

Sentralt styringsdokument

Akson: Helhetlig samhandling og felles
kommunal journalløsning

Hovedrapport



Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument

Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning

Hovedrapport

Rapportnummer

IE-1056

Utgitt:

Mars 2020

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Forord



Denne rapporten er svar på Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Direktoratet for e-helse i tillegg til tildelingsbrev nr. 3, 26. april 2019.

Oppdraget er knyttet til å gjennomføre et forprosjekt med utgangspunkt i konsept 7, felles kommunal journalløsning med helhetlig samhandling, og utarbeide sentralt styringsdokument i tråd med statens prosjektmodell. Konseptet har fått arbeidsnavnet Akson. Planen er at Sentralt styringsdokument skal gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) våren 2020.

Direktoratet for e-helse har utført oppdraget i samarbeid med sektoren og med stort bidrag fra KS og kommunesektoren, utøvende helsepersonell, pasient- og brukerforeninger, spesialisthelsetjenesten og nasjonale helsemyndigheter. Nasjonalt e-helsestyre har vært styringsgruppe for arbeidet.

Innhold

Sammendrag	9
1 Overordnede rammer	13
1.1 Hensikt, krav og hovedkonsept	13
1.1.1 Oppdraget	13
1.1.2 Bakgrunn	13
1.1.3 Hensikt	14
1.1.4 Krav	14
1.1.5 Hovedkonsept.....	15
1.2 Arkitekturprinsipper for helhetlig samhandling	24
1.2.1 Overordnede prinsipper for helhetlig samhandling.....	25
1.2.2 Plattformtilnærming som hovedstrategi for helhetlig samhandling.....	26
1.2.3 Arkitekturprinsipper for helhetlig samhandling	29
1.2.4 Tilnærming for å realisere digitale innbyggertjenester.....	30
1.3 Prosjekt mål	31
1.3.1 Samfunns mål.....	32
1.3.2 Effektmål	32
1.3.3 Delmål (gevinster)	33
1.3.4 Resultatmål	34
1.4 Kritiske suksessfaktorer	36
1.5 Rammebetingelser	38
1.5.1 Føringer for forprosjektet for Akson	38
1.5.2 Rammebetingelser for felles kommunal journalløsning.....	40
1.5.3 Rammebetingelser for steg 1.....	42
1.6 Grensesnitt og avhengigheter	45
1.6.1 Veikart for nasjonal e-helseportefølje.....	45
1.6.2 Veikartet i kontekst av Akson.....	48
1.6.3 Sentrale avhengigheter for felles kommunal journalløsning	49
1.6.4 Sentrale avhengigheter for steg 1	50
1.6.5 Vurdering av nødvendige prioriteringer som følge av felles journalløsning og steg 1	50
1.6.6 Grensesnitt for felles kommunal journalløsning.....	51
1.6.7 Grensesnitt for steg 1	56

2	Prosjektstrategi for felles kommunal journalløsning	59
2.1	Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien	59
2.2	Gjennomføringsstrategi	64
2.2.1	Overordnet gjennomføringsplan	64
2.2.2	Prinsipper for innføringsarbeidet	70
2.3	Strategi for endring og gevinstrealisering	72
2.4	Sikkerhetsstrategi	74
2.4.1	Kritikalitet for felles kommunal journalløsning	74
2.4.2	Overordnede sikkerhetsprinsipper	78
2.4.3	Arbeidet med sikkerhetsarkitektur i gjennomføringen	81
2.5	Arkitektur og løsningsstrategi	83
2.5.1	Overordnet arkitektur for felles kommunal journalløsning	83
2.5.2	Plattformtilnærming som hovedstrategi for felles kommunal journalløsning	85
2.5.3	Arkitekturprinsipper for felles kommunal journalløsning	86
2.6	Kontraktstrategi	89
2.6.1	Anskaffelsesområder for felles kommunal journalløsning	89
2.6.2	Behov for å sikre tilstrekkelig konkurranse	92
2.6.3	Behov for å ivareta helheten i tiltaket	95
2.6.4	Alternative kontraktstrategier	96
2.6.5	Anbefalt kontraktstrategi	98
2.7	Strategi for oppslutning og deltakelse	100
2.7.1	Tiltak i Programmet Akson journal for å sikre deltakelse	100
2.7.2	Økonomiske virkemidler	100
2.7.3	Krav til journalløsningenes samhandlingsevne	101
2.7.4	Juridisk mulighetsrom og vurdering av behov for pålegg om bruk	101
2.8	Strategi for innbygger	101
2.9	Strategi for helsefag	102
2.10	Strategi for håndtering av interessemotsetninger	104
2.11	Organisering og ansvarsdeling	105
2.11.1	Ansaret for programmet legges til "Akson journal AS"	106
2.11.2	Ansvarsdeling mellom programorganisasjon og kommunene	106
2.11.3	Overordnet styringsstruktur	108
2.11.4	"Akson journal AS" sitt overordnede ansvar	109
2.11.5	Organisering av programmet og prosjektene	110
2.11.6	Strategi for styring av usikkerhet	120

3	Prosjektstyringsbasis felles kommunal journalløsning.....	123
3.1	Arbeidsomfang og prosess for endringshåndtering	123
3.1.1	Funksjonalitet i den felles kommunale journalløsningen	123
3.1.2	Arbeidsomfang for Programmet Akson journal.....	125
3.1.3	Lokale innføringsaktiviteter	126
3.1.4	Håndtering av endringer i programmet	127
3.2	Risikovurderinger	130
3.2.1	Risiko i mobilisering- og anskaffelsesfasen.....	131
3.2.2	Risikovurdering i etablering- og tilpasningsfasen	134
3.2.3	Risikovurdering i innføringsfasen	137
3.2.4	Risikovurdering i drift- og forvaltningsfasen	139
3.3	Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)	141
3.4	Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan	142
3.4.1	Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for Programmet Akson journal..	143
3.4.2	Lokale innføringskostnader.....	144
3.4.3	Finansiering.....	145
3.5	Gevinstrealiseringsplan	147
3.5.1	Gevinster av felles kommunal journalløsning.....	147
3.5.2	Prioritering og fordeling av gevinster.....	147
3.5.3	Gevinstrealiseringsplan for Programmet Akson journal.....	148
3.6	Fremdriftsplan	149
3.7	Kvalitetssikring	150
3.7.1	Kvalitetssikringsområder.....	150
3.7.2	Prinsipper for kvalitetssikring	151
3.7.3	Ekstern kvalitetssikring	151
4	Prosjektstrategi steg 1 i utviklingsretningen for samhandling	152
4.1	Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien	152
4.2	Gjennomføringsstrategi	153
4.2.1	Overordnet gjennomføringsplan for steg 1	153
4.2.2	Kontroll- og beslutningspunkter	156
4.2.3	Innføring av steg 1	157
4.3	Sikkerhetsstrategi.....	158
4.3.1	Risiko- og sårbarhetsanalysen og personvern vurdering	158
4.3.2	Roller og ansvar i arbeidet med sikkerhet.....	158
4.4	Kontraktstrategi	159

4.4.1	Anskaffelsesområder steg 1	159
4.4.2	Behovet for ivareta helheten mellom omfang i steg 1 og målbildet for helhetlig samhandling	160
4.4.3	Behovet for tilstrekkelig kapasitet med riktig kompetanse til å foreta utviklingen og sikre leveransene.....	160
4.4.4	Alternative kontraktstrategier	161
4.4.5	Anbefalt kontraktstrategi	161
4.5	Organisering og ansvarsdeling for steg 1	162
4.5.1	Overordnet styringsstruktur.....	162
4.5.2	Direktoratet for e-helses overordnede ansvar	164
4.5.3	Organisering av programmet og prosjektene	164
4.5.4	Gevinstrealisering	168
4.5.5	Helsefaglig ansvarlig.....	168
4.5.6	Ansvarlig IKT/Arkitektur	169
4.5.7	Interessenthåndtering og involvering	169
4.5.8	Strategi for styring av usikkerhet.....	169
5	Prosjektstyringsbasis steg 1	172
5.1	Arbeidsomfang og endringsstyring	172
5.1.1	Arbeidsomfang for steg 1.....	172
5.1.2	Håndtering av endringer i programmet	173
5.2	Risikovurdering	175
5.3	Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)	178
5.4	Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan.....	179
5.4.1	Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for steg 1	179
5.4.2	Finansiering.....	180
5.5	Gevinstrealiseringsplan	180
5.5.1	Gevinster av steg 1 i utviklingsretning for samhandling.....	181
5.5.2	Prioritering og fordeling av gevinster.....	181
5.5.3	Gevinstrealiseringsplan for Programmet Akson samhandling	181
5.6	Fremdriftsplan	181
5.7	Kvalitetssikring	182
5.7.1	Kvalitetssikringsområder.....	183
5.7.2	Prinsipper for kvalitetssikring	183
5.7.3	Ekstern kvalitetssikring	183
6	Samfunnsøkonomisk lønnsomhet	184
7	Videre arbeid i 2020	187

8 Referanser..... 189

Vedlegg

- A: Sentrale begreper
- B: Organisering av arbeidet
- C: Delmål
- D: Organisering og ansvars plassering for felles kommunal journalløsning
- E: Kontraktstrategi
- F: Nødvendigheten av å pålegge plikt til å bruke den felles kommunale journalløsningen
- G: Løsningsomfang og -arkitektur
- H: Kostnadsanalyse og finansiering
- I: Usikkerhetsanalyse
- J: Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse
- K: Gevinstrealiseringsplaner
- L: Sikkerhetsarkitektur
- M: Overordnet personvern vurdering
- N: Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering
- O: Funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren
- P: Rettslig vurdering av muligheten for pålegg
- Q: Felles dokument fra KS, Direktoratet for e-helse og utvalgte kommuner vedrørende arkitektur for Akson

Bilag (til vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur):

- G1: Felles kommunal journalløsning
- G2: Helhetlig samhandling

Sammendrag

Bakgrunn

Det er et sentralt politisk mål å skape et effektivt og bærekraftig helse- og omsorgssystem som tilbyr helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Pasientens og brukerens behov og ønsker skal stå i sentrum. Regjeringens overordnede mål for IKT i helse- og omsorgssektoren er beskrevet i Meld. St. 9 (2012-2013), Én innbygger – én journal. Målene er fastholdt senest i Meld. St. 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Hovedmålene er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2018 Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide en konseptvalgutredning 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 konseptvalgutredningen "Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste" til Helse- og omsorgsdepartementet juli 2018. Holte Consulting gjennomførte høsten 2018 en ekstern kvalitetssikring (KS1). KS1-rapporten anbefalte, i samsvar med konseptvalgutredningen, konsept 7 nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling.

Direktoratet for e-helse fikk i april 2019 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt med utgangspunkt i konsept 7. Formålet med forprosjektet er at beslutningsmaterialet skal gi tilstrekkelig grunnlag for å vurdere prosjektets usikkerhet, anbefale en kostnadsramme og gi føringer for den etterfølgende styringen av prosjektet.

Konseptbeskrivelse

Det anbefalte konseptet har fått arbeidsnavnet Akson. Akson skal realisere målbildet for helhetlig samhandling og en felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Felles kommunal journalløsning innebærer at helsepersonell i kommunene jobber i en felles journalløsning. Dette betyr at blant annet legevakt, fastleger, hjemmetjenesten og helsestasjoner bruker samme journalløsning med brukerflater tilpasset deres behov.

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

Overordnet gjennomføring

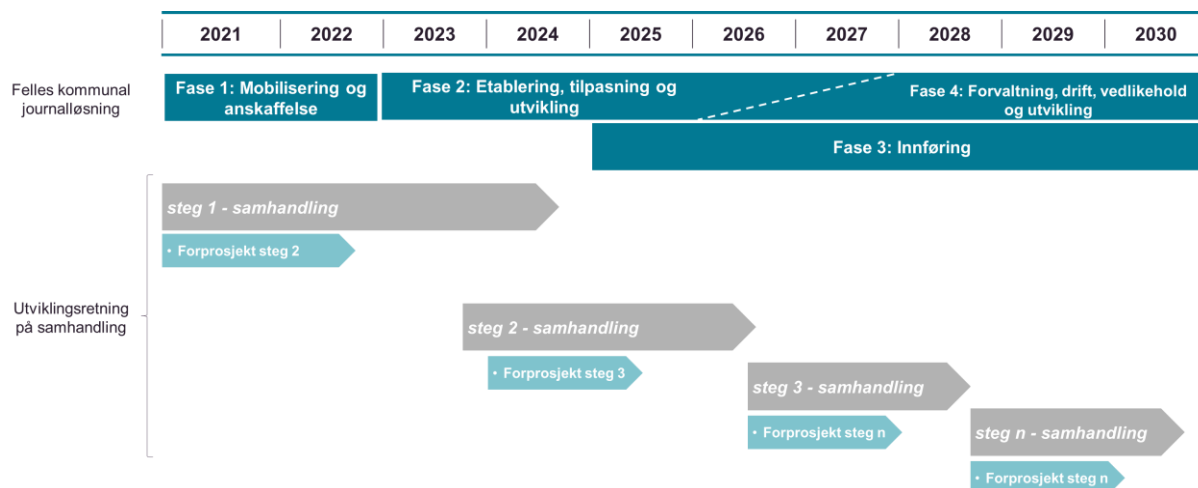
Det er valgt to ulike tilnærminger for å realisere Akson:

1. Felles kommunal journalløsning realiseres som ett tiltak i flere faser med kontroll- og stoppunkter og stegvis utvikling og innføring i kommunene.
2. Målbildet for helhetlig samhandling realiseres som en utviklingsretning med stegvis tilnærming gjennom selvstendige tiltak.

Den stegvise tilnærmingen til realisering av målbildet for helhetlig samhandling er valgt fordi det er mange avhengigheter mellom aktørene og høy usikkerhet. Omfanget av hvert steg bør

utføres basert på kost-/nyttevurderinger og risiko ved gjennomføring, samt innbyrdes rekkefølgeforutsetninger og avhengigheter mellom leveranser i ulike virksomheter. Den stegvise tilnærming gir grunnlag for bedre styring og koordinering av avhengigheter og en gradvis utvikling av samhandlingsfunksjonaliteten over tid.

Den overordnede gjennomføringen av Akson er illustrert i Figur 1. Tidshorisonten og lengden på fasene og stegene er illustrative.



Figur 1 Overordnet gjennomføring av Akson

Overordnet organisering og ansvarsdeling

Ansvaret for gjennomføringen av Akson legges til ulike virksomheter. Forprosjektet legger til grunn at ansvaret for å anskaffe, etablere, drifte, forvalte og videreutvikle felles kommunal journalløsning vil legges til en virksomhet med kommunalt majoritetseierskap ("Akson journal AS"). Dersom kommunene ønsker det, kan staten ved Helse- og omsorgsdepartementet ha en minoritetspost i selskapet som ikke gir negativ kontroll, gitt at Stortinget gir sin tilslutning til statlig eierskap. Det er gitt som en føring at statlig medeierskap ikke skal innebære at staten påtar seg økt økonomisk ansvar eller risiko. Direktoratet for e-helse vil få ansvaret for å realisere steg 1, og vil være hovedansvarlig for at målene nås. Norsk Helsenett SF vil i henhold til avtale med Direktoratet for e-helse gis ansvaret for å gjennomføre nødvendige anskaffelser knyttet til utviklingsaktiviteten i steg 1.

Ulikheter knyttet til aktører og interessenter, ansvarsforhold og finansieringsmodeller for realiseringen av felles kommunal journalløsning og steg 1, gjør det naturlig å også dele organiseringen i ulike programmer; Programmet Akson journal og Programmet Akson samhandling. To programmer vil gi tydeligere styringslinjer og mer entydig ansvars plassering innad i programmene. Samtidig er det flere grensesnitt og avhengigheter mellom programmene. For å sikre helhetlig styring av tiltaket vil det utformes en samarbeidsavtale mellom "Akson journal AS" og Direktoratet for e-helse. Avtalen vil beskrive grensesnittene nærmere og hvordan avhengighetene mellom programmene skal håndteres og følges opp. På programnivå vil en viktig koordinering være gjensidig representasjon i programstyrene, og på prosjektnivå vil det være behov for flere former for koordinering mellom ulike prosjekter.

Den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen viser at tiltaket har en netto nåverdi på 2,9 milliarder kroner. Dette er en reduksjon på 9,0 milliarder¹ sammenliknet med netto nåverdi for konsept 7 i KS1. Reduksjonen skyldes endringer i omfang, innføringstakt og beregningstekniske forutsetninger. Overføres endringene til de tre konseptene i KS1 er konsept 7 fortsatt det mest samfunnsøkonomisk lønnsomme konseptet.

Kostnadsrammen for Programmet Akson journal settes til 5,9 milliarder kroner, som tilsvarer P85-kostnaden. *Styringsrammen* for programmet settet til 4,8 milliarder kroner, som tilsvarer P50-kostnaden.

Kostnadsrammen for Programmet Akson samhandling settes til 845 millioner kroner som tilsvarer P85-kostnaden. *Styringsrammen* for programmet settes til 710 millioner kroner som tilsvarer P50-kostnaden.

Nærmere om realisering av felles kommunal journalløsning

En vellykket gjennomføring av felles kommunal journalløsning vil kunne realisere en rekke gevinster og ha stor nytte for samfunnet. Samtidig er gjennomføring av felles kommunal journalløsning omfattet av mange forhold som bidrar til usikkerhet. Prosjektstrategien til tiltaket tar for seg hvordan tiltaket skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og målene for prosjektet, samtidig som risiko håndteres.

I *gjennomføringsstrategien* anbefales tiltaket gjennomført i fire faser: (1) Mobilisere og anskaffe journalløsningen, (2) Etablering, tilpasning og utvikling, (3) Innføring og (4) Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling. På grunn av høy kompleksitet og stort omfang er det etablert stoppunkter ved oppstart av nye faser og kontrollpunkter i forbindelse med kritiske delleveranser. Ved hvert punkt må det gjøres en kvalitetssikring og vurdering av hvorvidt utviklingen er i tråd med planene, og om det er endringer i programmets anslag for kostnader og forventet nytte.

IKT-sikkerhet og personvern har høy prioritet i arbeidet med felles kommunal journalløsning. Det er sentralt at behandling av helseopplysninger i felles journalløsning skjer i samsvar med den enkeltes personvern. I *sikkerhetsstrategien* er det utført en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) og pekt på tiltak for å reduseres sårbarheten i gjennomføringen og ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern.

Anskaffelsene som vil inngå i tiltaket, vil foretas av "Akson journal AS". Selskapet vil også forvalte avtalene og løsningen som etableres. For å tilrettelegge for konkurranse og for stegvis gjennomføring av tiltaket, er løsningsomfanget delt inn i syv anskaffelsesområder basert på en overordnet gruppering av behovene i henhold til fagområder og markedssegmenter. *Kontraktstrategien* anbefaler at det inngås kontrakt med en leverandør for hvert av anskaffelsesområdene. Tilbyderne kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke nødvendig funksjonalitet, kompetanse og kapasitet, men må ta ansvaret for at leveransene oppfyller behovet og fungerer enhetlig

Ansvarsfordelingen mellom det sentrale programmet og kommunene må være tydelig. Det langsiktige målet er at felles kommunal journalløsning skal innføres i opptil 291 kommuner. For å kunne innføre journalløsningen må en rekke forhold være på plass lokalt, og det må

¹ I differansen er KS1-estimatet korrigeret for en regnefeil i endrings- og omstillingskostnader, og tar utgangspunkt i en netto nåverdi fra KS1 på 12,0 milliarder kroner. Se nærmere forklaring i vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse.

etableres et sterkt lokalt eierskap til endringene som skal gjøres. Ansvaret for å implementere løsningen lokalt og realisere gevinster legges til den enkelte kommune, mens det sentrale programmet skal tilrettelegge for innføring, sikre kompetanseoverføring og støtte virksomhetene i arbeidet med realisering av gevinster. Den beskrevne innføringsmodellen synliggjør en mulig struktur for innføring fra programmet og ut i hver enkelt kommune, som samtidig sikrer kommunal representasjon og innflytelse på beslutninger i programmet. Endelig struktur vil måtte konkretiseres senere, og vil kunne variere mellom kommunene.

Nærmere om realiseringen av steg 1 i utviklingsretningen for samhandling

Som følge av den stegvise tilnærmingen for helhetlig samhandling inneholder det sentrale styringsdokumentet kun en beskrivelse av gjennomføringen av steg 1 i utviklingsretningen.

Prosjektstrategien for steg 1 i utviklingsretningen for samhandling omhandler hvordan steg 1 skal gjennomføres for å oppnå hensikten og målene, samt legge til rette for realisering av målbildet for helhetlig samhandling. Steg 1 omfatter følgende prosjekter:

- Modernisering og videreutvikling av grunndata- og tillitstjenester
- Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar
- Forprosjekt for steg 2 av utviklingsretningen

For å redusere risiko i gjennomføringen etableres det egne kontroll- og beslutningspunkter. Kontrollpunktene knytter seg til både programmet og de enkelte prosjektene. Ved kontrollpunktene må det vurderes hvorvidt utviklingen understøtter målbildet, og om forventet fremtidig nytte forsvarer kostnader og risiko. En viktig faktor for å realisere det overordnede målbildet er at de sentrale interessentene forplikter seg til beslutninger om omfang og finansiering, og at det følges opp med nødvendig utvikling og endringer i egne virksomheter.

Gjennomføringen av steg 1 må sees i sammenheng med allerede pågående nasjonale programmer og prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen. Ved oppstart vil det være flere programmer og prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen som har pågått over tid, og som har som mål å levere løsninger som kan bidra til å redusere samhandlingsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Steg 1 vil bygge videre på disse leveransene, og flere pågående programmer og prosjekter er avhengig av leveranser fra steg 1. Avhengigheter, synergier og grensesnitt mellom parallelle programmer skaper usikkerhet og gjør det nødvendig med helhetlig styring og en mer forpliktende styringsmodell.

Som for felles kommunal journalløsning, har IKT-sikkerhet og personvern høy prioritet i arbeidet med steg 1, og det er derfor også gjort en risiko- og sårbarhetsanalyse for steg 1.

Direktoratet for e-helse vil ha overordnet ansvar for å realisere steg 1 og vil gjennomføre forprosjektet for steg 2 i tett samarbeid med Norsk Helsenett SF. Norsk Helsenett SF vil i henhold til avtale med direktoratet være ansvarlig for å gjennomføre nødvendige anskaffelser knyttet til utviklingsaktiviteten i steg 1, samt være ansvarlig for anskaffelser av kapasitet eller tjenester knyttet til drift og forvaltning av de tekniske løsningene. Direktoratet er ansvarlig for eventuelle anskaffelser vedrørende forprosjekt for steg 2 eller andre områder som går ut over avtalen direktoratet har med Norsk Helsenett SF.

1 Overordnede rammer

1.1 Hensikt, krav og hovedkonsept

1.1.1 Oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2018 Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide en konseptvalgutredning for å løse behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og samhandlingen med øvrige aktører i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet skulle også ta høyde for behovet for samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene og andre kommunale og statlige tjenesteområder.

Konseptvalgutredningen ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet juli 2018. Holte Consulting gjennomførte høsten 2018 en ekstern kvalitetssikring (KS1). KS1-rapporten anbefalte, i samsvar med konseptvalgutredningen, konsept 7 nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling.

Direktoratet for e-helse fikk i april 2019 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt med utgangspunkt i konsept 7, felles journalløsning med helhetlig samhandling. Konseptet har fått arbeidsnavnet Akson.

1.1.2 Bakgrunn

Det sentrale politiske målet er å skape et effektivt og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som yter helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Pasientens og brukerens behov og ønsker skal stå i sentrum. Regjeringens overordnede mål for IKT i helse- og omsorgssektoren er beskrevet i Meld. St. 9 (2012-2013), Én innbygger – én journal. Målene er fastholdt senest i Meld. St. 7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Hovedmålene er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er omfattende og dekker et bredt spekter av tjenester. Tjenesten sysselsetter i dag over 150 000 personer. Flere analyser viser at endringer i befolkningens størrelse og sammensetning vil medføre et behov for en betydelig økning i helsepersonell over de neste årene. Den forventede utviklingen fordrer en mer effektiv kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Samtidig vil en eldre befolkning utvikle flere sykdommer, samtidig som nye behandlingsmuligheter gjør at flere lever lengre, ofte med behov for kontroller og oppfølging. Dette bidrar til mer sammensatte og komplekse sykdomsbilder i befolkningen. En utvikling der en større andel av brukerne har sammensatte lidelser, vil stille høyere krav til samhandling mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene, men også med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Innbyggere vil i løpet av et livsløp være i kontakt med mange ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Felles for alle aktørene er at de trenger informasjon fra innbygger og fra hverandre for å kunne utføre sine tjenester med høyest mulig kvalitet. Ansvarsdeling med spesialisthelsetjenesten og et bredt spekter av tjenester og oppgaver i kommunal helse- og omsorgstjeneste medfører at mange pasientforløp går på tvers av virksomheter og

tjenestenivå. Behovet for å utveksle pasientinformasjon har økt etter at samhandlingsreformen ble innført, blant annet fordi pasienter skrives ut tidligere fra sykehusene til videre oppfølging i kommunene.

1.1.3 Hensikt

Journalløsninger brukes for å dokumentere og utveksle informasjon ved ytelse av helsehjelp, og er derfor kritisk for å sikre helsetjenester av god kvalitet. Funksjonalitet og informasjon i løsningen er vesentlig for helsepersonellens produktivitet og evne til å yte tjenester med helsefaglig god kvalitet.

Mange anskaffelser gjort av den enkelte kommune har resultert i et stort antall journalløsninger, i ulike versjoner, konfigurasjoner og varianter. En kartlegging gjennomført i 2017 av Direktoratet for e-helse blant referansekommunene i prosjektet (se vedlegg B Organisering av arbeidet for en liste over referansekommunene), viser at en og samme kommune eller interkommunale samarbeid (IKS) kan ha opptil åtte ulike journalsystemer. Konsekvensen av flere systemer er at informasjonen om innbygger ligger spredt og er vanskelig å dele mellom ulike kommunale tjenester. IKT-systemene er i hovedsak begrenset til én enkelt virksomhet/tjeneste og understøtter i begrenset grad pasientforløp på tvers av virksomheter, omsorgsnivå eller tjenester innad i en kommune.

Politiske mål om et effektivt og bærekraftig helse- og omsorgssystem som tilbyr helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester vil ikke kunne oppfylles uten en mer helhetlig og koordinert utvikling av fremtidens IKT-løsninger. For å ivareta pasientsikkerheten og å kunne tilby helhetlige tjenester er det derfor behov for Akson. Akson skal gi en samordnet nasjonal forbedring av kvaliteten på journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste og bedre nasjonale e-helseløsninger.

1.1.4 Krav

Samfunns- og effektmål for Akson er beskrevet i kapittel 1.3.1 og 1.3.2. Det er utarbeidet syv krav konseptet må oppfylle for å bidra til å nå samfunns- og effektmål. Kravene er vurdert som like viktige og har samme prioritet.

Tabell 1 Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål

Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål	
A	Konseptet skal gi personell i kommunale helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for tildeling, administrasjon, ytelse og dokumentasjon av helsehjelp.
B	Konseptet skal legge til rette for effektiv samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med effektiv samhandling menes at nødvendige helseopplysninger utveksles automatisk basert på dokument- og datadeling.
C	Konseptet skal gi innbyggere mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse gjennom å få innsyn i egne opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten, kunne registrere ny informasjon, foreta samvalg og selvvalg, gi fullmakt, sperre for innsyn og få støtte til ivaretagelse av rettigheter.
D	Konseptet skal sikre enklere og bedre ivaretagelse av innbyggers personvernrettigheter.
E	Konseptet skal sikre tilgjengeliggjøring av data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til forskning, styring, beredskap og helseovervåkning.

F	Konseptet skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.
G	Konseptet skal kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, for eksempel ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten, samt endret organisering i eller sammenslåing av kommuner.

I tillegg til kravene avledet av samfunns- og effektmålene ovenfor stilles det krav som knytter seg til andre viktige behov identifisert i konseptvalgutredningen. Krav I og J er satt som absolutte krav som må oppfylles for å sikre at felles kommunal journalløsning og samhandlingsløsninger ivaretar behov knyttet til informasjonssikkerhet og for at løsningen er robust mot påførte utfordringer som phishing og hacking. Krav H og K har samme prioritet som kravene A til G.

