sikre hele samhandlingskjeden internt i kommunene.

Helseteknologiordningen kan likevel bidra til å dekke noe av utfordringsbildet. I tillegg til de direkte virkningene beskrevet i avsnittene over, kan tilskuddet bidra til raskere utvikling og innføring av nye standarder, at oppdaterte journalløsninger blir mer utbredt og brukes bedre, og at samhandlingen internt fungerer bedre der en kommune konsoliderer journalløsninger eller der en kommune har tatt i bruk alle mulighetene som finnes for å støtte samhandling i siste utgave av journalløsningen.

Flere av virkningene og særlig hvordan helseteknologiordningen kan tenkes å imøtekomme større deler av problembeskrivelsen på sikt er illustrert i figuren under.



Figur 7 Helseteknologiordningens virkninger på lengre sikt

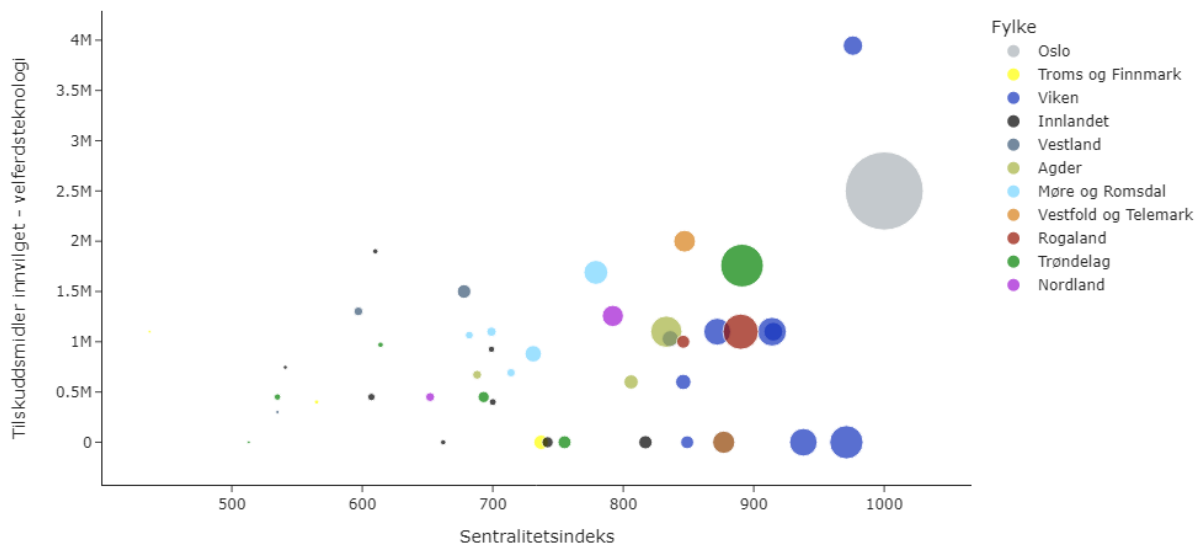
Over tid forventes det at en samordnet anskaffelse av journalløsninger, og økt og mer koordinert bruk og utvikling av standarder, skal bidra til bedre kvalitet på journalløsningene. Det forventes også at det bidrar til en samordnet innføring av journalløsningene. Samlet bidrar dette til en utvikling av helsetjenesten. Kompetanse og spredning av arbeid og erfaringer til neste samordnede anskaffelse av journalløsninger, vil bidra til å ytterligere forsterke kvaliteten for aktører som følger etter. På lengre sikt kan det også støtte bedre opp under samhandling, som problembeskrivelsen er tydelig på at er et stort problem.

Over tid kan det også tenkes at helseteknologiordningen gjennom utvikling av standarder, utvikling av journalmarkedet, bedre kvalitet på løsningene og samordnet innføring, og på sikt samhandling også kan bidra til å redusere transaksjonskostnadene ved å bytte systemer.

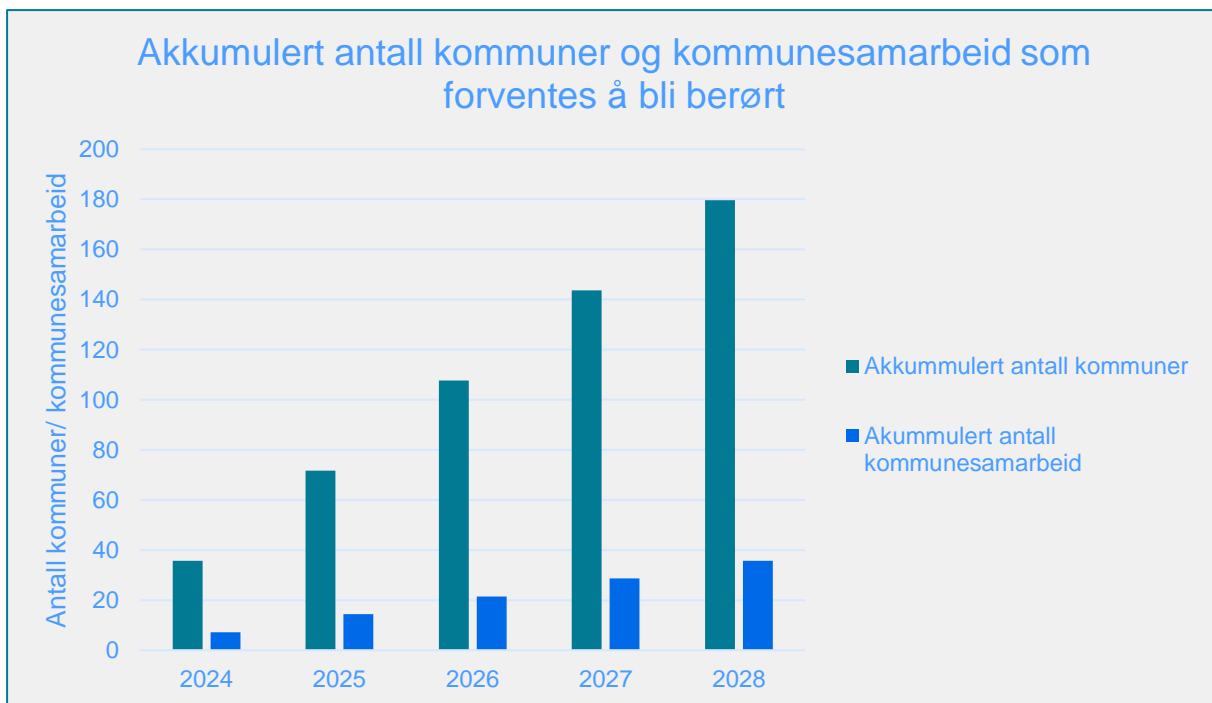
Størrelsen på tilskuddsordningen påvirker måloppnåelse

En av forutsetningene som legges til grunn for forventede virkninger er at tilskuddet er ressursutløsende. Størrelsen på tilskuddet må være stort nok til at kommunene finner det attraktivt å bli med i helseteknologiordningen og ikke heller velger å anskaffe alene. For det første vil størrelsen på tilskuddet påvirke om kommunene søker på tilskuddsordningen. Deretter vil størrelsen på tilskuddet som går til kommunene, påvirke om samordningen av anskaffelsesprosessene og innføringsprosessene gir de forventede virkningene. Størrelsen på selve tilskuddsordningen og de enkelte tilskuddene må være store nok til at de har en reell påvirkning og at de oppleves som reelt risikoreduerende. Størrelsen på tilskuddet påvirker derfor både virkningene og måloppnåelsen for helseteknologiordningen.

Det er også grunn til å forvente at størrelsen på tilskuddet som er ressursutløsende kan være ulike avhengig av kommune, hvordan samarbeidet skal gjennomføres og hvilke ambisjoner de har for samarbeidet. I figuren nedenfor vises tilskuddsmidler i velferdsteknologiprogrammet. På venstre akse vises størrelsen på tilskuddsmidler som ble innvilget og langs x-aksen vises sentralitetsindeksen. Størrelsen på boblene viser størrelsen på kommunen som søkte og fikk innvilget søknaden. Som vi kan se av figuren er det noe forskjell i størrelsen på tilskuddet som søkes om, men det ser ikke ut til å variere med grad av sentralitet. Det ser derimot ut til å variere noe med størrelsen på kommunen som leder samarbeidet. Det vil si at det er sannsynlig at beløpet kommunene vil søke på er avhengig av antall innbygger i kommunen som står som tilskuddsansvarlig i tilskuddssøknaden.



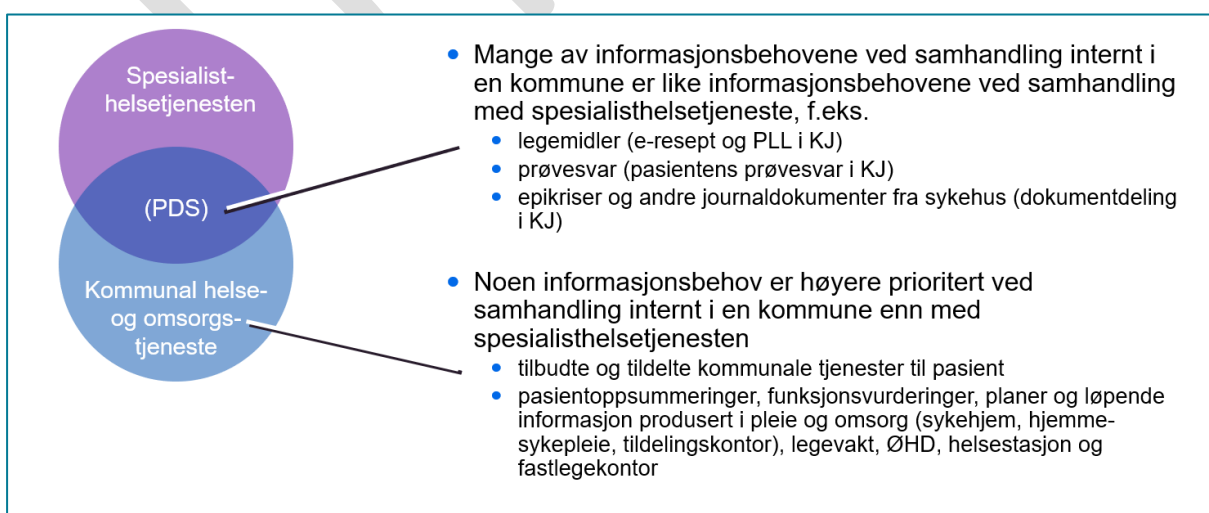
Figur 8: Tilskuddsmidler i velferdsteknologiprogrammet på sentraliseringsindeks



Figur 9: Forventet antall berørte kommuner - akkumulert

Helseteknologiordningen alene løser ikke kommuners behov for samhandling

Utredningens problembeskrivelse omtaler samhandling, der målet er økt samordning og på sikt tilrettelegge for økt samhandling. Helseteknologiordningen alene løser ikke dette. Spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste prioriterer mange av de samme behovene for informasjon like høyt når det gjelder samhandling. Imidlertid finnes det behov som kommunene prioriterer høyere, ikke minst ved samhandling internt i en kommune eller mellom kommuner.



Figur 10: Ulike behov for samhandling

Program Digital Samhandling (PDS) jobber med utvikling av samhandlingsløsninger for behov som er felles for spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Programmet fokuserer i 2022-2023 på de allerede igangsatte tiltakene innen pasientens legemiddelliste, dokumentdeling, kritisk informasjon og prøvesvar. Disse tiltakene har relevans også internt i kommunene. Kommunene prioriterer imidlertid noe annerledes ved samhandling internt, hvor deling av informasjon som tilbudte og tildelte kommunale tjenester til pasient og tilgang på løpende vurderinger og oppsummeringer på tvers av helsetjenesteområder i kommunen, inkludert fastlegetjenesten, står sentralt.

KS beskrev disse behovene nærmere i dokumentet «Utfordringsbilde i kommunene: Samhandling- og informasjonsdeling – dagens situasjon» [15] september 2022, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Her beskrives blant annet informasjonsbehovet i 12 eksempler på samhandling, med totalt 22 overordnede behov. Planlagte aktiviteter i PDS Steg 2 kan delvis dekke behovet i fire av disse eksemplene (7 av 22 behov), men majoriteten av eksemplene krever andre tiltak både sentralt og i de aktuelle journalløsningene.

Behovsbeskrivelsen fra KS [15] legger imidlertid stor vekt på at samhandling må være noe mer enn dagens meldingsformidling. Om de kommunale journalløsningene skal kunne utnytte mekanismer som datadeling eller dokumentdeling, er det behov for egne investeringer for å utvikle eller videreutvikle sentrale plattformer for samhandling. Helseteknologiordningen inneholder ingen tiltak som handler om å opprette en slik sentral plattform for samhandling.

Dette betyr at helseteknologiordningen ikke er tilstrekkelig i seg selv, og må suppleres med andre vesentlige initiativer for å nå målet om én innbygger – én journal slik det er beskrevet i Meld. St. 9.

6 Samlet vurdering og anbefaling

6.1 Anbefaling

Ambisjonsnivå 3 framstår som det mest samfunnsøkonomisk lønnsomme med netto nåverdi på 3 millioner kroner og den høyest vurderingen av de ikke prissatte virkningene. Dette ambisjonsnivået er derfor anbefalt.

Ambisjonsnivå 3 inkluderer både anskaffelses- og innføringsprosessen, og forventes derfor å kunne påvirke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene i størst grad. Alternativet forventes også å tilrettelegge noe mer for at løsninger settes i drift, som på sikt vil gi bedre støtte for samhandling i løsningene. Det forventes høyest grad av effektivisering hos kommuner og leverandører som følge av ambisjonsnivå 3. Ambisjonsnivå 3 forventes å gi størst påvirkning på kvalitet. Tiltaket bidrar til størst endring i arbeidsprosesser, og treffer dessuten flest kommuner.

Gjennomføringsrisikoen er vurdert som moderat til lav for ambisjonsnivå 3. Dette skyldes at alternativet gir støtte til hele prosessen, medregnet innførings- og endringsprosesser. Det kan bidra til å bygge økt varig kompetanse i kommunene som kan anvendes på flere områder. Risikobyrdene for kommuner i første fase av ordningen kan være større sammenlignet med lenger ut i tilskuddsperioden. Tilskuddet er ment å gi en risikoavlastning kommunene som går foran.

Måloppnåelse av tiltaket er avhengig at størrelsen på tilskuddet er stort nok til at kommunene finner det attraktivt å bli med i helseteknologiordningen og ikke heller velger å anskaffe alene. Størrelsen på selve tilskuddsordningen og de enkelte tilskuddene må være store nok til at det har en reell påvirkning og at de oppleves som reelt risikoreducerende. Størrelsen på tilskuddet må også være stort nok til at medfører økte investering i journalmarkedet og økt kvalitet på journalløsningen.