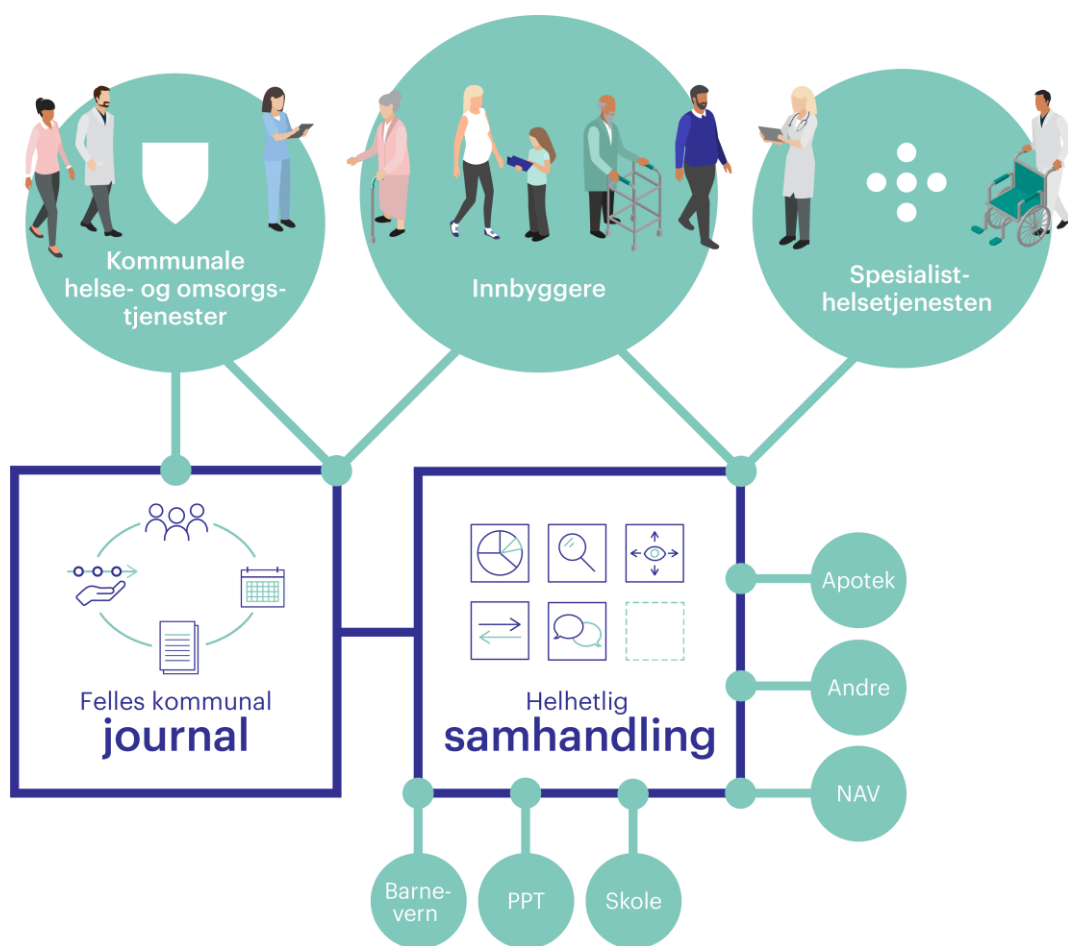
Tabell 2 Krav utledet av andre viktige behov

Overordnede krav avledet av andre viktige behov	
H	Konseptet skal legge til rette for mer effektiv samhandling med øvrige aktører.
I	Konseptet skal ivareta informasjonssikkerhet ved behandling av helse- og personopplysninger.
J	Konseptet skal ha styringssystem og løsninger for informasjonssikkerhet og personvern som gjør løsningen robust og feiltolerant mot påførte utfordringer (phishing, hacking osv.).
K	Konseptet skal være tilpasningsdyktig med tanke på nye og endrede behov og muligheter.

1.1.5 Hovedkonsept

1.1.5.1 Konseptbeskrivelse

Akson skal realisere målbildet for helhetlig samhandling og en felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målet er at journalløsningen skal brukes av alle kommuner, fastleger og andre avtaleparter utenfor Midt-Norge. Konseptet har høye ambisjoner for samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten. Figur 2 illustrerer konseptet.



Figur 2 Konseptet Akson

Konseptet innebærer at:

- Det skal stilles høye krav til funksjonalitet for helsepersonell.
- Aktører (utenfor Midt-Norge) som opererer som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten (§ 3-2, § 3-3, §3-5, §3-8, §3-9, §5-5 i helse- og omsorgstjenesteloven), samt private fysioterapeuttenester med driftstilskudd fra kommune og offentlig tannhelsetjeneste² får tilgang til felles kommunal journalløsning.
- Journalløsningen muliggjør tilgang til pasientjournaler på tvers av disse tjenesteområdene og kommuner. Innbyggere som bor i en kommune der både kommunen, fastlegen og andre avtaleparter har valgt å ta i bruk felles journalløsning vil oppleve en mer koordinert helsetjeneste enn i dag.
- Gode løsninger for identitets- og tilgangsstyring sikrer at kun helsepersonell med tjenstlig behov kan se og oppdatere en innbyggers journal.

² Det vil vurderes på senere tidspunkt om offentlig tannhelsetjeneste skal benytte felles journalløsning. Lovhjemmel for overføring av offentlig tannhelsetjeneste til den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra fylkeskommunen er vedtatt, men foreløpig ikke iverksatt. Ref. [Endringslov til helselovgivningen](#)

- Felles journalløsning integreres med kommunenes administrative systemer for å gi enklere arbeidsprosesser.
- Målbildet for helhetlig samhandling innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter utvikles til å dekke behovet for samhandling for innbyggere og pårørende, helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, andre aktører i helse- og omsorgstjenesten og andre statlige og kommunale tjenester.
- En plattformbasert arkitekturtilnærming skal bidra til å unngå en framtidig situasjon hvor tjenesteutvikling i kommunene bremses som følge av for sterke bindinger og avhengighet til enkeltleverandør(er).
- Myndighetene stiller krav og legger føringer for hvordan de ulike journalløsningene skal snakke sammen gjennom samhandlingsplattformen. Det utformes og stilles tydelige myndighetskrav som alle journaløsninger må forholde seg til.

For innbyggere, brukere, pasienter og pårørende betyr Akson at:

- De kan ta aktiv del i egen behandling, får bedre tilgang på informasjon om egen helse og hvilke tjenester og tilbud som finnes, og kan derfor lettere ta stilling til hvilken rolle de ønsker å ta i eget behandlingsforløp.
- De møter en mer helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste og har én journal på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester. Journalen følger innbygger dersom innbygger flytter til en annen kommune som bruker den felles kommunale journaløsningen.
- De vil få mer presis helsehjelp fordi helsepersonell har tilgang på mer informasjon og bedre kunnskaps-, prosess- og beslutningsstøtte.
- Flere innbyggertjenester blir tilgjengelig på helsenorge.no.
- De får bedre mulighet til å samhandle digitalt med helsepersonell i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten.
- De får bedre oversikt over plan for behandling i kommunal helse- og omsorgstjeneste, om hvilke tiltak som er iverksatt, hvilke tiltak som skal følges opp og avtaler som er gjort.
- De kan enkelt få innsyn i hvem som har lest/dokumentert i journalen og kan selv hente ut logg over dette uten å be helsepersonell om utskrift.
- De kan få kunnskapsbasert informasjon om sykdom/behandling som er tilpasset eget behandlingsforløp.
- Bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre statlige og kommunale tjenester vil gi en mer sømløs samhandling rundt innbygger på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer, for eksempel i forbindelse med viktige livshendelser som beskrevet i Digitaliseringsstrategien (1).

For helsepersonell betyr Akson at:

- De får bedre arbeidsverktøy med kunnskaps-, prosess- og beslutningsstøtte. De sparer tid, og kan gi mer presis helsehjelp fordi innbyggernes helseopplysninger er tilgjengelig når de trengs. Strukturert informasjon fra spesialisthelsetjenesten er tilgjengelig, presenteres på en oversiktlig måte og kan brukes i beslutningsstøtte.
- Samhandling mellom helsepersonell som bruker felles journalløsning og helsepersonell som jobber utenfor felles journalløsning skjer gjennom nasjonale e-

helseløsninger, og ved at informasjonen gjøres tilgjengelig i arbeidsflatene i felles journalløsning.

- Det skapes nye muligheter for hvordan oppgaver kan og bør løses, hvem som kan eller bør løse hvilke oppgaver, og kliniske administrative prosesser standardiseres i større grad på tvers av helse- og omsorgssektoren.

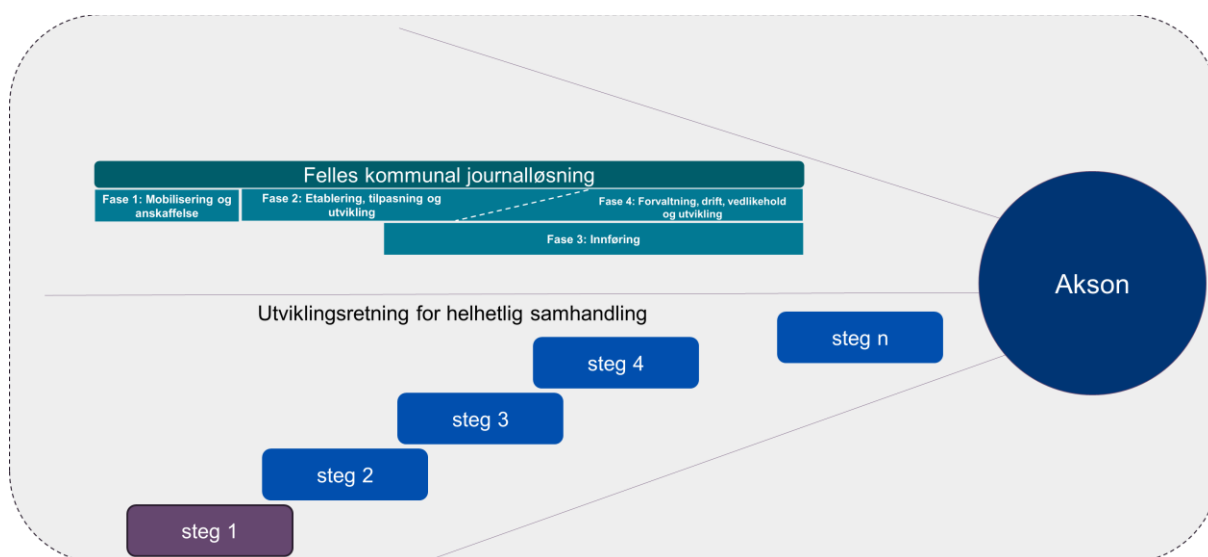
For ledere og kommunale og nasjonale myndigheter betyr Akson at:

- Det blir bedre tilgang på oppdaterte data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som kan benyttes som styringsinformasjon og til produksjon av forskning, gjør det enklere å følge med på trender og utvikling, planlegge kapasitet og arbeide systematisk med kvalitetsforbedring.

1.1.5.2 Overordnet gjennomføring av konseptet

Det er valgt to ulike tilnærminger for å realisere henholdsvis felles kommunal journalløsning og målbildet for helhetlig samhandling.

1. Realisering av felles kommunal journalløsning vil gjennomføres som ett tiltak som er fasedelt med flere kontroll- og stoppunkter og med stegvis utvikling og innføring.
2. Målbildet for helhetlig samhandling realiseres gjennom en stegvis tilnærming med flere tiltak.



Figur 3 Illustrasjon av tilnærmingen for å realisere konseptet

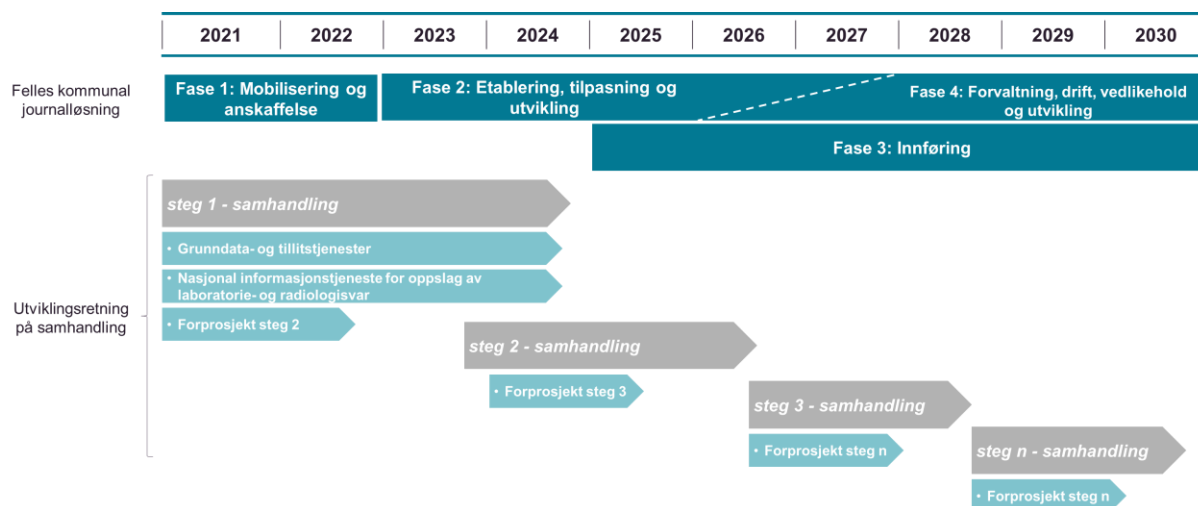
Den stegvise tilnærmingen til realisering av målbildet for helhetlig samhandling er valgt fordi det er mange avhengigheter og høy usikkerhet. Avhengigheter og usikkerhet gjør det u hensiktsmessig å gjennomføre målbildet for samhandling som ett tiltak.

Samhandlingsfunksjonalitet i målbildet for helhetlig samhandling vil ha vesentlige avhengigheter til felles kommunal journalløsning. Endelig løsningsvalg og innføringsplan for journalløsningen vil følge av anskaffelsesløpet og skal besluttes senere. Videre er det knyttet usikkerhet til fremdriften i spesialisthelsetjenestens modernisering av løsninger for EPJ/PAS/kurve, og løsningenes evne til å ta i bruk og understøtte den prioriterte samhandlingsfunksjonaliteten. I tillegg er det knyttet usikkerhet til evnen til å understøtte nye samhandlingsformer med eksisterende nasjonale e-helseløsninger og nye teknologiske løsninger (for eksempel velferdsteknologi og avstandsoppfølging). Den stegvise tilnærming

gir grunnlag for bedre styring og koordinering av avhengigheter og en gradvis utvikling av samhandlingsfunksjonaliteten over tid.

Omfanget av hvert steg bør utformes basert på kost-/nyttevurderinger og risiko ved gjennomføring, samt innbyrdes rekkefølgeforutsetninger og avhengigheter mellom leveranser i ulike virksomheter. Hvert steg i utviklingsretningen vil inneholde et forprosjekt for neste steg som vil ta med læring fra tidligere steg. Dersom enkeltsteg i utviklingsretningen overstiger terskelverdien på 300 millioner i KS-ordningen vil det være nødvendig å gjennomføre KS2 av dette steget.

Figur 4 viser overordnet gjennomføring av konseptet. Tidshorizonten og lengden på de ulike stegene er illustrativ. Gjennom leverandørdialogen i fase 1 kan tidslinjen for etterfølgende faser bli endret. Så langt mulig legges det opp til en smidig gjennomføring, der funksjonalitet kan testes ut og piloteres tidlig, også før 2025. Kapittel 2.2 inneholder en nærmere beskrivelse av de ulike fasene for felles kommunal journalløsning. Som følge av den stegvise tilnærmingen for helhetlig samhandling inneholder dette sentrale styringsdokumentet kun beskrivelse av steg 1 i utviklingsretningen, i tillegg til felles kommunal journalløsning, heretter omtalt som tiltaket.



Figur 4 Overordnet gjennomføring av Akson

Steg 1 fokuserer på å realisere komponenter i felles grunnmur som er nødvendige for å håndtere informasjonssikkerhet og personvern knyttet til mer utstrakt bruk av datadeling og dokumentdeling. Disse vil være nødvendige uavhengig av hvordan påfølgende steg i utviklingsretningen for samhandling realiseres.

Modernisering og videreutvikling av grunndata og tillitstjenester er nødvendig for å få erfaring med data- og dokumentdeling og for å lykkes med nasjonal bredding av eksisterende nasjonale e-helseløsninger, som vil bedre pasientsikkerheten og samhandlingen i helse- og omsorgssektoren på kort sikt. Samtidig er dette funksjonalitet som felles journalløsning vil bruke i identitets- og tilgangsstyringen. Det er derfor viktig at denne aktiviteten kommer raskt i gang og ikke skyves til senere steg.

Det er lagt til grunn at steg 1 omfatter:



Modernisering og videreutvikling av grunndata- og tillitstjenester

Det skal utvikles nye og moderne grunndatatjenester for Personell og Virksomhet. Dette er en nødvendig forutsetning for skalering av nasjonale e-helseløsninger som krever tilgangsstyring, og for å automatisere prosesser rundt tilgangsstyring i felles kommunal journalløsning. Arbeidet omfatter også å ta i bruk de nye grunndatatjenestene for Personell og Virksomhet i HelselID og andre tillitstjenester slik at disse skaleres nasjonalt, og anskaffe og ta i bruk API-management.

Felles grunndata består av opplysninger om helsepersonell, organisasjoner, tjenester, behandlingssteder, adresser m.m. HelselID fungerer som et tillitsanker for hele helsetjenesten ved at man stoler på pålogging gjennomført via HelselID fra en annen virksomhet, og legger til rette for at helsepersonell kan få engangspålogging med én elektronisk ID (e-ID) i hele helse- og omsorgstjenesten.



Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar

Dette inkluderer nødvendige tilpasninger for å sikre at laboratorie- og radiologivirksomheter automatisk sender en kopi av svarrapporter til den nasjonale informasjonstjenesten. Helsepersonell kan få tilgang til svarene gjennom kjernejournal portal. Det tilrettelegges for at journalløsninger kan integreres direkte mot den nasjonale informasjonstjenesten.



Forprosjekt for steg 2 i utviklingsretning for samhandling

Forprosjektet skal blant annet vurdere behovet for en plattformtilnærming til de nasjonale e-helseløsningene og se på hvordan ny samhandlingsfunksjonalitet best kan realiseres. Det innebærer at det må gjennomføres tekniske vurderinger for en samhandlingsplattform. Forprosjektet må også, sammen med sektor, etablere et overordnet veikart, der målbildet stykkes opp i håndterbare «arbeidspakker», som legges i en produktkø som definerer ulike steg. Forprosjektet vil blant annet anbefale løsningsomfang og styrings- og finansieringsmodell for steg 2, i tråd med KS-ordningens krav hvis tiltaket overskrider 300 millioner kroner.

Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar er planlagt realisert med gjenbruk av eksisterende meldinger, og stiller ikke krav til nye e-helseløsninger med avansert datadeling som kan komme i steg 2 og senere. Samtidig er oppslag på laboratorie- og radiologisvar høyt prioritert av helsepersonell (se kapittel 5.1 i Bilag G2 Helhetlig samhandling). Derfor ansees dette som et tiltak som kan gjennomføres i steg 1 og bidra til uthenting av nytte tidlig, selv om forprosjektet for steg 2 skal vurdere tilnærmingen til helhetlig samhandling.

Forprosjekt for steg 2 skal gjøre vurderinger av hva som bør være neste steg i utviklingsretningen. Dette avhenger blant annet av videre prosess med felles journalløsning, fremdriften på moderniseringen av journal- og kurveløsninger i spesialisthelsetjenesten og læring fra allerede pågående piloter knyttet til data- og dokumentdeling.

Det pågår, eller er planlagt, flere andre initiativer av betydning for nasjonal samhandling i andre prosjekter og programmer (eksempelvis Velferdsteknologisk knutepunkt og Innsyn journaldokumenter). Der det er behov for å se disse i sammenheng med målbildet for

helhetlig samhandling, kan det være aktuelt å inkludere prosjektene i programmet. Dette vil måtte vurderes konkret avhengig av finansiering basert på hva som er mest hensiktsmessig med hensyn til å realisere målbildet i det enkelte tilfellet.

1.1.5.3 Overordnet organisering og ansvarsdeling av tiltaket

Ansvar for realisering av felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretning for samhandling legges til ulike virksomheter

Forprosjektet legger til grunn at ansvaret for å anskaffe, etablere, drifte, forvalte og videreutvikle felles kommunal journalløsning vil legges til en virksomhet med kommunalt majoritetseierskap. Dersom kommunene ønsker det, kan staten ved Helse- og omsorgsdepartementet ha en minoritetspost i selskapet som ikke gir negativ kontroll, gitt at Stortinget gir sin tilslutning til statlig eierskap. Statlig medeierskap skal ikke innebære at staten påtar seg økt økonomisk ansvar eller risiko. Denne virksomheten er heretter omtalt som «Akson journal AS». Forprosjektets vurderinger av alternative eierskapsmodeller er beskrevet i vedlegg D Organisering og ansvars plassering for felles kommunal journalløsning.

Direktoratet for e-helse vil få ansvaret for å realisere steg 1 i utviklingsretning for samhandling, og vil være ansvarlig for at målene nås. Norsk Helsenett SF vil i henhold til avtale med direktoratet være ansvarlig for å gjennomføre nødvendige anskaffelser knyttet til utviklingsaktiviteten i steg 1, samt være ansvarlig for anskaffelser av kapasitet eller tjenester knyttet til drift og forvaltning av de tekniske løsningene. Direktoratet er ansvarlig for eventuelle anskaffelser vedrørende forprosjekt for steg 2 eller andre områder som går ut over avtalen direktoratet har med Norsk Helsenett SF. Direktoratet vil gjennomføre forprosjektet for steg 2 i tett samarbeid med Norsk Helsenett SF.

Realisering av felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretning for samhandling organiseres i to ulike programmer

Ulikheter knyttet til aktører og interessenter, ansvarsforhold og finansieringsmodeller for realiseringen av felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretning for samhandling, gjør det naturlig å også dele organiseringen i ulike programmer. To programmer vil gi tydeligere styringslinjer og mer entydig ansvars plassering innad i programmene. Programmet Akson journal og Programmet Akson samhandling vil være ansvarlig for realiseringen av henholdsvis felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretning for samhandling.

To programmer medfører behov for å sikre helhetlig styring av tiltaket

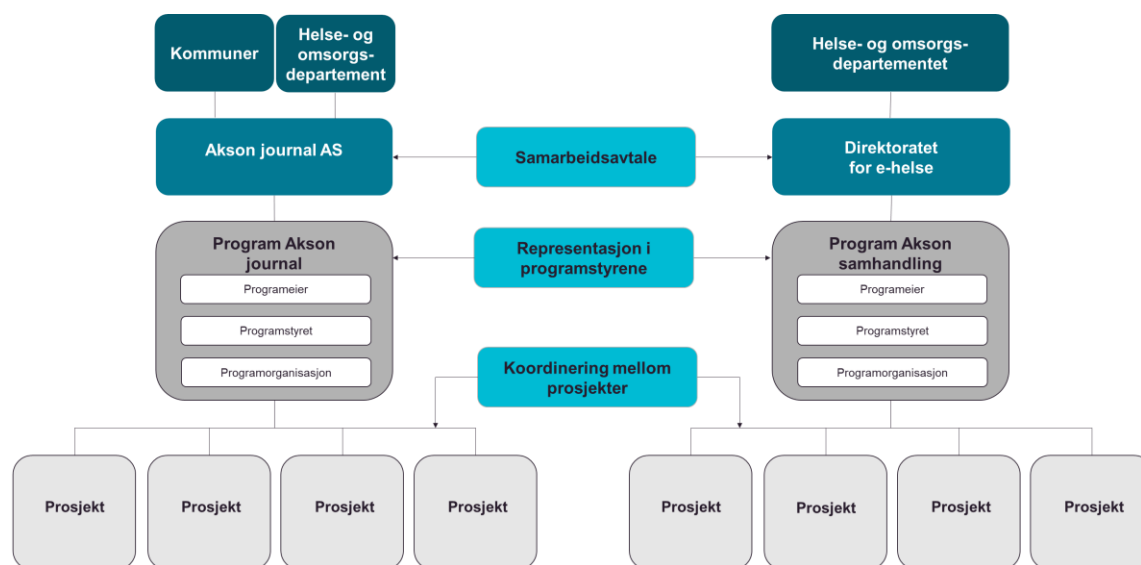
Det eksisterer flere grensesnitt og avhengigheter mellom de to programmene. Samhandlingsfunksjonalitet utviklet i steg 1 skal integreres med felles kommunal journalløsning, og Programmet Akson journal vil innføre denne samhandlingsfunksjonaliteten som en integrert del av felles kommunal journalløsning. For å oppveie for at delingen av ansvaret for å realisere felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretningen er lagt i to virksomheter må det derfor legges vekt på å sikre felles styringsmekanismer.

For å sikre helhetlig styring av tiltaket vil det utformes en samarbeidsavtale mellom "Akson journal AS" og Direktoratet for e-helse. Avtalen vil beskrive grensesnittene nærmere og hvordan avhengighetene mellom programmene skal håndteres og følges opp. En viktig koordinering på programnivå vil være gjensidig representasjon i programstyrene. På prosjektnivå vil det være behov for flere former for koordinering mellom ulike prosjekter. Hvilke prosjekter og hvordan koordineringen skal utformes, for eksempel representasjon i prosjektstyrer eller særskilte samarbeidsforum, må detaljeres i samarbeidsavtalen. Helse- og omsorgsdepartementet vil i tillegg ha en viktig rolle som øverste myndighet innenfor helse-

og omsorgssektoren, medeier i "Akson journal AS", eier av Norsk Helsenett SF og etatstyrer av Direktoratet for e-helse. Mekanismene for helhetlig styring er illustrert i Figur 5.

Programmet Akson journal og Programmet Akson samhandling har også avhengigheter til fremdrift og leveranser fra andre tiltak, særlig Helseplattformen og spesialisthelsetjenestens modernisering av løsninger for EPJ/PAS/kurve. Alle sentrale aktører foreslås derfor representert i Programstyret for Akson samhandling.

I tillegg til koordineringsmekanismene beskrevet ovenfor legges det til grunn at både Programmet Akson journal og Programmet Akson samhandling vil melde inn sine tiltak i den nasjonale porteføljestyingsprosessen som skal koordinere, prioritere og følge opp tiltak av nasjonal betydning.



Figur 5 Helhetlig styring

1.1.5.4 Behov for en forpliktende styringsmodell for å realisere målbildet for samhandling

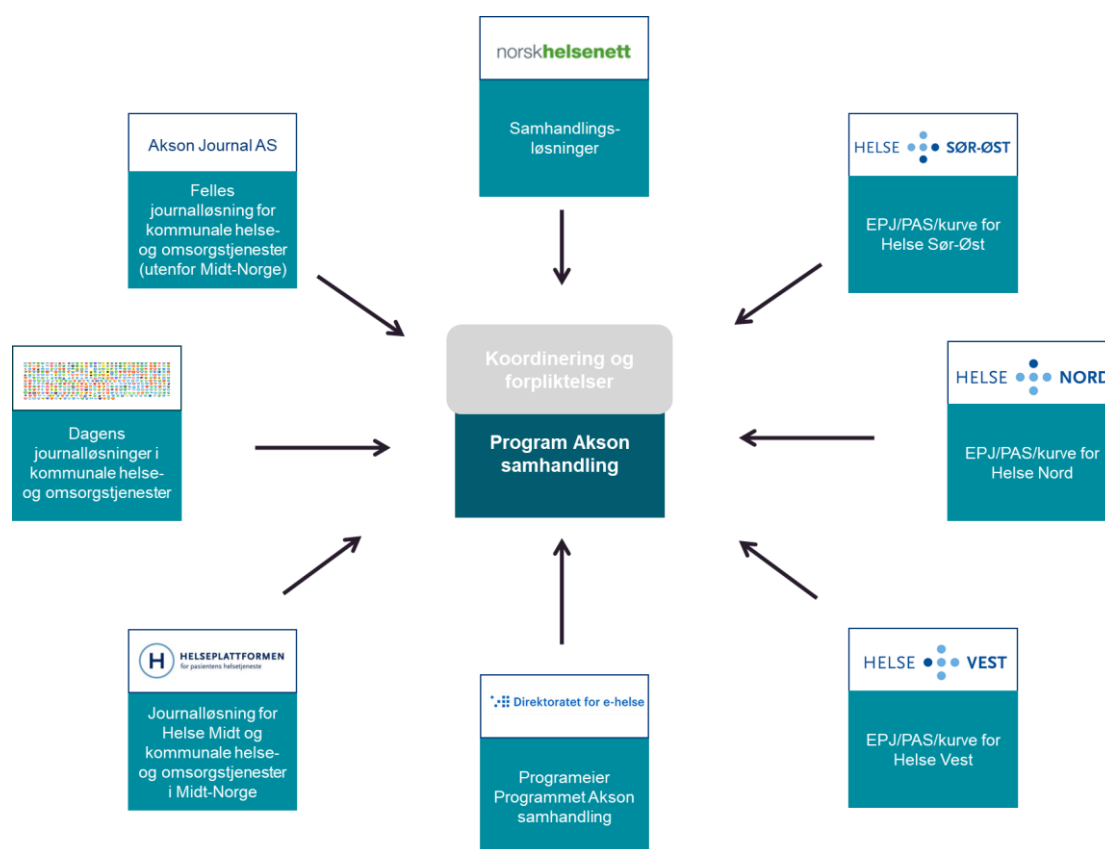
I tildelingsbrevet fra departementet heter det at det må vurderes nødvendige prioriteringer i e-helseporteføljen som resultat av tiltaket, samt redegjøre nærmere for hvilke endringer som er hensiktsmessige å gjøre i dagens løsninger før en eventuelt innføring av ny felles kommunal journalløsning. Begrensede virkemidler i den nasjonale styringsmodellen vil gjøre det krevende både å styre prioriteringer i den eksisterende porteføljen og utviklingsretningen. Prosjektet vurderer derfor at det bør etableres en mer forpliktende styringsmodell.

En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste forutsetter nasjonal koordinering, styring av e-helseutviklingen og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak. Realisering av målbildet for helhetlig samhandling kan ikke løses i Programmet Akson samhandling alene, men vil kreve investeringer og utvikling også i tilgrensende løsninger eiet og finansiert av andre aktører. For å lykkes kreves koordinert utvikling på tvers av virksomheter og ansvarsområder, og det bør etableres en tydelig nasjonal styringsmodell som reduserer fragmentering, sikrer fremdrift og gir forutsigbare kostnader.

Strukturen i den nasjonale styringsmodellen for e-helse bidrar, som beskrevet i Helse- og omsorgsdepartementets høringsutkast til ny lov om e-helse (e-helseloven), til å fremme felles forståelse av det nasjonale utfordringsbildet og prioriteringer som gjøres for utvikling nasjonalt, regionalt og lokalt. Styringsmodellen endrer imidlertid ikke de etablerte

styringslinjene. Nasjonalt e-helsestyret har ikke fullmakter eller plikter som et styre i rettslig forstand. Det er ikke i lov eller ved avtale tillagt noen formell vedtakskompetanse. Konklusjoner i nasjonalt e-helsestyre binder derfor ikke representantene eller andre aktører i sektoren juridisk. Manglende gjennomføring av nødvendige investeringer og utvikling i tilgrensende løsninger eiet og finansiert av andre aktører er derfor en risiko for realisering av målbildet for samhandling.

For at målbildet for samhandling skal realiseres, og at det fortløpende realiseres gevinster er det nødvendig at utviklingen i de ulike stegene koordineres med andre pågående prosjekter og tiltak. For å sikre dette er det nødvendig at de sentrale interessentene forplikter seg til de ulike stegene i utviklingsretningen gjennom bindende beslutninger knyttet til blant annet finansiering, ressursbidrag og investeringer og utvikling av egne løsninger. Behovet for koordinering og forpliktelser er illustrert i Figur 6.



Figur 6 Behov for koordinering og forpliktelser

En mer forpliktende styringsmodell bør etableres så snart som mulig. Dette skyldes både behovet for å sikre koordinering med andre pågående prosjekter og tiltak, samt behovet for å sikre en koordinert fremtidig utvikling for realisering av målbildet.

Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse, som ansvarlig for å realisere målbildet for samhandling, har flere mulige virkemidler for å ivareta behovet for koordinert utvikling:

1. Direktoratet for e-helse kan inngå avtaler med de sentrale aktørene som de nasjonale e-helseløsningene har avhengigheter til. Avtalene må regulere finansieringsforpliktelser, ressursbidrag, samt hvilke tiltak de enkelte aktørene skal gjennomføre i egne virksomheter.

2. Helse- og omsorgsdepartementet kan gjennom eierstyring pålegge virksomhetene finansieringsforpliktelser og gjennomføring av nødvendige tiltak for å bygge opp under målbildet
3. Helse- og omsorgsdepartementet kan benytte regulatoriske virkemidler som å stille krav til virksomhetene som bygger oppunder realisering av målbildet.

1.1.5.5 Sentrale interessenter

Tiltaket har et komplekst interessentbilde og berører flere ulike typer aktører. Tabell 3 viser en oversikt over de mest sentrale interessentene for tiltaket. Alle interessentgrupper har vært involvert i arbeidet og gitt innspill i flere runder. Vedlegg B Organisering av arbeidet gir en nærmere beskrivelse av prosessen med sentrale interessenter, inkludert oversikt over alle gjennomførte møter.

Tabell 3 Sentrale Interessenter

Interessenter som er identifisert som mest relevante for tiltaket	
Innbygger	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter/brukere/mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester • Pårørende til mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester • Befolkning
Helsepersonell og virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • Inkluderer helsepersonell i alle lovpålagte tjenester som kommunen skal tilby, inkludert fastlegetjenesten og fysioterapitjenesten. Inkluderer både tjenester kommunen leverer selv og tjenester drevet av private med driftstilskudd eller driftsavtale med kommunen
Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • De ulike gruppene av helsepersonell som yter helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Inkluderer offentlige og private aktører, samt avtalespesialister
Kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunal helseadministrasjon • Nasjonale myndigheter • Spesialisthelsetjenesten • Nasjonale registre • Institusjoner innen forskning, innovasjon og utdanning • Kommunale og fylkeskommunale myndighetsorganer
Andre aktører	<ul style="list-style-type: none"> • Helsetjenester som verken er en del av kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten, eksempelvis apotek, tannhelsetjeneste (offentlig og privat), private fysioterapeuter, private laboratorietjenester, private spesialisthelsetjenester • Øvrige kommunale tjenester/funksjoner: skole, barnehage, PPT og andre tjenesteytere i kommunen, administrative funksjoner i kommunen: regnskap, oppgjør, ressursplanlegging mv. • Leverandører av e-helseløsninger • Fag- og profesjonsforeninger • Pasient- og brukerforeninger

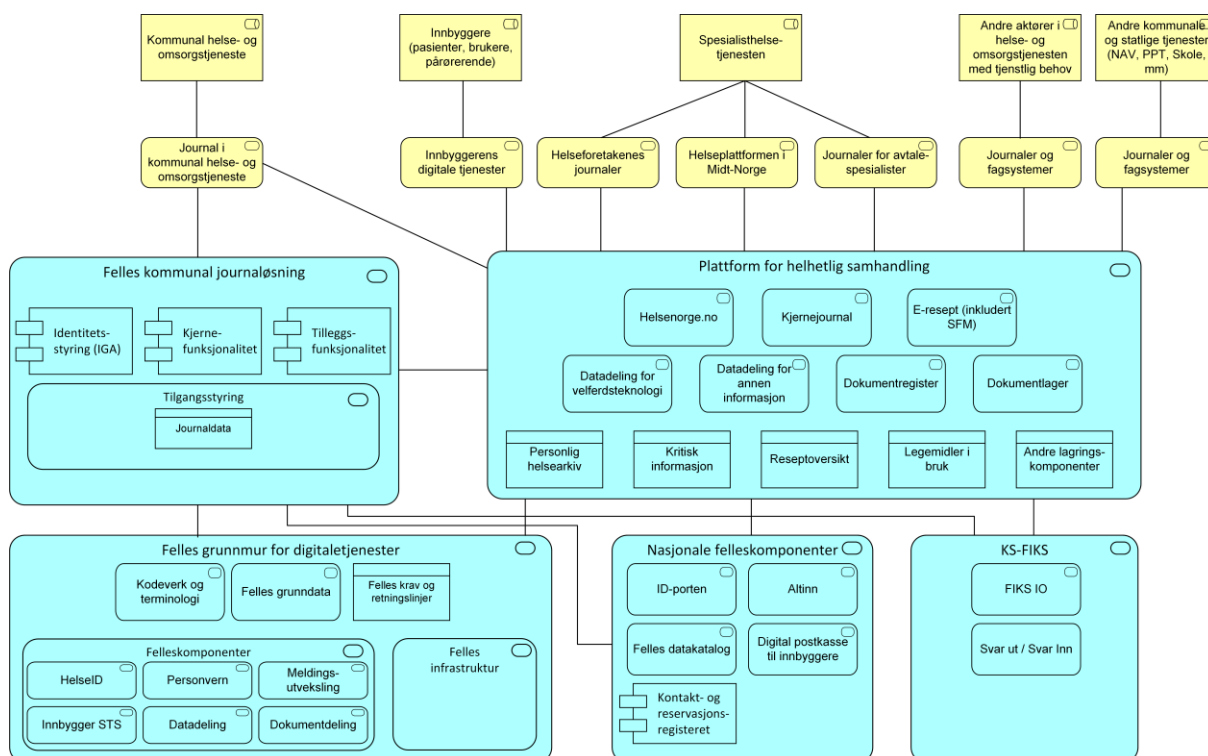
1.2 Arkitekturprinsipper for helhetlig samhandling

Konseptet skal legge til rette for effektiv samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med effektiv samhandling menes at nødvendige helseopplysninger utveksles automatisk basert på dokument- og datadeling.

Kartleggingen av behovene viser at ambisjonsnivået for samhandling mellom de ulike aktørene er omfattende. En analyse av behovene opp mot løsninger som er tilgjengelig i dag viser at dagens løsninger i stor grad ikke dekker disse behovene.

Hovedtiltakene for å adressere denne usikkerheten er å gå fra dagens produktorienterte tilnærming for nasjonale løsninger til å etablere en helhetlig samhandlingsplattform.

Figur 7 viser et logisk målbilde for hvordan applikasjonstjenestene felles kommunal journalløsning og en fremtidig samhandlingsplattform kan understøtte ulike deler av helse- og omsorgstjenesten.



Figur 7 Overordnet arkitektur for felles kommunal journalløsning og helhetlig samhandling

Arkitekturen er beskrevet basert på Archimate fra OpenGroup. ArchiMate er en modelleringsteknikk ("språk") for å beskrive virksomhetsarkitekturen.

1.2.1 Overordnede prinsipper for helhetlig samhandling

For å realisere helhetlig samhandling i et økosystem med mange virksomheter, som har et selvstendig ansvar for å etablere nødvendige kapabiliteter knyttet til å tildele, administrere, yte og dokumentere helsehjelp, vil det være nødvendig å etablere et sett av prinsipper som regulerer sammenhengen mellom virksomhetenes ansvar og de nasjonale løsningene for helhetlig samhandling. Det vil ikke være mulig å realisere et økt nivå av samhandling mellom virksomheter som bruker forskjellige virksomhetstjenester/applikasjonstjenester med mindre alle aktører gjør de nødvendige investeringene i parallell med at nasjonale løsninger implementeres.

Her følger en beskrivelse av de overordnede prinsippene som felles kommunal journalløsning må forholde seg til for å understøtte helhetlig samhandling i kommunal helse- og omsorgstjeneste og med aktører utenfor helsesektoren. Disse kommer i tillegg til overordnede arkitekturprinsipper fra Digitaliseringsdirektoratet for samhandling.



Utvikle et økosystem hvor helhetlig samhandling er navet som binder de ulike aktørene i helsesektoren sammen

Det er viktig å sikre at felles kommunal journalløsning og samhandlingsplattformen spiller godt sammen, og passer inn i et arkitekturlandskap for e-helse som er i løpende utvikling. Arkitekturforståelsen som legges til grunn for gjennomføring av tiltaket er basert på et økosystem hvor samhandling er navet som binder de ulike aktørene i helsesektoren sammen. De viktigste egenskaper ved samhandlingsplattformen er åpenhet og endringsevne.



Helhetlig samhandling stiller krav og legger føringer for journalløsningenes samhandlingsevne

Helhetlig samhandling vil stille krav og legge føringer for hvordan de ulike journalløsningene skal snakke sammen gjennom samhandlingsplattformen. Det må utformes og stilles tydelige myndighetskrav som alle journalløsninger må forholde seg til. Det er også viktig å rigge et tydelig eierskap til, og forvaltning av, semantiske ressurser slik som informasjonsmodeller, begreper og definisjoner av grensesnitt. Samhandlingsplattformen må være dynamisk slik at den legger til rette for en behovsdrivet helsefaglig tjenesteutvikling.



Legge til grunn en plattformtilnærming for anskaffelse og utvikling av felles journalløsning og helhetlig samhandling

Det legges til grunn en plattformbasert arkitekturtilnærming som gir rammer for anskaffelsen av felles kommunal journalløsning. Denne arkitekturtilnærmingen skal bidra til å unngå en framtidig situasjon hvor tjenesteutvikling i kommunene bremses som følge av sterke bindinger og avhengighet til enkeltleverandør(er).

1.2.2 Plattformtilnærming som hovedstrategi for helhetlig samhandling

Det finnes en rekke definisjoner på hva en plattform er. I en artikkel fra 2018, oppsummerer Knut H. Rolland, Lars Mathiassen og Arun Rai (2) plattformbegrepet i tre typer:

- Ingeniørfaglig definisjon. Digitale plattformer som teknologiske artifakter med en modulær arkitektur, som består av en stabil kjerne og mange perifere komponenter som endres over tid. Eksempel på denne type plattformer er iPhone med operativsystemet iOS og noen kjerneapplikasjoner som er nødvendige for å kunne bruke iPhone.
- Økonomisk definisjon. Digitale plattformer som legger til rette for effektive interaksjoner mellom ulike aktører. Eksempel på denne type plattformer er Amazon, Google, Facebook.

- Organisatorisk definisjon. Digitale plattformer som innovasjonspraksiser der ulike aktører organiserer og koordinerer innovasjon understøttet av tekniske mekanismer og avtaler.

I den videre beskrivelsen av arkitekturprinsippene som skal ligge til grunn for helhetlig samhandling tar vi utgangspunkt i den ingeniørfaglige og økonomiske definisjonen. Det som gjør plattformer attraktive er at de skaper verdi gjennom å bruke ressurser de ikke eier eller kontrollerer, f.eks. ved at ny funksjonalitet utvikles på utsiden og tilgjengeliggjøres gjennom plattformen, og at de kan skalere raskere enn andre mer tradisjonelle modeller. Et viktig aspekt ved en økosystem-basert plattformtilnærming er plattformens attraksjonsvirkning, gjerne også omtalt som nettverkseffekten: Ved å etablere plattformen og koble til noen aktører, oppstår insentiver for at også andre aktører knytter seg til. Det er ikke slik at «alle» må bruke plattformen for å kunne skape verdi, men jo flere som kobles til jo større blir mulighetene.

I Norge har vi i lang tid arbeidet med å etablere felles nasjonale løsninger for å ivareta samhandlingen mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten. I dag er de dominerende samhandlingsformene følgende:

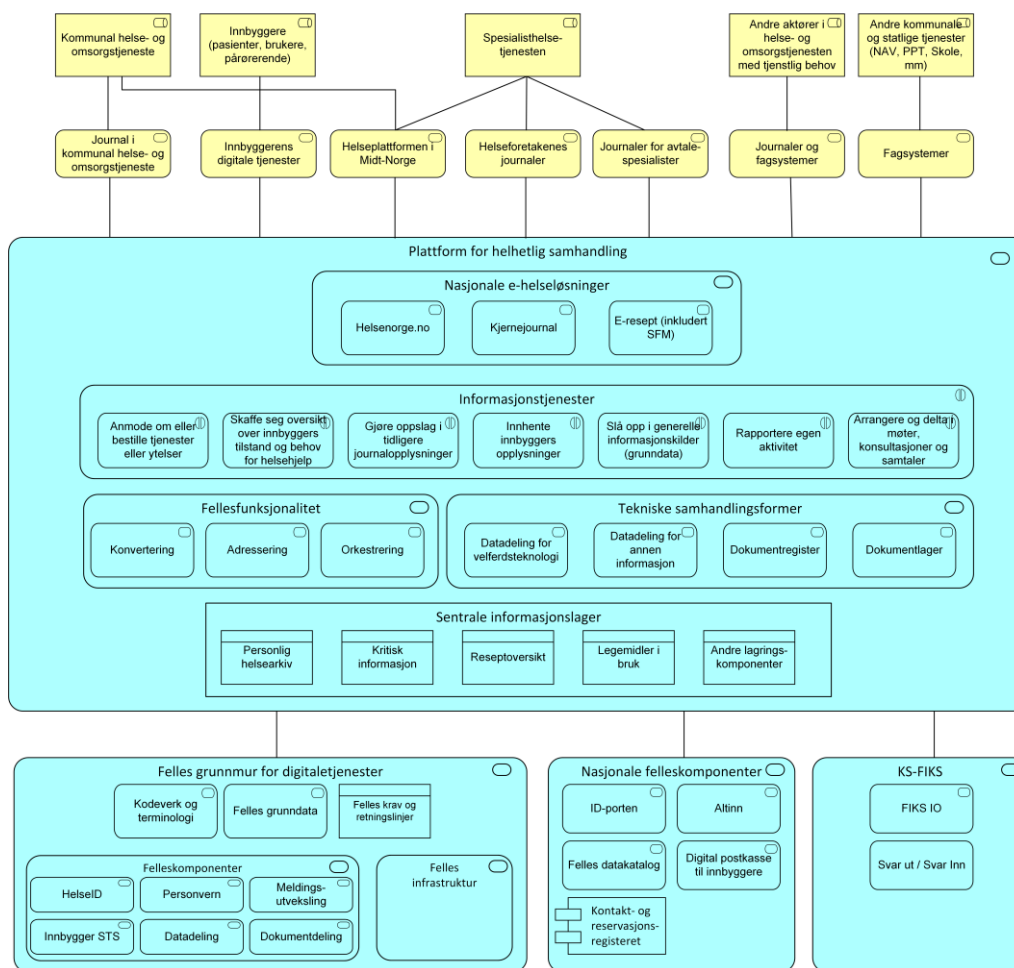
- Meldingsutveksling – overføring av strukturerte data til kjent mottaker. Kan også omfatte utveksling av dokumenter (fritekst).
- Samhandling gjennom nasjonale løsninger – informasjon oppdateres i en felleskomponent (eksempelvis kjernejournal, reseptformidleren) og gjøres tilgjengelig for andre derfra. Ny samhandlingsfunksjonalitet er utviklet med utgangspunkt i disse produktenes beskaffenhet.

Prosjektet har gjennomført en kartlegging av informasjonsbehov knyttet til samhandling. Kartleggingen av informasjonsbehovene er gjennomført langs fire dimensjoner (1) samhandling mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten, (2) samhandling mellom helsepersonell og innbygger, (3) samhandling mellom virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre statlige og kommunale tjenester, og (4) samhandling med responscenter og velferdsteknologiske verktøy. Se vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur for beskrivelse av informasjonstjenestene, og Bilag G2 for ytterligere detaljer rundt kartleggingen av informasjonsbehov.

Behovsanalysen viser at det fortsatt vil være viktig å understøtte en tydelig ansvars- og oppgavedeling som dagens meldingstjenester representerer. Helsepersonell forventer imidlertid at informasjonsdelingen i fremtiden i mindre grad baserer seg på dagens informasjonstjenester og i større grad gir mulighet for å slå opp og tilgjengeliggjøre informasjon (data og dokumenter) mellom journalløsningene, samt mulighet for å dele og endre på felles datagrunnlag på enkelte områder.

Analysene viser at informasjonstjenester i stor grad bør gjenbrukes på tvers av disse dimensjonene. Dette taler for at dagens produktorienterte tilnærming til å utvikle ny samhandlingsfunksjonalitet, ikke er veien å gå for å skape en skalerbar utvikling av nye samhandlingsformer fremover.

Figur 8 beskriver et logisk mål bilde for realisering av plattform for helhetlig samhandling.



Figur 8 Overordnet arkitektur for helhetlig samhandling

Applikasjonstjenesten **Plattform for helhetlig samhandling** vil kunne bestå av flere elementer:

- Nasjonale e-helseløsninger omfatter en videreutvikling av Helsenorge.no, Kjernejournal og e-resept som applikasjonstjenester. Overtid bør disse dekomponeres slik at de byggeklossene som er gjenbrukbare også for de andre nasjonale e-helseløsningene blir en del av plattformen.
- Informasjonstjenester fungerer som en oppsummering av alle samhandlingsbehov, og brukes til å beskrive omfanget og kompleksiteten av samhandlingsløsningene. Forprosjektet for Akson har definert en informasjonstjeneste som en IKT-tjeneste som formidler informasjon knyttet til et bestemt tema, knyttet til en generisk arbeidsprosess. Samme informasjonstjeneste kan benyttes i mange ulike sammenhenger, av ulike profesjoner, og av innbyggere og andre kommunale og statlige tjenester.
- Fellesfunksjonalitet omfatter byggeklosser som brukes på tvers av alle informasjonstjenestene og de tekniske samhandlingsformene.
- Tekniske samhandlingsformer komponenter som realiserer informasjonstjenestene og grensesnittene. Disse tilgjengeliggjøres til applikasjonene på ulikt vis. Plattformen skal understøtte ulike tekniske samhandlingsformer.
- Sentrale informasjonslager er komponenter som brukes for å lagre masterdata knyttet til informasjonstjenester der helsepersonell skal dele og endre på felles datagrunnlag,

eller til å lagre kopi av helseopplysninger som benyttes av de andre samhandlingsformene.

Applikasjonstjenesten **Felles grunnmur** har som formål å legge til rette for effektiv og sikker elektronisk samhandling mellom aktører, og økt gjenbruk og sambruk på tvers av de nasjonale aktørene. Grunnmuren består av et sett med byggeklosser som kan gjenbrukes på tvers av nasjonale e-helseløsninger. Byggekloss er et samlebegrep for forskjellige typer elementer som er tilgjengelige for sektoren gjennom Felles grunnmur. De grupperes etter kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur, blant annet for data- og dokumentdeling. Disse kan inngå som byggeklosser i plattformen for helhetlig samhandling.

Applikasjonstjenesten **Nasjonale felleskomponenter** er byggeklosser som er tilgjengelige for offentlige virksomheter på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer og som de kan dra nytte av i sine digitale tjenester. Løsningene utvikles én gang og kan deretter brukes av mange.

Applikasjonstjenesten **KS-FIKS** er felles kommunal arkitektur som blant annet gjør det mulig å kommunisere på tvers av forvaltningsnivå. Plattformen utvikles i tett samarbeid med medlemmene og bygger opp under deres behov for gjennomføringskraft i digitaliseringen.

1.2.3 Arkitekturprinsipper for helhetlig samhandling

Følgende arkitekturprinsipper ligger til grunn for anskaffelse, etablering, forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av plattform for helhetlig samhandling. Disse bygger videre på Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper for samhandling.



Ta utgangspunkt i brukernes behov

Informasjonstjenestene er definert med utgangspunkt i brukerbehov. Aktuelle brukergrupper må være med i standardisering og tilpasning av tjenestene, både på semantisk og organisatorisk nivå.



Ta arkitekturbeslutninger på rett nivå

Det må lages et rammeverk for hvordan arkitekturvalg gjøres, som også omfatter eksisterende nasjonale e-helseløsninger.



Bidra til digitaliseringsvennlige regelverk

Det vil vurderes om det er behov for endringer i lovgivningen for å tilby de planlagte tjenestene. Arkitekturen vil tilpasses de endelige lovreguleringene.

Det vil vurderes behov for å innføre pålegg til virksomheter i helse- og omsorgstjenesten til å koble seg til plattform og ta i bruk ny samhandlingsfunksjonalitet innenfor gitte tidsfrister.



Del og gjenbruk data

Data som tilbys via informasjonstjenestene skal kunne deles og gjenbrukes for ulike formål, og i ulike prosesser. Det legges også opp til å kunne dele utvalgte data med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten.

For å understøtte utvikling av tilleggsfunksjonalitet og integrasjon med andre løsninger (innenfor rammen av regler for taushetsplikt) er det nødvendig å tilgjengeliggjøre data fra plattformen gjennom åpne APIer. Grensesnittene beskrives i henhold til Direktoratet for e-helses veileder for åpne API, for å sikre tilstrekkelig åpenhet. Det skal være fokus gjennom etableringen av plattform for helhetlig samhandling på hvilke data og funksjoner som skal tilbys gjennom åpne grensesnitt i den videre prosessen.



Del og gjenbruk løsninger

Løsningskomponenter og arkitekturbyggeklosser skal kunne deles og gjenbrukes. Dette innebærer at det vurderes ved videreutvikling av de nasjonale e-helseløsningene hvilke løsningskomponenter som skal være en del av plattformen.



Lag digitale løsninger som støtter samhandling

Det legges opp til å dele mer informasjon, gå mot mer synkrone tjenester og mer strukturert informasjon, slik at løsningene kan samhandle effektivt.



Sørg for tillit til oppgaveløsningen

Tjenestene som etableres skal ha innebygd personvern og informasjonssikkerhet. Identitets- og tilgangsstyring håndteres gjennom egne komponenter. Det stilles strenge krav til informasjonssikkerhet i samhandlingsløsningene.

1.2.4 Tilnærming for å realisere digitale innbyggertjenester

I dag forholder innbygger seg til ulike innbyggerportaler i ulike situasjoner. Noen kommuner har egne innbyggerportaler som skal dekke alle behov som innbygger i kommunen, noen fastleger tilbyr innbyggertjenester i egne løsninger tilknyttet deres valgte journalsystem, og noen innbyggertjenester innenfor helse er samlet på helsenorge.no. NAV og andre offentlige tjenester har i tillegg sine egne innbyggerportaler.

Det finnes ulike måter å levere og løse innbyggertjenester på innenfor helse- og omsorgstjenesten. En måte er å inkludere behov for innbyggertjenester i anskaffelsen av felles kommunal journalløsning. En annen måte er stille krav til at journalløsningen tilbyr

åpne grensesnitt der andre portaler som helsenorge.no (eller kommunenes egne portaler) kan benytte data og informasjonstjenester i journalløsningen for å tilby helhetlige digitale tjenester til innbygger.

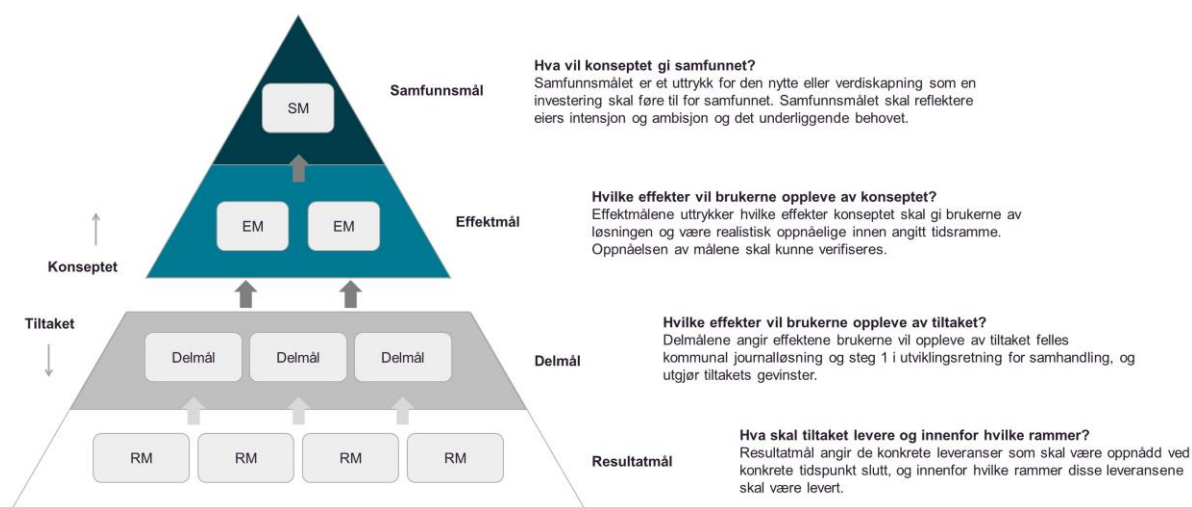
Det er anbefalt å legge til grunn følgende prinsipper for realisering av digitale innbyggertjenester.

Tabell 4 Overordnede prinsipper for realisering av innbyggertjenester

Område	Prinsipp
Helsetjenestens innbyggertjenester	<ul style="list-style-type: none"> Videreføre dagens strategi med Helsenorge.no som innbyggerens vei inn til sikre digitale helsetjenester. Sikre at tjenestene på Helsenorge.no henger godt sammen med kommunenes digitale innbyggertjenester, gjennom at det er enkelt for innbygger å komme videre fra kommunal min side gitt riktig sikkerhetsnivå.
Åpne grensesnitt i felles kommunal journalløsning	<ul style="list-style-type: none"> Tilgjengeliggjør data fra kjerneløsningen gjennom APIer, for å understøtte utvikling av tilleggsfunksjonalitet og integrasjon med andre løsninger (innenfor rammen av regler for taushetsplikt), herunder med helsenorge.no og kommunenes egne innbyggerportaler. Beskriv grensesnittene i henhold til beskrivelsen i Direktoratet for e-helses veileder for åpne API, for å sikre tilstrekkelig åpenhet. Ha fokus på hvilke data og funksjoner i kjernen som skal tilbys gjennom åpne grensesnitt i den videre prosessen.
Digitale innbyggertjenester i felles journalløsning	<ul style="list-style-type: none"> Inkluder behov for digitale innbyggertjenester i anskaffelsen av felles kommunal journal som tilleggsfunksjonalitet. I hvilken grad felles journalløsning tilbyr digitale innbyggertjenester vil ikke være avgjørende for valg av leverandør(er) på felles journalløsning.

1.3 Prosjektmål

Dette kapitlet beskriver konseptets og tiltakets målhierarki, illustrert i Figur 9. Samfunns mål og effektmål gjelder for konseptet beskrevet i kapittel 1.1.5.1. Delmål og resultatmål gjelder for tiltaket (felles kommunal journalløsning og steg 1).



Figur 9 Målhierarki

1.3.1 Samfunns mål

Samfunns målet angir Aksons ønskede virkning og uttrykker hvilken samfunnsutvikling konseptet skal bygge opp under. Samfunns målet for Akson er definert med utgangspunkt i det prosjektutløsende behovet og i tråd med overordnede strategier og mål for helse- og omsorgssektoren.

Samfunns mål

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

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

- **Bedre helse** innebærer at flere holder seg friske lenger, og syke ivaretas med tryggere og mer virkningsfull helsehjelp.
- Med **innbygger** menes alle roller en innbygger kan ha, eksempelvis enkeltindivid med ansvar for egen helse, pasient, bruker, pårørende, fullmektig eller verge.
- **Kunnskapsbasert** innebærer at helse- og omsorgstjenesten tar i bruk eksisterende og ny kunnskap, og omsetter forskning til innovasjon og bedre praksis, samt at oppdaterte data og analyser er tilgjengelig for styring. Beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester er basert på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak og i tråd med helsefaglige retningslinjer. Dette minsker uønsket klinisk variasjon, og gir tjenester av høy kvalitet.
- **Bærekraftig** innebærer at kapasitet og ressurser hos alle aktører i verdikjeden, også innbyggeren, benyttes effektivt for å møte fremtidige behov.
- **Helhetlige tjenester** innebærer at den kommunale helse- og omsorgstjenesten fordeler og gjennomfører oppgaver slik at innbyggere opplever en koordinert tjeneste. Dette inkluderer samhandling med spesialisthelsetjenesten og øvrige aktører i helse- og omsorgstjenesten, samt nødvendig samhandling med andre kommunale og statlige tjenesteområder. Det innebærer også at innbyggernes erfaringer og synspunkter er reflektert i tjenestene.
- **Sikre tjenester av høy kvalitet** innebærer at helse- og omsorgstjenesten utnytter og deler nødvendig informasjon mellom virksomheter og tjenestenivå slik at sannsynlighetene for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum. Sikre tjenester innebærer også at krav til informasjonssikkerhet og personvern ivaretas og at innbyggere enkelt har innsyn i egne helseopplysninger og annen informasjon.

1.3.2 Effektmål

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

Effektmål 1

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

Effektmål 2

Mer effektiv ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

Effektmål 1 innebærer blant annet at:

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

Effektmål 2 innebærer blant annet en reduksjon av:

- Tidsbruk knyttet til innhenting og deling av pasientopplysninger og annen nødvendig informasjon i helse- og omsorgstjenesten.
- Tidsbruk knyttet til dokumentasjon og administrasjon av helsehjelp i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Tidsbruk knyttet til samhandling med aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten.
- Tidsbruk knyttet til rapportering, uttrekk og bearbeiding av statistikk fra kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Etablert rammeverk oppfordrer til at effektmål bør være spesifikke, målbare, aksepterte, realistiske og tidsavgrensede (SMARTe). Det er vurdert som uhensiktsmessig å kvantifisere effektmålene i form av absolutte eller prosentvise endringer i ressursbruk eller kvalitet. Dette skyldes at det finnes lite statistikk knyttet til dagens tilstand i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at organisering av tjenestetilbudet og ansvarsområder er i stadig utvikling. Det er imidlertid forsøkt å etablere måltall for tiltakets delmål beskrevet under.