Måloppnåelse er også avhengig av at samordnet anskaffelse av journalløsninger, og økt og mer koordinert bruk og utvikling av standarder, faktisk bidrar til bedre kvalitet på journalløsningene over tid og på lengre sikt også kan det også støtte bedre opp under samhandling. Det er risiko for at man kun oppnår samordning internt i det kommunale fellesskapet, men ikke på tvers hvis den økte satsning på standardisering og normering ikke lykkes. Vi får dermed kunne få de individuelle kommunale prissatte virkningene, men vi får ikke de ikke-prissatte virkningene.

6.2 Forberedelser for helseteknologiordning

Tiltakene må operasjonaliseres før en etablering av en helseteknologiordning. Det vil da være sentralt at kunnskap og beste praksiser fra arbeid med innføring av e-helseløsninger blir brukt i anskaffelses- og innføringsfasen. Det pekes her ikke på spesifikke metoder for eksempelvis:

- Beskrivelse av felles behov
- På hvilken måte leverandørdialog bør gjennomføres for denne typen anskaffelser

- Hvilken samarbeidsform som egner seg for samarbeid med leverandører over tid
- Hvilken samarbeidsform som er best egnet for samarbeid mellom kommuner
- Hvilken metodikk eller modell som er best egnet for innføring av e-helseløsninger i kommunen

I forberedelsene for helseteknologiordningen er det behov for detaljering av tiltakene som er foreslått. Det bør sees hen til, og bygges på, arbeid og erfaringer som kommer fra strukturene og nettverkene i regi av KS på dette området. Det er også flere områder hvor det er behov for mer arbeid før opprettelse av en helseteknologiordning fra 2024:

Behov for økt kunnskap om dagens marked for journalløsninger og deres støtte for bruk av nasjonale e-helseløsninger

I forbindelse med arbeid med ny nasjonal helse- og samhandlingsplan vil det gjennomføres en kartlegging av journalleverandørenes status og planer for å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger (tillegg til tildelingsbrev 13 - Direktoratet for e-helse). Det anbefales å bruke kunnskapen som kommer frem i denne kartleggingen for å få et bilde av journalleverandørenes status for teknisk tilrettelegging og innføring av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal og e-resept, samt for å kunne ta i bruk Pasientens legemiddelliste og velferdsteknologisk knutepunkt. Kartleggingen skal leveres 1. februar 2023.

Kombinering/og eller formidling av tilskudd i helseteknologiordningen med tilskuddsordninger fra Innovasjon Norge for å stimulere næringsutvikling

Det bør sees nærmere på hvordan tilskudd gitt til kommuner gjennom helseteknologiordningen eventuelt kan kombineres og/eller formidles i sammenheng med tilskudd administrert av Innovasjon Norge, eksempelvis tilskudd til innovasjonskontrakter eller innovasjonspartnerskap. Innovasjonskontrakter gir tilskudd til leverandører som har et innovasjonsprosjekt i et forpliktende samarbeid med en pilotkunde. Pilotkunden bidrar aktivt i utviklingsprosjektet, slik at den endelige løsningen treffer best mulig på markedets behov. Tilskudd fra Innovasjonskontrakter er et supplement til annen finansiering av prosjektet, og andelen finansiering fra Innovasjon Norge baserer seg på en samlet vurdering av bedrift og prosjekt. Tilskudd skal bidra til at prioriterte prosjekter blir gjennomført i ønsket omfang og med ønsket framdrift. Innovasjonsprosjekter skal bidra til å styrke bedriftens konkurransekraft og gi varig verdiskaping i Norge. Hovedmålgruppen er små og mellomstore bedrifter, men unntaksvis kan også store bedrifter motta tilskudd.

Innovasjonspartnerskap er en modell for tett dialog og innovasjonssamarbeid med næringslivet. Målet er å utvikle helt nye produkter og løsninger som i dag ikke finnes på markedet og implementere disse. Et innovasjonspartnerskap tar utgangspunkt i et offentlig behov, og inkluderer offentlige aktører, sluttbrukere og næringsliv både i behovsforståelsen og under utvikling og testing av nye løsninger. Offentlige virksomheter som forvalter samfunnsoppgaver, som kommuner, statlige etater og sykehus, kan søke midler til å gjennomføre innovasjonspartnerskap. Private aktører kan ikke søke, men kobles på prosessen gjennom markedsdialoger og anbudskonkurranser. I et innovasjonspartnerskap går offentlige og private virksomheter sammen for å utvikle helt nye løsninger på dagens og fremtidens samfunnsutfordringer. Ordningen er både en juridisk anskaffelsesprosedyre forankret i Lov om offentlige anskaffelser og en arbeidsmodell for dialog og

innovasjonssamarbeid med næringslivet. Et innovasjonspartnerskap har utgangspunkt i offentlige behov, krever topplederforankring og inkluderer næringsliv og offentlig sektor både i behovsforståelse og under løsningsutforming.

Konkretisering av tildelingskriterier

Tildelingskriteriene må utformes slik at de bidrar til målet med tilskuddsordningen. Kriteriene vil bli utformet med utgangspunkt i rammebetingelser for ordningen og nærmere avgrensninger se 1.1. I 2023 må det i samarbeid med KS, et utvalg kommuner og andre relevante aktører jobbes med å utforme tildelingskriteriene på bakgrunn av problemanalysen. Tilskuddet skal gå til kommunesamarbeid, men det må utredes nærmere hvilke krav som bør stilles til slike samarbeid. Det er viktig at ordningen stimulere kommuner med sammenfallende behov til å samordne seg da det er viktigste kriteriet for et vellykket innkjøpssamarbeid [20].

I utredningssamarbeidet har kommuneperspektivet vært ivaretatt gjennom av KS. Det antas å kunne være en ytterligere styrking dersom det lar seg gjøre å kartlegge enkeltkommuners behov i arbeidet med innretning av ordningens tiltak. KS tar ansvar for forankringsprosessen i samstyringsmodellen i kommunal sektor.

Det må også utredes nærmere hva tilskuddet kan benyttes til, nedfor følger noen eksempler på aktiviteter som kan være aktuelt å gi støtte til:

- Aktiviteter som innebærer å dekke deler av kommunenes innføringskostnader til f.eks. migrering, opplæring o.l.
- Utprøving av ulike kontraktsstrategier, som f.eks. felles rammeavtaler eller andre kontraktsformer
- Til samarbeid mellom kommuner om beskrivelse av behov, leverandørdialog (tidlig involvering om behov og utvikling) og konkurranse
- Til kommuners involvering av brukere inkludert innbygger- og pasientperspektivet, leverandører, standardiseringsorganisasjoner og myndigheter for å innhente nødvendig erfarings- og kunnskapsgrunnlag knyttet til valg og bruk av standarder
- Til kommuners tilrettelegge for erfaringsdeling og gjenbruk i sektoren som underlag for nasjonal normering
- Til samordning og gjennomføring av prosessendringer ved bytte, oppgradering eller konsolidering av journalløsning, og til bedre utnyttelse av funksjonalitet i eksisterende journalløsning
- Til samordning for innføring av nye samhandlingsløsninger og deres tilhørende funksjonalitet i journalløsningene. Tiltaket bør omfatte alle virksomheter som skal endre måten de samhandler med andre på, inkludert når, hva og hvordan de utveksler informasjon til hverandre, og sikre koordinert endring av arbeidsprosessene hos alle
- Til oppgraderinger eller nyanskaffelser av teknisk miljø eller tekniske tjenester som er nødvendig for å ta i bruk journalløsningen som planlagt, inkludert overgang til skybaserte tjenester. Kan også være test- og godkjenningssløsninger.

Om kommuner i Midt-Norge kan søke om tilskudd gjenstår å avklare.

Under er aktuelle forhold å vurdere knyttet til innretningen av en helseteknologiordning:

- Incentiver til kommuner som velger å gå raskt i gang og dermed ta risiko. Dette kan innebære å vurdere å redusere tilskuddet etter hvert som tiden går, slik at de som går foran først får mest støtte
- Ordningen innrettes slik at det stilles tydelige krav om bruk av og eventuelt utvikling eller tilpasning av standarder ved bestilling av løsningen, men kun overordnede krav utover dette til teknisk løsning, da detaljerte krav oppleves å kunne hemme innovasjon og brukertilpasning¹
- Stille krav til kommunene om å legge til rette for samhandling med spesialisthelsetjenestene. Helsefelleskapene trekkes frem som eksempel på et slikt samarbeid.
- Kommunal sektor har etablert en kommunal samstyringsmodell (se kapittel 00) med nettverk, fora og utvalg i tillegg til at KS har en særskilt rolle med å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor. KS har sammen med medlemmene etablert Fag- og prioriteringsutvalg, KS eKomp og Kompetansenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Det er viktig at helseteknologiordningen tar utgangspunkt i dette for videre detaljering av tiltakene i 2023.
- Felles kommunal journal leverer sitt styringsdokument medio november. Det er vesentlig at de beskrevne tiltakene sees i sammenheng med kommunenes planlagte arbeid for et felles journalløft i 2023.
- Det bør også vurderes hvilken type prosessveiledning som eventuelt kan supplere den som allerede finnes i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Evaluering og læring av tiltak i en helseteknologiordning

Det er nødvendig å kunne følge, evaluere og lære av tiltakene som iverksettes gjennom helseteknologiordningen. Det vil være nødvendig å gi rom for å vurdere om tiltakene som etableres i ordningen fra 2024 har ønsket effekt, om det er behov for en styrking, eller om det er behov for å utarbeide og iverksette andre tiltak på dette området. Det legges også opp til at ordningen kan utvides til å gjelde andre områder enn velferdsteknologi og journalområdet. Det kan med en eventuell utvidelse også bli behov for å vurdere andre tiltak. I utformingen av tiltakene er det satt av midler til følgeforskning. Det er også behov for:

Bedre kunnskapsgrunnlag om e-helseløsningers effekt

Det er behov for mer kunnskap om e-helseløsningers effekt på både kvalitet og produktivitet. Denne kunnskapen vil også være til nytte i prosessen med anskaffelse og innføring av journal- og velferdsteknologi. Et bedre kunnskapsgrunnlag om e-helseløsningers effekt vil bidra til å synliggjøre hvilke løsninger som er sannsynlig til å bidra til effekten kunden ønsker ved anskaffelse og innføring av ny løsning. Dette vil også kunne komme leverandørene i dette markedet til gode. Forskningsresultater som allerede foreligger fra Nasjonalt senter for e-helseforskning, om innføring av nasjonale e-helseløsninger, kan sees hen til for kunnskap om innføringer.

¹ Etter vurderinger fra leverandørsamtaler

Evaluering av virkemidler i bruk på e-helseområdet for eventuell spredning og videreutvikling

Det finnes flere virkemidler og tilskuddsordninger som treffer helseteknologiområdet allerede, også for leverandørdialog og anskaffelse. Det vil være relevant å gjennomføre en evaluering av virkemidler spesifikt for innføring og tjenesteinnovasjon i kommunene, for eventuelt gjenbruk av elementer fra disse. Det vil også være relevant å se på kombinasjoner av virkemidler for etterspørsel- og tilbudssiden, og hvordan dette kan bidra til å øke investeringsviljen i dette markedet.

Et bedret kunnskapsgrunnlag for å vurdere hvilke incentivordninger som fungerer for å øke investeringene i e-helseløsninger

Det er behov for å sette ut eller sørge for at det blir gjennomført forskningsoppdrag for å frembringe kunnskap om incentivordningers effekt for økning av investeringene i e-helseløsninger. Dette kan være et viktig grunnlag for videreutvikling av helseteknologiordningens virkemidler. Det bør hentes inn kunnskap fra andre land om hvilke insentiver som har vært forsøkt for å legge til rette for økt tempo i innføringen av e-helseløsninger, eksempelvis Tyskland, Sverige, Frankrike og Belgia.

7 Anbefalte tiltak for velferdsteknologi

Se eget tilleggsdokument for velferdsteknologi med begrunnelse for de foreslåtte tiltakene.

7.1 Utredning av test-, godkjenning,- og sertifiseringsordning for velferdsteknologi

Manglende test-, godkjenning-, og sertifiseringsordninger er beskrevet som en teknisk barriere i dagens velferdsteknologiprogram, og kan medføre usikkerhet og merarbeid for kommuner som anskaffer velferdsteknologiske løsninger. Gjennom å utvikle en sertifiseringsordning i samarbeid med næringen, vil kommuner enklere kunne sikre at leverandører leverer på forhåndsdefinerte krav og gjennomførte verifikasjonstester, felles for hele bransjen. Slike krav kan for eksempel være knyttet til kvalitet, funksjonalitet, brukervennlighet, utstyrsadministrasjon, logistikk mm. En slik ordning bør også inkludere om løsningene møter kravene satt i det nasjonale rammeverket for digital samhandling, slik at de er klargjorte for deling av data med andre systemer. Videre bør en utredning om sertifiseringsordning for velferdsteknologi, ses i sammenheng med standardisering og evt. sertifisering innen journalområdet.

7.2 Tilskudd til følgeforskning initiert av kommunene

Kommuner kan møte på barrierer og drivere i utviklingen av løsninger for velferdsteknologi og digitale hjemmeoppfølging som er betydningsfulle for utfallet av implementeringen i den enkelte kommunen. Følgeforskning med utspring i kommunenes hverdag og deres samarbeid med andre kommuner og helseforetak, innenfor rammen av helsefelleskapene og digital hjemmeoppfølging, har ikke tidligere vært evaluert gjennom egne forskningsprosjekter.

7.3 Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling for styrking av habilitering og rehabilitering

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering er blitt evaluert², og man har konkludert med at det er behov for ytterligere tiltak på det området. I tillegg viser erfaringene fra pandemien at rehabiliteringsvirksomheten i landet ble "satt på vent" når mulighetene for fysisk oppmøte til behandling ble begrenset³. Behovet for å jobbe på nye måter kan synes ekstra påtrengende på dette feltet. Forskjellige tjenesteinnovasjoner er prøvd ut med stor politisk oppmerksomhet på feltet, herunder ParkinsonNet, innovativ rehabilitering i Østfold og Teknologisk innovasjonssenter på Sunnaas sykehus. Det foreslås her at man i Helseteknologiordningen igangsetter et utprøvningsprosjekt for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging innen rehabilitering, som kan gi stor potensiell merverdi knyttet til å

2. ² [Evaluering av opptappingsplan for habilitering og rehabilitering \(2017-2019\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

3. ³ [Nedgang i rehabiliteringsaktivitet under pandemien - Helsedirektoratet](#)

modernisere og rasjonalisere rehabiliteringsoppfølgingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, basert på bl.a. danske erfaringer og forskning på området⁴.