1.3.3 Delmål (gevinster)

Delmålene utdyper og kvantifiserer konseptets effektmål innenfor rammene av tiltaket beskrevet i dette dokumentet. Som illustrert i tiltakets målhierarki Figur 9, understøtter delmålene effektmålene, men vil ikke alene realisere effektmålene i sin helhet. Delmålene er primært knyttet til felles kommunal journalløsning. Steg 1 støtter opp under noen av delmålene. Etterhvert som flere tiltak innenfor utviklingsretningen planlegges, kan det være behov for å utarbeide ytterligere delmål.

Det er etablert fem delmål for tiltaket. Disse tilsvarer tiltakets gevinster og er beskrevet i detalj i kapittel 3.5.1 og 5.5.1. De fem delmålene er:

- Frigjort tid for personell som jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Færre uønskede hendelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Bedre styringsinformasjon og grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring i kommunal helse- og omsorgstjeneste, forskning og innovasjon.

- Bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern.

Måltall for tiltakets delmål er angitt i vedlegg C Delmål.

1.3.4 Resultatmål

Resultatmålene beskriver hva tiltaket skal ha produsert til hvilket tidspunkt og innenfor hvilken kostnadsramme. Resultatmålene er utarbeidet i samsvar med tiltakets delmål og skal oppnås i løpet av tiltakets levetid. Det er utarbeidet et sett med resultatmål for henholdsvis Programmet Akson journal og Programmet Akson samhandling.

1.3.4.1 Resultatmål for Programmet Akson journal

Resultatmålene er prioritert i henhold til kostnad, omfang og tid og er listet under. Begrunnelsen for å prioritere omfang foran tid når det gjelder den felles journalløsningen, handler om risikoen for pasientsikkerhet dersom en ufullstendig journalløsning skulle bli tatt i bruk, av hensyn til å holde en tidsplan.

Kostnad

- Programmet Akson journal ferdigstilles innen en forventet styringsramme (P50) på 4,8 milliarder kroner. Kostnadsrammen settes tilsvarende P85 for Programmet Akson journal og er estimert til 5,9 milliarder kroner.

Omfang

- Felles kommunal journalløsning har funksjonalitet som ivaretar pasientsikkerhet og understøtter helsepersonells arbeidsprosesser på en effektiv måte.
- Komponent for identitetsstyring er etablert som del av felles kommunal journalløsning.
- Brukere i felles kommunal journalløsning har tilgang til nasjonale e-helseløsninger.
- Felles kommunal journalløsning utveksler nødvendig informasjon med administrative systemer.
- Felles kommunal journalløsning er innført på en måte som har ivaretatt pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestetilbudet.
- Felles kommunal journalløsning har etablert verktøy og prosesser som håndterer kritikaliteten for innbygger, virksomhet og samfunn.
- Felles kommunal journalløsning har etablert plattformegenskaper for åpenhet og endringsevne.

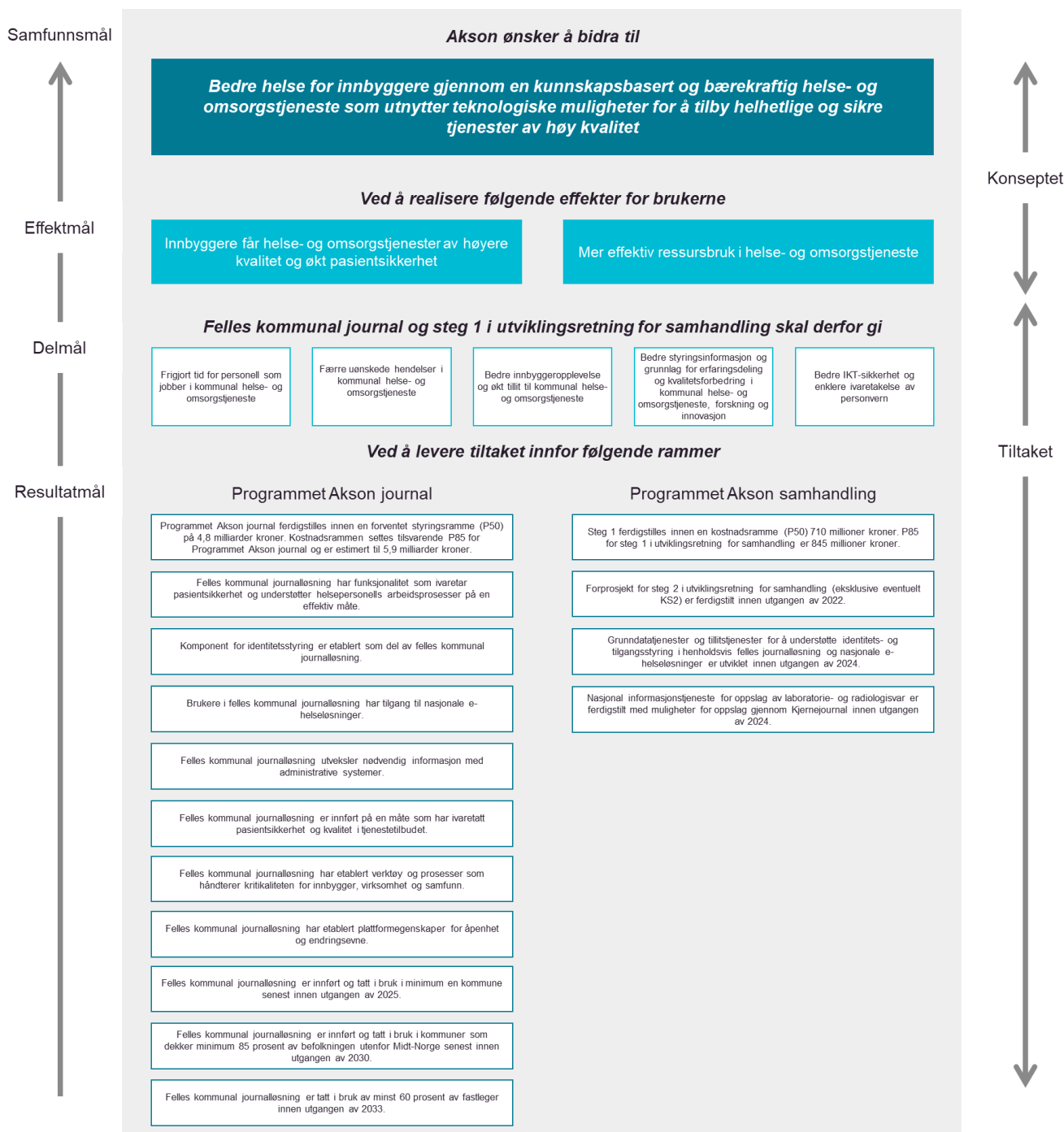
Tid

- Felles kommunal journalløsning er innført og tatt i bruk i minimum en kommune senest innen utgangen av 2025.
- Felles kommunal journalløsning er innført og tatt i bruk i kommuner som dekker minimum 85 prosent av befolkningen utenfor Midt-Norge senest innen utgangen av 2030.
- Felles kommunal journalløsning er tatt i bruk av minst 60 prosent av fastleger innen utgangen av 2033.

1.3.4.2 Resultatmål for Programmet Akson samhandling

Resultatmålene er prioritert i henhold til kostnad, tid og omfang og er listet under. Begrunnelsen for å prioritere tid foran omfang for steg 1 handler om tidskriticaliteten av å ferdigstille identitets- og tilgangskomponenter til felles kommunal journalløsning og andre pågående utviklingsprosjekter knyttet til nasjonal samhandlingsløsninger, og behovet for å ferdigstille forprosjektet innen rimelig tid for å komme videre i utviklingsretningen.

- Steg 1 ferdigstilles innen en kostnadsramme (P50) 710 millioner kroner. P85 for steg 1 i utviklingsretning for samhandling er 845 millioner kroner.
- Forprosjekt for steg 2 i utviklingsretning for samhandling (eksklusive eventuelt KS2) er ferdigstilt innen utgangen av 2022.
- Grunndatatjenester og tillitstjenester for å understøtte identitets- og tilgangsstyring i henholdsvis felles journalløsning og nasjonale e-helseløsninger er utviklet innen utgangen av 2024.
- Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar er ferdigstilt med muligheter for oppslag gjennom Kjernejournal innen utgangen av 2024.



Figur 10 Målhierarki i Akson og for felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretningen

1.4 Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer er avgjørende forhold som man må lykkes med og som må være på plass for å nå målene for tiltaket. Basert på erfaring fra tilsvarende prosjekter, interessentanalysen og prosjektets egenart er det utarbeidet suksessfaktorer som er kritiske for måloppnåelsen. Det er etablert 19 kritiske suksessfaktorer for tiltaket i sin helhet hvorav to av disse er særskilt knyttet til felles kommunal journalløsning. De kritiske suksessfaktorene er utdypet i Tabell 5.

Tabell 5 Kritiske suksessfaktorer for tiltaket

#	Suksessfaktor	Beskrivelse
1	Helhetlig styring	For å sikre helhetlig styring av det samlede tiltaket må det etableres samarbeids og koordineringsmekanismer mellom programmene.
2	God ledelse og styring av programmene	Tydelig ansvarsdeling og god styring, herunder entydige fullmakter og beslutningsveier, må etableres i programmene.
3	Koordinerte investeringsbeslutninger	De sentrale interessentene forplikter seg til gjennomføring av nødvendige investeringer og utvikling i egne løsninger tiltaket har avhengigheter til for å nå målene.
4	Forutsigbar finansiering	Det må foreligge forutsigbare modeller og avtaler om finansiering før kunngjøring av anskaffelse.
5	Endringshåndtering og fleksibilitet i gjennomføring	Det må eksistere muligheter for å stoppe programmene og/eller innarbeide nødvendige endringer underveis.
6	Sterkt eierskap	Det må være sterkt eierskap til tiltaket i kommuner, berørte virksomheter, Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett SF og regionale helseforetak, samt i Helse- og omsorgsdepartementet og politisk ledelse.
7	Målrettet kommunikasjon og endringsledelse	Det må kommuniseres målrettet mot interessenter for å forberede og skape motivasjon for endring.
8	Tillit og legitimitet hos interessenter	Programorganisasjonene og beslutningene som fattes der må oppleves å ha faglig legitimitet og tyngde.
9	Riktig kompetanse og tilstrekkelig ressurser i gjennomføringen	Program- og prosjektorganisasjonene må bemannes med riktig kompetanse og sikres tilstrekkelige ressurser. Kontinuitet for nøkkelressurser må sikres gjennom de ulike fasene i tiltaket.
10	Involvering av innbyggere	Deltakelse fra innbyggere (pasienter, pårørende og brukere) for å ivareta innbyggerperspektivet og sikre gode brukervennlige løsninger som setter pasienten i sentrum må ivaretas gjennom alle faser.
11	Bred deltakelse av helsepersonell	Det må være bred deltakelse av helsepersonell på alle nivåer i programorganisasjonen for å sikre at løsningene understøtter helsepersonell sine arbeidsprosesser og pasientsikkerhet.
12	Faglig legitim og beslutningsdyktig struktur for å fatte felles helsefaglige beslutninger	Det må etableres en helsefaglig beslutningsstruktur med tydelig mandat og nødvendig kompetanse innen helsefagene, helse- og omsorgstjenesten, helseinformatikk og helsefaglig terminologi. Medlemmene må ha tillit fra de ansatte i helse- og omsorgstjenesten, og evne å ta nødvendige beslutninger.
13	Tydelig arkitekturstyring	Tydelig arkitekturstyring skal sikre fleksibilitet, robusthet og åpenhet i løsningene.
14	Ivaretagelse av personvern og informasjonssikkerhet	Løsningene må skape trygghet for at helseopplysninger ikke kommer på avveie for å sikre tilliten til løsningene.

15	Attraktive anskaffelser	Kontraktstrategiene må sikre attraktivitet blant leverandører i markedet for å legge til rette for en samfunnsøkonomisk effektiv konkurranse.
16	Leverandørene leverer i henhold til kontrakt	Sikre at leverandørene leverer innenfor definerte resultatmål.
17	Realisering av gevinster	Virksomhetene som berøres av endringene tiltaket medfører må ha fokus på og ta eierskap til realisering av gevinster.
18	Høy deltakelse (gjelder felles kommunal journalløsning)	Høy deltakelse blant kommuner og fastleger er nødvendig for å nå målene for felles kommunal journalløsning.
19	Effektiv og representativ organisering av kommunene (gjelder felles kommunal journalløsning)	Kommunene må organiseres på en måte som ivaretar representativitet og legger til rette for involvering og effektiv kommunikasjon mellom kommunene som skal ta i bruk de fremtidige løsningene og programmene.

1.5 Rammebetingelser

Dette kapitlet beskriver de viktigste rammebetingelsene for tiltaket. Det er skilt mellom føringer for forprosjektfasen og rammebetingelser for henholdsvis felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretning for samhandling.

1.5.1 Føringer for forprosjektet for Akson

Tabell 6 angir sentrale føringer for forprosjektet som ble gitt i tillegg til tildelingsbrev nr. 3, april 2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg har det kommet ytterligere føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet i løpet av arbeidet med forprosjektet.

Tabell 6 Føringer for forprosjektet fra Helse- og omsorgsdepartementet

Område	Føring
Generelt	Akson endrer ikke den grunnleggende ansvarsfordelingen mellom stat og kommune.
	Ansvar for å ha journalløsninger ligger hos den enkelte helse- og omsorgsvirksomhet i kommunene.
	Kommunene må kjøpe journaltjenesten uten å gjennomføre konkurranse, basert på et sikkert unntak fra anskaffelsesregelverket.
	Sektoren skal involveres i arbeidet med forprosjektet.
	Erfaringer fra andre nasjonale og internasjonale digitaliseringsprosjekter (både fra helse og andre sektorer) skal benyttes der det er relevant.
	Det legges ikke til grunn lovpålegg om obligatorisk innføring av journalløsningen i innledende faser for kommuner eller fastleger. Det langsiktige målet er 100 prosent deltakelse (eksklusive Helse Midt-Norge sitt opptaksområde) fra aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, inklusive fastleger.

Gjennomføringsstrategi	Det skal vurderes strategier for dekomponering og stegvis gjennomføring for å redusere risiko, kompleksitet og kostnader.
Kontraktstrategi	Det skal legges til rette for samfunnsøkonomisk effektiv konkurranse og innovasjon i leverandørindustrien for e-helseløsninger. Det skal søkes løsninger som gir lavest mulig risiko og tilstrekkelig konkurranse.
Organisering og ansvarsdeling	Ansvaret for anskaffelse(e) av felles kommunal journalløsning skal ikke ligge i statsforvaltningen. Kommunene må ha majoritetsseierskap i selskapet som skal levere journalløsning til kommunene. Hvis kommunene ønsker å ha staten på eiersiden, kan staten eventuelt gå inn med en liten statlig eierandel. Statlig medeierskap skal ikke innebære at staten påtar seg økt økonomisk ansvar eller finansiell risiko. Nasjonale e-helseløsninger skal fortsatt ligge i Norsk Helsenett SF.
Arbeidsomfang	Forprosjektet må ivareta at det kan etableres tilpassede arbeidsflater for de ulike helseprofesjonene slik at de får verktøy som understøtter deres arbeidshverdag på en best mulig måte. Løsning(e) må tilrettelegge for effektiv drift, og god pasientbehandling i den enkelte virksomhet og i et forløpsperspektiv. Forprosjektet må tydeliggjøre mulighetene for at løsningen(e) tilrettelegger for fremtidig fleksibilitet, innovasjon og tjenesteutvikling, med utgangspunkt i teknologisk innovasjon og mulighetene som oppstår i markedet. Herunder vurdere nærmere muligheten for realisering av konseptet gjennom plattformtilnæringer basert på åpne standarder. Løsninger skal ha fleksibilitet for tilpasning til lokale kliniske behov og andre forhold. Dette må balanseres opp mot mål om å redusere uønsket klinisk variasjon. Løsning(er) for helhetlig samhandling og felles kommunal journal skal ivareta krav til bruk av åpne standarder og definert terminologi. Terminologi skal ivareta behovene til klinisk praksis i hele helsetjenesten. IKT-sikkerhet og personvern skal ha høy prioritet i arbeidet
Kostnadsoverslag og finansieringsmodeller	Kostnadsestimat P50 på 11,4 milliarder kroner skal legges til grunn som styringsmål i forprosjektet. Statens bidrag i finansieringen blir besluttet av Stortinget i etterkant av KS2. Det bevilges ikke budsjettmidler til felles kommunal journalløsning uten at det kan sannsynliggjøres at den kommunale deltakelsen blir stor nok til at prosjektene anslås å gi samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Eventuelle modeller for å avlaste risiko og periodiseringsutfordringer for helseforetak og kommunesektoren skal vurderes. Modellene skal bygge på eksisterende låneordninger for kommunene og de regionale helseforetakene, og ses i sammenheng med vurderingen av om det bør pålegges plikt til å bruke journal- og samhandlingsløsningene.
Gevinstrealisering	Det er virksomhetene som har ansvar for realiseringen av gevinster.
Intensjonserklæring og forpliktelsesavtale	Intensjonserklæringer skal være inngått med kommuner som representerer omkring halvparten av befolkningen utenfor Midt-Norge innen KS2-rapporten ferdigstilles, dvs. i løpet av juni 2020.

	Nødvendige forpliktelser fra kommunesektoren må være avklart før kunngjøring av anskaffelsene.
--	--

1.5.2 Rammebetingelser for felles kommunal journalløsning

1.5.2.1 Rammebetingelser gitt i lover og forskrifter

Listen under gjengir de viktigste lover og forskrifter som Programmet Akson journal må forholde seg til i gjennomføringen av tiltaket. Den er ikke uttømmende.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt forslag til ny e-helselov og endringer i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten på høring. Dersom loven vedtas kan denne loven kunne være sentral i gjennomføringen av tiltaket.

Helse- og omsorgsdepartementet skal gjennomføre et lovarbeid for å sikre rettsgrunnlag for felles journalløsning og samhandlingsløsningene. Det kan være behov for øvrige endringer eller tilpasninger i helselovgivningen.

Lover og forskrifter om offentlig støtte

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

Lover og forskrifter om offentlige anskaffelser

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

Selskapsrett

- Lov om aksjeselskaper (aksjeloven) av 13. juni 1997

IKT-sikkerhet og personvern

- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 6. juni 2018. Den gjennomfører EUs personvernforordning
- Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven) av 1. juni 2018
- Lov om gjennomføring av EUs forordning om elektronisk identifikasjon og tillitstjenester for elektroniske transaksjoner i det indre marked (lov om elektroniske tillitstjenester) av 15. juni 2018
- Europaparlamentets og Rådets direktiv (EU) 2016/1148 av 6. juli 2016 om tiltak som skal sikre et høyt felles sikkerhetsnivå i nettverks- og informasjonssystemer (NIS-direktivet)
- Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren³

³ Normen er ikke en egen lov eller forskrift, men en samling krav om personvern og informasjonssikkerhet som helsesektoren har utarbeidet og som er basert på regulering. Normen er "soft law", men fordi den gir uttrykk for gjeldende regulering er den omhandlet her

Helserett (lover med enkelte forskrifter)

- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) av 20. juni 2014
 - Forskrift om pasientjournal av 1. mars 2019
 - Forskrift om IKT standarder i helse- og omsorgstjenesten av 1. juli 2015
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli 1999
- Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24 juni 2011
 - Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 19. oktober 2018
 - Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) av 20. mars 2015
 - Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. av 23. mai 2019
 - Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege av 27. juni 2019
 - Forskrift om fastlegeordning i kommunene av 29. august 2012
 - Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16. desember 2011
 - Forskrift om egenandel for helse- og omsorgstjenester av 16. desember 2011
 - Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram av 2. oktober 2009
 - Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer av 26. august 2016
 - Forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste av 30. mars 1984 **Forvaltningsrett mv.**
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967
- Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova) av 19. mai 2006
- Lov om folkeregistrering (folkeregisterloven) av 9. desember 2016
- Lov om arkivlov (arkivloven) av 4. desember 1992

Kommuneloven

- Lov om kommuner og fylkeskommuner av 28. juni 2018

1.5.2.2 Rammebetingelser fra nasjonale helsemyndigheter

I tillegg til lovene og forskriftene beskrevet i 1.5.2.1 har de nasjonale helsemyndighetenes normerende produkter som for eksempel nasjonal faglig retningslinje, pakkeforløp og veiledere. Disse utgjør en viktig del av det helsefaglige grunnlaget som felles kommunal journalløsning skal anvende og som Programmet Akson journal dermed må forholde seg til.

1.5.2.3 Rammebetingelser fra "Akson journal AS"

Programmet Akson journal må til enhver tid forholde seg til selskapets styre, avtaler, mandater, vedtekter, rapporteringsrutiner og retningslinjer med mer som organisasjonen etablerer. Videre må programmet forholde seg til gjeldende regler for HMS, og legge til rette for en fornuftig arbeidsbelastning for de ansatte i programmet.

Programmet må også forholde seg til de tjenesteavtalene som "Akson journal AS" må etablere med virksomhetene som skal benytte felles kommunal journalløsning, samt med virksomheter og programmer hvor det er viktige avhengigheter og behov for koordinering. Eksempelvis kan det være mot Norsk Helsenett SF og Programmet Akson samhandling.

1.5.2.4 Rammebetingelser fra modell for organisering av kommunene

Felles kommunal journalløsning skal potensielt innføres i 291 kommuner og i mange ulike virksomheter. Skal kommunene lykkes med effektiv realisering av felles journalløsning er det avgjørende å sikre kommunal involvering, forankring og effektive beslutningsprosesser på programnivå og ut i hver enkelt kommune som skal innføre og realisere gevinster fra løsningen. Kommunene må derfor organiseres på en måte som sikrer effektive beslutnings- og forankringsprosesser, samt ivaretar kommunal involvering og representasjon i programstrukturen. Samtidig er tiltaket i utgangspunktet frivillig for kommunene, og den kommunale selvbestemmelsesretten må hensyntas. Programmet Akson journal må derfor forholde seg til modellen for representasjon og forankringsstruktur som kommunene blir enige om for gjennomføringen av tiltaket.

1.5.2.5 Rammebetingelser fra Direktoratet for e-helse

Programmet Akson journal må forholde seg til Direktoratet for e-helse som en nasjonal fagmyndighet og premissgiverrolle på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse opptre nasjonalt faglig normerende ved å utarbeide nasjonale retningslinjer på e-helseområdet, herunder standardisering, kodeverk og terminologi, arkitektur og informasjonssikkerhet.

Programmet Akson journal vil være et program i den nasjonale e-helseporteføljen og må følge de rapporteringsrutinene som til enhver tid gjelder. Programmet Akson journal må også forholde seg til den nasjonale samstyringsmodellen for e-helse. Programmet Akson journal må konsultere Direktoratet for e-helse og innhente deres synspunkter ved anmodninger om utløsning av usikkerhetsavsetning.

1.5.2.6 Felles føringer og retningslinjer for IKT i offentlig sektor

Felles kommunal journalløsning skal bidra til å realisere regjeringens ambisjon for digitalisering av offentlig sektor og økt tverrsektoriell samhandling.

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

1.5.3 Rammebetingelser for steg 1

1.5.3.1 Rammebetingelser fra lover og forskrifter

Listen under gjengir de viktigste lover og forskrifter som Programmet Akson samhandling må forholde seg til i gjennomføringen av tiltaket. Den er ikke uttømmende.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt forslag til ny e-hesellov og endringer i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten på høring. Dersom loven vedtas vil denne loven være sentral i gjennomføringen av tiltaket.

Helse- og omsorgsdepartementet skal gjennomføre et lovarbeid for å sikre rettsgrunnlag for felles journalløsning og samhandlingsløsningene. Det kan være behov for øvrige endringer eller tilpasninger i helselovgivningen.

Lover og forskrifter om offentlig støtte

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

Lover og forskrifter om offentlige anskaffelser

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

Selskapsrett

- Lov om statsforetak av 30. august 1991

IKT-sikkerhet og personvern

- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 6. juni 2018. Den gjennomfører EUs personvernforordning
- Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven) av 1. juni 2018
- Lov om gjennomføring av EUs forordning om elektronisk identifikasjon og tillitstjenester for elektroniske transaksjoner i det indre marked (lov om elektroniske tillitstjenester) av 15. juni 2018
- Europaparlamentets og Rådets direktiv (EU) 2016/1148 av 6. juli 2016 om tiltak som skal sikre et høyt felles sikkerhetsnivå i nettverks- og informasjonssystemer (NIS-direktivet)
- Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren⁴

Helserett (lover med enkelte forskrifter)

- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) av 20. juni 2014
 - Forskrift om pasientjournal av 1. mars 2019
 - Forskrift om IKT standarder i helse- og omsorgstjenesten av 1. juli 2015
 - Forskrift om nasjonal kjernejournal av 31 mai 2013
 - Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter av 21 desember 2007
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli 1999
- Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24 juni 2011

⁴ Normen er ikke en egen lov eller forskrift, men en samling krav om personvern og informasjonssikkerhet som helsesektoren har utarbeidet og som er basert på regulering. Normen er soft law, men fordi den gir uttrykk for gjeldende regulering er den omhandlet her.

- Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999

Forvaltningsrett mv.

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

1.5.3.2 Rammebetingelser fra nasjonale helsemyndigheter

Helsedirektoratet setter føringer for oppgavefordeling mellom omsorgsnivåene på et operativt nivå, blant annet med sitt arbeid med pakkeforløp og gode pasientforløp, som har betydning for arbeidet i utviklingsretningen på sikt. I steg 1 har føringene for organisering av arbeidet i kommunale helse- og omsorgstjenester betydning for utforming av grunndatatjenestene Virksomhet og Personell.

1.5.3.3 Rammebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet setter rammebetingelsene for hvordan Direktoratet for e-helse skal gjennomføre Programmet Akson samhandling.

Rapportering

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

Kontraktstrategi

Det skal anskaffelsesrettslig tilrettelegges for at alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren kan ta i bruk samhandlingsløsningene.

Finansiering

Statens bidrag i finansieringen blir besluttet av Stortinget i etterkant av KS2. Det tas derfor nødvendig forbehold om tildeling av midler og i hvilket tempo programmet skal gjennomføres.

1.5.3.4 Rammebetingelser fra Direktoratet for e-helse

Styring og organisering

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

Programmet Akson samhandling vil være ett av flere programmer og prosjekter i Direktoratet for e-helses portefølje og må forholde seg til gjeldene innrapporteringsrutinene.

Programmet Akson journal må også forholde seg til den nasjonale samstyringsmodellen for e-helse.

Samarbeidsavtale mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF

Programmet må forholde seg til de gjeldende mekanismer og avtaler for utleie av ressurser mellom Direktoratet for e-helse og Norske Helsenett SF og ansvars plassering mellom de to organisasjonene.

Helse, miljø og sikkerhet

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

Avtaler med eksisterende leverandører

Programmet Akson samhandling må forholde seg til de gjeldende avtalene inngått med leverandør i gjennomføringen av tiltaket.

1.5.3.5 Rammebetingelser fra Norsk Helsenett SF

Det vil være opp til Norske Helsenett SF å definere hvordan oppgavene som bestilles fra Direktoratet for e-helse skal utføres. I utarbeidelsen av disse må utførende forholde seg til Norske Helsenett SFs retningslinjer, prinsipper, organisering, regler for HMS og gjeldene avtaler med leverandører.

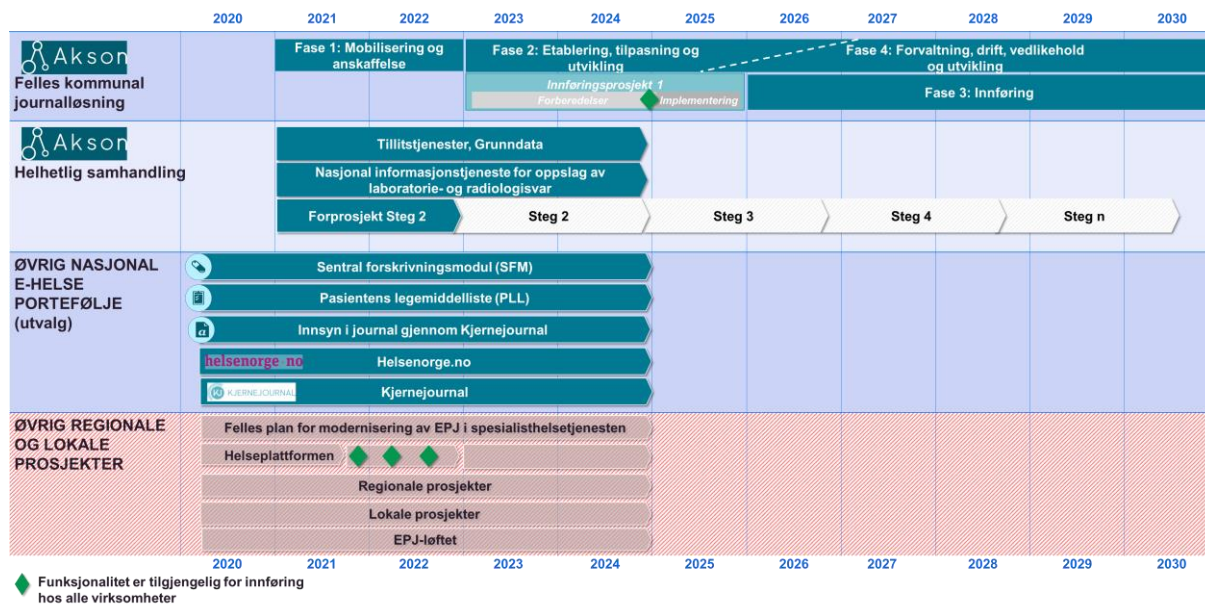
1.6 Grensesnitt og avhengigheter

Gjennomføringen av felles kommunal journalløsning og steg 1 må sees i sammenheng med allerede pågående nasjonale programmer og prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen.