7.4 Utrede og iverksette ulike finansierings- og incitamentordninger for å ta i bruk velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Kostnader ved oppstart og manglende finansiering er en barriere for mange, både kommuner, fastleger og helseforetak. Det vil være pukkelkostnader ved oppstart både i form av innkjøp, innføringsprosjekt, opplæring og drift. Gevinster/effekter på ressursbruk vil først komme når man får etablert tjenesten og får et tilstrekkelig volum innen ulike pasientgrupper. For å stimulere til raskere innføring bør følgende tiltak vurderes:

1. Det bør utredes å innføre en incitamentsordning for kommuner. Her bør det vurderes om det vil være hensiktsmessig å gi tilskudd når tilbud om velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er etablert som tjeneste, og hvordan en slik incitament-ordning evt. kan innrettes for å stimulere til raskere måloppnåelse.
2. Fastleger oppleve at det er gråsoner når det gjelder takster for å følge opp pasienter med digital hjemmeoppfølging. Her bør det sikres at takstsystemet understøtter hensiktsmessig og forsvarlig oppfølging av pasienter uavhengig om det er fysisk oppmøte eller ved bruk av digitale verktøy, og at det understøtter hensiktsmessig samhandling. Dette gjelder også for spesialisthelsetjenesten.
3. Utrede konsepter for finansiell samhandling og forløpsfinansiering for å fremme digital hjemmeoppfølging

7.5 Velferdsteknologi som del av helseteknologiordningen fra 2025

For 2025 og påfølgende år, forslås følgende hovedinnretning:

Del 1: Tiltak og virkemidler i NVP for perioden 2022-2024, evalueres i løpet av 2023 og 2024. Virksomme tiltak som ennå ikke har hentet ut sitt fulle potensial, vil bli foreslått videreført i 2025 og framover, til tilsiktet effekt er oppnådd. Dette gjelder i utgangspunktet alle sju tiltak inkludert i NVP for perioden 2022-2024:

- Tiltak 1: Videre spredning av digital hjemmeoppfølging (DHO) for kroniske syke
- Tiltak 2: Spredning av VFT til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
- Tiltak 3: Etablering av varig struktur for kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi
- Tiltak 4: Prosessveiledning for kommuner
- Tiltak 5: Arkitektur og infrastruktur
- Tiltak 6: Sosial kontakt og økt digital helsekompetanse for eldre

4. [PA Report \(digst.dk\)](#)

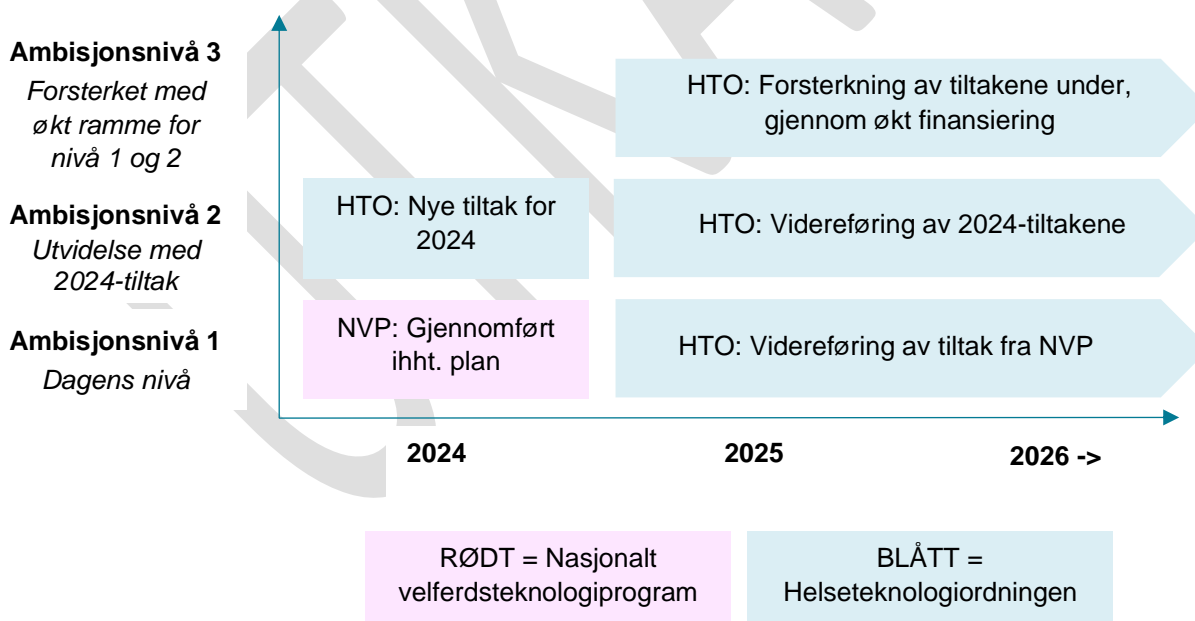
- Tiltak 7: Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy

Del 2: I denne utredningen er det, basert på erfaringene fra NVP, foreslått fire nye tiltak som vil kunne gjelde fra 2024. Dette er alle tiltak som bør virke over flere år, og som det dermed er naturlig å videreføre inn i 2025 og påfølgende år:

- Utredning av en test-, godkjenning-, og sertifiseringsordning for velferdsteknologi
- Tilskudd til følgeforskning initiert av kommunene
- Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling i habilitering- og rehabiliteringstjenestene
- Utrede og iverksette ulike incitament for bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

7.6 Ambisjonsnivåer for velferdsteknologi

Tiltakene som foreslås for 2024 vil kreve en ekstrabevilgning, enten i eller parallelt med helseteknologiordningen. Det samme gjelder om disse tiltakene skulle blitt videreført til 2025. De utgjør med andre ord et ambisjonsnivå nr. 2 for helseteknologiordningen, der videreføringen av dagens tiltak i velferdsteknologiprogrammet er ambisjonsnivå 1 i 2025. Vi har også angitt et ambisjonsnivå nr. 3 for 2025, der de foreslåtte tiltakene for 2024 videreføres for 2025, samtidig som 2025-tiltakene økes i størrelse for å øke implementeringstakten i kommunene.



Figur 8 – Ulike ambisjonsnivåer for tiltak rettet mot velferdsteknologi

Referanser

- [1] Helse- og omsorgsdepartementet, «Tillegg til tildelingsbrev nummer 10 – utforming av en helseteknologiordning,» 2022. [Internett]. Available: https://www.ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse/_/attachment/download/9d4b84e5-3a44-42d3-aedc-273700c99f81:ec7a7e74f708bee77141d8bf16d96c75dbeb7232/Tillegg%20til%20tildelingsbrev%20nr%2010.pdf.
- [2] Helsedirektoratet, «Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram,» [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>.
- [3] Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal*, 2012.
- [4] Direktoratet for e-helse, «Referansearkitektur for datadeling,» 12 2018. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/referansearkitektur-for-datadeling>. [Funnet 15 11 2022].
- [5] Direktoratet for e-helse, «Referansearkitektur for meldings- og dokumentutveksling,» 12 2018. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/referansearkitektur-for-meldings-og-dokumentutveksling>. [Funnet 15 11 2022].
- [6] Direktoratet for e-helse, «Referansearkitektur for dokumentdeling,» 12 2018. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/referansearkitektur-for-dokumentdeling>. [Funnet 15 11 2022].
- [7] Direktoratet for e-helse, «Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg A. Sentrale begreper,» 2020.
- [8] Direktoratet for e-helse, «Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Én innbygger – én journal),» 2018.
- [9] Direktoratet for e-helse, «Terminologi for sykepleiepraksis - konseptutredning,» 2018.
- [1] Helsetilsynet, «Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved
0] legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008-2010,» 2010.
- [1] Helsedirektoratet og KS, «Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten. Status,
1] utfordringer og behov,» 2014.
- [1] E. Østensen og A. Moen, «Elektronisk pasientjournal - sykepleieres erfaringer,» 2015.
2]
- [1] Regjeringen, «St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - Rett behandling –
3] på rett sted – til rett tid (2009), Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg (2012),
Meld. St. 15 (2017 – 2018) Leve hele livet (2018), og Meld. St. 14 (2020–2021)
Perspektivmeldinge».
- [1] Nærings- og fiskeridepartementet, *Meld. St. nr 18 (2018-2019) Helsenæringen. Sammen
4] om verdiskaping og bedre tjenester.*, 2019.
- [1] Felles kommunal journal interim AS, «Utfordringsbilde i kommunene: Samhandling og
5] informasjonsdeling - dagens situasjon,» Oslo, 2022.
- [1] Direktoratet for e-helse, «Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet. Anbefaling
6] om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke
gjennomføringskraften,» 2021.
- [1] PA Consulting, «Gevinster, kostnader og barrierer ved implementering av trygghets- og
7] mestringsteknologi og digital hjemmeoppfølging,» 2021.
- [1] EU Directorate-general for Health and Food Safety , «Proposal for a regulation - The
8] European Health Data Space,» 2022. [Internett]. Available: <https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-regulation-european-health-data->

space_en.

- [1] Direktoratet for e-helse, «Samarbeidsmodell for internasjonale standarder,» 2022. 9]
- [2] Oslo Economics, Inventura og NIVI Analyse, «Innkjøpssamarbeid i kommunesektoren. 0] Rapport utarbeidet for Nærings- og fiskeridepartementet.,» 2021.
- [2] L.-E. Borge, B. Brandtzæg, V. Flatval, T. Kråkenes, J. Rattsø, R. Røtnes, R. Sørenesen 1] og G. Vinsand, «Nullpunktsmåling: Hovedrapport,» Senter for økonomisk forskning AS, Trondheim, 2017.
- [2] Riksrevisjonen, «Riksrevisjonens undersøkelse av digitalisering av kommunale 2] tjenester,» Riksrevisjonen, Oslo, 2016.
- [2] Karabin, «Gevinstarbeid som naturlig del av budsjett- og økonomiplanprosessen,» KS, 3] 2021.
- [2] I. Mathiesen, L. N. Helli og S. Tornås, *Debattinnlegg: Sykehusenes finansieringsmodell 4] hindrer innovasjon i helsektoren*, 2021.
- [2] Helsedirektoratet og Nasjonalt velferdsteknologiprogram, «Oppsummering underveis - 5] om utprøving av medising avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten,» 2019.
- [2] Direktoratet for e-helse, «Ny nasjonal e-helsestrategi på høring,» 2022. [Internett]. 6] Available: <https://www.ehelse.no/aktuelt/ny-nasjonal-e-helsestrategi-er-ute-pa-horing>.
- [2] Leverandørutviklingsprogrammet (LUP), «Leverandørutviklingsprogrammet,» 2022. 7] [Internett]. Available: <https://innovativeanskaffelser.no/om-oss/>.
- [2] B. A. Brantzæg, T. E. Lunder, A. Aastvedt og G. K. A. Leikvoll, «Små 8] distriktkommuners deltakelse i innovasjonsvirkemidler,» Telemarksforskning, 2020.
- [2] Direktoratet for økonomistyring (DFØ), «Hvordan er regelverket for statlig tilskudd 9] utformet?,» Direktoratet for økonomistyring, 2017.
- [3] KS, Kommunesektorens organisasjon, «Hva er Felles kommunal journal?,» KS, 14 12 0] 2021. [Internett]. Available: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/fkj/om-akson/>. [Funnet 04 11 2022].
- [3] «EPJ-løftet for fastleger og avtalespesialister,» 2018. [Internett]. Available: 1] <https://www.ehelse.no/programmer/epj-loftet/epj-loftet-for-fastleger-og-avtalespesialister>.
- [3] PwC, «Konsekvensutredning ved forslag til forskrift om krav til og sertifisering av IKT- 2] systemer i helse- og omsorgssektoren. Økonomiske og administrative konsekvenser,» 2012.
- [3] KS, «KS Innovasjonsbarometer,» 3] <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/innovasjonsbarometeret-2020/hoyt-innovasjonstrykk-i-kommunesektoren/>, 2020.
- [3] «Evaluering av Statens innkjøpssenter,» Oslo Economics, Oslo, 2019. 4]
- [3] Helseplattformen, «Prosjektplan Innføring av helseplattformen 2021-2022,» Trondheim, 5] 2021.
- [3] Ny versjon av sikkerhetsrapporten - Østre Toten kommune (ototen.no), [Internett]. 6] Available: Ny versjon av sikkerhetsrapporten - Østre Toten kommune (ototen.no).
- [3] Larvik kommune, «Innovative offentlig anskaffelse av elektronisk 7] medisieringstøtteløsinger,» Larvik kommune, Larvik, 2019.
- [3] *Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger [FOR-2015-07-01-853].* 8]
- [3] Direktoratet for e-helse, «Referansekatalogen for e-helse,» [Internett]. Available: 9] <https://www.ehelse.no/standardisering/om-standardisering/referansekatalogen-for-e-helse>.

- [4 « Normen - Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren,» [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/normen>.
- [4 Direktoratet for e-helse, «Tekniske anbefalinger ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging,» [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/velferdsteknologi/anbefalinger-om-bruk-av-velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppf%C3%B8lging>.
- [4 Digitaliseringsdirektoratet, «Referansekatalogen for IT-standarder,» [Internett]. Available: <https://www.digdir.no/standarder/referansekatalogen-it-standardar/1480>.
- [4 J. Leviss, HIT Or Miss, 3rd Edition: Lessons Learned from Health Information Technology Projects, Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group, 2019.
- [4 HIPAA Journal, «What is the HITECH Act?,» HIPAA Journal, [Internett]. Available: <https://www.hipaajournal.com/what-is-the-hitech-act/#:~:text=The%20HITECH%20Act%20encouraged%20healthcare,HIPAA%20Privacy%20and%20Security%20Rules..> [Funnet 04 10 2022].
- [4 HL7 International, «HL7 Standards - Section 1b: EHR - Electronic Health Records,» [Internett]. Available: https://www.hl7.org/implement/standards/product_section.cfm?section=11. [Funnet 04 10 2022].
- [4 Centers for Medicare & Medicaid Services, «Promoting Interoperability Programs,» [Internett]. Available: <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/legislation/ehrincentiveprograms?redirect=/ehrincentiveprograms/>. [Funnet 4 10 2022].
- [4 Office of National Coordination (ONC), «Electronic Capabilities for Patient Engagement among U.S. Non-Federal Acute Care Hospitals: 2012-2015,» 09 2016. [Internett]. Available: <https://www.healthit.gov/data/data-briefs/electronic-capabilities-patient-engagement-among-us-non-federal-acute-care-0>. [Funnet 04 10 2022].
- [4 ONC, «www.healthit.gov,» 2014. [Internett]. Available: <https://www.healthit.gov/data/quickstats/effects-meaningful-use-functionalities-health-care-quality-safety-and-efficiency-0>. [Funnet 04 10 2022].
- [4 A. Gettinger og T. Zayas-Caban, «HITECH to 21st century cures: clinician burden and evolving health IT policy,» *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, vol. 5, 2021.
- [5 T. Colicchio, J. Cimino og G. Del Fiol, «Unintended Consequences of Nationwide Electronic Health Record Adoption: Challenges and Opportunities in the Post-Meaningful Use Era,» *Journal of Medical Internet Research*, vol. 21, 2019.
- [5 The Guardian, «Abandoned NHS IT system has cost £10bn so far,» Guardian News & Media Limited, 18 09 2013. [Internett]. Available: <https://www.theguardian.com/society/2013/sep/18/nhs-records-system-10bn>.
- [5 «The Electronic Health Records System In the UK,» Centre for Public Impact, a BCG Foundation, 03 04 2017. [Internett]. Available: <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/electronic-health-records-system-uk>. [Funnet 04 10 2022].
- [5 Department of Health and Social Care, United Kingdom, «Policy paper: A plan for digital health and social care,» 22 06 2022. [Internett]. Available: <https://www.gov.uk/government/publications/a-plan-for-digital-health-and-social-care/a-plan-for-digital-health-and-social-care>. [Funnet 05 10 2022].
- [5 NHS England - Transformation Directorate, «Who Pays for What proposals,» 31 08 2021. [Internett]. Available: <https://transform.england.nhs.uk/digitise-connect-transform/who-pays-for-what/>. [Funnet 05 10 2022].
- [5 Direktoratet for e-helse, «Sentralt styringsdokument: Steg 2 for digital samhandling,»

5] Januar 2022. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-steg-2-for-digital-samhandling>. [Funnet 07 10 2022].

UTKAST

Vedlegg

UTKAST

Vedlegg 1: Krav og prosess for standardisering og normering

1. Anbefalte og obligatoriske standarder

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger [38] (tidligere forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten) angir krav til bruk av e-helsestandarder og nasjonale løsninger, og gjelder virksomheter som yter helsehjelp eller forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre. Hver enkelt virksomhet i helse- og omsorgstjenesten har ansvar for at IKT-systemene deres oppfyller kravene i forskriften. Forskriften ble fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2015 og trådte i kraft 1. september samme år. Forskriften ble sist endret 1. juli 2022, og det forventes ytterligere endringer som vil medføre utvidelser i de obligatoriske kravene i årene fremover. Ved forslag om endringer involveres berørte interessenter gjennom veldefinerte prosesser, inkludert høringer.

Forskriften angir blant annet hvilke e-helsestandarder det er *obligatorisk* for ulike virksomhetstyper å benytte, mens Referansekatalogen for e-helse [39] gir en oversikt over både obligatoriske og anbefalte e-helsestandarder.

Alle virksomheter som er tilknyttet Helsenettet er forpliktet til å følge Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen) [40]. For å kunne ta et EPJ-system i bruk i produksjon, kreves det at leverandøren av EPJ-systemet har en godkjent 3. partsavtale for EDI tjenesten med Norsk helsenett, og dermed har tilfredsstilt krav satt i Normen.

For kommuner og leverandører som skal anskaffe, implementere eller levere løsninger innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging har Direktoratet for e-helse laget en samleside [41] med gjeldende tekniske anbefalinger og krav.

I tillegg til de sektorspesifikke kravene må offentlige virksomheter også ta hensyn til de anbefalte og obligatoriske IT-standardene som gjelder for hele offentlig sektor. Referansekatalogen for IT-standarder [42] som utgis av Digitaliseringsdirektoratet gir en oversikt over disse.

Kravene er uavhengige av hvilke journalløsninger som brukes:

- For aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som tar i bruk en felles kommunal journalløsning vil kravene måtte tilfredsstilles gjennom disse løsningene
- Øvrige aktører må tilfredsstille kravene på selvstendig grunnlag i egne løsninger

2. Veiledere og retningslinjer

I tillegg til anbefalte og obligatoriske standarder utgir også Direktoratet for e-helse veiledere og retningslinjer innen e-helseområdet. Veilederne og retningslinjene gir rammer og retning innen områder med behov for nasjonal normering. Ved å høste erfaring fra bruken av disse får vi et best mulig grunnlag for å fastsette standarder.

3. Forutsetninger for normering

God og formålstjenlig normering forutsetter derfor at alle aktørene i sektoren setter seg inn i og følger opp de krav og den prosess som alle normeringsnivåene legger opp til. Overensstemmelse med kravene i normeringsnivåene må derfor være en naturlig del av bestillinger og utvikling av løsninger.

Figur 11 viser de fire normeringsnivåene.



Figur 11 Normeringsnivåer

Alle de normerende produktene er tilgjengelige på ehelse.no.

Forvaltningsmodell for normerende produkter beskriver hvordan de normerende produktene skal utredes, lages og forvaltes.

Som ledd i å styrke normeringskraften planlegger Direktoratet for e-helse en rekke tiltak knyttet til de normerende produktene. Direktoratet ser behov for å øke kunnskapen om de etablerte normeringsnivåene, forvaltningsmodellen for normerende produkter og roller, ansvar og prosesser som følger av forvaltningsmodellen i hele helse- og omsorgssektoren, slik at det som gjøres lokalt og regionalt bidrar inn i felles nasjonal normering. Direktoratet jobber også med en «reguleringsplan» som skal gjøre det enklere å få oversikt over føringene for digitalisering i helse- og omsorgssektoren på ulike områder. Arbeid med standardisering, normering og veiledning skal gi leverandørene større forutsigbarhet, og bidra til at kommunene kan anskaffe journalsystemer som tilfredsstillende krav til sikkerhet, funksjonalitet og samhandling.

4. Test og godkjenningsordning for meldingsstandarder

Norsk helsenett har ansvaret for en nasjonal test- og godkjenningsordning som skal hjelpe systemleverandører med enhetlig bruk og korrekt implementering av standarder for elektronisk samhandling. Kravene er blant annet beskrevet i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Målet er at alle meldingstyper som tas i bruk av virksomhetene skal være testet og godkjent gjennom bruk av verktøyet «Meldingsvalidator – test og godkjenning», og verktøyet er også tilrettelagt for egen testing av enkeltmeldinger for den enkelte virksomhet.

Per i dag er det opp til leverandørene å ta i bruk Meldingsvalidator. Virksomhetene bør sette krav til sine leverandører av EPJ-systemer om at alle meldingstyper som benyttes skal være godkjent. Oversikt over godkjente EPJ-systemer som har gjennomført en slik samsvarstesting, samt hvilke meldingsprofiler de er godkjent for finnes hos Norsk helsenett.

UTKAST

Vedlegg 2: utfordringer med dagens journalløsninger

Kommunal helse- og omsorgstjeneste har i lang tid gitt uttrykk for at de har behov for mer effektiv samhandling og bedre pasientjournaløsninger. Dette kom til uttrykk allerede i Meld.St.9 «En innbygger – en journal» i 2012 [3]. Konseptvalgutredningen for «Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste» [8] inkluderte i 2018 en omfattende behovsanalyse, hvor resultater fra flere andre undersøkelser [9] [10] [11] [12] ble inkludert. Her identifiseres trender som vil øke behovet for helsetjenester i kommunene nær fremtid, samtidig som muligheten til å ansette flere helsepersonell begrenses. I tillegg beskrives et økt behov for kunnskapsoverføring, konsultering og deling av informasjon om innbygger på tvers av omsorgsnivåer og profesjoner.

Oppsummert avdekket analysen følgende prosjektutløsende behov:

- At pasientinformasjon er tilgjengelig uavhengig av hvor pasienten befinner seg eller har fått helsehjelp tidligere.
- At oppgaver løses med minst mulig uønsket klinisk variasjon, og med beslutningsstøtte slik at helsepersonell over hele landet kan være i stand til å ta best mulig og likest mulig beslutninger om diagnose og behandling.
- At viktige data om helsetilstanden i befolkningen er lettere tilgjengelig

Mer spesifikt beskrives følgende utfordringer i dagens journalløsninger:

- 1 Utfordringer knyttet til arbeid med pasienter
 - 1.1 Manglende tilgang på vesentlige deler⁵ av pasientjournalen og nødvendig informasjon for å ivareta kontinuitet, pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp.
 - 1.2 Manglende oversikt over informasjonen som er tilgjengelig, utilstrekkelig støtte av arbeidsprosesser⁶ og manglende støtte for grunnleggende funksjonalitet for flere av de helsefaglige områdene.
 - 1.3 Manglende tilgang på kunnskaps- og beslutningsstøtte.
 - 1.4 Utilstrekkelig brukervennlighet og mangelfull opplæring
 - 1.5 Programvarefeil og hyppig nedetid i pasientjournaløsningene
- 2 Behov for å utnytte helsedata bedre til styring, kvalitetsforbedring og forskning utledet av dagens situasjon.
- 3 Behov for bedre informasjonssikkerhet ved behandling av helseopplysninger i pasientjournalen

⁵ Ved ØHD/KAD og kommunal legevakt beskrives at de ikke har tilgang til annen informasjon enn det de har registrert i egen pasientjournal.

⁶ Dobbeltføring av den samme informasjonen ved dokumentasjon, manglende oversikt over status for pasientens helse, mangelfulle og tungvinne legemiddelmoduler som delvis er papirbasert og mangler beslutningsstøtte, mangelfull integrasjon av velferdsteknologi og informasjon fra respsentere, ufullstendig støtte av digitaliserte søknadsprosesser for tjenestetildeling, utilstrekkelig støtte for henvisninger fra helsestasjon, manglende støtte for kommunikasjon mellom ulike profesjoner i en og samme pasientjournaløsning.

I tillegg ble systemlandskapet for pasientjournaløsningene i kommunene beskrevet som fragmentert, hvor hver kommune ofte har flere ulike løsninger som ikke kommuniserer godt nok med hverandre

Bør ha et avsnitt om utfordringer knyttet til silo, lock-in og manglende mulighet for å dele informasjon.

1. Bruk av ulike journalløsninger innenfor en og samme kommune medfører ofte at vesentlige helseopplysninger ikke blir tilgjengelige

De fleste kommuner bruker ulike journalløsninger for ulike helsetjenesteområder. For eksempel bruker helsestasjoner og fastleger journalløsninger som er spesielt tilpasset deres behov. Innenfor pleie og omsorg er det utviklet journalløsninger som dekker flere helsetjenesteområder som institusjonsbaserte tjenester, hjemmebaserte tjenester og tjenestetildeling. I tillegg ble det beskrevet at en og samme kommune ofte bruker flere journalløsninger for de samme helsetjenesteområdene [8]. Dette ble bekreftet i en undersøkelse fra 2022 med 20 representanter fra ulike kommuner og helsetjenesteområder, utført av Felles Kommunal Journal Interim AS [15].

I EIEJ KVVU [8] ble det kartlagt et omfattende behov for samhandling mellom ulike helsetjenesteområder innenfor en og samme kommune, særlig mellom fastleger og andre helsetjenesteområder. Disse behovene var imidlertid ikke dekket med funksjonaliteten for samhandling i dagens journalløsninger [15]. Det var også et stort udekket behov for samhandling mellom alle helsetjenesteområder og spesialisthelsetjenesten, og med innbygger [8] [15].

Når behov for samhandling ikke blir dekket, medfører det at helsepersonell bruker mer tid på å innhente vesentlige helseopplysninger, eller at helseopplysningene ikke blir tilgjengelig i det hele tatt. Sistnevnte kan føre til redusert pasientsikkerhet og økt forbruk av tjenester, f.eks. unødvendige innleggelses fra kommunal legevakt [15]. Det skaper også usikkerhet hos helsepersonell. I FKJ Interims rapport fra 2022 beskrives dette slik:

Helsepersonell er på jobb alle dager i året og til alle tider av døgnet. Som hjemmesykepleier kan du ha ansvar for et stort antall brukere fra andre områder/distrikter, også mange du ikke kjenner fra tidligere. På allerede sårbare vakter som helg, kveld og natt er dette spesielt vanlig. Når du er hjemme hos brukerne og skal gjøre vurderinger av situasjonen, gjerne i kontakt med legevakt eller andre aktører, ville tilgang til et helhetlig og oppsummerende bilde av brukernes historie og situasjon kunne ha uvurderlig betydning.

Helsepersonell i kommunale helse og omsorgstjenester er svært selvstendige og står ofte alene i mange vurderinger. De fleste har kjent på frustrasjon over mangelfull, fraværende eller ufullstendig informasjon, og dermed et uklart bilde. Som sykepleier i hjemmesykepleien eller på et sykehjem kan man ikke bare rope på en kollega, men må stole på egne avgjørelser. Om det trengs legehjelp må man forholde seg til legevakten utenfor fastlegens åpningstider. Når legen på legevakten skal ta sine avgjørelser, dvs. forordne eller avslutte behandling, må hun gjøre det basert på sykepleierens observasjoner og beskrivelser, helt uten tilgang til oppdatert medisinsk informasjon. Tilgang til helhetlig og oppdatert informasjon ville representert en betydelig kvalitets- og effektivitetshøving for begge parter, og dermed også bidratt til økt pasientsikkerhet.

2. Utilstrekkelig basis funksjonalitet i journalløsningene medfører at helsepersonell bruker unødig mye tid på informasjonsinnhenting og dokumentasjon, og øker risiko for feil

I EIEJ KVVU [8] er det beskrevet en rekke områder hvor dagens journalløsninger tilbyr utilstrekkelig eller tungvinn funksjonalitet, og hvor papirbaserte rutiner fortsatt er en nødvendig del av arbeidet. Konsekvensen er at det brukes unødig mye tid til arbeid som ikke er direkte rettet mot pasienten, og at overgangen mellom papirbaserte og digitale rutiner introduserer feil i helseopplysningene.

3. Utvikling av beslutningsstøtte, kunnskapsstøtte og prosessstøtte kan gi bedre støtte av helsepersonells arbeid

I flere studier er det funnet at kunnskapsstøtte (ref), beslutningsstøtte (ref) og prosessstøtte (ref) kan gi bedre etterlevelse av beste praksis og kan forhindre feil, gitt riktige rammevilkår (ref). I tillegg kan det redusere tiden helsepersonellet bruker på å innhente kunnskap om hvilken utredning, pleie og behandling pasienten skal ha, og hvordan dette skal utføres. Behovet for å innhente kunnskap har økt i kommunene i takt med at de har fått nye oppgaver overfor nye pasientgrupper som tidligere er håndtert av spesialisthelsetjenesten. Her kan journalløsningene gi vesentlig bedre støtte enn de har gjort til nå. Beslutningsstøtte og prosessstøtte er krevende funksjonalitet å lykkes med [43], men har et vesentlig potensial også i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg er god samhandling med spesialisthelsetjenesten og statlige og kommunale tjenester utenom helse viktig for å sørge for at helsepersonell får anledning til å innhente råd både fra kolleger og fra fagfolk på andre områder.