1.6.1 Veikart for nasjonal e-helseportefølge

Ved oppstart av felles kommunal journalløsning og steg 1 vil det være flere programmer og prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen som har pågått over tid, og som har som mål å levere løsninger som kan bidra til å redusere samhandlingsutfordringene i helse- og omsorgssektoren. Felles kommunal journalløsning og steg 1 vil bygge videre på disse leveransene.

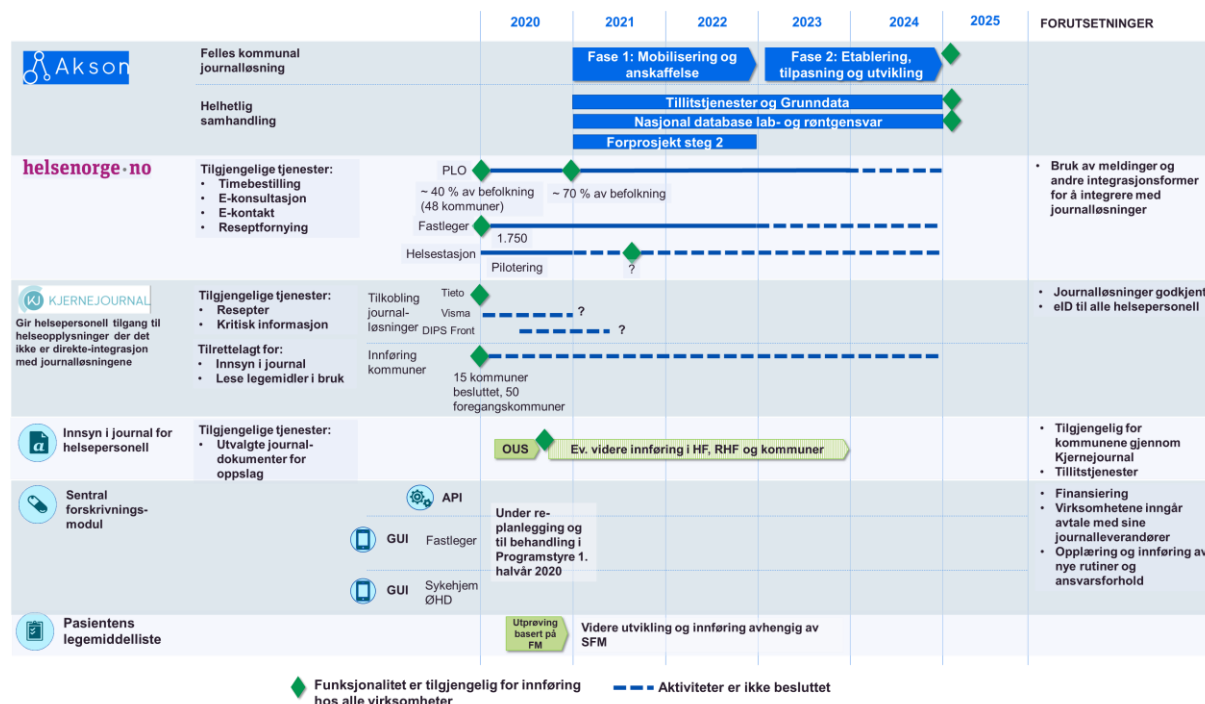
Figur 11 viser veikartet for et relevant utvalg av nasjonal e-helseportefølge på et overordnet nivå.



Figur 11 Veikart for nasjonal e-helseportefølje

Figuren viser konseptet Akson lagt ut i tid. De fremtidige stegene i utviklingsretningen for samhandling er vist illustrativt. Øvrig nasjonal e-helseportefølje viser et utvalg av pågående utviklingsprosjekter, videreutvikling og innføringsaktivitet i regi av eksisterende nasjonale løsninger. I tillegg pågår øvrig regionale og lokale prosjekter, blant annet modernisering av journalløsningene i spesialisthelsetjenesten og videreutvikling av fastlegenes journalløsninger gjennom EPJ-løftet.

Figur 12 gir en nærmere beskrivelse av forventet fremdrift og forutsetninger i utvalget av øvrig e-helseportefølje.



Figur 12 Nærmere beskrivelse av forventet fremdrift og forutsetninger i utvalget av øvrig e-helseportefølje

Den nasjonale porteføljeprosessen gir årlig anbefalinger om aktiviteter i den nasjonale e-helseporteføljen for neste år. Det er hver enkelt virksomhet som selv må beslutte og finansiere sine aktiviteter. Finansieringen av aktivitetene stammer dels fra satsinger og dels fra samfinansiering. Begge deler besluttes på årlig basis. Det betyr at fremdrift utover det som er beskrevet for 2020 vil avhenge av finansieringsprosesser for 2021 og kommende år, og derfor er usikker.

Helsenorge.no har i dag digitale innbyggertjenester for innsyn, dialog og administrasjon av egen helse. For behandlere innen primærhelse- og spesialisthelsetjenesten innebærer dette tjenester for innsyn i journaler, timeadministrasjon (som varsling og timebestilling), oversikt over eller kansellering av planlagte hjemmebesøk, e-konsultasjoner (tekst og video), meldinger og reseptfornyning. Disse tjenestene er i ulik grad i bruk av de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenestene. I løpet av 2020 er planene at omlag 70 prosent av befolkningen skal kunne bruke digitale innbyggertjenester på helsenorge.no i kommunikasjon med enten fastlegen eller andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Per februar 2020 bruker omlag 1750 fastleger (36 prosent) og 49 kommuner (40 prosent av befolkningen) digitale innbyggertjenester gjennom helsenorge.no. Tilbudet i kommunene dekker i dag pleie og omsorgstjenestene. Det vil utvides til Helsestasjoner og skolehelsetjenesten, med pilot i 2020 og utbredelse i 2021 og 2022. Parallelt med økt tilgjengelighet tilrettelegges helsenorge.no for økt bruk av eksterne digitale verktøy i behandling og oppfølging, eksempelvis bruk av videokonsultasjoner og digitale kartleggings- og mestringsverktøy innen psykisk helse.

Arbeidet med grunndata og tillitstjenester i Steg 1 vil forenkle bruk av eksterne verktøy for behandlere, og gi en mer robust grunndataplattform som er en forutsetning for økt bruk.

Kjernejournal inneholder i dag tjenester som viser opplysninger om pasienten, pasientens familie og eventuelt foreldreansvar for mindreårige barn, fastlege og vikarer for fastlege, innbyggers e-resepter (inntil 3 års historikk), legemidler i bruk, liste for e-multidosepasienter og alle utleveringer på resept (e-resept, papir- og telefon/fax-resepter), kritisk informasjon, oversikt over pasientens besøk i spesialisthelsetjenesten og pasientens egne registreringer (pårørende, andre helsekontakter, sykdommer, donorstatus, vansker med kommunikasjon). I tillegg er kjernejournal tilrettelagt for innsyn i journaldokumenter og lesing av pasientens legemiddelliste. Innføring av kjernejournal i kommunene forutsetter at journalløsningene gjennomgår test- og godkjenningsprosessen og at eID er tatt i bruk i hver enkelt kommune. Per februar 2020 er det TietoEVERYs journalsystem i pleie- og omsorgstjenesten som er godkjent for integrasjon med kjernejournal. Visma er i prosess for godkjenning og DIPS Front er i planlegging. Ved inngangen til 2020 har 15 kommuner besluttet å delta i en pilot for innføring av kjernejournal, og 50 kommuner har uttrykt interesse for å være tidlig ute i innføringen.

Innsyn i journal for helsepersonell gjør det mulig for helsepersonell å se oversikt over pasientens journaldokumenter via kjernejournal, fra virksomhetene i sektor som har knyttet seg til nasjonalt koblingspunkt for dokumentdeling. Begrenset utprøving av dette skjer i mars-mai 2020. Det er OUS HF som gjør sine journaldokumenter tilgjengelig (er kilde) i utprøvingen. Konsumenter i utprøvingen er Diakonhjemmet, Lovisenberg, KAD tilknyttet A-hus, A-hus, Oslo legevakt og noen fastleger. Norsk Helsenett SF vil jobbe for å støtte oppkobling av flere dokumentkilder i 2020.

I og med at tilgang til journaldokumentene gis gjennom kjernejournal, er innføring av kjernejournal i kommunal pleie- og omsorgstjeneste en forutsetning for at helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenesten skal få tilgang til journaldokumenter. De aller fleste fastleger og legevakter har allerede tilgang på kjernejournal, og vil dermed få innsyn i

journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten når funksjonaliteten tilgjengeliggjøres. En forutsetning for at funksjonaliteten skal kunne innføres nasjonalt er videreutvikling av nasjonale tillitstjenester for å håndtere nasjonal skalering. De nødvendige investeringene ligger som en del av de planlagte investeringene i steg 1 i utviklingsretning for samhandling.

Sentral forskrivningsmodul (SFM) er en ny legemiddelmodul under utvikling som skal dekke helsepersonell sine behov for håndtering av legemiddelopplysninger. SFM kan tas i bruk på to ulike måter.

- SFM GUI som benyttes av EPJ tilbydere som ønsker å integrere SFMs brukergrensesnitt i egen løsning
- SFM Basis API som benyttes av EPJ tilbydere som ivaretar egen forskrivningsfunksjonalitet og ønsker å benytte et API for å kommunisere med sentrale registre.

Prosjektet er under replanlegging og ny plan vil bli behandlet i programstyret for Legemiddelprogrammet i løpet av 1. halvår 2020. Avhengig av avtale forhold, kan virksomhetene som ønsker å ta SFM i bruk gjøre det enten igjennom eksisterende avtaler eller igjennom nye avtaler med sin EPJ-leverandør.

Helsepersonell som tar SFM i bruk vil ha behov for opplæring i verktøyet og nye arbeidsprosesser. Nasjonal innføring forutsetter også videreutvikling av nasjonale tillitstjenester til å håndtere nasjonal skalering. De nødvendige investeringene ligger som en del av de planlagte investeringene i steg 1 i utviklingsretning for samhandling.

Pasientens legemiddelliste går ut på at det skal finnes en felles oppdatert legemiddelliste som er tilgjengelig på tvers av virksomheter og som viser alle legemidlene en pasient bruker. Pasientens legemiddellisten er funksjonalitet bygget over e-resept, kjernejournal og multidosemeldingen som dermed er forutsetning for Pasientens legemiddelliste. SFM sørger for at disse komponentene blir ivaretatt, slik at alle forskrivere av legemidler er koblet til e-reseptkjeden, og at annet helsepersonell med tjenstlig behov kan se den oppdaterte legemiddellisten i kjernejournal. Pasientens legemiddelliste er planlagt innført ved at de fleste av dagens journalsystemer kobles til e-reseptkjeden ved hjelp av SFM og at kjernejournal innføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innføring av SFM og kjernejournal i kommunene er derfor en forutsetning for Pasientens legemiddellisten. I tillegg krever konseptet innføring av nye arbeidsprosesser. En utprøving av Pasientens legemiddelliste er planlagt i løpet av 2021-2022.

1.6.2 Veikartet i kontekst av Akson

Felles kommunal journalløsning er et langsiktig tiltak og målbildet for helhetlig samhandling vil realiseres stegvis over flere år. Allerede pågående tiltak som i mellomtiden kan levere løsninger som bedrer dagens situasjon er derfor viktig at blir prioritert for å opprettholde og øke pasientsikkerheten og effektiviteten i helse- og omsorgssektoren.

Innsyn i journal for helsepersonell gjennom kjernejournal: For at kommunal helse- og omsorgstjeneste skal få innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten gjennom, må kommunen innføre kjernejournal og dagens tillitstjenester må videreutvikles for å håndtere nasjonal skalering. Dette vil bety at sykehjem og hjemmetjenesten vil få tilgang til journalinnsyn via kjernejournal i takt med innføringen av kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten. Som beskrevet i kapittel 1.6.1 er det usikkert hvor raskt dette vil skje. Felles kommunal journalløsning vil ha nytte av innsyn i journal gjennom kjernejournal uavhengig av hvor langt man kommer med innføring av funksjonaliteten før felles kommunal

journalløsning kan innføres. Dette skyldes at pilotering og innføring i enkelte virksomheter gir nyttig læring å ta med seg i etablering av felles kommunal journalløsning. Videre vil det at funksjonaliteten er tilgjengelig i kjernejournal bety at alle kommuner som innfører felles kommunal journalløsning også vil få tilgang til innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten ettersom kommunal journalløsning vil være integrert med kjernejournal. I tillegg er det planlagt at felles kommunal journalløsning også skal tilgjengeliggjøre dokumenter for andre aktører gjennom kjernejournal.

Pasientens legemiddelliste: Det er en fordel, men ikke en forutsetning, at kommunene har tatt i bruk e-resept og kjernejournal og innført Pasientens legemiddelliste før innføring av felles kommunal journalløsning. Helsepersonell vil ha fått mer erfaring med å dele informasjon på tvers av virksomheter, og det vil ha blitt ryddet i legemiddellister rundt om i virksomhetene, noe som vil ta ned risikoen knyttet til innføring av en felles kommunal journalløsning. Når en virksomhet tar i bruk felles kommunal journalløsning vil alle tekniske forutsetninger være på plass for å samhandle om en felles oppdatert legemiddelliste som er tilgjengelig på tvers av virksomheter. Realisering av Pasientens legemiddelliste vil da være avhengig av at øvrige aktører i helse- og omsorgstjenesten også har innført nødvendige løsninger, og at helsepersonell har fått opplæring i nye arbeidsprosesser og ansvarsforhold.

Helsenorge: Det er en fordel for digitaliseringen av helsetjenesten at en stor andel av aktørene i sektoren og befolkningen har tatt i bruk digitale dialog-, innsyn- og selvbetjeningstjenester på Helsenorge.no. Helhetlige innbyggertjenester for innsyn, dialog og administrasjon av egen helse på tvers av behandlingsnivåer og helseforvaltningen krever integrasjoner med de ulike fagsystemene i sektoren. Derfor vil integrasjon med felles innbyggertjenester i Helsenorge inngå som del av etableringen av felles kommunal journal. Gjenbruk av løsninger for personvern og fullmakter vil redusere risiko og unngå kostnad ved etablering av alternative administrasjonsløsninger for etablering og vedlikehold av fullmakter.

1.6.3 Sentrale avhengigheter for felles kommunal journalløsning

Det er identifisert flere sentrale avhengigheter for den felles kommunale journalløsningen. Disse er beskrevet under. Med avhengigheter menes andre tiltak som må realiseres for at felles kommunal journalløsning skal kunne realisere sine gevinster.

SFM Basis API: Det vil være nødvendig å koble felles kommunal journalløsning til e-reseptkjeden. Det er foreløpig lagt til grunn at felles journalløsning vil benytte SFM API for tilkobling mot e-reseptkjeden. Utvikling og finansiering av SFM Basis API er forutsatt å ligge utenfor tiltaket. Utvikling av SFM Basis API representerer derfor en avhengighet for felles journalløsning.

Felles språk: For å lykkes med samhandling og deling av strukturert informasjon på tvers av virksomheter, må de ulike løsningene bruke felles kodeverk og terminologi. Det pågår en flerårig satsing i Direktoratet for e-helse for etablering av Felles språk med blant annet bruk av terminologiene SNOMED CT og ICNP. Dette gjøres blant annet for å understøtte Helseplattformen i Midt-Norge. Felles kommunal journalløsning legger nasjonal terminologi etablert gjennom tiltaket Felles språk til grunn.

Grunndata og tillitstjenester: Felles kommunal journalløsning vil være avhengig av moderniserte grunndatatjenester. Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregistret i helse- og omsorgssektoren (MF Helse) innfører modernisert folkeregister i helsesektoren og vil levere en modernisert grunndataplattform og modernisert grunndatatjenester for personopplysninger. Den moderniserte grunndataplattformen vil

gjenbrukes i arbeidet med moderniserte grunndatatjenester for virksomhet og personell som skal leveres i steg 1. Leveransene i steg 1 og MF Helse representerer derfor en avhengighet for felles journalløsning.

1.6.4 Sentrale avhengigheter for steg 1

Det er identifisert flere avhengigheter for steg 1. Disse er beskrevet under.

Grunndata og tillitstjenester: Arbeidet i steg 1 knyttet til grunndata og tillitstjenester vil bygge videre på eksisterende løsninger og utvikling som skjer, eksempelvis i forbindelse med modernisering av folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren (MF Helse) og HelseID. Steg 1 har derfor en avhengighet til eksisterende grunndata- og tillitstjenester.

Kjernejournal: Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar legger opp til at laboratorie- og radiologisvar tilgjengeliggjøres gjennom kjernejournal. Steg 1 har derfor en avhengighet til kjernejournal.

Lab- og radiologivirksomheter: Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar forutsetter at alle private og offentlige laboratorie- og radiologivirksomheter gjennomfører nødvendige oppdateringer i sine fagsystemer. Steg 1 har derfor en avhengighet til offentlige og private laboratorie- og radiologivirksomheter.

Modernisering av journal- og kurvesystemene i spesialisthelsetjenesten: Forprosjekt for steg 2 skal gi anbefalinger om neste steg i utviklingsretningen for samhandling. Vurderinger og anbefalinger i forprosjektet for steg 2 vil kunne avhenge av utviklingen av journal- og kurvefunksjonalitet i spesialisthelsetjenesten. I denne konteksten har steg 1 en avhengighet til moderniseringsarbeidet som foregår i spesialisthelsetjenesten.

1.6.5 Vurdering av nødvendige prioriteringer som følge av felles journalløsning og steg 1

Som del av oppdraget om forprosjekt, fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å vurdere nødvendige prioriteringer i e-helseporteføljen som resultat av tiltaket, eller der det er myndighetsoppgaver iverksatt som både vil være til nytte for nasjonal kommunal journalløsning og Helseplattformen.

Kapittel 1.6.3 og 1.6.4 beskriver pågående aktiviteter som henholdsvis felles journalløsning og steg 1 har avhengigheter til. Dersom disse aktivitetene stanses eller forsinkes vil det kunne føre til forsinkelser og/eller kostnadsøkninger for felles journalløsning og steg 1. Forprosjektet anbefaler derfor at disse aktivitetene får høy prioritet i den årlige porteføljeprosessen.

Kapittel 1.6.2 beskriver veikartet for nasjonal e-helseportefølje i kontekst av Akson. Her pekes det på noen aktiviteter som også er omtalt under sentrale avhengigheter, som eksempelvis sentral forskrivningsmodul. I tillegg pekes det på aktiviteter som gir økt funksjonalitet i samhandlingsløsningene og som vil bidra til nyttig læring og erfaring for gjennomføringen av felles journalløsning og helhetlig samhandling og som vil bidra til raskere gevinstrealisering. Disse tiltakene er også til dels avhengig av investeringer som ligger i steg 1 og kan på den måten være nyttige områder for å prøve ut og verifisere investeringene i infrastruktur for datadeling som skjer i steg 1. Forprosjektet anbefaler at disse aktivitetene videreføres, så lenge det ikke går på bekostning av gjennomføringen av felles kommunal journalløsning, steg 1 og aktivitetene som disse har sentrale avhengigheter til.

1.6.6 Grensesnitt for felles kommunal journalløsning

1.6.6.1 Organisatoriske grensesnitt

Tabell 7 viser Programmet Akson journal sine viktigste organisatoriske grensesnitt.

Tabell 7 Organisatoriske grensesnitt for felles kommunal journalløsning

Aktører Programmet Akson journal har grensesnitt mot	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Virksomheten "Akson journal AS"	Virksomheten eier og etablerer Programmet Akson journal. Virksomheten står som juridisk kontraktspart i kontrakter og avtaler som programmet fremforhandler.	Oppfølging skjer gjennom styringsmodellen, programeierskapet og fullmaktene som delegeres til programleder fra programeier.
Kommunene som forplikter seg til å ta i bruk journalløsningen	Kommunene som forplikter seg til å ta i bruk journalløsningen har grensesnitt med programmet på flere nivåer: <ul style="list-style-type: none"> • Mulighet til å inngå på eiersiden av virksomheten "Akson journal AS" • Bidrar med ressurser inn i programmet • Etablerer mottaksprosjekter som skal sette kommunene i stand til å ta i bruk journalløsningen • Inngår i kommunenes modell for representasjon og forankringsstruktur 	Oppfølging skjer gjennom eierskapet i virksomheten "Akson journal AS", avtaler, styringsmodellen og gjennom kommunenes modell for representasjon og forankringsstruktur.
Private helseaktører som har avtale med kommunen (selvstendig næringsdrivende fastleger, fysioterapeuter, private sykehjem etc.) som tar i bruk felles journalløsning	De sentrale innføringsaktivitetene vil ha grensesnitt mot kommunens avtaleparter ifm. innføring.	Grensesnittet følges opp gjennom avtaler mellom virksomheten "Akson journal AS" og den enkelte avtaleparten, eventuelt gjennom avtaler mellom kommunen og den enkelte avtaleparten.
Offentlig tannhelsetjeneste	Offentlig tannhelsetjeneste kan bli en del av kommunal helse- og omsorgstjeneste. I så fall må det avklares hvilken funksjonalitet journalløsningen skal ha for tannleger og hvorvidt tannleger som profesjon skal inkluderes i programmet og styringsmodellen.	Oppfølging av grensesnittet skjer gjennom dialog med KS, kommunene, fylkeskommunene og Tannlegeforeningen.

<p>De lokale mottaksprosjektene</p>	<p>Det foreslås av det etableres felles mottaksprosjekter basert på etablerte kommunesamarbeid. Mottaksprosjektene skal sikre innføringen av felles journalløsning i kommunene som inngår i samarbeidet.</p> <p>De sentrale innføringsaktivitetene vil ha grensesnitt mot de lokale mottaksprosjektene for å støtte og tilrettelegge for innføring.</p>	<p>Grensesnittene følges opp løpende gjennom styringsmodellen og modellen for organisering av kommunene.</p>
<p>Direktoratet for e-helse</p>	<p>Direktoratet for e-helse har ansvaret for porteføljestyling av programmer og prosjekter som felles journalløsning har avhengigheter til.</p> <p>Direktoratet for e-helse vil være eier av Programmet Akson samhandling som journalløsningen har avhengigheter til.</p> <p>Direktoratet for e-helse stiller krav til journalløsninger og utvikler standarder for samhandling.</p>	<p>Følges opp gjennom rapportering til nasjonal portefølje, og avtaler mellom Programmet Akson journal, Programmet Akson samhandling og andre pågående programmer og prosjekter som Direktoratet for e-helse eier.</p>
<p>Norsk Helsenett SF</p>	<p>Norsk Helsenett SF er eier av de nasjonale e-helseløsningene som felles kommunal journalløsning skal kobles til og benytte.</p>	<p>Følges opp gjennom avtaler mellom virksomheten "Akson journal AS" og Norsk Helsenett SF og samarbeid mellom Programmet Akson journal og forvaltningsmiljøene for de ulike nasjonale løsningene.</p>
<p>Nasjonale helsemyndigheter</p>	<p>Etablering av felles journalløsning vil kreve helsefaglig standardisering av blant annet prosedyrer, arbeidsprosesser og terminologi.</p> <p>Dette må sees opp mot faglige retningslinjer og anbefalinger som blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk er ansvarlig for.</p>	<p>Følges opp gjennom dialog og beslutningsstrukturen for felles helsefaglige beslutninger i programmet.</p>

1.6.6.2 Kommersielle grensesnitt

Tabell 8 viser de viktigste kommersielle grensesnittene for felles kommunal journalløsning.

Tabell 8 Kommersielle grensesnitt for felles kommunal journalløsning

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Mellom "Akson journal AS" og leverandør(er) av journalløsning	Det inngås en kontrakt mellom virksomheten "Akson journal AS" og leverandøren av journalløsning. Leverandøren kan være én leverandør, eller en gruppe av leverandører som leverer felles tilbud.	Grensesnittet reguleres av kontrakten, og følges opp av programkontoret i Programmet Akson journal og "Akson journal AS".
Mellom "Akson journal AS" og leverandører av andre funksjonelle områder	Det inngås kontrakt mellom virksomheten "Akson journal AS" og leverandører av andre funksjonelle områder, for eksempel identitets- og tilgangsstyring. Leverandøren kan være én leverandør, eller en gruppe av leverandører som leverer felles tilbud.	Grensesnittet reguleres av kontrakten, og følges opp av programkontoret i Programmet Akson journal og "Akson journal AS".
Mellom leverandører innad i en leverandørkonstellasjon	Leverandører som samarbeider i en leverandørkonstellasjon må regulere grensesnittet mellom seg med avtaler.	Det er hovedleverandøren som vil være ansvarlig kontraktspart overfor "Akson journal AS". Dersom hovedleverandøren lener seg på underleverandører for å fylle kvalifikasjonskrav om økonomisk og finansiell kapasitet og tekniske og faglige kvalifikasjoner, må det leveres inn støtteerklæringer sammen med tilbudet for å dokumentere at hovedleverandøren faktisk rår over ressursene.
Mellom leverandører som har ansvar for å levere på ulike områder i kontraktstrategien	Det kommersielle grensesnittet er mellom virksomheten "Akson journal AS" og leverandørene på de ulike områdene i kontraktstrategien.	Grensesnittet reguleres av kontrakten, og følges opp av programkontoret i Programmet Akson journal og av "Akson journal AS". Avhengigheter mellom leverandører må følges opp systematisk som en del av program- og prosjektstyringen.

Mellom "Akson journal AS" og Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF	Ved utlån av ressurser fra Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF kan det oppstå behov for kompensasjon.	Grensesnitt som følge av utlån av ressurser må følges opp med egne avtaler.
Mellom "Akson journal AS" og kommuner som tar i bruk felles journalløsning	Det inngås avtaler mellom virksomheten "Akson journal AS" og kommunene som tar i bruk felles journalløsning. Avtalen vil regulere hva slags produkt og tjeneste "Akson journal AS" forplikter seg til å levere til kommunen, hva kommunen på sin side må gjøre av forberedelser og hva kommunen eventuelt skal betale til "Akson journal AS".	Grensesnittet følges opp gjennom avtaler mellom virksomheten "Akson journal AS" og kommunene som tar i bruk løsningen, og gjennom styringsmodellen i programmet og organiseringen av kommunene.
Mellom «Akson journal AS» og selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter som tar i bruk felles journalløsning	Det inngås avtaler mellom virksomheten "Akson journal AS" og selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter som tar i bruk felles journalløsning. Avtalen vil regulere hva slags produkt og tjeneste "Akson journal AS" forplikter seg til å levere til virksomheten, hva mottakerne på sin side må gjøre av forberedelser og hva som eventuelt skal betales til "Akson journal AS".	Grensesnittet følges opp gjennom avtaler mellom virksomheten "Akson journal AS" og selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter som tar i bruk felles journalløsning.

1.6.6.3 Tekniske grensesnitt

Tabell 9 viser de viktigste tekniske grensesnittene for felles kommunal journalløsning.

Tabell 9 Tekniske grensesnitt for felles kommunal journalløsning

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Mellom felles journalløsning og løsning for identitet- og tilgangsstyring	Løsning for identitet- og tilgangsstyring og felles journalløsning må virke sammen for å sikre at helseinformasjon er tilgjengelig for helsepersonell som skal ha tilgang.	Grensesnittet følges opp innad i Programmet Akson journal.
Mellom løsningen for identitet- og tilgangsstyring og løsninger for grunndata og tillitstjenester i steg 1	Løsning for identitet- og tilgangsstyring vil være konsument av nye grunndatatjenester for personell og virksomhet som leveres i steg 1.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestylingen i sektor og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.

Mellom felles journalløsning og arbeidet med Felles språk	Felles journalløsning vil bruke felles kodeverk og terminologi, herunder SNOMED CT/ICNP. Arbeidet knyttet til oversettelse og mapping i det nasjonale prosjektet for Felles språk gjenbrukes i felles journalløsning.	Grensesnittet følges opp gjennom dialog og samarbeid med det nasjonale prosjektet for Felles språk. Ved behov kan det opprettes felles leveranseplaner og avtaler for oppfølging av avhengigheter.
Mellom felles journalløsning og kjernejournal	Felles journalløsning vil være tett integrert med kjernejournal. Så langt mulig vil all informasjon i kjernejournal gjøres tilgjengelig i arbeidsflaten i journalløsningen for helsepersonell ved bruk av API-er.	Grensesnittet følges opp gjennom dialog og avtaler med Norsk Helsenett SF.
Mellom felles journalløsning og e-resept og sentral forskrivningsmodul	Felles journalløsning må være koblet til e-reseptkjeden. Dette er tenkt gjort ved å koble journalløsningen til den sentrale forskrivningsmodulen som er under utvikling.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestyringen i sektor og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Mellom felles journalløsning og meldingsplattformen	Felles journalløsning må kobles mot meldingsplattformen og helsenettet for å ha sikker kommunikasjon med aktører som ikke jobber i felles journalløsning.	Grensesnittet følges opp gjennom dialog og avtaler med Norsk Helsenett SF.
Mellom felles journalløsning og helsenorge.no	Helsenorge.no skal fungere som felles inngangsport for innbyggertjenester i helsesektoren. Felles journalløsning må tilgjengeliggjøre innbyggertjenester på helsenorge.no.	Grensesnittet følges opp gjennom dialog og avtaler med Norsk Helsenett SF.
Mellom felles journalløsning og de administrative løsningene i kommunene	For å sikre effektive arbeidsprosesser i kommunen er det viktig at felles journalløsning er koblet mot andre administrative løsninger i kommunene. Disse løsningene kan varieres fra kommune til kommune og integrasjonene vil måtte implementeres og testes i forbindelse med at journalløsningen innføres i en kommune.	Grensesnittene følges opp gjennom innføringsprosjektene.
Mellom felles journalløsning og helsemyndighetenes publisering av normerende produkter	Felles journalløsning vil være avhengig av normerende produkter som helsefaglige retningslinjer, veiledere osv. Disse bør være tilgjengelig for helsepersonell som jobber i felles journalløsning, og det er derfor et grensesnitt mellom publiseringsløsninger for disse normerende produktene og felles journalløsning.	Grensesnittene følges opp gjennom dialog med de ulike helsemyndighetene, og integrasjon med deres åpne grensesnitt der dette finnes.

1.6.7 Grensesnitt for steg 1

1.6.7.1 Organisatoriske grensesnitt

Tabell 10 viser de viktigste organisatoriske grensesnittene for steg 1.