4. Utilstrekkelig innføring medfører at helsepersonell bruker journalløsningene feil, og går glipp av nyttige funksjoner

Utilstrekkelig endringsledelse generelt og opplæring spesielt er nevnt som et problem når helsepersonell skal bruke journalløsninger. Det er naturlig å forvente at behovet for opplæring øker når journalløsningene oppleves som lite brukervennlige [8]. En rekke helsepersonell opplever at de ikke behersker journalløsningene tilstrekkelig, og leverandørene rapporterer om at mye funksjonalitet ikke er i bruk. Dette forholdet bekreftes i dialogmøtene med leverandørene i utredningen av denne helseteknologiordningen.

5. Utilstrekkelige endringsprosesser og mangel på IT-infrastruktur kan medføre dobbeltarbeid eller redusert bruk av journalløsningen

I enhver digitalisering skal ansatte begynne med nye rutiner og avvikle gamle. Dette krever tillit til den nye måten arbeide på, god forankring i hele organisasjonen og tydelige signaler fra ledelsen. Organisasjoners naturlige motstand mot endring [43] kan medføre at nye rutiner ikke fester seg, og at de ansatte snart går tilbake til de gamle. I noen tilfeller [43] må tilgangen på utstyr og forbruksvarer knyttet til gamle rutiner (f.eks. papirskjema) begrenses. I tillegg må tilgangen til relevant IT-utstyr være dekkende for alle de involverte, og datanettverket må være tilgjengelig og stabilt der arbeidet foregår, også hjemme hos pasienten. Mangler på disse områdene gir ofte opphav til midlertidige papirrutiner, med behov for å overføre helseopplysninger i etterkant.

6. Ustabilitet og feil i journalløsningene medfører usikkerhet hos helsepersonell og øker risiko for parallelle papirrutiner

Det er også rapportert at helsepersonell opplever nedetid og feil i journalløsningene. Når helsepersonell mener at journalløsningene ikke er helt til å stole på, vil de som regel sikre seg med parallelle rutiner, for eksempel ved å skrive ned helseopplysningene på papirskjema eller i notatbøker i tillegg til i journalløsningen. Dette gir ekstra arbeid og redusert effektivitet.

UTKAST

Vedlegg 3: Brukerbehov innad i kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2018 Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide en konseptvalgutredning (KVU) [8] for å løse behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og samhandlingen med øvrig helsetjeneste. Direktoratet for e-helse overleverte KVU-en "Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste" til Helse- og omsorgsdepartementet juli 2018.

Dette kapitlet tar utgangspunkt i behovsanalysen i KVUen. Behovsanalysen oppsummeres i hovedrapporten, og kompletteres i vedlegg «A Behovsanalyse». Her avgrenses det til behovsbeskrivelser som er relevant innad i kommuner som var tenkt løst med felles kommunal journal. Disse står seg i hovedtrekk den dag i dag, og det kan derfor være nyttig å gi en oversikt over konklusjonene fra den opprinnelige behovsanalysen i KVU.

Brukerbehov som beskrevet i konseptvalgutredningen [8]

Behovsanalysen peker på følgende som det *prosjektutløsende* behovet for snarlige tiltak: «For å ivareta pasientsikkerheten og å kunne tilby helhetlige tjenester er det behov for en samordnet nasjonal forbedring av kvaliteten på journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste og bedre nasjonale samhandlingsløsninger. Det er behov for:

- 1 At pasientinformasjon er tilgjengelig uavhengig av hvor pasienten befinner seg eller har fått helsehjelp tidligere.
- 2 At oppgaver løses med minst mulig uønsket klinisk variasjon, og med beslutningsstøtte slik at helsepersonell over hele landet kan være i stand til å ta best mulig og likest mulig beslutninger om diagnose og behandling.
- 3 At tilgang på viktige data om helsetilstanden i befolkningen blir lettere tilgjengelig

Utfordringsbilde for kommunene er sammensatt, og behov for økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester og ansvarsoverføring til lavere omsorgsnivå krever mer effektive arbeidsverktøy for helsepersonell.»

Dernest blir det presentert behov som må møtes for å gi fart til den fremtidige utviklingen:

«Det er behov for bedre kapasitetsutnyttelse i helsetjenesten for å håndtere fremtidig etterspørsel etter tjenester som følge av demografiske utviklingstrekk og redusert økonomisk handlingsrom. Det er behov for å utnytte mulighetene den medisinske og teknologiske utviklingen gir for å bidra til økt trygghet, mestring og livskvalitet for innbygger og økt kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgstjenesten. Det er behov for løsninger som støtter at helsehjelp i større grad kan gis i hjemmet og flere kan bo hjemme lenger.»

Behovsanalysen viser til at det særlig er kombinasjonen av flere forhold som gir behov for høyere krav til samhandling mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene:

- Kapasiteten innad i kommunene presses av særlig tre sammenfallende forhold som a.) endringene i kjølvannet av Samhandlingsreformen der en større andel av brukerne er blitt kommunens ansvar, b.) at større andel av brukerne har sammensatte lidelser, c.) økning i befolkningens størrelse og sammensetning alene vil i fremtiden vil være behov for en betydelig kapasitetsøkning fra 150 000 årsverk i tjenesten i dag (2018) til 240 000 fram mot 2040 (SSB).

- Trenden med økt utvikling og bruk av velferdsteknologi medfører økt behov for kunnskapsoverføring og konsultering på tvers av omsorgsnivåer og profesjoner, samt behov for deling av informasjon om innbygger.
- Utfordringer knyttet til dagens journalløsninger: Manglende tilgang på informasjon og til kunnskaps-, prosess- og beslutningsstøtte i dagens journalløsninger bidrar til feil, svikt og skader, uønsket klinisk variasjon og ineffektiv ressursbruk. Det er behov for journalløsninger som er brukervennlige og muliggjør effektiv helsehjelp og tilgang til informasjon.
- Behov knyttet til muligheter for å utnytte data til styring, kvalitetsforbedring og forskning utledet av dagens situasjon. Det er behov for et tiltak for styring og kvalitetsforbedring gjennom systematisk tilgjengeliggjøring av data.
- Det er behov for løsninger som mer effektivt ivaretar informasjonssikkerhet ved behandlingen av helseopplysninger i journalen, blant annet ved å sørge for bedre løsninger for tilgangsstyring og etterfølgende kontroll.

Interessenter som er identifisert som mest relevante for tiltakene felles kommunal journal og digital samhandling, og deres behov er oppsummert i KVVU-tabellen under.

Interessenter:	Har behov for:
Innbyggere	<ul style="list-style-type: none"> • Å møte en koordinert og faglig oppdatert helse- og omsorgstjeneste der nødvendig helsehjelp kan gis med god kvalitet, uten feil, til riktig tid og der helseopplysninger er tilgjengelig på tvers av virksomheter • Å ha enkel tilgang til egne helseopplysninger, rettigheter, planer, støtte til valg av helsehjelp og enkelt kunne ivareta egne personvernrettigheter • Dialog og aktivt kunne delta i pasientforløpet for å mestre egen helsetilstand, og kunne gi fullmakt til andre • At de offentlige tjenestene henger sammen og er koordinerte slik at det er sammenheng mellom helse og andre kommunale tjenester som for eksempel responscenter, skole, NAV, PPT og barnevern • At person- og helseopplysninger sikres mot uriktig bruk og ikke spres til uvedkommende
Helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenom fastlegetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • At nødvendig informasjon er tilgjengelig for de med tjenstlige behov for å yte rett helsehjelp, til rett tid, til rett person • Å effektivt kunne planlegge, administrere, gjennomføre og dokumentere helsehjelpen, for eksempel på områder som legemidler og helhetlig plan. Det er også stort behov for å understøtte pasientrettet saksbehandling • At informasjon registreres kun én gang og innhentes automatisk der det er mulig • Støtte til å ta valg basert på beste praksis • At løsningene er brukertilpassede, brukervennlige og lett tilgjengelige • Effektiv samhandling med: <ul style="list-style-type: none"> ○ Innbygger, pårørende, verge, etc. ○ Andre virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste ○ Responscenter inkludert tjenester knyttet til velferdsteknologi ○ Spesialisthelsetjenesten inkl. avtalespesialister og andre aktører som yter helsehjelp. Dette inkluderer samhandling om legemidler, helhetlig plan, kunnskapsoverføring og generell dialog ○ Aktører utenfor helse og omsorgstjenesten, som eksempel NAV, skole/barnehage, PPT og barnevern
Helsepersonell i fastlegetjenesten	<p>På dette detaljnivået har helsepersonell i fastlegetjenesten i det store og hele de samme behovene som helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste for øvrig. Vektingen av behovene vil imidlertid være forskjellig. For eksempel vil fastleger legge mer vekt på samhandling om henvisninger med spesialisthelsetjenesten og samhandlingen med NAV enn andre kommunale tjenester.</p> <p>Fastlegene uttrykker i større grad enn øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester at de er fornøyd med dagens journaløsninger og fremhever betydningen av at løsningene er tilpasset fastlegetjenestens oppgaveløsning.</p>
Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • At nødvendig helseinformasjon er tilgjengelig for helsepersonell på tvers av omsorgsnivåene i akuttmedisinsk kjede • At riktige pasienter henvises til rett tid • Å ha nødvendig informasjon for å vurdere henviste pasienter • At utskrivningsklare pasienter kan overføres i tide til en forberedt kommunal helse- og omsorgstjeneste • Å sikre en fortløpende og helhetlig koordinering av pasientforløp på tvers av omsorgsnivåer

Tabell 11: Interessenter identifisert som mest relevante for tiltakene felles kommunal journal og digital samhandling

Virksomheter som yter kommunale helse- og omsorgstjenester	<ul style="list-style-type: none"> Oppdaterte opplysninger om aktiviteten i virksomheten til kvalitetsforbedring og ivaretagelse av pasientsikkerhet, som understøtter styring, som støtter oppgaver knyttet til opplæring og kompetanseplanlegging og for å ha oversikt over helsetilstanden til innbyggere og risikofaktorer for sykdom som grunnlag for forebyggende tiltak
Myndigheter	<ul style="list-style-type: none"> Oppdaterte opplysninger som setter myndighetene i stand til å styre helse- og omsorgstjenesten, ta raske og kunnskapsbaserte beslutninger i krise- og beredskapssituasjoner og ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og risikofaktorer for sykdom som grunnlag for forebyggende tiltak At helsedata gjøres tilgjengelig for forskning og helseanalyse
Andre aktører	Andre aktører inkluderer blant annet tannhelsetjeneste, apotek, NAV, øvrige kommunale tjenester som ikke er helsetjenester og administrative funksjoner i kommunen som har behov for å samhandle med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Behovene handler om å dele tilstrekkelige informasjon om innbygger til å integrere egne aktiviteter og vurderinger i helsehjelpen for øvrig, for eksempel om felles plan og legemidler. Disse behovene detaljeres i gjennomgangen av interessentgruppebaserte behov i vedlegg A Behovsanalyse.

I KVU-arbeidet ble det gjort en kartlegging av dagens samhandlingsmønster og hyppighet på samhandlingen i helse- og omsorgssektoren. Resultatene fra kartleggingen er sammenstilt i tabellen under.

Tabell 2 Dagens samhandlingsmønster og hyppighet på samhandlingen i helse- og omsorgssektoren

Tjenester som det blir samhandlet med →	Kommunale helse- og omsorgstjenester								Spesialisthelsetjenesten				Innbygger	Andre aktører										
	Fastlege	Legevakt	Kommunale institusjoner – korttid (ØHD, hab/rehab, avlastning)	Kommunale institusjoner – langtid (sykehjem, omsorgsboliger)	Hjemmebaserte tjenester	Helsestasjon og jordmor	Skolehelsetjenesten	Fysioterapeuter m/avtale	Tidlingskontoret	Spesialisthelsetjenesten - sykehus	Spesialisthelsetjenesten - avtalespesialister	Lab		Røntgen	Innbygger/ Pårørende	Nasjonale registre (sysvak, ipløs, msis)	Helfo	Apotek	Multidoseapotek	NAV Stat (Hjelpemidler, sykemeldinger, AAP, Uføre)	NAV kommune (sosialstønad)	PPT	Barnehage og skole	Barnevern
Fastlege	L	H+	H	M	H+	M	L	M	M	H+	H+	H+	H+	H+	M	M	H+	H	H+				L	L
Legevakt	H+		H+	H	H+					H		H	H+	H+	H	H	H+		M				M	M
Korttidsinstitusjoner	H	H+	H	H+	H+			H	H+	H+	M	H	M	H+	M	M	H	M	L					
Langtidsinstitusjoner	M	M			L			L	M	M		M		H+	L	L	H		M				M	
Hjemmebaserte tjenester	H	M	H	H	H	M	M	M	H	H+	M			H+	M	M	H+	H	H	M	M	M		
Psykisk helse og rus	H+	L	M		M				M	H	L			H	M		M	L	L	H				M
Jordmor	H+									H+		H+				H+			H	H				M
Helsestasjon og skolehelsetjenesten	H		M		L			M		H+	H	H+	H+	H+	H+		H		L	M	H	H+	H	
Tidlingskontoret	H+	H	H+	H+	H+	M	M	H		H+	H	L	L	H+	M				M	M	M	L	M	
Spesialisthelsetjenesten	H+	H	M	H+	H+	M	L	L	H+	H+	M	H	L	H+		M	H+	M	M	M				L

Tabell 12: Samhandlingsmønster kartlagt i KVU-arbeidet

Kartleggingen er basert på opplevd behov, der mørkere farge indikerer hyppigere samhandlingsbehov. Mange av helsetjenesteaktørene i kommunene bruker hver sine journalløsninger innenfor samme kommune, og mange helsetjenester må i tillegg forholde seg til en rekke forskjellige systemer, f.eks. hjemmesykepleiere. Dette medfører en oppstyking av helseopplysningene også innenfor kommunen, og helsepersonellet må bruke mye tid på å innhente helseopplysningene de trenger for å ute forsvarlig helsehjelp.

Vedlegg 4: Oversikt over interessentgrupper

Vi skiller mellom interessenter og involvering i utredningsfasen og av en eventuell helseteknologiordning mer generelt.

1. Befolkning med pasienter og pårørende

Denne kategorien berøres indirekte av helseteknologiordningen, ved at helsehjelpen kan styrkes ved at helsepersonellet får bedre støtte av journalløsninger, og ved at nye muligheter for samhandling mellom helsepersonell, pasienter og pårørende tas i bruk.

Gruppe	Beskrivelse	Karakteristika
Pasienter og pårørende	<ul style="list-style-type: none">• Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser• Pasienter med funksjonsnedsettelse• Barn og unge med psykiske og/eller somatiske lidelser• Pasienter med kortvarig behov for helsehjelp, inkl. ØH og behandling i livets siste fase• Pårørende til pasienter med omfattende behov for helsetjenester og/eller betydelige funksjonsnedsettelse	
Befolkning	<ul style="list-style-type: none">• Personer med forhøyet risiko for sykdom• Ellers friske personer med behov for helsetjenester	

2. Virksomheter som yter kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegetjenesten

Virksomhetene i kommunal helse- og omsorgstjeneste er kategorien som i størst grad berøres direkte. De er gruppert etter helsetjenesteområde, hvor flere benytter samme type journalløsninger.