Tabell 10 Organisatoriske grensesnitt for steg 1

Aktør steg 1 har grensesnitt mot	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Direktoratet for e-helse	Direktoratet for e-helse er programeier for steg 1. Stiller krav til standarder for samhandling som myndighet.	Følges opp gjennom styringsmodellen og deltakelse fra fagmiljøene inn i programmet.
Norsk Helsenett SF	Ansvarlig for de nasjonale e-helseløsningene, og vil være ansvarlig for å levere deler av omfanget i steg 1.	Følges opp gjennom styringsmodellen for steg 1 og involvering i prosjektene i steg 1.
Programmet Akson journal	Steg 1 har leveranser som Programmet Akson journal er avhengig av.	Følges opp gjennom porteføljestyringen i sektor og gjennom avtaler og felles planer med prosjekter i Programmet Akson journal.
Pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje	Pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje er avhengig av leveranser i steg 1 knyttet til grunddata og tillitstjenester.	Følges opp gjennom porteføljestyringen i sektor og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Laboratorier og radiologi-virksomheter	Etablering av nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar krever at lab- og radiologivirksomheter gjør tilpasninger og oppdateringer på sin side. Dette krever beslutninger og gjennomføring.	Grensesnittet følges opp gjennom dialog og avtaler med virksomhetene som leverer laboratorie- og radiologitjenester
Kommunene	For å realisere det helhetlige målbildet for samhandling, må det så raskt som mulig etableres en forpliktende styringsmodell som inkluderer alle aktørene i sektoren.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen.
De fire regionale helseforetakene	For å realisere det helhetlige målbildet for samhandling, må det så raskt som mulig etableres en forpliktende styringsmodell som inkluderer alle aktørene i sektoren.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen.

Selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter til kommunene.	For å realisere det helhetlige målbildet for samhandling, må det så raskt som mulig etableres en forpliktende styringsmodell som inkluderer alle aktørene i sektoren.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen.
---	---	--

1.6.7.2 Kommersielle grensesnitt

Tabell 11 viser de viktigste kommersielle grensesnittene for steg 1.

Tabell 11 Kommersielle grensesnitt for steg 1

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Mellom Norsk Helsenett SF og Direktoratet for e-helse ved utlån av ressurser	Ved utlån av ressurser fra Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF kan det oppstå behov for kompensasjon.	Grensesnitt som følge av utlån av ressurser må følges opp med egne avtaler.
Mellom Norsk Helsenett SF og leverandører av utviklingstjenester inn i prosjektene	Det inngås en kontrakt mellom virksomheten Norsk Helsenett SF og leverandører av utviklingstjenester for utvikling på de ulike prosjektene.	Grensesnittet reguleres av kontrakten, og følges opp av Norsk Helsenett SF gjennom sine prosesser for leverandøroppfølging.
Mellom leverandører innad i en leverandørkonstellasjon.	Leverandører som samarbeider i en leverandørkonstellasjon må regulere grensesnittet mellom seg med avtaler.	Det er hovedleverandøren som vil være ansvarlig kontraktspart overfor oppdragsgiver. Dersom hovedleverandøren lener seg på underleverandører for å fylle kvalifikasjonskrav om økonomisk og finansiell kapasitet og tekniske og faglige kvalifikasjoner, må det leveres inn støtteerklæringer sammen med tilbudet for å dokumentere at hovedleverandøren faktisk rår over ressursene.
Mellom Direktoratet for e-helse og Leverandører av ressurser inn i programgjennomføringen og forprosjektet for steg 2 i utviklingsretningen, og standardiserings- og myndighetsoppgaver i prosjektene	Det inngås en kontrakt mellom Direktoratet for e-helse og leverandører av ressurser inn i programgjennomføringen, forprosjekt for steg 2 og standardiserings- og myndighetsoppgaver i prosjektene.	Grensesnittet reguleres av kontrakten og følges opp av programkontoret i Programmet Akson samhandling.

1.6.7.3 Tekniske grensesnitt

Tabell 12 viser de viktigste tekniske grensesnittene for steg 1.

Tabell 12 Tekniske grensesnitt for steg 1

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Mellom nye grunddatatjenester og tillitstjenester og identitets- og tilgangsstyringsløsninger for den felles kommunale journalløsningen	Løsning for identitet- og tilgangsstyring i felles journalløsning vil være konsument av nye grunddatatjenester for personell og virksomhet som leveres i steg 1.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestylingen i sektor og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Mellom nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar og kjernejournal	Foreslått løsning for laboratorie- og radiologisvar legger opp til at svarene skal vises i kjernejournal.	Grensesnittet følges opp gjennom at det etablerte utviklingsmiljøet for kjernejournal får ansvaret for å utvikle den nye funksjonaliteten i kjernejournal.
Mellom meldingsutvekslingen brukt til nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar og de lokale lab- og radiologisystemene som brukes av lab- og radiologivirksomhetene	De lokale laboratoriene og radiologivirksomhetene må implementere oppdateringer til meldingsstandarden.	Grensesnittet følges opp gjennom innføringen av nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar.
Mellom nye grunddatatjenester og tillitstjenester og andre nasjonale samhandlingsløsninger	Innføring av data- og dokumentdeling og bredding av nasjonale løsninger krever felles tillitsanker og grunddata.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestylingen i sektor og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.

2 Prosjektstrategi for felles kommunal journalløsning

Felles kommunal journalløsning har mange interessenter, vil involvere kontraktsinngåelse med flere leverandører, og vil pågå over lang tid i et stort geografisk område. Helsepersonell og virksomheter må gjennom en endring med hensyn til å ta i bruk nye digitale verktøy, tilpasse seg endrede arbeidsprosesser og jobbe sammen på nye måter, og innbyggere vil få tilgang til mer informasjon knyttet til egen helsehjelp.

Omfanget og kompleksiteten gir betydelig gjennomføringsrisiko. Felles kommunal journalløsning er i innledende faser også frivillig å ta i bruk for kommuner, fastleger og andre private aktører med avtale. Dette øker kompleksiteten og innebærer at strategiene for prosjektet må hensynta kommunenes beslutningsprosesser og tilslutning, og innrettes med tanke på å sikre høyest mulig deltakelse.

Samtidig vil en vellykket gjennomføring realisere en rekke gevinster og stor nytte for samfunnet. Strategiene som beskrives i dette kapitlet omhandler derfor hvordan tiltaket skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og målene for prosjektet, samtidig som usikkerhet håndteres og reduseres.

Kompleksiteten i tiltaket og behovet for fokus på endringsledelse og gevinstrealisering gjør at vi vurderer det hensiktsmessig å organisere gjennomføringen som et program. Beste praksis i form av rammeverkene MSP for programstyring og Prince2 for prosjektstyring legges til grunn.

2.1 Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien

Gjennomføring av felles kommunal journalløsning er omfattet av mange forhold som bidrar til usikkerhet. Disse forholdene beskrives nedenfor, og prosjektstrategien beskriver hvordan felles kommunal journalløsning skal gjennomføres for å håndtere og redusere usikkerheten.



Kritikalitet knyttet til å håndtere sensitive person- og helseopplysninger i én felles kommunal journalløsning

Det er krav om at felles kommunal journalløsning skal sikre at innbyggers personvern ivaretas. I tillegg vil samling av sensitive person- og helseopplysninger i en felles journalløsning endre kritikaliteten og stille andre krav til sikkerhetsløsningene enn det som er tilfelle i dagens situasjon. Styringssystem og løsninger for informasjonssikkerhet og personvern må gjøre løsningen robust og feiltolerant mot påførte utfordringer (phishing, hacking osv.) og ivareta informasjonssikkerhet ved behandling av helse- og personopplysninger.

I kapittel 2.2 beskrives strategien for å håndtere sikkerhet i løsningen.



Usikkerhet knyttet til å dekke det funksjonelle behovet for alle helsepersonellgrupper og tjenester som omfattes av tiltaket gjennom en felles kommunal journalløsning

Det er krav om at løsningen skal gi personell i kommunale helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for tildeling, administrasjon, ytelse og dokumentasjon av helsehjelp. Beskrivelsen av funksjonelt løsningsomfang beskriver det som helsepersonell mener skal være kjernefunksjonalitet i løsningen. I tillegg er det identifisert funksjonalitet som det er ønskelig at journalløsningen skal tilby.

Hovedtiltaket for å adressere denne usikkerheten er å etablere en arkitektur som er basert på en plattformtilnærming, der åpenhet og endringsevne står sentralt. Arkitekturen og arkitekturprinsippene (løsningsstrategien) står nærmere beskrevet i kapittel 2.4.3.4



Usikkerhet knyttet til å håndtere behovet for fleksibilitet og endringsevne

Det er krav om at løsningen skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren, samt kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, eksempelvis ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten og endret organisering i eller sammenslåing av kommuner.

Hovedtiltaket for å adressere denne usikkerheten er å etablere en arkitektur som er basert på en plattformtilnærming, der åpenhet og endringsevne står sentralt. Arkitekturen og arkitekturprinsippene (løsningsstrategien) står nærmere beskrevet i kapittel 2.4.3.4.



Usikkerhet knyttet til tilstrekkelig deltakelse av leverandører i anskaffelsene

Det er gitt føringer til forprosjektet om at det skal legges til rette for samfunnsøkonomisk effektiv konkurranse og innovasjon i leverandørindustrien for e-helseløsninger. Felles kommunal journalløsning omfatter i tillegg til selve journalløsningen, funksjonalitet for forvaltning av identiteter og rettigheter, kompetanse og kapasitet til å etablere grensesnitt og integrasjoner, applikasjonsdrift og -forvaltning, samt IT drift. I tillegg må det legges til rette for å anskaffe tilleggsapplikasjoner gjennom livsløpet til programmet på områder som ikke dekkes av journalløsningen.

Beskrivelsen av funksjonelt løsningsomfang beskriver det som helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mener skal være kjernefunksjonalitet i løsningen. Dette er omfattende og utfordrer dagens leverandørmarked. Det er derfor en usikkerhet knyttet til antall leverandører som vil delta i anskaffelsesprosessene.

Denne usikkerheten adresseres både gjennom arkitekturprinsippene, som er beskrevet i kapittel 2.4.3.4, og gjennom den anbefalte kontraktstrategien beskrevet i kapittel 2.6.



Usikkerhet knyttet til ivaretagelse av helheten i tiltaket

Det skal søkes løsninger som gir lavest mulig risiko og tilstrekkelig konkurranse.

Ansvar for å anskaffe, etablere, drifte, forvalte og videreutvikle felles kommunal journalløsning vil legges til en ny virksomhet, «Akson journal AS», og gjennomføringen vil organiseres i et program. Gjennomføringen av programmet vil være krevende for et selskap som selv er i etableringsfase.

Hovedtiltaket er å redusere antallet leverandører det inngås kontrakt med. Det foreslås å inngå kontrakt med én leverandør for hvert anskaffelsesområde (journalløsningen, funksjonalitet for forvaltning av identiteter og rettigheter, kompetanse og kapasitet til å etablere grensesnitt og integrasjoner, applikasjonsdrift og -forvaltning, samt IT drift).

Usikkerheten adresseres gjennom kontraktstrategien, beskrevet i kapittel 2.6.



Usikkerhet knyttet til realisering av gevinster

Det er en føring at det er virksomhetene som har ansvar for realisering av gevinster i sine virksomheter. Realisering av gevinster forutsetter derfor at kommunene har tilstrekkelig endringsevne og jobber målrettet med realisering av gevinster.

Gjennomføringsstrategien i kapittel 2.2. beskriver hvordan fokus på gevinster og nyttestyring må være en sentral del av gjennomføringen og innføringsarbeidet. Kapittel 2.3 beskriver sentrale prinsipper for arbeidet med endring og gevinstrealisering i programmet. Beskrivelsen av organisering og ansvarsdeling i kapittel 2.11 viser hvilket ansvar Programmet Akson journal har for å understøtte og tilrettelegge for gevinstrealisering, hvilket ansvar virksomhetene selv har, og hvordan kommunene skal involveres og gis innflytelse for å sikre at de lykkes med overgangen til felles kommunal journalløsning og realisering av gevinster.



Usikkerhet knyttet til mulige interessekonflikter

Felles kommunal journalløsning er et tiltak med mange interessenter og berørte parter. De ulike interessentene har behov som på et operativt nivå kan stå i motsetning til hverandre, noe som kan skape interessekonflikter i gjennomføringen av tiltaket. Dette er konflikter som kommer spesielt til syne i etablering- og tilpasningsfasen og i innføringsfasen. Kombinert med at tiltaket er frivillig, og målet om at flest mulig likevel skal velge å ta i bruk nye løsninger, kan interessekonfliktene skape utfordringer i styringen og gjennomføringen av tiltaket.

Kapittel 2.10 beskriver hvordan programmet skal jobbe for å håndtere og minimere usikkerheten rundt mulige interessekonflikter. I tillegg beskriver kapittel 2.11 hvordan programmet skal styres og hvordan ulike interessenter skal involveres og representeres i styringen. Kapittel 2.8 beskriver hvordan innbyggerperspektivet skal ivaretas og kapittel 2.9 beskriver beslutningsstrukturen der ulike helsefaglige problemstillinger vurderes og besluttes.



Usikkerhet knyttet til deltakelse i innledende faser

Det er en føring fra Helse- og omsorgsdepartementet at det ikke legges til grunn lovpålegg om obligatorisk innføring av journalløsningen i innledende faser. I tillegg er det en føring for forprosjektet at kommuner som omfatter omkring halvparten av befolkningen utenfor Midt-Norge i løpet av første halvår 2020 inngår intensjonserklæringer om deltakelse, og at nødvendige forpliktelser er avklart før kunngjøring av anskaffelsen(e).

Usikkerhet knyttet til deltakelse i innledende faser gir usikkerhet rundt finansiering, og krever tiltak i styringsmodellen for å sikre kommuner som går i front tilstrekkelig innflytelse og myndighet, samtidig som det jobbes aktivt med involvering og mobilisering av kommuner som ikke forplikter seg i innledende faser.

Finansieringsmodell for felles kommunal journalløsning beskrives i kapittel 3.4.3. En del spørsmål knyttet til finansieringsmodell og fordeling av kostnader mellom kommuner som går i front og kommuner som forplikter seg til å ta i bruk løsningen på et senere tidspunkt, må avklares som del av detaljene rundt selskapsetableringen av "Akson journal AS". Gjennomføringsstrategien i kapittel 2.2 peker på kontroll- og stoppunkter som mekanisme for å sikre at tiltaket ikke går videre uten tilstrekkelig forpliktelse for deltakelse og finansiering. Organisering og ansvar i kapittel 2.11 peker på hvordan kommuner som går i front og går inn på eiersiden i "Akson journal AS" sikres innflytelse samtidig som det også legges til rette for involvering av kommuner som tar i bruk journalløsningen på et senere tidspunkt eller som ikke har forpliktet seg.



Usikkerhet knyttet til samlet deltakelse

Den samfunnsøkonomiske analysen viser at netto nåverdi av felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretningen for samhandling samlet har en netto nåverdi på 2,9 milliarder kroner hvis kommuner som omfatter 85 prosent av innbyggerne utenfor Midt-Norge og 60 prosent av fastlegene tar i bruk løsningen. Hvis alle kommuner og fastleger utenfor Midt-Norge tar i bruk journalløsningen vil netto nåverdi være 6,9 milliarder kroner.

Den viktigste driveren til usikkerhet knyttet til nytte og gevinster er relatert til usikker deltakelse fra både kommuner og fastleger. Strategi for oppslutning og deltakelse i kapittel 2.7 adresserer hvordan Programmet Akson journal vil jobbe for økt oppslutning og deltakelse fra alle aktører. Her pekes det også på mulige tiltak for å øke deltakelsen, men som ligger utenfor mandatet til programmet og virksomheten "Akson journal AS" å iverksette.



Usikkerhet knyttet til å ivareta innbyggerperspektivet

Det er krav om at løsningen skal gi innbyggere mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse gjennom å få innsyn i egne opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten, kunne registrere ny informasjon, foreta samvalg og selvvalg, gi fullmakt, sperre for innsyn og få støtte til ivaretagelse av rettigheter. For å lykkes med målene er det viktig at innbyggere sikres reell medvirkning og innflytelse i programmet og sammen med helsepersonell bidra til å utforme løsningen.

Strategi for innbygger i kapittel 2.8 beskriver hvordan programmet skal jobbe med involvering av innbyggere for å ivareta innbyggerperspektivet i løsningen.



Usikkerhet knyttet til helsefaglige beslutninger

For å realisere målene med felles kommunal journalløsning må helsepersonell få et arbeidsverktøy som understøtter deres arbeidsprosesser. For å få til dette på tvers av ulike tjenesteområder i ulike kommuner, vil det være nødvendig med et visst omfang av standardisering av arbeidsprosesser, terminologi og dokumentasjonspraksis. Denne standardiseringen krever enighet og beslutninger på tvers av virksomheter.

Å komme til enighet om standardisering vil på flere områder kunne bli krevende, og representerer en usikkerhet. Strategi for helsefaglige beslutninger i kapittel 2.9 beskriver hvordan programmet skal jobbe med dette. Organisering og ansvarsdeling i kapittel 2.11 viser hvordan helsepersonell skal være involvert i sentrale roller i både prosjektene og programorganisasjonen.



Usikkerhet knyttet til avhengigheter til andre pågående programmer og prosjekter

Den felles kommunale journalløsningen har avhengigheter til andre pågående programmer og prosjekter. Dette gjelder særlig sentral forskrivningsmodul, felles språk og grunndata og tillitstjenester i steg 1 i utviklingsretningen for samhandling. Forsinkelser eller dårlig koordinering av disse tiltakene opp mot den felles kommunale journalløsningen vil kunne gi forsinkelser og økte kostnader for Programmet Akson journal, noe som understøtter behovet for en forpliktende styringsmodell omtalt i kapittel 1.1.5.4)

Avhengighetene må følges opp løpende gjennom avtaler og felles planer på prosjekt- og programnivå, bilateral dialog mellom programmene og gjennom styringsmodellen for e-helseløsninger og nasjonal porteføljestyling. Programmet Akson journal bør løpende vurdere konsekvensen og hvilke grep programmet kan iverksette dersom tilstøtende programmer og prosjekter ikke lykkes med å levere i henhold til sine planer. "Akson journal AS" og kommunerepresentanter vil også sitte i programstyret for Programmet Akson samhandling.

Dette er beskrevet i overordnet organisering og ansvarsdeling i kapittel 1.1.5.3, og i oppfølging av grensesnitt i kapittel 1.6. Ansvar for å etablere avtalene fra programmet sin side ligger hos programeier og er beskrevet i kapittel 2.11.5.1.

2.2 Gjennomføringsstrategi

Gjennomføringsstrategien er en beskrivelse av hvordan felles kommunal journalløsning anbefales gjennomført. Strategien vektlegger muligheter for å redusere risiko gjennom stegvis tilnærming og muligheter for stopp og endringer i tilnærming underveis. Samtidig er det av hensyn til de overordnede målsetningene ønskelig med en raskest mulig realisering. Disse hensynene må balanseres i gjennomføringen. Gjennomføringsstrategien er forankret i hensikt, mål, kritiske suksessfaktorer, rammebetingelser og usikkerhetsbildet.

2.2.1 Overordnet gjennomføringsplan

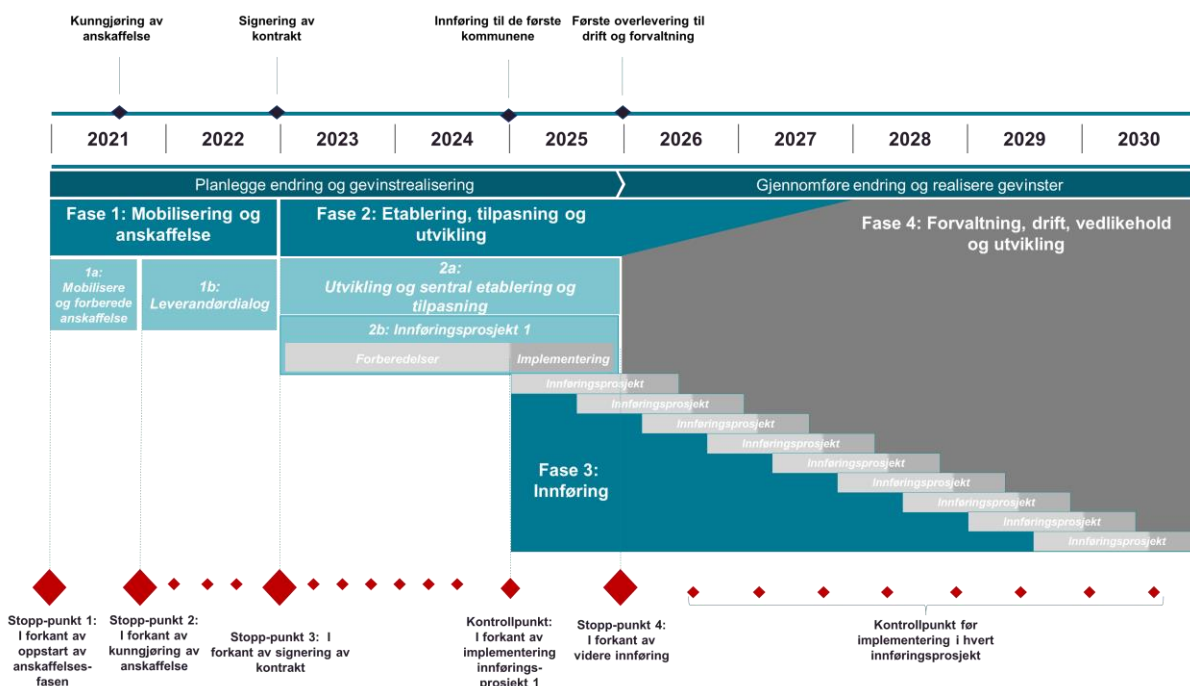
Gjennomføringen av felles kommunal journalløsning vil organiseres i et program, heretter omtalt som Programmet Akson journal. Programmet Akson journal har følgende hovedleveranser:

- Anskaffe felles kommunal journalløsning, løsning for identitetsstyring, tjenester og verktøy for utvikling av grensesnitt og integrasjoner, tilleggsfunksjonalitet, driftsplattform og kompetanse- og kapasitetsforsterkning (kundestøtte).
- Etablere og tilpasse felles kommunal journalløsning og løsninger for identitets- og tilgangsstyring, samt integrere disse løsningene med andre systemer (kommunale administrative løsninger og nasjonale e-helseløsninger).
- Innføre felles kommunal journalløsning og tilrettelegge for gevinstrealisering i kommunene.

Programmet gjennomføres overordnet i fire faser: (1) Mobilisering og anskaffelse, (2) Etablering, tilpasning og utvikling, (3) Innføring og (4) Forvaltning, drift, vedlikehold og videreutvikling (FDVU). Figur 13 illustrerer programmets gjennomføringsplan. Merk at figuren viser et forenklet bilde. På grunn av en lang tidshorisont må det imidlertid forventes at det vil kunne bli endringer i programmet over tid. Fasenes innhold og varighet vil kunne avhenge av valgt leverandør og det vil kunne være overlapp mellom dem. Gjennom leverandørdialogen i fase 1 kan tidslinjen for etterfølgende faser bli endret. Hensynet til attraktivitet i markedet og ønske om flere potensielle tilbydere medfører at kontraktstrategien vil gi rom for utvikling av funksjonalitet underveis i programperioden. Det betyr at det vil kunne pågå etablering, tilpasning og utvikling av funksjonalitet samtidig som felles journalløsning innføres.

Det er viktig at programmet evner å tilpasse planer til endrede forutsetninger og utnytte muligheter som oppstår. Høy kompleksitet og stort omfanget gjør det nødvendig å etablere gode kontroll- og kvalitetssikringsrutiner. Det legges derfor inn stoppunkter i forbindelse med oppstart av nye faser. Før en ny fase påbegynnes må planene kvalitetssikres og det må vurderes hvorvidt det har oppstått endringer i anslag for kostnader og forventet nytte, og om det er endringer i forutsetningene som kan påvirke måloppnåelsen for tiltaket. Til stoppunkt 3 vil det i tillegg gjennomføres en risikoanalyse for de ulike leverandøralternativene som vil inngå i dokumentasjonen til stoppunktet. Stoppunktene skal sikre at gjennomføringen understøtter målene og at forventet nytte forsvarer kostnadene.

I tillegg til stoppunktene legges det inn kontrollpunkter i forbindelse med kritiske delleveranser. Omfang, hyppighet og innholdet i kontrollpunktene vil detaljeres ved oppstart av de respektive underfasene.



Figur 13 Fasene i Programmet Akson journal med stopp- og kontrollpunkter

Nedenfor gjennomgås fasene med beskrivelser av inngangskriterier, sentrale oppgaver i fasen, og utgangskriterier. Ytterligere oppgaver, samt beskrivelsen av ansvar og roller i de ulike fasene, er beskrevet i kapittel 2.7.

2.2.1.1 Fase 1: Mobilisering og anskaffelse

I første fase av tiltaket mobiliseres Programmet Akson journal og anskaffelsene knyttet til journalløsningen gjennomføres. Fasen er delt i to delfaser; (1a) mobilisering og forberedelser av anskaffelse og (1b) leverandørdialog. Under er oppgaver og kriterier i de to delfasene beskrevet nærmere.

I tillegg til disse vil det startes opp en rekke forberedende endrings- og gevinstaktiviteter som går parallelt med delfasene. Blant annet vil det være avgjørende å starte kartlegging av dagens arbeidsprosesser og hva som finnes av helsefaglig grunnlag. Med helsefaglig grunnlag menes eksempelvis helsefaglig kunnskap, lover og regelverk, nasjonale faglige retningslinjer, fagprosedyrer og andre normerende produkter. Dette er viktig informasjonsgrunnlag for utvikling, tilpasning og standardisering av løsningen som kommer i neste fase av gjennomføringen. Arbeidet med forankring og eierskap i kommunene vil fortsette og er en løpende aktivitet i alle gjennomføringsfasene etter hvert som nye kommuner skal ta i bruk løsningen. I tillegg vil det startes et målrettet forankringsarbeid mot kommuner og selvstendig næringsdrivende som ønsker å være med i innføringsprosjekt 1 (fase 2b).

Delfase 1a: Mobilisering og forberedelse av anskaffelse

Inngangskriterier for delfasen (dvs. ved stoppunkt 1):

- Beslutning om igangsettelse av tiltaket
- Prosjekttressurser er tilgjengelige
- Styringsmodell er etablert

I delfase 1a etableres Programmet Akson journal i tråd med beskrivelsen av organisering og ansvar i kapittel 2.11 og bemannes med nødvendige ressurser og kompetanse. Det skjer ved at nødvendige ansettelser foretas, og at det gjøres en vurdering av behovet for nødvendige ressursbidrag fra kommunene, Direktoratet for e-helse og eventuelle andre aktører.

I delfasen vil selskapet «Akson Journal AS» formelt etableres. Forberedende arbeid, som utforming av aksjonæravtale, vedtekter m.m., igangsettes allerede i 2020, se kapittel 6 for nærmere omtale. Det er viktig at "Akson journal AS" er operativ i god tid før utlysning i markedet, og at virksomheten har det reelle ansvaret for anskaffelsen. Dersom etableringen av virksomheten skjer for tett på utlysning i markedet, har ikke det nye selskapet reell mulighet til å ta beslutninger om innretningen i anskaffelsen. En utlysning i markedet vil skje tidligst høsten 2021.

I forberedelsene til anskaffelse vil programmet utarbeide konkurransegrunnlag og mobilisere deltakelse til den påfølgende leverandørdialogen. Ved behov må kontraktstrategien oppdateres. Parallelt må det jobbes for å mobilisere kommuner til deltakelse og etablere tilstrekkelig forpliktelsesavtaler.

Utgangskriterier for delfasen

- Oppdatert kontraktstrategi (ved behov)
- Konkurransegrunnlag godkjent

Delfase 1b: Leverandørdialogen

Inngangskriterier for delfasen (dvs. ved stoppunkt 2):

- "Akson journal AS" er etablert
- "Akson journal AS" har inngått forpliktelsesavtaler med et tilstrekkelig antall kommuner

Som beskrevet i kontraktstrategien skal det gjennomføres flere anskaffelser. Det skal anskaffes felles kommunal journalløsning, løsning for identitetsstyring, tjenester og verktøy for utvikling av grensesnitt og integrasjoner, tilleggsfunksjonalitet, driftsplattform og kompetanse- og kapasitetsforsterkning (kundestøtte). Kjernefunksjonaliteten for alle de lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenestene vil inngå i anskaffelsen av felles kommunal journalløsning. I tillegg vil ønsket tilleggsfunksjonalitet avklares gjennom leverandørdialogen.

Anskaffelse av funksjonalitet for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste og funksjonalitet for forvaltning av identiteter og rettigheter vil gjøres i parallell for å sikre oppfyllelse av krav til grensesnitt mellom løsningene.

Gjennom leverandørdialogen vil programmet kunne konkludere på om tilbudt funksjonelt omfang er i henhold til beskrevne behov og hvordan det er foreslått å justere programmets gjennomføringsstrategi. Før en eventuell avtalesignering kan "Akson journal AS" ha behov for at kommunene bekrefter sine kjøpsforpliktelser.

Utgangskriterier:

- Leverandører er valgt og kontrakter er signert
- Løsningen presentert av leverandør dekker behov og er innenfor rammene gitt i kommunenes forpliktelsesavtaler

Kontraktstrategien gir rom for å gjennomføre tilleggsanskaffelser i parallell eller etterkant av journalanskaffelsen. I praksis vil det derfor kunne pågå små og store anskaffelser gjennom hele programmets levetid.

2.2.1.2 Fase 2: Etablerings-, tilpasnings- og utviklingsfasen

Fase to består av to delfaser som delvis overlapper hverandre. Hovedhensikt med fasen er å etablere, tilpasse, teste og utvikle løsningen, samt utvikle, teste og tilpasse innføringsmetodikk og aktiviteter. Behovet for kapasitet, ressurser og kompetanse i programmet endrer seg i denne fasen, og programorganiseringen må gjenspeile nye behov.