Gruppe	Beskrivelse	Karakteristika
Tildelings-/ forvaltningskontor	Benytter journalløsninger tilpasset pleie og omsorg (PLO)	Har god støtte for deler av prosessen for tildeling av tjenester, men bruker mye tid på å innhente helseopplysninger som skal brukes som grunnlag i vurderingen.
Sykehjem og andre institusjoner med heldøgns pleie		Her beskrives vesentlige behov for forbedret støtte fra journalløsningene

Hjemmetjenester inkl. responsentre, personlig assistanse, praktisk bistand, opplæring, BPA og støttekontakt		Her beskrives vesentlige behov for forbedret støtte fra journalløsningene
Psykisk helsevern og rus-omsorg inkl. ambulerende team	Benytter oftest journalløsninger tilpasset pleie og omsorg	Aktiviteten til denne gruppen inngår ofte som del av andre helsetjenesteområder.
Fastlegetjeneste	Benytter journalløsninger tilpasset fastleger	Er blant gruppene som uttrykker størst fornøydhet med egne journalløsninger, men ønsker bedre samhandling med spesialisthelsetjeneste. Andre helsetjenesteområder har etterspurt bedre samhandling med fastlegetjenesten.
Legevakt og legevaktsentral	Benytter dels journalløsninger tilpasset fastleger og dels andre	Her beskrives særlig behov for bedre støtte for samhandling med andre helse-tjenesteområder og spesialisthelsetjenesten
Øyeblikkelig Hjelp Døgnplasser (ØHD)	Benytter ulike journalløsninger	Slike virksomheter beskrives ofte som «små sykehus-avdelinger». Her uttrykkes mangler i funksjonalitet og behov for bedre støtte for samhandling med andre aktører.
Fengselshelsetjeneste	Benytter dels journalløsninger tilpasset fastleger og dels andre	Her er det beskrevet et udekket behov for samhandling med andre aktører.
Rehabiliterings- og habiliteringstjeneste	Benytter ulike journalløsninger	Deler mange av utfordringene som er beskrevet for sykehjem. Det er ikke uvanlig at rehabilitering foregår ved korttidsopphold på sykehjem.
Fysioterapitjeneste og Ergoterapitjeneste	Benytter dels journalløsninger tilpasset fysioterapeuter og dels andre	Her er det beskrevet behov for bedre støtte av samhandling.

Frisklivssentraler	Prosjektet har i liten grad oversikt over hvilke fagsystemer som brukes her. Arbeidet i frisklivssentraler fokuserer på lavterskel inngang, hyppig kursvirksomhet og gruppetimer, og skiller seg dermed fra øvrige helsetjenesteområder.	Det er usikkert hvor godt tilgjengelige journalløsninger eller fagsystemer dekker behovet for planlegging og dokumentasjon. Det er i tillegg lavere krav til dokumentasjon ved frisklivssentraler enn ved andre virksomheter.
Helsestasjon inkl. jordmor-tjeneste	Benytter journalløsninger tilpasset helsestasjon	Her er det beskrevet behov for bedre støtte av samhandling.
Skolehelsetjeneste	Benytter ulike journalløsninger, ofte tilpasset helsestasjon.	
Flyktningehelsetjeneste	Benytter dels spesialmoduler i journalløsninger tilpasset helsestasjon og dels fastlegesystemer	Her er det beskrevet særskilte behov som knytter seg til at flyktninger flytter mellom flyktningemottak og kommuner, og at pasientjournal

3. Aktører som representerer og påvirker

I denne kategorien finnes aktører som har som sin oppgave å representere enkeltaktører, som finnes i andre interessentkategorier i modellen. Disse aktørene har også god kjennskap til helse- og omsorgstjenesten og for behovene disse gruppene representerer, og får dermed en todelt rolle i forhold til behovskartleggingen. Aktørene i denne kategorien interagerer også med aktører i de fleste andre interessentkategorier. Pasient-, frivillige og interesseorganisasjoner er i oversikten under presentert med et utvalg. Til sammen utgjør disse et stort antall, anslagsvis 150 organisasjoner, som det ikke er hensiktsmessig å gjengi i sin helhet her. På grunn av kapasitets- og tidsbegrensninger i utredningen er kun én aktør tatt med her:

Gruppe	Beskrivelse	Karakteristika
Kommunale interesseorganisasjoner	KS	KS deltar i utredning av ny helseteknologiordning

4. Utvalgte leverandører

I denne kategorien finner vi leverandører som tilbyr journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste inkludert fastlegetjenesten. På grunn av tids- og kapasitetsbegrensninger er imidlertid kun leverandører for journalløsninger innen pleie og omsorg inkludert i denne fasen.

Gruppe	Beskrivelse	Karakteristika
Pleie og omsorg:	Inkluderer: <ul style="list-style-type: none"> • Visma AS • DIPS Front AS • Tietoevry Norway AS 	Dette er leverandørene vi valgte å initiere dialog med.

	<ul style="list-style-type: none"> • Aidn (eid av Kernel) • Epic Systems Corporation 	
--	--	--

5. Interessentgrupper som ikke er involvert i denne fasen

Her vises interessentgrupper som ikke berøres direkte av tiltakene eller av andre grunner er nedprioritert når det gjelder involvering i denne fasen av utredningen.

Gruppe	Beskrivelse
Virksomheter i spesialisthelsetjenesten	Inkluderer offentlig og privat finansiert spesialisthelsetjeneste
Kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter	Inkludert kommunal ledelse, nasjonale helsemyndigheter utenom HOD og Helsedirektoratet, m.fl.
Øvrige helsetjenester som samhandler med kommunal helse- og omsorgstjeneste	Inkludert tannhelsetjeneste, apotek, helsetjenester i utlandet, m.fl.
Øvrige kommunale tjenester/funksjoner (ikke helsetjeneste)	Inkluderer barnehage, skole, PPT, HR/lønn, avvikshåndtering m.m.
Andre aktører som representerer og påvirker	Andre profesjons- og fagorganisasjoner enn de som er nevnt over
Andre leverandører	Andre leverandører enn de som er nevnt over

Vedlegg 5: Forkastede tiltak

I utredningsarbeidet ble det identifisert en rekke tiltak. Ved nærmere vurdering opp mot rammevilkårene og avgrensninger gjort i utredningen ble enkelte tiltak forkastet. Tabellen under viser et utvalg slike tiltak og deres overordnede prestasjon opp mot rammevilkår for helseteknologiordning.

Forkastede tiltak		Ansvarsfordeling mellom stat og kommunen	Samsvar med gjeldene rett	Ivareta personvern og personsikkerhet	I samsvar med KS og kommunenes ambisjoner på e-helseområdet
1	EPJ løft for kommunene	✓	✗	✓	✗
2	Tilskudd utvikling av samhandlingsfunksjonalitet	✗	✓	✓	✓
3	Tilskudd leverandørens utvikling eller anskaffelse av plattformer som øker leverandørens evne til å drive smidig utvikling av programvare	✓	✗	✓	✓
4	Utforming av skattemessige fordeler for leverandører som velger å utvide og investere i egen kapasitet	✓	✗	✓	✓
5	Tilskudd til å koble seg på nasjonale e-helseløsninger	✗	✓	✓	✓
6	Utvikling av refusjonsordninger på e-helsefeltet for kommunale pleie og omsorg	✓	✗	✓	✓

Tabell 13: Tiltak som ble vurdert og forkastet i utredningsarbeidet

Vedlegg 6: Erfaringer fra insentivbruk med tilsvarende utfordringer fra andre land og sektorer

USA: HIPAA, HITECH og *Meaningful Use* ga sterk økning i anskaffede EPJ, men også utilsiktede konsekvenser

Da den amerikanske kongressen vedtok *Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act* (HITECH) i 2009 [44], var dette et ledd i *American Recovery and Reinvestment Act* (ARRA) etter den økonomiske resesjonen i 2008. Hensikten var både å styrke næringslivet og sørge for et teknologisk løft i helsetjenesten, som blant annet skulle gi mer effektiv helsehjelp av høyere kvalitet, bedre pasientsikkerhet, mer involvering av pasienter, bedre koordinering av aktører i helsetjenesten, bedre helse og samtidig sikre personvern og informasjonssikkerhet. HITECH satte makt bak kravene i *Health Information Portability and Accountability Act* (HIPAA) fra 1996 og tilbød insentiver til virksomheter som ville bytte ut papirutiner med elektronisk pasientjournal. Budsjettet for tiltaket var 25 milliarder USD, men virkemidlene inkluderte både gulrot og pisk. Virksomhetene som handlet tidlig fikk mer omfattende støtte enn de som ventet. Etter et gitt årstall (2015), ble 1 % og deretter 3 % (2017) av refusjonene fra Medicare holdt igjen for de som ennå ikke hadde tatt i bruk en godkjent journalløsning. I tillegg ble det gitt bøter på inntil 1.8 millioner USD til virksomheter som ikke klarte å forhindre datainnbrudd med eksponering av helseopplysninger. De ansvarlige virksomhetene ble offentliggjort på *Department of Health & Human Services* (HHS) sine hjemmesider på en slik måte at andre beskrev det som «the HIPAA wall of shame» [44].

For å sikre at virksomhetene ville gå til innkjøp av gode journalløsninger og faktisk ta dem i bruk, opprettet HHS et eget program for sertifisering og tilskudd kalt *the Meaningful Use program* (MU). Her ble det bl.a. satt 15 faste og 5 (av 10) velgbare minstekrav til hva en godkjent journalløsning konkret skulle brukes til ved et sykehus, og tilsvarende hos privatpraktiserende helsepersonell. Sammenlignet med andre samlinger av krav til journalløsninger, som kan inneholde flere tusen [45], var dette et svært begrenset utvalg. I tillegg skulle virksomhetene rapportere regelmessig på minst 6 kliniske kvalitetsindikatorer [46], og det ble satt krav til bruk av standarder for utveksling av data.

Effekten av lovene og programmet var voldsom. Fra 2008 til 2017 gikk andelen av sykehus med elektronisk pasientjournal fra 10% til 96%, med størst økning de siste årene før de varslede reduksjonene i refusjoner tredde i kraft. Tilsvarende endring skjedde hos privatpraktiserende helsepersonell. Rapporteringen av kvalitetsindikatorer gikk opp, og langt flere pasienter fikk tilgang til egne helseopplysninger og andre tjenester [47]. I en omfattende litteraturstudie fra 2014 ble det funnet tegn på bedre kvalitet og effektivitet i helsehjelpen, og bedre pasientsikkerhet [48]. Imidlertid kom dette til en høy pris [49] [50]. Helsepersonell ga uttrykk for stor misnøye med journalløsningene som var blitt innført. Journalløsningene var vanskelige å bruke og tilsynelatende mer tilpasset finansiering og administrative krav enn til å behandle pasienter. Helsepersonellet pekte på journalløsningene som en av hovedårsakene til at de følte seg utbrente og frustrerte. Samhandlingen mellom virksomhetene var

heller ikke blitt bedre, og noe av årsaken var svakheter i standardene som var valgt. I 2016 vedtok kongressen *21st Century Cures Act*, som inkluderte et eget initiativ kalt *Reducing Clinician Burden*. Hensikten var å finne årsaker til belastningene og å bedre helsepersonellens situasjon. Noen av tiltakene her var å forbedre journalløsningene og redusere utfylling av skjemaer til bruk i rapportering — deriblant til *meaningful use*.

Storbritannia: Stor satsning på å styrke digitalisering og integrering av både helse- og sosialhjelp etter at *NHS Connecting for Health* mislykkes i 2013

I perioden 2002-2013 tapte NHS og *National Programme for Information Technology* (NPfIT) over 10 milliarder GBP i et forsøk på å innføre en felles nasjonal elektronisk pasientjournal i hele Storbritannia [51] [52]. Fortsatt mangler rundt 14% av virksomheter i helsetjenesten journalløsning, over 80% av virksomhetene totalt regnes ikke som digitalt modne, og støtten for samhandling mellom dem dekker ikke behovet. For å komme videre satte *Department of Health and Social Care* (DHSC) i den britiske regjeringen i gang et samlet initiativ for både helse- og sosialtjenesten i 2022, med stor vekt på å gjøre tjenestene mer digitalt tilgjengelig for innbygger [53]. Det settes av 2 milliarder GBP for bl.a. å fullføre digitaliseringen av NHS England innen 2025, og 150 millioner av disse midlene skal gå til digitalisering av sosiale tjenester. Et sentralt mål er å knytte sammen virksomhetene nasjonalt, regionalt og lokalt, ikke minst enhetene i NHS som kombinerer primær- og sekundærhelsetjeneste lokalt, kalt *Integrated Care Systems* (ICS). Dette skal oppnås ved å dele data på en sikker måte for å støtte pasientrettet arbeid, folkehelsearbeid og forskning. Pasienten skal involveres og mobilappen NHS App skal være en felles inngang.

Så langt har DHSC og NHS England identifisert følgende barrierer: Utydelige styringssignaler fra regjeringen, at det er for komplisert for industrien å samarbeide med helsetjenesten om å utvikle nye løsninger og at de lokale virksomhetene (særlig ICS) har for liten innflytelse over investeringer i egen digitalisering. Det etterlyses mer langsiktige stimuleringsordninger som gir økt forutsigbarhet for både helsetjenesten og industrien, og NHS har allerede satt i gang tiltak på dette området [54]. Dette programmet er omfattende, og planlegger å gjennomføre en rekke tiltak. Et utvalg av tiltakene er som følger:

- Knytte sammen journalløsninger innen helse, omsorg og sosialhjelp.
- Sette tydeligere myndighetskrav om at digitalisering skal gjennomføres, særlig i ICS, gjøre visse standarder lovfestede og sette opp et veikart for dette.
- Gjøre prosessen med å utvikle nye standarder mer strømlinjeformet.
- Gjennomføre årlig evaluering av virksomhetenes digitale modenhet
- Gjøre kunnskap om beste praksis innen bestilling og bruk av journalløsninger og standarder mer tilgjengelig i helsetjenesten, og styrke kompetansenettverk.
- Styrke arbeidsstyrken i NHS med inntil 10 500 FTE spesialisert på digitalisering og teknologi, og heve kompetansen systematisk innen digitalisering hos ledere.
- Modernisere og videreutvikle tjenestene *Summary Care Record* (tilsv.kjernejournal), *National Record Locator* (en pasientinformasjonslokalisator) *National Events Management Services* (et register av livshendelser) og *NHS Spine* (infrastruktur inkludert nettverk for helsetjenesten).

Siden programmet nylig er startet, foreligger det ikke erfaringer fra disse tiltakene ennå.

Vedlegg 7: Usikkerhet i den samfunnsøkonomiske analysen

Beregningene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet som er presentert over, hviler på en rekke forutsetninger med stor usikkerhet. Vi har derfor gjennomført en rekke usikkerhetsanalyser, som belyser hvordan resultatene påvirkes av endringer i modellens inngangsparametere, nærmere bestemt kommunenes etterlevelse, ressursbruk, kostnader ved tiltakene og analyseperiode. Følsomhetsanalysene gjennomføres partielt, det vil si at når vi gjør endringer i én av parameterne, holdes alle andre likt.

Det er identifisert tre usikkerheter som kan påvirke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten, samt måloppnåelsen til helseteknologiordningen. Alle tre usikkerhetene kan og bør vurderes gjennom hele tilskuddsperioden for å sikre måloppnåelse for tiltakene og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. De tre usikkerhetene beskrives i avsnittene som følger.

1. Antall berørte kommuner

Både de prissatte og ikke-prissatte nyttevirkningene avhenger i stor grad av hvor mange kommuner som blir direkte påvirket av kommunesamarbeid om anskaffelser og innføring. Desto flere kommuner som antas berørt desto større nyttevirkninger forventes. En usikkerhet ved analysen er derfor hvor mange kommuner som kan forventes å søke på og få tildelt tilskudd for samarbeid.

Denne usikkerheten kan påvirkes ved at tilskuddet er for lite slik at det ikke er attraktivt for kommunene å søke på tilskuddet og at det dermed ikke er ressursutløsende. Det kan også påvirkes ved at det er utydelig kommunikasjon rundt tilskuddsordningen slik at kommunene ikke går sammen og søker om tilskuddet allerede i tidlig i tilskuddsperioden. På samme måte vil det også påvirke analysen ved at flere kommuner enn forventet blir berørt eller inngår i kommunesamarbeid. I tabellen under vises det hvordan de samfunnsøkonomiske vurderingene kan påvirkes ved seks scenario der antall berørte kommuner varierer til forskjell fra antakelsene i analysen:

- Scenario 1-1: 20 prosent færre kommuner søker på tilskuddet enn forventet i hovedanalysen
- Scenario 1-2: 30 prosent færre kommuner søker på tilskuddet enn forventet i hovedanalysen
- Scenario 1-3: 50 prosent færre kommuner søker på tilskuddet enn forventet i hovedanalysen
- Scenario 1-4: 10 prosent flere kommuner søker på tilskuddet enn forventet i hovedanalysen
- Scenario 1-5: 20 prosent flere kommuner søker på tilskuddet enn forventet i hovedanalysen
- Scenario 1-6: Samme antall kommuner søker på tilskuddsordningen, men få i begynnelsen og økende over tid.

Nettonytten som følge av scenarioene vises i tabellen og avviket fra hovedestimatene fra den samfunnsøkonomiske analysen vises i parentes.

		Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Scenario 1-1	Prissatt nettonytte	-103 (-14)	-134 (-18)	-11 (-14)
	Ikke-prissatte virkninger	Noe, men lite, redusert sammenlignet med hovedestimatene	Noe, men lite, redusert sammenlignet med hovedestimatene	Noe, men lite, redusert sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-2	Prissatt nettonytte	-110 (-21)	-143 (-27)	-17 (-20)
	Ikke-prissatte virkninger	Noe redusert sammenlignet med hovedestimatene	Noe redusert sammenlignet med hovedestimatene	Noe redusert sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-3	Prissatt nettonytte	-123 (-34)	-161 (-45)	-31 (-34)
	Ikke-prissatte virkninger	Betydelig redusert sammenlignet med hovedestimatene	Betydelig redusert sammenlignet med hovedestimatene	Betydelig redusert sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-4	Prissatt nettonytte	-83 (6)	-107 (9)	9 (6)
	Ikke-prissatte virkninger	Noe, men liten, økning sammenlignet med hovedestimatene	Noe, men liten, økning sammenlignet med hovedestimatene	Noe, men liten, økning sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-5	Prissatt nettonytte	-76 (13)	-98 (18)	16 (13)
	Ikke-prissatte virkninger	Noe økning sammenlignet med hovedestimatene	Noe økning sammenlignet med hovedestimatene	Noe økning sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-6	Prissatt nettonytte	<i>Kommer</i>	<i>Kommer</i>	<i>Kommer</i>
	Ikke-prissatte virkninger	<i>Kommer</i>	<i>Kommer</i>	<i>Kommer</i>

Som vi kan se av tabellen er den prissatte nettonytten og de ikke-prissatte virkningene særlig sensitive for antall kommuner som søker på tilskuddsordningen og deltar i kommunale samarbeid om anskaffelse og innføring. Ambisjonsnivå 3 får også negativ prissatt nettonytte dersom antallet kommuner som deltar reduseres. Dette vil sannsynligvis også påvirke de ikke-prissatte nyttevirkningene med rundt tilsvarende andel som ikke deltar sammenlignet med nullalternativet. Dersom kun 20 prosent færre deltar kan man på sikt forvente noe mindre virkninger både for de prissatte virkningene og for de ikke-prissatte virkningene. Desto færre som ikke blir berørt av tilskuddsordningen sammenlignet med hovedestimatet, desto mindre forventete nyttevirkinger. På samme måte kan man også tenke seg at kostnadsvirkningene ved tilskuddet er lavere fordi færre søker og får tildelt tilskudd. Det er først når det er svært få berørte kommuner det kan forventes at man ikke får det samlede løftet på kvalitet og samordning av journaløsninger.

For å håndtere denne usikkerheten bør det i utviklingen og forvaltningen av tilskuddsordningen sikres at flere kommuner blir berørt og deltar i tilskuddsordningen.

2. Manglede kvalitet på veiledning og standardisering for anskaffelses- og innføringsprosessen

Tilskuddsordningen skal medføre økt kompetanse og ressurser til anskaffelses- og innføringsprosessen. For ambisjonsnivå 2 og 3 inngår det også prosessuell og faglig rådgivning til kommunene som ytterligere skal heve kvaliteten på både prosessene og på selve journalløsningene som anskaffes. At kommunene skal kunne samordne seg internt i de kommunale samarbeidene og på tvers av alle kommuner krever god veiledning og gode standarder som kan benyttes.

Det er usikkerhet knyttet til antakelsen om at veiledningen og standardiseringsarbeidet vil bidra til at kommunesamarbeidene vil heve kvaliteten og/eller øke effektiviteten på anskaffelses- eller innføringsprosessen og på bedre journalløsninger. Dersom denne usikkerheten inntreffer fullt ut vil vi sannsynligvis ikke realisere verken prissatte og ikke-prissatte virkninger. Men, den kan også variere på tvers av kommunesamarbeid. Noen samarbeid kan ha relativt større nyttevirkninger enn andre. Utfordringen ved at noen samarbeid er mer vellykkede enn andre er at man kan få intern og god samordning innad i det kommunale samarbeidet, men ikke på tvers av andre kommunale samarbeid.

I tabellen under vises det hvordan de samfunnsøkonomiske vurderingene kan påvirkes ved tre scenario der andel kommuner som har gode samarbeid varierer til forskjell fra antakelsene i analysen:

- Scenario 2-1: 20 prosent av kommunene samordnes ikke slik forventet i analysen, bruker derfor mer tid enn forventet og mer tid enn i nullalternativet.
- Scenario 2-2: 40 prosent av kommunene samordnes ikke slik forventet i analysen, bruker derfor mer tid enn forventet og mer tid enn i nullalternativet
- Scenario 2-3: Kommunene har vellykkede interne samarbeid om anskaffelses- og innføringsprosessen, men har ulik beskrivelse av standarder og dermed lavere/ingen kvalitetsvirkninger, men prosessuell effektivitet i både anskaffelse og innføring.
- Scenario 2-4: Kommunene har vellykkede interne samarbeid om anskaffelses- og innføringsprosessen, og gode beskrivelser av standarder og god faglig veiledning utover antakelsene i hovedanalysen.

Nettonytten som følge av scenarioene vises i tabellen og avviket fra hovedestimatene fra den samfunnsøkonomiske analysen vises i parentes.

		Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Scenario 2-1	Prissatt nettonytte	-115 (-26)	-148 (-32)	-33 (36)
	Ikke-prissatte virkninger	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet

Scenario 2-2	Prissatt nettonytte	-120 (-31)	-154 (-38)	-40 (-43)
	Ikke-prissatte virkninger	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet
Scenario 2-3	Prissatt nettonytte	-89 (0)	-116 (0)	3 (0)
	Ikke-prissatte virkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger
Scenario 2-4	Prissatt nettonytte	-74 (15)	-94 (22)	21 (18)
	Ikke-prissatte virkninger	Sannsynligvis høyere enn hovedestimatet	Sannsynligvis høyere enn hovedestimatet	Sannsynligvis høyere enn hovedestimatet

Viktigheten av god veiledning og gode beskrivelser av standarder, samt god oppfølging av kommunene for å realisere de forventede virkningene er tydelig i tabellen over. Vi ser at særlig de ikke-prissatte virkningene er særlig påvirket av dette. Eksempelvis kan vi for scenario 2-3 få de forventede virkningene for de prissatte effektene fordi både anskaffelses- og innføringsprosessen har vært suksessfull, men kommunene har ikke samordnet seg på tvers av kommunale samarbeid fordi det er for mange ulike beskrivelser av standarder. Vi får derfor individuelle kommunale prissatte virkninger, men ikke de ikke-prissatte virkningene som et resultat av at dette scenarioet realiseres. Vi ser også at mindre effektive samarbeid også påvirker nettonytten negativt sammenlignet med hovedestimatet i scenario 2-1 og 2-2. På den andre side, dersom veiledningen og oppfølgingen av standardisering gir bedre resultater enn forventet i hovedestimatet påvirker dette positivt og vi får økte prissatte og ikke-prissatte virkninger.

Denne delen av usikkerhetsanalysen viser viktigheten av gode samarbeid og samordning som følge av god veiledning og god oppfølging av standardiseringsarbeidet for å realisere de forventede nyttevirkningene.

3. Manglende kvalitet i journalmarkedet

Helseteknologiordningen er avhengig av at journalleverandørene kan levere på det behovet som kommunesamarbeidene har for sine journalløsninger. Dette er særlig viktig for å realisere de ikke-prissatte nyttevirkningene. I estimeringen av de samfunnsøkonomiske virkningene forventes det at økte investeringer i journalmarkedet, mer konkurranse og bedre innkjøp vil bidra til å øke kvalitet på journalløsningene.

I tabellen under vises det hvordan de samfunnsøkonomiske vurderingene kan påvirkes ved to scenario der journalleverandørene ikke kan levere journalløsninger som svarer på kommunenes behov:

- Scenario 3-1: Kommunene har vellykkede samarbeid om anskaffelses- og innføringsprosessen, men journalleverandørene klarer ikke å levere på funksjonaliteten.

- Scenario 3-2: Kommunene har vellykkede samarbeid om anskaffelses- og innføringsprosessen, men journalleverandørene klarer bare delvis (30%) å levere på funksjonaliteten.

Nettonytten som følge av scenarioene vises i tabellen og avviket fra hovedestimatene fra den samfunnsøkonomiske analysen vises i parentes.

		Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Scenario 3-1	Prissatt nettonytte	-89 (0)	-116 (0)	3 (0)
	Ikke-prissatte virkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger
Scenario 3-2	Prissatt nettonytte	-89 (0)	-116 (0)	3 (0)
	Ikke-prissatte virkninger	Få, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Få, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Få, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger

Som vi kan se av tabellen er de ikke-prissatte virkningene svært sensitive for at journalleverandørene ikke kan levere gode journaløsninger med god kvalitet. Dersom ikke journalleverandørene klarer å levere på den økte etterspørselen eller svare på behovene vil vi få ingen eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger. I verste tilfellet, der journalleverandørene ikke klarer å levere utover det som leveres i dagens nullalternativ vil vi kun få effektiviseringsgevinster, men uten å ha hevet kvaliteten på journaløsningene.

Vedlegg 8: Pågående aktuelle tiltak

Dette kapitlet viser pågående tiltak som vi påvirke dagens situasjon og vil inngå i nullalternativet.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt Velferdsteknologiprogram (NVP) har pågått siden 2014 og det ble i 2020 besluttet at programmet skulle forlenges ut 2024. Innrapporterte funn fra kommuner som har deltatt i programmet, viser at mange av dem oppgir å ha fått økt omsorgskapasitet gjennom implementering av velferdsteknologi i sine tjenester. I NVP er det benyttet virkemidler som tilskudd, prosessverktøy, møteplasser og nettverkssamlinger⁷, samt nasjonale anbefalinger og felles innkjøpsprosesser. I forbindelse med forlengelsen av programmet for perioden 2022-2024 ble fokus skiftet fra trygghet- og mestringsteknologi til bl.a. utvikling av nye, digitale hjemmebaserte oppfølgingstjenester. I gjennomføringsplanen er også arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologi lagt inn som eget tiltak. Evalueringer av NVP har vist at programmet har vært en viktig motor for utprøving og spredning av velferdsteknologi på tvers av kommuner, men mange kommuner som har startet med spredning av trygghets- og mestringsteknologi, har ikke nådd det fulle potensialet. Det foreslås derfor at Nasjonalt velferdsteknologiprogram videreføres ut den planlagte programperioden t.o.m. 2024, og at kommuner som deltar nå, tilbys å søke om deltakelse i en videreføring av programmet innenfor den nye helseteknologiordningen. Eventuelle supplerende eller justering av tiltak innenfor dette programmet må bygge på en dypere analyse og vurdering av virkemiddeleenes effekt.

Velferdsteknologisk knutepunkt

Velferdsteknologisk knutepunkt er prøvd ut gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det er i dag 21 kommuner som er koblet på løsningen. Knutepunktet er en løsning for deling av informasjon mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, som for eksempel elektroniske pasientjournaler i tjenesten. Erfaringer fra utprøvingen viser at velferdsteknologisk knutepunkt bidrar til standardisering, økt informasjonssikkerhet, bedre datakvalitet og gjør det enklere for kommunene å innføre velferdsteknologiske løsninger. Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet å overføre velferdsteknologisk knutepunkt fra Direktoratet for e-helse til Norsk helsenett SF(NHN) fra 31. oktober 2022. NHN vil på bakgrunn av økonomi og risiko vurdere om og eventuelt hvor mange nye kommuner som kan koble seg på løsningen i 2023. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer alternative modeller for finansiering av forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt fra 2024 og tar høsten 2022 sikte på å sende på høring et forslag der velferdsteknologisk knutepunkt inngår som en felleskomponent i helsenettet, slik dette er beskrevet i pasientjournalloven § 8.