Delfase 2a – Sentral etablering, tilpasning og utvikling

Inngangskriterier for delfasen (dvs. ved stoppunkt 3):

- Prosjektpressur på kunde- og leverandørsiden er tilgjengelige for oppstart
- Lokaler med nødvendig infrastruktur, teknisk miljø for utvikling og test er klart til bruk
- Avklart hvilke kommuner og eventuelt selvstendig næringsdrivende som skal inngå i Innføringsprosjekt 1

I delfase 2a skal første versjon av felles journalløsning designes, etableres, tilpasses og testes. Denne fasen kan innebære utvikling av funksjonalitet, i tråd med kontraktstrategien. Utvikling av løsningen vil være en kontinuerlig aktivitet som videreføres i drift- og forvaltningsfasen, men i løpet av delfase 2a må det være etablert og testet en løsning med basisfunksjonalitet som det er forsvarlig å innføre. Den tekniske etableringen innebærer også integrasjoner mot nasjonale samhandlingsløsninger og etablering av løsning for identitetsstyring.

I tillegg til den tekniske etableringen, er det i denne fasen avgjørende å tilpasse felles journalløsning til den helsefaglige hverdagen som skal understøttes. Det må derfor gjøres en rekke beslutninger knyttet til helsefaglig praksis basert på kartlegging av arbeidsprosesser, helsefaglig grunnlag og de virksomhetsbehov som er avdekket. I denne fasen vil også arbeidet med konvertering og migrering startes gjennom å kartlegge og beskrive systemene som skal erstattes, definere omfang og strategi for konvertering og migrering, og etablere sentrale verktøy for konvertering og migrering.

I løpet av fasen vil det være flere kontrollpunkter. Omfang og hyppighet av kontrollpunkter vil avklares i forkant av etablering- og tilpasningsfasen og vil måtte utarbeides i samarbeid med valgt(e) leverandør(er).

Delfasen omfatter også arbeid knyttet til å forberede drift og forvaltning, gjennom å etablere kapasitet til å ivareta brukerstøtte, drift og videreutvikling når løsningen er tatt i bruk i de første kommunene. Så langt mulig legges det opp til en smidig gjennomføring, der funksjonalitet kan testes ut og piloteres tidlig, også før 2025.

Utgangskriterier:

- Den etablerte løsningen er testet og oppfylder kravene som er satt
- "Akson journal AS" er i stand til å ivareta behovene knyttet til forvaltning, brukerstøtte, drift, videreutvikling m.m.

Delfase 2b – Innføringsprosjekt 1

Inngangskriterier for delfase 2b (dvs. ved stoppunkt 3):

- Kommune(r) og ev. selvstendig næringsdrivende som skal inngå i Innføringsprosjekt 1 er valgt

Innføringsprosjekt 1 er delt i to deler; en forberedelsesfase og en implementeringsfase. Forberedelsesfasen starter samtidig med delfase 2a, dvs. etter stoppunkt 3. Da er det avklart hvilke kommuner og selvstendig næringsdrivende som skal være med i innføringsprosjektet og forberedelsene kan starte. I forberedelsesfasen vil programmet jobbe tett med de kommunene som skal delta med hovedoppgaver som forankring, kommunikasjon, sikre tilstrekkelig ressurser, etablere mottaksprosjekter, metodeutvikling, as-is kartlegginger, opplæringsmateriell osv. Forberedelsesfasen i innføringsprosjekt 1 skal sikre at det utvikles en tydelige krav om hva som må være på plass lokalt for å være klar til å implementere journalløsningen i øvrige kommuner og hos selvstendige næringsdrivende.

Når første versjon av felles journalløsning er etablert, tilpasset og testet, dvs. når fase 1b er ferdig, er neste steg å implementere løsningen i innføringsprosjekt 1. Det er satt opp et kontrollpunkt før implementering hvor hovedhensikten er å verifisere at teknisk løsning er godkjent og at kommunene på sin side er klare for implementering. Hensikten med implementeringen i innføringsprosjekt 1 er å teste ut den tekniske løsningen, samt prøve ut innføringsmetodikk og -aktiviteter. Alt fra integrasjons- og migreringsaktiviteter, kommunikasjonsmateriell, nullpunktsmålinger, gevinstplaner, og opplæringskonsept skal testes ut, læres av, tilpasses og forbedres.

Dersom felles kommunal journalløsning skal utvikles underveis og ny funksjonalitet legges til, vil det bli behov for innføring av ny funksjonalitet flere ganger i en kommune.

Ansvarsforholdet og innretning på løpende innføring av ny funksjonalitet må avklares som en del av organiseringen og ansvarsdelingen rundt drift- og forvaltning.

Utgangskriterier:

- Journalløsningen er tatt i bruk av kommune(r) og ev. selvstendig næringsdrivende som inngår i innføringsprosjekt 1
- Journalløsningen er klar for videre innføring
- Det foreligger tydelige krav om hva som må være på plass lokalt for å være klar til implementere journalløsningen, og læring og forbedringer fra innføringsprosjekt 1 er dokumentert og innarbeidet i videre innføringsplaner og metodikk
- Roller og ansvar i drift og forvaltning av løsningen er avklart mellom kommunene som brukere av løsningen og "Akson journal AS" som tjenesteleverandør

2.2.1.3 Fase 3: Innføring

Inngangskriterier (dvs. ved stoppunkt 4):

- Det er etablert en tilstrekkelig portefølje av innføringsprosjekter hvor kommuner og eventuelle selvstendig næringsdrivende har forpliktet seg til å innføre løsningen
- Kommuner og virksomheter som skal delta i innføringsprosjekt 2, er klare for implementering i hht. krav utarbeidet i delfase 2b

Innføringsfasen består av en rekke innføringsprosjekter. Hvert innføringsprosjekt består av en forberedelsesfase og en implementeringsfase. Det er anslått at hvert innføringsprosjekt med forberedelse og implementering vil strekke seg over om lag 1,5 år.

I hvert prosjekt forberedes et teknisk løp for å bytte journalsystem og et organisatorisk utviklingsløp for å forberede endringer i arbeidsprosesser og kompetanse. Hensikten med forberedelsene er å sikre at individer og virksomheter gjennom god og effektiv prosjekt- og endringsledelse, ledes fra en nåsituasjon, gjennom en transisjonsfase og over i en ny ønsket fremtidstilstand som realiserer de gevinstene som er identifisert. Programmet vil, i samarbeid med lokale prosjekter, legge til rette for at gevinstene kan realiseres i kommuner og virksomheter. Det er i forberedelsesfasen at grunnlaget for vellykket endring og gevinstrealisering legges. I denne perioden skal kommunene blant annet gjennomføre nødvendige forankringsprosesser, få på plass dedikerte ressurser, lage gevinstrealiseringsplaner, gjennomføre nullpunktmålinger, oppgradere infrastruktur og starte arbeidet med endringer i arbeidsprosesser.

Før løsningen kan implementeres skal innføringsprosjektene gjennom et kontrollpunkt. Her skal det verifiseres at kommune(r) og eventuelle selvstendig næringsdrivende er klare for implementering i hht. krav utarbeidet i delfase 2b. I implementeringsfasen vil konvertering og migrering av eksisterende pasientinformasjon, integrasjon mot administrative systemer, opplæring og gevinstrealisering være hovedfokus. Programmet har også et særlig ansvar i å sikre erfaringsoverføring og kontinuerlig læring mellom de ulike innføringsprosjektene. Gevinstrealiseringen er en prosess som evalueres og forbedres kontinuerlig og fortsetter over i drift- og forvaltningsfasen.

For hvert innføringsprosjekt vil det være utgangskriterier tilsvarende som for innføringsprosjekt 1.

2.2.1.4 Fase 4: Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU)

Etter hvert som felles kommunal journalløsning innføres og tas i bruk vil det være behov for at "Akson journal AS" forvalter, drifter og videreutvikler løsningen for de kommunene og aktørene som har tatt den i bruk. "Akson journal AS" må derfor i parallell med etablering- og tilpasningsfasen bygge opp kapasitet for å kunne ivareta FDVU-oppgavene, og sikre at ønsker og behov for utvikling og videreutvikling prioriteres og finansieres.

Kriterier for overlevering til drift- og forvaltning sentralt:

- Restanser er tilfredsstillende lukket eventuelt akseptert overført til linjen
- Drift og forvaltning er overlevert til linjen lokalt
- Teknisk dokumentasjon er komplett og lokale avhengigheter dokumentert
- Læring og forbedringer er dokumentert

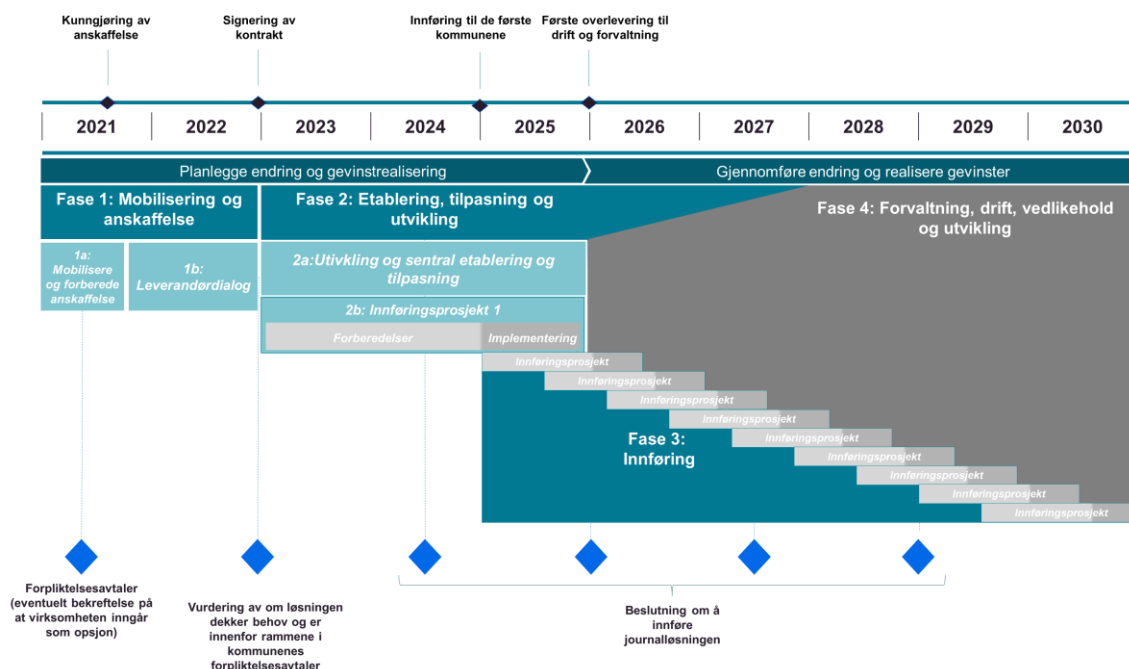
2.2.1.5 Beslutningspunkter for den enkelte kommune

Det er frivillig for kommuner og selvstendig næringsdrivende å ta i bruk felles kommunal journalløsning. Kommunenes selvråderett må ivaretas og enkelte beslutninger må derfor fattes i den enkelte kommune eller hos den enkelte selvstendig næringsdrivende. Sentrale beslutninger som kommuner og selvstendig næringsdrivende må ta omfatter:

- Forpliktelsesavtaler (eventuelt bekreftelse på at virksomheten inngår som opsjon)
- Vurdering om fremforhandlet kontrakt oppfyller forutsetninger i forpliktelsesavtalene om pris, kvalitet m.m.

- Beslutning om kjøp og lokal innføring av felles journalløsning (teknisk og organisatorisk, før oppstart innføring)

Tidspunktet for de nødvendige beslutningene fra kommuner og selvstendig næringsdrivende er illustrert i Figur 14.



Figur 14 Beslutningspunkter for kommunene

2.2.2 Prinsipper for innføringsarbeidet

På grunn av usikkerhet knyttet til utfallet av anskaffelsen, deltakelse fra kommuner og fastleger, samt etablering av modell for organisering av kommunene, bør en detaljert innføringsstrategi utarbeides etter inngått leverandørkontakt. Her beskrives derfor prinsipper som bør ligge til grunn ved utarbeidelse av innføringsstrategien på et senere tidspunkt. I tillegg er det utarbeidet prinsipper for opplæring av helsepersonell, som bør være gjeldende uavhengig av valgt leverandør, disse er detaljert i kapittel 2.2.2.2.

2.2.2.1 Overordnede prinsipper for innføringsarbeidet

Det er sentralt at innføringen bidrar til å redusere gjennomføringsrisiko, samtidig som identifiserte gevinster realiseres. Derfor bør følgende prinsipper legges til grunn i utarbeidelse av innføringsstrategien.

Stegvis innføring

Et viktig prinsipp for å bidra til å redusere gjennomføringsrisiko er en stegvis innføring. En stegvis innføring baserer seg på en dekomponering basert på følgende mulighetsdimensjoner: a) Tjenesteområde, b) Funksjonalitet og c) Geografi.

a) Tjenesteområde

Felles kommunal journalløsning skal innføres til alle tjenesteområder i kommunen som er knyttet til helse- og omsorgstjenesten. Det bør likevel legges til rette for en fleksibilitet i innføringsrekkefølgen som baserer seg på den enkelte kommunes behov, forutsetninger og

nyttevurderinger. Innenfor et gitt tidsrom må det kunne gis fleksibilitet til å velge ut de tjenesteområdene kommunene ønsker å prioritere først, men at det samtidig settes krav om at kommunene må ha innført ny felles journalløsning i alle sine tjenesteområder innen en gitt tidshorisont.

b) Funksjonalitet

Funksjonalitet er i forprosjektet overordnet delt inn i kjernefunksjonalitet, støttefunksjonalitet og kunnskap- og beslutningsstøtte. Referanseprosjekter har gitt tydelige anbefalinger om å begrense omfanget av funksjonalitet som tilbys i første versjoner av løsningen. Økt kompleksitet i løsningen øker endringsbehovet og dermed også gjennomføringsrisiko med tanke på endringsevne. Kjernefunksjonalitet og dagens kunnskaps- og beslutningsstøtte bør derfor være et minimumskrav når ny felles journalløsning skal innføres.

c) Geografi

For å effektivisere innføringsløpet, samt oppnå nettverksgevinster raskere, bør innføring gjennomføres samlet i et geografisk område. Fra referansebesøk er anbefalingen at særlig innføringsprosjekt 1, både bør ha stor bredde i tjenesteområder og helsepersonellgrupper, og være av en viss størrelse med hensyn til antall sluttbrukere. Dette er begrunnet med at løsningen bør testes og prøves ut der kompleksiteten er relativt høy, innenfor en akseptabel gjennomføringsrisiko.

Tilstrebe lavest mulig påvirkning av tjenesten

Innføring må skje parallelt med daglig drift i helse- og omsorgstjenesten. Pasienter kan ikke settes på vent til innføringen er gjennomført. For å opprettholde tilfredsstillende behandlingskvalitet kan det for eksempel planlegges for helgebemanning der det er mulig, i perioder der opplæring gjøres. Det er også en selvfølge at pasientsikkerhet opprettholdes.

Innføring av tilgjengelig samhandlingsfunksjonalitet gjennom felles kommunal journalløsning

Samhandlingsfunksjonalitet gjøres tilgjengelig for sluttbrukere i kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennom innføringen av felles journalløsning. Dersom det kommer ny samhandlingsfunksjonalitet etter at enkelte kommuner har innført og tatt i bruk felles journalløsning, vil innføring av ny samhandlingsfunksjonalitet skje via "Akson journal AS".

2.2.2.2 Prinsipper for opplæring av helsepersonell

Muligheten for å realisere gevinster påvirkes direkte av hvordan felles journalløsning tas i bruk, herunder hvor fort, av hvor mange virksomheter, omfang og hvor godt journalløsningen tas i bruk. Valg av leverandør(er) vil ha betydning for hvordan opplæringen skal gjennomføres i detalj. Nedenfor presenteres prinsipper som bør legges til grunn for opplæringen av helsepersonell.

Benytte et superbrukerapparat

Erfaringer har vist at bruk av instruktører, ekspertsuperbrukere, superbrukere m.m. på ulike nivå, helt ut til respektive virksomhet i den enkelte kommune, kan lette innføringen. Slik sikres det at det alltid er noen som kan løsningen fullt ut og kan forsøke å løse problemer før brukerstøtte kontaktes. Basert på referanseprosjekter er det anslått et behov på én superbruker per 10 helsepersonell etter at ny felles journalløsning er tatt i bruk. Det er lagt til grunn at superbrukerne benyttes 100 prosent til opplæring de første ukene etter implementering. Deretter vil superbrukerne være en viktig ressurs i hver enkelt virksomhet for løpende opplæring og brukerstøtte til eksisterende og nye ansatte. Det må være rutiner

på plass i virksomhetene som sikrer at antallet superbrukere til enhver tid er stabilt, eksempelvis ved langtidsfravær og når noen slutter etc.

Tilstrebe lavest mulig påvirkning av tjenesten

Det å ta helsepersonell ut av operativt virke kan være både dyrt og krevende. Dette fordi det må organiseres hvem som skal ut av tjenesten når, og at det må settes inn erstatningsressurser for disse. Det skal derfor tilstrebes at opplæringen kan skje så nært opp til arbeidshverdagen som mulig og at opplæringen tilpasses slik at virksomhetens ordinære drift påvirkes minst mulig.

Tilpasset og variert virkemiddelbruk i opplæringen

For å legge til rette for prinsippet over, samt oppnå størst mulig læringsutbytte, er det helt vesentlig at det tas i bruk et variert pedagogisk virkemiddelapparat. Ulike plattformer og typer opplæringsverktøy bidrar til at opplæringen kan tilpasses den enkeltes arbeidssituasjon og læringsmotivasjon. Det er tatt høyde for bruk av e-læring og andre virkemidler i kostnadsestimater.

Deler av opplæringen må være obligatorisk

Flere referansebesøk peker på at deler av opplæringen har vært obligatorisk. Det vil si at helsepersonell som ikke har gjennomført opplæringen ikke kan ta i bruk systemet før opplæringen er gjennomført. Hensikten er å sikre at helsepersonell har god nok opplæring i systemet og at alle har tillit til informasjonen som ligger i journalløsningen. Grad av obligatorisk opplæring kan variere med rolle og ansvar i løsningen.

2.3 Strategi for endring og gevinstrealisering

Felles kommunal journalløsning skal forbedre pasientsikkerheten, øke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene og sikre mer effektiv ressursbruk. For å realisere de identifiserte gevinstene beskrevet i kapittel 3.5.1 vil det kreves omfattende endringer.

Det er identifisert fem sentrale prinsipper for arbeidet med endring og gevinstrealisering i programmet. Prinsippene har til hensikt å redusere risiko og øke sannsynligheten for måloppnåelse:

1. Bred involvering og forankring med kommuner, helsefaglige ressurser og innbyggere

Sterkt eierskap og tillit hos sentrale interessenter anses som kritisk for deltakelse og vellykket innføring. Det er derfor viktig at strategi for endring og gevinstrealisering legger til rette for høy grad av involvering og forankring fra sentrale interessenter. Dette gjøres best gjennom tett involvering, formell deltakelse og medbestemmelse fra de som skal bruke og eie felles journalløsning, .

2. Systematisk endringsledelse skal være en integrert del av alle faser i programmet

For å sikre et helhetlig endringsperspektiv fra start til slutt og gjøre det mulig å følge opp utvikling knyttet til endring og risiko over lang tid, er det avgjørende at systematisk endringsledelse starter i mobiliseringsfasen og følger programmet gjennom alle faser. Hver programfase vil ha ulike utfordringer knyttet til endring og gevinstrealisering og dette må gjenspeiles i strategi og virkemidler som benyttes.

Det må etableres interessent- og endringsanalyser som beskriver konsekvensene av endringene tiltaket medfører for ulike målgrupper. Systematisk måling og evaluering av endringstiltak og endringsevne gjennom programperioden er viktig. Dette muliggjør god

endringsledelse basert på kunnskap om hvilke tiltak som fungerer, og om virksomhetene som skal gjennomføre endringer er tilstrekkelig modne.

Systematisk analyse og måling av endring kan bidra til å redusere risiko for manglende gjennomføringsevne og gevinstrealisering. I dette arbeidet kan følgeforskning, beskrevet i kapittel 3.5.3.2, være et verktøy.

3. Ansvar for endring og realisering av gevinster ligger lokalt i kommunene

I tråd med føringer til forprosjektet og etablert metodikk er det de lokale virksomhetenes ansvar å identifisere, realisere, måle og hente ut gevinster knyttet til felles kommunal journalløsning.

Kommunene må selv ta eierskap til endringene som skal gjennomføres og må sørge for å identifisere gevinster, utarbeide gevinstrealiseringsplaner med tilhørende nullpunktmålinger, følge opp at gevinstene realiseres, og dokumentere gevinstene i henhold til planer.

4. Programmet Akson journal må koordinere og støtte endringsaktiviteter og følge opp sentrale gevinster

Omfanget av endringene som kreves for å realisere målsetningene for felles kommunal journalløsning gjør det avgjørende å sikre felles tilnærminger og koordinering. For å sikre god og effektiv prosjekt- og endringsledelse vil Programmet Akson journal derfor ha en koordinerende og støttende rolle med ansvar for å legge forholdene til rette for gode endringsprosesser i kommunene. I dette ansvaret ligger det til programmet å utarbeide endringsanalyser og -målinger, metodikk og malverk for endring og gevinstrealisering, opplæring- og kommunikasjonsmaterieil, samt krav og teknisk dokumentasjon for infrastruktur og migreringsaktiviteter. Videre har programmet ansvar for å dokumentere erfaringer underveis og sikre erfaringsoverføring mellom de ulike kommunale innføringsprosjektene.

I forprosjektet er det identifisert fem sentrale gevinster basert på virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen (vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse). Programmet baseres på prinsipper for nyttestyring og programorganisasjonen må sikre koordinering og oppfølging av gevinstene på sentralt nivå. Dette innebærer å sørge for gevinstrapportering sentralt og løpende oppdatering av sentral gevinstrealiseringsplan, samt initiere og koordinere behovet for følgeforskning.

Direktoratet for e-helse vil gjennom sin rolle som myndighetsorgan ha et ansvar for å følge med på at tiltakets gevinster og mål oppnås. Dette ivaretas ved at Programmet Akson journal rapporterer på fremdrift, risiko og måloppnåelse til den nasjonale e-helseporteføljen.

5. Det må etableres og mobiliseres regionale endringsnettverk for å sikre forankring, engasjement og gjennomføring helt ut til sluttbruker

Det store antallet interessenter og berørte brukere medfører behov for et omfattende regionalt endringsnettverk og at kommunene organiseres på en måte som ivaretar representativitet og legger til rette for involvering og effektiv kommunikasjon mellom kommunene og programmet.

I kapittel 2.11.3 beskrives en modell for organisering av kommunene som kan utgjøre regionalt endringsnettverk. Modellen legger til grunn representasjon i programstyre fra endringseiere som representerer regionale nettverk, som igjen etablerer styringsgrupper, kommunesamarbeid, ansvarlige i hver kommune og ut til gevinsteiere, ledere og

superbrukere i hver enkelt virksomhet. Endringseierne skal sikre nødvendig endring og omstilling i virksomhetene. Rollen som endringseiere vil typisk fylles av kommunaldirektør eller helse- og omsorgsleder.

2.4 Sikkerhetsstrategi

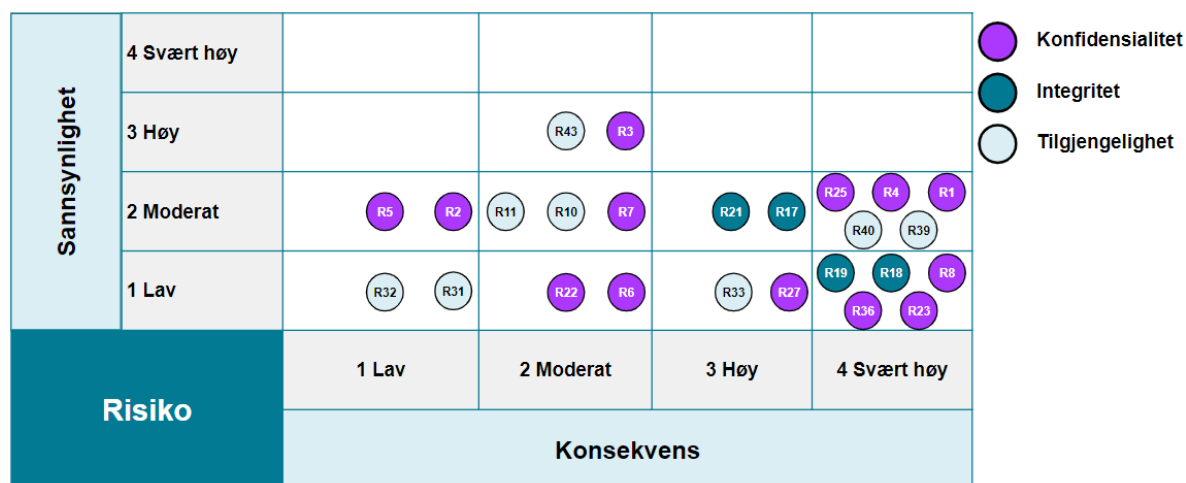
IKT-sikkerhet og personvern har høy prioritet i arbeidet med felles kommunal journalløsning. Det er sentralt at behandling av helseopplysninger i felles journalløsning skjer i samsvar med den enkeltes personvern.

2.4.1 Kritikalitet for felles kommunal journalløsning

I dette kapitlet oppsummeres vurderinger fra den overordnede risiko- og sårbarhetsanalysen (ROS) (se vedlegg N Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering) og den overordnede konsekvensvurderingen for personvern. Disse ligger til grunn for å vurdere kritikaliteten for felles kommunal journalløsning.

2.4.1.1 Vurdering av risiko- og sårbarhetsanalysen

Risiko- og sårbarhetsanalysen fra konseptvalgutredningen har blitt revurdert og oppdatert med fokus på det valgte konseptet og de løsningene som ligger i konseptet. ROS-analysen legger grunnlag for videre risikovurderinger og sikkerhetsarbeid i Programmet Akson journal. Figur 15 plasserer de identifiserte uønskede hendelsene i en risikomatrix, kategorisert etter hendelsestypene konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet.



Figur 15 Risikobilde for felles kommunal journalløsning

Nedenfor følger en oppsummering av vurderingene knyttet til hendelsestypene.

Konfidensialitet

En felles kommunal journal vil berøre mange ved et potensielt konfidensialitetsbrudd. En slik løsning medfører også at motivasjonen for trusselaktører er høy ettersom de får tilgang til store mengder med sensitiv data om norske innbyggere. Sensitiv informasjon kan lett misbrukes, selges videre og bli brukt til utpressing av enkeltpersoner. Dermed er skadepotensialet tilknyttet regelverksbrudd, omdømmetap og innbyggers personvern svært stort. Dette medfører at scenarioene for konfidensialitet er vurdert som de mest kritiske.

Integritet

For risikoene som går på datakvalitet er konsekvensen vurdert som høy eller svært høy for majoriteten av scenarioene, da svekket integritet vil ha utbredte konsekvenser. Hvis en trusselaktør får tilgang til helseopplysninger som f.eks. kan føre til at en pasient mottar medisin som de egentlig er allergisk mot og som fører til dødsfall, så vil dette være svært kritisk knyttet til innbyggers personvern og deres liv og helse, samt dataeiers omdømme. Slike hendelser vil føre til at innbyggere og helsepersonell mister tillit til journalløsningen. Samtidig anses sannsynligheten for at dette inntreffer lav til moderat ettersom det krever mye av trusselaktøren.

Tilgjengelighet

Manglende tilgjengelighet for felles journalløsning vil ha en påvirkning for evnen til å yte nødvendig, akutt og elektiv, livsbevarende helsehjelp. Ved vurdering av konsekvensen har man derimot sammenlignet med dagens situasjon hvor rettidig tilgang til fullstendige helseopplysninger er mangelfull ved eksempelvis oppsøking av nærmeste akuttmottak. For ikke-planlagt nedetid vurderte helsepersonell at 4 timer eller mer var kritisk.

Videre lister Tabell 13 opp de uønskede hendelsene som, gjennom risiko- og sårbarhetsanalysen, er identifisert å ha høyest risiko (risikonivå 8 eller høyere). Tabellen inneholder en nærmere beskrivelse av den uønskede hendelsen, en vurdering av sannsynlighet og konsekvens, samt tiltak for hver uønsket hendelse.