Program for digital samhandling og program for legemidler

Program for digital samhandling (PDS) [55] styres av Direktoratet for e-helse, og arbeider for samhandling i helsetjenesten på et nasjonalt nivå og på tvers av omsorgsnivåene. Det har ikke hatt fokus på samhandling innad i kommunene, fordi her har Felles Kommunal Journal hatt en viktigere rolle. Programmet planlegges stegvis. Steg 1 er i gang i samarbeid med

5. ⁷ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfolging/>

NHN, og jobber med pasientens prøvesvar, dokumentdeling fra sykehus og ulike tiltak innen tillitsøkende tjenester, API-håndtering og grunndata. Steg 2 tar sikte på å ferdigstille påbegynte tiltak i veikart for nasjonale e-helseløsninger, som kritisk informasjon, dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten, datadeling for digital hjemmeoppfølging, innføring av kjernejournal i resterende kommuner og pasientens legemiddelliste. Sistnevnte følges opp av program for legemidler. Siden kritisk informasjon og oversikt over legemidler også er sentral informasjon å dele innad i en kommune, har innføring av KJ og PLL vesentlig betydning for kommunal samhandling. På sikt vil deling av dokumenter fra sykehjem, helsestasjon, ØHD, legevakt og fastleger også kunne støtte intern samhandling innad i kommunen, men det er ikke avgjort når dette vil kunne utvikles.

Nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene

Statsbudsjettet for 2023 foreslår 20 mill. kroner til nettverksaktiviteter i regi av KS. Støtte til kommunale nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene er et viktig virkemiddel for kommunenes arbeid med innføring av nasjonale e-helseløsninger og velferdsteknologi. Kommunesektoren forventes fremover å skulle ta i bruk flere digitale løsninger i takt med innføringen av nasjonale samhandlingsløsninger og med modernisering av IKT-systemer generelt. KS kompetansenettverk for e-helse (KS e-Komp) har i 2022 blant annet bidratt til innføring av kjernejournal i kommunene, gjort forberedelser til innføring av pasientens legemiddelliste og bidratt til innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. I 2023 skal nettverket bidra til å støtte opp under innføring av prioriterte e-helseløsninger, som pasientens legemiddelliste og kjernejournal i kommunene. Porteføljeprosessen leder til prioritert porteføljebeslutning i desember. Nettverket skal også støtte kommunenes arbeid med innføring av velferdsteknologi. Dette er løsninger som vil støtte en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse forvalter tilskuddet.

KS har også en andre nettverk på innkjøp og digitalisering som kan påvirke kommunenes kompetanse om anskaffelser og digitalisering:

- Regionale digitaliseringsnettverk
- KS innkjøpsforum

Se KS hjemmesider for mer informasjon.

Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd

Helsedirektoratet administrerer et kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, som statsforvalteren forvalter på 351 mill. Hovedmålet med denne ordningen er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste fremtidsutfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Midlene skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov.⁸

Felles kommunal journal

Felles kommunal journal er et av tiltakene for å realisere målbildet om én innbygger én journal. Målet er at informasjonen den enkelte helsearbeider trenger blir lett tilgjengelig i de

^{6.} ⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd#regelverk-tildelingskriterier>

verktøyene de bruker til daglig. Dermed vil den samme informasjonen også kunne tilgjengeliggjøres for innbyggere, for leverandørmarkedet og for styringsformål og forskning. Felles kommunal journal (FKJ) beskrives å realiseres som et økosystem for primærhelsetjenesten. Med økosystem menes en gruppe av aktører, og de løsningene de benytter, som via en eller flere standardiserte digitale plattformer knyttes sammen i et nettverk. Det innebærer å anskaffe og etablere en plattform for informasjonsdeling- og lagring, for å sikre tilgang til og mulighet for å nyttiggjøre relevant helseinformasjon på tvers av sluttbrukerløsninger, tjenester og profesjoner.

Kommunal samstyringsmodell

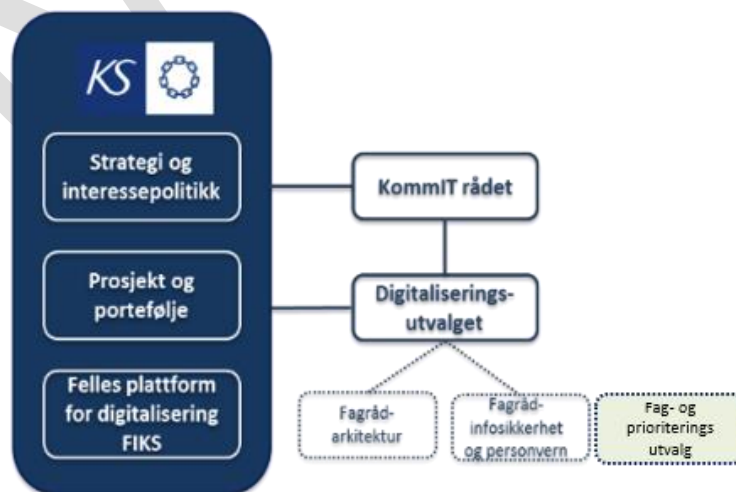
KS samler kommunesektoren i digitaliseringsarbeidet og fremmer deres interesser inn mot den nasjonale rådsmodellen, men ikke minst også i den formelle dialogen med politisk og administrativ ledelse i helse- og omsorgsdepartementet. Kommunesektorens behov defineres gjennom samstyringsorganer som KomMIT-rådet, digitaliseringsutvalget og underliggende fagutvalg. Særlig strategisk viktige saker forankres i KS regionale og nasjonale organer på administrativt og politisk nivå.

KS sitt mandat i digitaliseringsarbeidet ble gjennom endrede vedtekter for KS og Landsstyrevedtak i 2020 formalisert og styrket, ved å få en tydelig rolle i å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor⁹. Regjeringen og KS har i tillegg gått sammen om en strategi for digitalisering av offentlig sektor med formål om at brukerne skal oppleve én digital offentlig sektor og som retningsgivende for arbeidet også på e-helseområdet. Strategien slår fast samstyringsprinsippene for samhandling mellom stat og kommunal sektor, som også er nedfelt i regjeringens digitaliseringsrundskriv. Det er avgjørende at det strategiske og interessepolitiske arbeidet henger godt sammen med utviklingsarbeidet, og KS ønsker at medlemmene skal sikres eierskap og medinnflytelse til dette. Målet med styringsmodell for samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor er at den skal føre til:

- Sterkere samarbeid
- Bedre forankring og økt gjennomføringskraft
- Bedre kvalitet og mindre risiko
- Bedre brukeropplevelse og bedre løsninger
- Bedre kunnskap og kompetanse

For å ytterligere styrke sektorens arbeid med digitalisering av helse- og omsorgstjenester, er det etablert et eget fag- og prioriteringsutvalg e-helse med eksperter fra kommuner og fylkeskommuner for å gi KS faglige råd innen e-helse. Utvalget skal:

- gi innspill og råd til pågående nasjonale e-helsetiltak og prioritering av nasjonal e-helseportefølje for utbredelse, sett i lys av regionale og lokale behov.



Figur 12: Kommunal styringsmodell

7. ⁹ [Landsstyrevedtaket 2020: Landstinget gir KS en tydelig rolle i arbeidet med digitalisering](#)

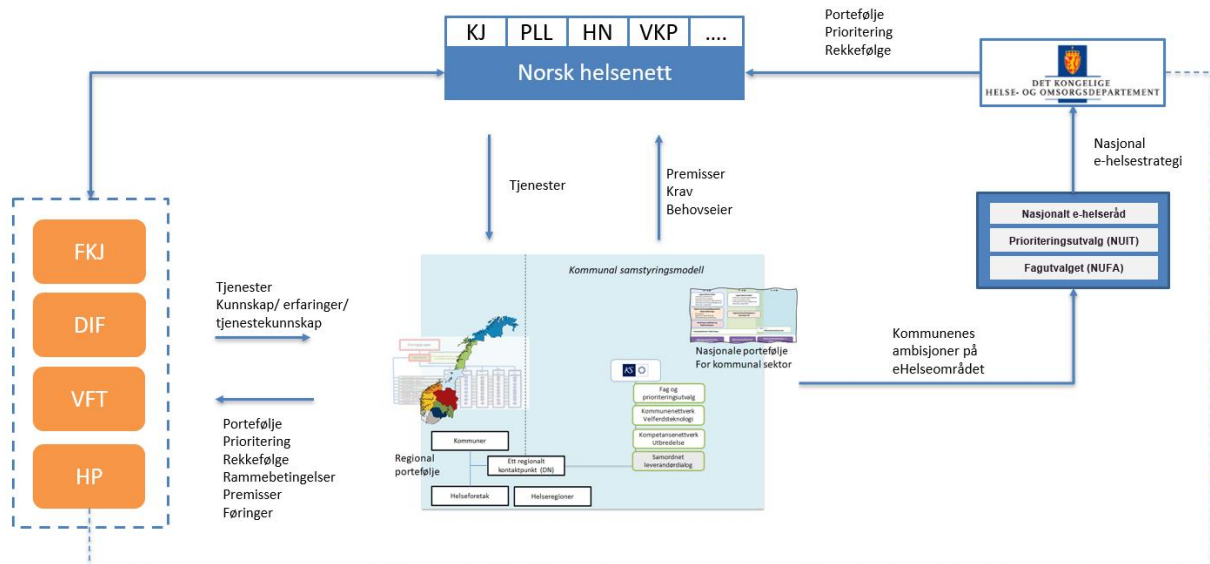
- være saksforberedende utvalg til Digitaliseringsutvalget, KommIT-rådet og til K-NEHS, KS sine faste e-helsemøter med kommunenes representanter i Nasjonalt e-helseråd og Nasjonalt porteføljestyre (NUIT).
- være rådgivende til KS på saksunderlag til utvalg innen nasjonal styringsmodell for e-helse og relevante nasjonale programmer og prosjekter.

Felles prinsipper for utbredelse og samstyring i kommunal sektor

Med formål å øke gjennomføringskraften i utbredelse og innføring av prioriterte løsninger på e-helseområdet er det behov for å tydeliggjøre grensegangene og hvordan hente best mulig synergi og rolleklarhet mellom nasjonale nettverk og kommunene i arbeidet. KS har derfor i samarbeid med medlemmene utarbeidet en rekke prinsipper for planlegging, utvikling, utbredelse og innføring av løsninger på e-helseområdet som vil legge til rette for løpende innspill og forankring til nasjonale e-helse- og samhandlingsløsninger samt felles prioritering av nasjonale e-helsetiltak, og med samordning av innspill til den Nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Prinsippene vil bidra til en enhetlig og gjenkjennerbar samordnings- og samstyringsstruktur for kommunesektoren, som når helt ut til den enkelte kommune. For å understøtte utbredelse, og forutsigbarhet for involverte aktører er det viktig å fremstå koordinert og tydelig, samt å bidra til at tilgjengelig kompetanse og ressurser benyttes best mulig. Nasjonale ambisjoner og visjoner på e-helseområdet for kommunesektoren, fastsettes gjennom Felles plan og rammeverk (Kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet) for kommunal sektor i den etablerte samstyringsstrukturen og politisk forankring i hovedstyret. Dette danner utgangspunktet for en nasjonal portefølje for kommunal sektor på e-helseområdet. Hver region (i hovedsak fylkesvis inndelt) skal etablere og forvalte egen portefølje og plan på e-helseområdet, dette med utgangspunkt den nasjonale porteføljen supplert med egne regionvis tiltak. Den nasjonale porteføljen behandles i den kommunale samstyringsmodellen for digitalisering, og forutsettes å ta utgangspunkt i føringene gitt i Felles plan og rammeverk for kommunal sektor. Det er et mål at digitaliseringsnettverkene i hver kommuneregion (i samarbeid med nasjonalt kompetansenettverk e-helse, velferdsteknologinettverk og helseforetak), skal være den regionale aktøren som tar det helhetlige strategiske ansvaret for å koordinere og samordne de fellesregionale aktivitetene i fylket på e-helseområdet. Dette vil omfatte alle områdene, prosjektene og oppgavene som inngår i Felles plan og rammeverk for e-helse.

Utøvelse av KS samstyringsmodell på e-helseområdet



Figur 13: KS samstyringsmodell på e-helseområdet

KS utarbeider årlig Nasjonal portefølje for kommunal sektor i tett samarbeid med medlemmene. Denne behandles og besluttes i den kommunale samstyringsmodellen, og setter en klar retning og prioritering for kommunal sektor ambisjoner. Den kommunale porteføljen henger sammen med nasjonal portefølje. Den nasjonale porteføljen behandles og besluttes i den nasjonale rådsmodellen, hvor prioritering og rekkefølge besluttes.

Norsk helsenett får oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet etter råd fra den nasjonale rådsmodell, samt premisser og krav som kommer fra kommunal samstyringsmodell. Særlig viktige forhold forankres på politisk nivå i konsultasjonsmøte mellom KS og regjeringen. Norsk helsenett leverer tjenester som Helsenettet, Kjernejournal, Pasientens legemiddelliste og Velferdsteknologisk knutepunkt til kommunal sektor.

Leverandører av de ulike digitale fellesløsningene som Felles kommunal journal, Helseplattformen og KS Digitale fellestjenester forholder seg til den kommunale porteføljen med tilhørende prioriteringer, rekkefølge, rammebetingelser, premisser og føringer. Helseplattformen som ved å også være et system for RHF'ene i Midt-Norge, står i en særstilling, og forholder seg gjennom Helse-Midt RHF også direkte til Helse og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse. Leverandørene av de digitale fellesløsningene skal bidra til å dele kunnskap og erfaringer i den kommunale samstyringsmodellen.

Leverandørdialog

En felles og samordnet leverandørdialog er et sentralt virkemiddel for å sikre felles og god leverandøroppfølging. KS jobber i samarbeide med medlemmene med å etablere en samordnet leverandørdialog på et strategisk nivå. Nettopp ved å samle kommunal sektor i en felles dialog med leverandørene, kan dialogen føres på kommunenes premisser og bidra til felles prioriteringer. Samtidig som de mer operative aktørene som forvalter prosjekter for de digitale fellesløsninger som KS Digitale fellestjenester, Felles kommunal journal og Helseplattformen holder en mer operativ dialog med sine respektive leverandører.

Digitale fellesløsninger inn i samstyringsmodellen

For å lykkes med strategien i Én innbygger – én journal, er digitale fellesløsninger som de som forvaltes av KS digitale fellestjenester, etter hvert Felles kommunal journal og Helseplattformen avhengig av å samhandle via nasjonale e-helseløsninger. Det er allerede tatt i bruk flere nasjonale e-helseløsninger, nye er under utvikling og eksisterende løsninger vil ha behov for videreutvikling. Behov eller andre innspill som digitale fellesløsninger i kommunal sektor ønsker å fremme i forbindelse med nasjonale e-helseløsninger, plasseres i den kommunale styringsmodellen. Behovene meldes inn og behandles i tråd med den kommunale styringsmodellen, og eventuelt tas videre til den nasjonale rådsmodellen.

UTKAST