Tabell 13 Beskrivelse av risikoscenarier og anbefalte tiltak

NO	Uønsket hendelse	Beskrivelse av uønsket hendelse	S	K	Tiltak
R1	Tilsiktet misbruk av sensitiv informasjon. For å presse/utnytte privatpersoner	Ulovlig bruk av pasientopplysninger fra felles kommunal journalløsning for å utøve makt over den personen informasjonen omhandler. Utøveren her vil gjerne være helsepersonell, men det kan være andre aktører som kriminelle eller andre stater som påtvinger helsepersonellet å hente ut informasjonen. Det kan også være personer fra slike aktører som legitimt gir seg selv tilgang til felles journalløsning gjennom ansettelsesforhold eller ved å opprette virksomheter som knytter seg til felles journalløsning.	Moderat	Svært høy	<ul style="list-style-type: none"> Anskaffe en identitetsstyringsløsning (IGA – Identity Governance and Administration). En slik løsning tilbyr verktøy som kan ivareta behovene på tvers av tjenesteleverandør og tilknyttede virksomheter. Etablere en forvaltningsorganisasjon som kan vurdere risiko knyttet til å slippe til en ny virksomhet i løsningen. "Akson journal AS" har verktøy for å kunne følge opp og revidere de tilknyttede virksomhetene og deres ansatte. Hver enkelt tilknyttet virksomhet må gis verktøy til å følge opp egne ansattes bruk av løsningen slik at de kan ivareta både

					<p>informasjonssikkerheten og personvernet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for tilstrekkelig sikring av hvilke aktører som kan utvikle applikasjoner på toppen av plattformen, og hvilke mekanismer som må ligge til grunn for å gi tilgang til APIene.
R4	Utsiktet informasjonslekkasje fra journalløsningen. Offentlig eksponering av data	En plattform med åpne API løper en større risiko for å eksponere informasjon enn om API-ene ikke var tilgjengelig på åpent nett. Scenarioet kan også tilkomme ved at enkelte komponenter ikke har tilstrekkelig kryptering eller tilgangskontroll, eller ved at man ved utlevering av data sender til feil adressat.	Moderat	Svært høy	<ul style="list-style-type: none"> • Benytte en Zero-trust tilnærming. • Sikre at all bruk av komponenter, grensesnitt og annet må være autentisert og autorisert spesifikt for den gitte komponent eller grensesnitt. • Benytte HelseCERT som tilbyder av scanning av infrastruktur for å avdekke svakheter og gjennomfører penetrasjonstesting for alle medlemmer av sektoren.
R25	Personell med privilegerte tilganger misbruker tilgangsdata eller sensitiv informasjon (tilsiktet)	Det knytter seg risiko til leverandører og andre med privilegerte tilganger. Disse vil nødvendigvis få tilgang til sensitiv informasjon gjennom sitt arbeid, og vil potensielt kunne trekke ut større datamengder, eller gjøre stor skade på informasjon.	Moderat	Svært høy	<ul style="list-style-type: none"> • Anskaffe en løsning for privilegert tilgangsstyring (PAM – Privileged Access Management).
R39	Utsiktet nedetid på mer enn 3 timer	Utsiktet nedetid er knyttet til eksempelvis lengre strømbrydd eller feil utført av en ansatt som fører til at journalløsningen ikke fungerer. Konsekvensen av nedetid for felles journalløsning er at helsepersonell ikke får tilgang til nødvendige pasientopplysninger.	Moderat	Svært høy	<ul style="list-style-type: none"> • I anskaffelsen av journalløsningen må infrastrukturen som velges være robust nok til å kunne håndtere det høyeste kravet til oppetid som tjenesten har. • Hver enkelt tilknyttet virksomhet og tjeneste må etablere beredskapsrutiner for å håndtere eventuell nedetid.
R40	Tilsiktet handling utført av trusselaktør medfører nedetid på mer enn 3 timer	Nedetid skyldes eksempelvis eksterne trusselaktører som har et mål om at journalløsningen skal ha nedetid.	Moderat	Svært høy	<ul style="list-style-type: none"> • I anskaffelsen av journalløsningen må infrastrukturen som velges være robust nok til å kunne håndtere det

		Konsekvensen av nedetid for felles journalløsning er at helsepersonell ikke får tilgang til nødvendige pasientopplysninger.			<p>høyeste kravet til opetid som tjenesten har.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hver enkelt tilknyttet virksomhet og tjeneste må etablere beredskapsrutiner for å håndtere eventuell nedetid.
--	--	---	--	--	---

2.4.1.2 Personvern vurdering

Det er gjennomført en overordnet personvern vurdering omtalt i vedlegg M Overordnet personvern vurdering. Den inneholder en vurdering av blant annet formål, rettsgrunnlag, dataansvar, personvernprinsipper, den registrertes rettigheter og innebygd personvern.

Det legges til grunn at det på sikt vil være behov for å gjennomføre en Data Protection Impact Assessment (DPIA), jf. EUs personvernforordning art 35. Arbeidet med en fullverdig DPIA for den felles kommunale journalløsningen, og en eventuell forhåndsdrøftelse med Datatilsynet vil måtte gjennomføres i programmet så snart informasjonsgrunnlaget er tilstrekkelig.

2.4.1.3 Beskrivelse av kritikalitet

Fra risiko- og sårbarhetsanalysen fremkommer det at konfidensialiteten, integriteten og tilgjengeligheten av helseopplysninger har avgjørende betydning på innbyggernes liv og helse, personvern, virksomhetenes omdømme og samfunnet for øvrig. I lys av dette må «Akson journal AS» være ledende innen informasjonssikkerhet for å sikre og beskytte omdømmet til virksomhetene i helsesektoren og helsemyndighetene generelt, samt at de er kompetente og bevisste på kritikaliteten av innbyggernes helseopplysninger. Høy kritikalitet sett ut ifra de ulike brukerperspektivene (innbygger, virksomhet og samfunnet) legger føringer for prinsippene for sikkerhetsarkitektur.

Innbyggerperspektivet

Innbyggerperspektivet omhandler innbyggers mulighet til benytte tjenesten i tråd med sine forventninger, avtalemessig forankring eller lovmessig rett eller plikt.

Innbyggers primære hensikt med å oppsøke kommunal helse- og omsorgstjeneste vil være å få god helsehjelp med høy kvalitet. Dette betyr at det helsepersonell som innbygger til enhver tid møter, trenger å ha et helhetlig bilde av tilstanden til pasienten, eksempelvis informasjon om legemidler, aktuelle diagnoser, og funksjonsnivå. Fra dette perspektivet fremkommer det at tilgjengeligheten og integriteten til informasjonen vil ha innvirkning på innbyggers liv og helse og er derfor særdeles kritisk for den enkelte, spesielt personer i utsatte situasjoner med komplekse sykdomsbilder.

Føring av journal er pålagt ved lov og er derfor en informasjonskilde med sensitiv informasjon som innbygger ikke kan reservere seg mot. Sett opp mot informasjonens art og betydning vil innbygger ha stor interesse av å holde denne informasjonen konfidensiell – også fra helsepersonell. Fordi pasientjournalen er lovpålagt og føres uten samtykke er den også å anse som et inngrep i innbyggers personvern. Formålet vil i stor grad veie opp konsekvensene av dette, men det vil være avgjørende å tilby gode verktøy for innbygger for å kunne ivareta sine personvernrettigheter. Det må etableres tjenester for personvern som er forståelige nok til at innbyggere med ulike forutsetninger kan ivareta sine interesser.

Virksomhetsperspektivet

Virksomheten i konteksten av felles kommunal journal vil representere en stor bredde av ulike kommuner og deres underliggende tjenester og virksomheter, samt tjenesteleverandørene for felles kommunal journalløsning og helhetlig samhandling. Norsk Helsenett SF må gjøre sine egne vurderinger og disse vurderingene vil derfor ikke være omtalt her.

For "Akson journal AS", vil felles kommunal journal åpenbart være en kritisk tjeneste da dette er selve kjernen i virksomhetens formål. For å kunne ivareta sin rolle som leverandør av felles kommunal journal er det kritisk at løsningen har høy tillit. Brudd på informasjonssikkerheten vil medføre tap av tillit og vil ha store konsekvenser for omdømmet til tjenesteleverandøren så vel som hele kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette vil på sikt kunne eliminere både politisk vilje til å videreføre løsningen, samt kommunenes vilje til å tilknytte seg løsningen.

Tilgjengeligheten til informasjon om pasient vil være av kritisk karakter også for de tilknyttede virksomhetene og kommunene. Deres oppgave er å yte helsehjelp til innbygger og må følge lovkravet helsepersonell har om å dokumentere helsehjelp. Det vil være mulig for kommunene å levere helsetjenester i en periode med bortfall av felles journal, men det anses å være kort tid før det får konsekvenser for kvaliteten på tjenesten, og kan i den ytterste konsekvens gå ut over liv og helse.

Samfunnsperspektivet

Ytelse av helsehjelp, herunder helse- og omsorgstjenester og folkehelseiltak, er definert som en av samfunnets kritiske funksjoner (3). Begrepet kritisk samfunnsfunksjon forbeholdes funksjoner som samfunnet ikke kan klare seg uten i syv døgn eller kortere uten at dette truer befolkningens sikkerhet og/eller trygghet.

Felles kommunal journalløsning er å anse som en viktig samfunnsfunksjon, og er et nødvendig bidrag for å ivareta befolkningens og samfunnets grunnleggende behov knyttet til liv og helse. Den teknologiske utviklingen og integrerte informasjonssystemer bidrar til økt samhandling og en mer effektiv helsetjeneste. Samtidig er det viktig å ivareta ulike hensyn og interesser når det kommer til sikkerhetskrav og beskyttelsesbehov knyttet til innbyggernes sensitive helseopplysninger og for å sikre personvern. Det vil derfor være en balansegang mellom hvor mye man skal beskytte informasjonssystemer uten at det mister nevnte funksjonsevne, samtidig som sikkerhetsinteresser knyttet til opplysninger og personvern ivaretas på en god måte.

2.4.2 Overordnede sikkerhetsprinsipper

De overordnede prinsippene for sikkerhet (se vedlegg L Sikkerhetsarkitektur) gir føringer for hvilken strategi som skal ligge til grunn for etableringen av felles kommunal journalløsning. Strategien omfatter både det arbeid som må skje i etableringen av «Akson journal AS», gjennomføringen av programmet, samt ivaretagelse av sikkerhet i samspillet mellom felles kommunal journal som tjeneste og de virksomhetene (kommuner, fastleger, fysioterapeuter, etc.) som bruker tjenesten.

Sikkerhetsprinsippene er et uttrykk for dimensjonering av sikkerhet og beredskap i tråd med kritikalitetsvurderingene og påfølgende risikovurdering og personvernkonsekvensvurdering. Prinsippene vil være førende for sikkerhetsstyring, operativ sikkerhet og sikkerhetsarkitektur.



«Akson journal AS» skal være en robust organisasjon og bidra til at virksomhetene som benytter seg av dens tjenester blir robuste

I sin bok «Managing the expected» definerte Karl E. Weick og Kathleen M. Sutcliffe, fem kjennetegn for virksomheter som omtales som High Reliability Organizations (HRO) (4). Dette innebærer at virksomhetene skal ha høy pålitelighet, de er preget av å utføre komplekse oppgaver, ha tidspress, samt ha lav forekomst av ulykker gjennom flere år. For å kunne oppnå "feilfri drift" i helsesektoren behøves det gode beslutninger på komplekse problemstillinger som fører til høy kvalitet og pålitelighet på helsetjenester til befolkningen. Dette fordrer at helsepersonell som bruker felles kommunal journalløsning får tilstrekkelig opplæring i hvordan man raskt og enkelt skal løse hendelser som kan true informasjonssikkerheten til innbyggernes helseopplysninger. Det legges opp til at man skal lære av tidligere feil, forventer at virksomhetene har et beredskapsperspektiv der de forbereder seg på det verste, eksempelvis bortfall av felles kommunal journal i lengre tid, og at man ruster seg for å håndtere dette på alle nivåer i virksomheten.



Bruk «zero-trust» tilnærming for å beskytte helseopplysninger i felles kommunal journal

Felles kommunal journal vil inngå i et økosystem av journalløsninger, andre fagsystemer og applikasjoner, og velferdsteknologi, der det er forventet at helseopplysninger gjøres tilgjengelige når dette er avtalt (tjenstlig behov). Dette betyr at det tradisjonelle synet om at det finnes en klar sikker sone, der man lager beskyttelsesmekanismer kun på de ytre grensene i denne sonen, ikke er gjeldende lenger.

«Zero Trust» er et rammeverk for informasjonssikkerhet som først ble lansert av John Kindervag i 2010 (Forrester). I henhold til dette rammeverket må man ta utgangspunkt i at en virksomhet ikke kan opprette sikre soner, men heller må etablere sikkerhetskontroller der man ikke stoler på noen brukere, terminaler eller applikasjoner når man skal gi tilgang til informasjon.



Sette pasient og bruker i sentrum i håndtering av personvern

Innbyggerens rettigheter med hensyn til personvern er blitt ytterligere styrket gjennom personopplysningsloven som ble vedtatt 28. mai 2018. Den nye personopplysningsloven gjør EUs personvernforordning til norsk rett. Forordningen oppstiller et omfattende generelt personopplysningsregelverk, herunder de grunnleggende prinsippene og vilkårene for å behandle personopplysninger, rettigheter for enkeltpersoner, plikter for behandlingsansvarlige og databehandlere, overføring av personopplysninger over landegrensene og regler om tilsyn og sanksjoner.

EUs personvernforordning kapittel III oppstiller alle de rettigheter den registrerte har etter personvernregelverket når personopplysninger samles inn og behandles om enkeltpersoner. Den registrertes rettigheter står sentralt i forordningen, og en av hovedbegrunnelsene for reguleringen er å sikre at den enkelte får bedre kontroll med behandlingen av opplysninger

om seg selv. En rekke rettigheter er spesialregulert i helselovgivningen som f. eks. rett til innsyn, retting, sletting og sperring.

Aktive pasienter som utøver sine rettigheter og har god informasjon om felles journalløsning, vil kunne føle at de har større grad av selvbestemmelse og kontroll over egne helseopplysninger. I etableringen av felles kommunal journalløsning vil pasient og bruker bli satt i sentrum med hensyn til å kunne ivareta sine rettigheter.. Det er et mål at det skal gjennomføres tiltak som kan gi pasienten medbestemmelse og kontroll der det er mulig, og som kan gi muligheter som går utover det som er beskrevet som et minimumskrav, så fremt dette er i tråd med pasientsikkerhet og kvalitet i ytelse av helsehjelpen.



Sikre effektiv og enkel tilgang til helseopplysninger og funksjonalitet for helsepersonell med tjenstlig behov

Felles kommunal journalløsning må både ha høy grad av sikkerhet, for å ivareta helseopplysningenes konfidensialitet, samtidig som funksjonalitet må være intuitiv nok til å unngå at helsepersonells opplevelse av tilgjengelighet forringes. Felles kommunal journal vil brukes av mange kommuner og virksomheter som i dag har egne prosesser og verktøy for å tildele brukere unike identiteter med forskjellige tilgangsrettigheter. For å ivareta den økte kompleksiteten i antall brukere med behov for ulike tilgangsrettigheter vil det være nødvendig å fokusere på en sterk identitets- og tilgangsstyring. Dette betyr å investere i ledende identitetsstyringsteknologi, stille krav til at journalløsningen har innebygd personvern og tilgangsstyring som begrenser tilganger innenfor definisjon av «tjenstlig behov», samt at man etablerer prosesser for å tilbaketrekke rettigheter fortløpende.



Understøtte kommuner og virksomheter av ulik størrelse og modenhet til å ivareta krav til informasjonssikkerhet og personvern

Kommunene og virksomhetene som skal bruke felles kommunal journal vil være av ulik størrelse og ha forskjeller i modenhet, kapasitet og kompetanse til å kunne implementere de kontroller og kapabiliteter som er nødvendige for å oppfylle egenskapene til en robust virksomhet (High Reliability Organization).

Det styringssystemet for informasjonssikkerhet og personvern som etableres må i størst mulig grad understøtte virksomheter av ulik størrelse og modenhet.



Etablere en programutviklingsprosess der sikkerhet er innebygd

Det er krav om at løsningen skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren, samt kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, eks. ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten, og endret organisering i eller sammenslåing av kommuner.

Felles kommunal journalløsning vil ha en lang levetid, der helse- og omsorgstjenesten vil endre seg både gjennom at ny teknologi blir tilgjengelig og nye arbeidsformer utvikles (som

f.eks digital avstandsoppfølging og teambaserte konsepter). Det er derfor et krav at løsningen skal være tilpasningsdyktig med tanke på nye og endrede behov og muligheter.

"Akson journal AS" må etablere en programutviklingsprosess der sikkerhet er innebygd. Det finnes ulike rammeverk for sikker utviklingssyklus, for eksempel Datatilsynets veileder for programutvikling og OWASP. Hvilket rammeverk som velges vil være avhengig av hvilke leverandør(er) av felles kommunal journalløsning som velges.



Etabler lagdelt sikkerhetsarkitektur og sikring i dybden

En utfordring med operasjonelle kontroller er at de ikke nødvendigvis hindrer feil fra å skje. Sikringstiltak kan gjøre at feil sjeldnere oppstår, eller gjøre det mulig å oppdage de innen rimelig tid i etterkant, men kan ikke garantere tilstrekkelig sikring. Det må derfor implementeres flere lag av sikkerhet og derav ha tilstrekkelig sikring i dybden hvor av diversitet skal være et av flere målparametere.

"Akson journal AS" må i det videre arbeidet vurdere hvordan man gjennom arkitekturen og løsningene som etableres hindrer at funksjonaliteten som leveres aldri er avhengig av ett bestemt delsystem alltid virker; dette kalles på engelsk "no single point of failure".

2.4.3 Arbeidet med sikkerhetsarkitektur i gjennomføringen

2.4.3.1 Styringsmodell for informasjonssikkerhet

Forprosjektet har anbefalt at «Akson journal AS» er dataansvarlig for felles kommunal journal. Det gjenstår imidlertid å avklare ansvaret og plikter til virksomhetene. Dataansvaret er nærmere omtalt i vedlegg M Overordnet personvern vurdering. Uansett vil har kommunestyrene fortsatt det overordnede ansvaret gjennom eierstyringen. Daglige leder har ansvaret for å etablere og forvalte et styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern samt sørge for felles styringsråd med kommunene. Enhver hendelse, risikovurdering og konsekvensvurdering skal drøftes i styringsrådet før det iverksettes tiltak.

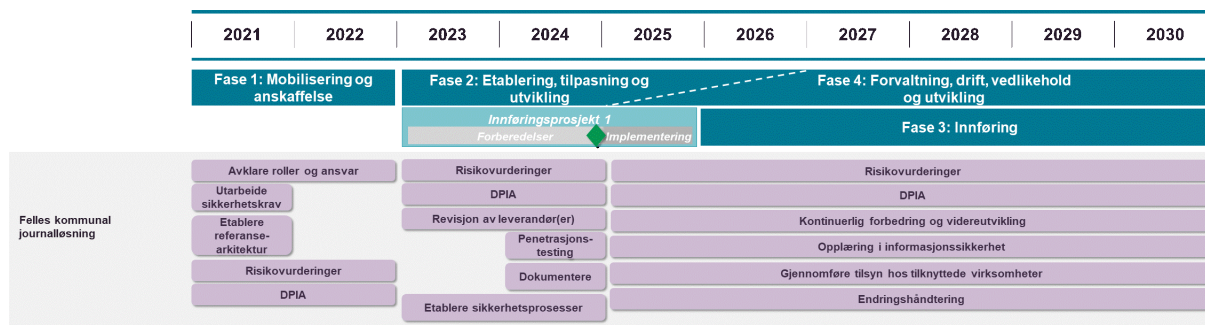
Styringssystemet for informasjonssikkerhet skal utarbeides med utgangspunkt i kommunenes og Akson Journal AS sin vurdering av akseptabelt risikonivå for en felles kommunal journalløsning. Det skal i fellesskap med kommunene defineres sikkerhetsmål og sikkerhetsstrategier for tjenesten. Akson journal AS skal gjennomføre ledelsens gjennomgang av tjenesten og drøfte dette i sikkerhetsrådet, inklusive risikovurderinger og sikkerhetstiltak. Den samlede risikoappetitten og -forståelsen vil definere og prioritere hvor mye ressurser kommunene samlet ønsker at «Akson journal AS» skal legge i informasjonssikkerhet.

Det foreslås å etablere et styringsråd for informasjonssikkerhet og personvern i tilknytning til eiermøte for "Akson Journal AS" for å sikre at sikkerhetsmekanismer blir diskutert på tvers av kommuner med ulike tilnærminger, modenhet og forståelse for informasjonssikkerhet.

"Akson journal AS" vil være ansvarlig for å fasilitere styringsrådet, mens de tilknyttede kommunene vil være representanter som tar beslutninger rundt hvilke sikkerhetskrav som skal gjelde. "Akson journal AS" blir ansvarlig for å sørge for at disse kravene blir oppfylt, og foretar sikkerhetsrevisjoner, bruksanalyse og implementering av kontroller. De tilknyttede kommunene er på sin side ansvarlig for å etterleve kravene som er satt av styringsgruppen.

2.4.3.2 Sikkerhetsaktiviteter i fremtidige faser av programmet

Figur 16 beskriver en overordnet plan for de ulike sikkerhetsaktivitetene for kommende faser.



Figur 16 Overordnet plan for de ulike sikkerhetsaktivitetene for kommende faser

Arbeidet med sikkerhet må fortsette gjennom anskaffelsesfasen. Tidlig i denne fasen må det avklares hvordan roller og ansvar for informasjonssikkerhet og personvern operasjonaliseres i styringsmodellen for felles kommunal journal. Videre skal programmet utarbeide sikkerhetskrav ifm. utarbeidelsen av konkurransegrunnlagene, med utgangspunkt i referansearkitekturen for informasjonssikkerhet som utarbeides sammen med kommunene. Programmet skal avslutningsvis også gjennomføre risikovurderinger og personvernkonsekvensutredninger (DPIA) og sørge for at identifiserte risikoer behandles.

I etablerings-, tilpasnings- og utviklingsfasen vil programmet supplere eksisterende risikovurderinger og personvernkonsekvensutredninger (DPIA) eller gjennomføre nye ved behov. Det skal gjennomføres revisjoner og tilsyn med leverandører for å sikre samsvar med sikkerhetskravene. Før at løsningen godkjennes for innføring skal det gjennomføres sikkerhetstester, samt sørge for at de som vil være ansvarlige for forvaltning av løsningene har etablert relevant dokumentasjon og har etablert prosesser for å vedlikeholde disse. I parallell etableres sikkerhetsprosesser som er i tråd med sikkerhetsprinsippene og med det som besluttet gjennom styringsmodellen for sikkerhet.

I de avsluttende fasene må det etableres nødvendig kompetanse og kapasitet for å løpende evaluere sikkerhetsprosessen både i "Akson journal AS" og i de tilknyttede kommunene og iverksette nødvendige tiltak. Nye risikovurderinger og personvernkonsekvensvurderinger gjennomføres etter behov, og det etableres god endringshåndtering gjennom livsløpet.

2.4.3.3 Roller og ansvar i arbeidet med sikkerhet

Arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern vil basere seg på Direktoratet for e-helse sitt ledelsessystem for informasjonssikkerhet og eksisterende policyer. Tabell 14 inneholder en ikke-uttømmende liste med oppgaver som Programmet Akson journal må utføre.

Tabell 14 Roller og ansvar for arbeidet med sikkerhet

Rolle	Ansvar
Styret i "Akson journal AS"	Evaluere og sikre kontinuerlig forbedring av sikkerhetsprosessene i virksomheten. Følge opp sikkerhetsprosessene i kommunene – tilrettelegge for kontinuerlig forbedring.

Programeier for Programmet Akson journal	Evaluere og styre arbeidet med sikkerhet.
Programleder for Programmet Akson journal	Følge opp, evaluere og sikre kontinuerlig forbedring av sikkerhetsprosessene i programmet. Avklare roller og ansvar for informasjonssikkerhet og personvern.
Fagansvarlig for informasjonssikkerhet og personvern	Definere sikkerhets- og personvernkrav og hvordan de skal evalueres. Etablere sikkerhetsprosesser og benytte anerkjente bransjestandarder. Gjennomføre risikovurderinger og personvernkonsekvensutredninger og sørge for at identifiserte risikoer behandles. Supplere eksisterende risikovurderinger eller gjennomføre nye ved behov. Gjennomføre revisjoner og tilsyn med leverandører for å sikre samsvar. Gjennomføre sikkerhetstester før løsninger produksjonsettes. Kravstille forvaltningsansvarlige med hensyn til å etablere og vedlikeholde relevant dokumentasjon. Evaluere sikkerhetsprosessene i kommunene – og tilrettelegge for kontinuerlig forbedring.

2.4.3.4 Rammeverk for videre arbeid

Det vil jobbes videre med å detaljere ut sikkerhetsarkitekturen i anskaffelses- og etableringsfasen. Dette må gjøres i henhold til et anerkjent rammeverk, som for eksempel TOGAF (5) eller SABSA (6). Videre må det hele settes i kontekst av en helhetlig tilnærming til styring av IT. Her vil spesielt rammeverk som COBIT fra ISACA (7) være relevant.

2.5 Arkitektur og løsningsstrategi

2.5.1 Overordnet arkitektur for felles kommunal journalløsning

Det er krav om at løsningen skal gi helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for tildeling, administrasjon, ytelse og dokumentasjon av helsehjelp. Beskrivelsen av funksjonelt løsningsomfang beskriver det som helsepersonell mener skal være kjernefunksjonalitet i løsningen. I tillegg er det identifisert funksjonalitet som det er ønskelig at journalløsningen skal tilby.

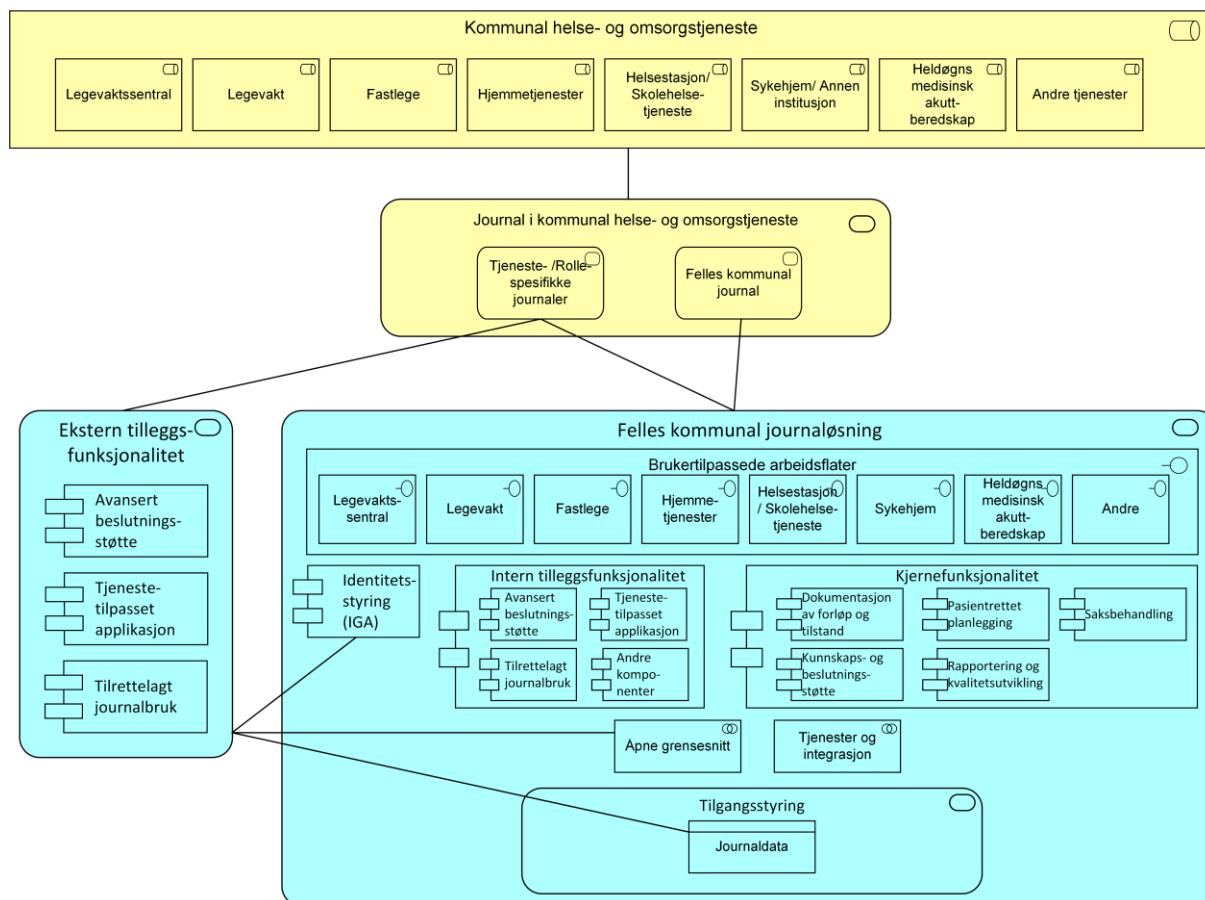
Hovedtiltaket for å adressere denne usikkerheten er å etablere en arkitektur som gjør det mulig for «Akson journal AS» å komplettere og tilpasse funksjonaliteten slik at den passer både arbeidsoppgavene til hver helsepersonellgruppe og hver tjeneste, samtidig som nødvendig samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene blir ivaretatt.

Det er krav om at løsningen skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren, samt kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, f.eks. ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten, og endret organisering i eller sammenslåing av kommuner.

Felles kommunal journalløsning vil være operasjonell over lang tid, der helse- og omsorgstjenesten vil endre seg både gjennom at nye arbeidsformer utvikles (som f.eks. digital avstandsoppfølging og teambaserte konsepter), men også gjennom at ny teknologi blir tilgjengelig. Det er derfor et krav at løsningen skal være tilpasningsdyktig med tanke på nye og endrede behov og muligheter.

Hovedtiltaket for å adressere denne usikkerheten er å etablere en arkitektur som er basert på en plattformtilnærming, der åpenhet og endringsevne står sentralt.

Figur 17 beskriver et logisk mål bilde for realisering av felles kommunal journalløsning.



Figur 17 Overordnet arkitektur for felles kommunal journalløsning

Applikasjonstjenesten **Felles kommunal journalløsning** vil kunne bestå av flere elementer:

- Felles journaldata som omfatter helseopplysninger
- Tjenester for identitets- og tilgangsstyring
- Kjernefunksjonalitet bestående av ulike funksjonelle komponenter / applikasjoner som sammen utgjør helheten i det som leveres fra valgt(e) leverandør(er), og som er minimum av det som helsepersonell har behov for, for tildeling, administrasjon, ytelse og dokumentasjon av helsehjelp
- Intern tilleggsfunksjonalitet, bestående av ulike funksjonelle komponenter/ applikasjoner som tilbys som en del av initiell anskaffelse eller som anskaffes på et senere tidspunkt.
- Brukertilpassede arbeidsflater som gir helsepersonell tilgang til funksjonalitet de har behov for
- Åpne grensesnitt for realisering av tilleggsfunksjonalitet, samt journalløsningens interne tjenester og integrasjonsgrensesnitt.

I figuren over er det vist noen mulige komponenter som eksempel på dette prinsippet, dette bildet er ikke ment å være komplett.

Forretningstjenesten **Journal i kommunal helse- og omsorgstjeneste** benytter felles kommunal journalløsning som hovedverktøy. I utgangspunktet tilbyr tjenesten kun den løsningen som omfattes av tiltakets anskaffelse, men etter hvert kan tjenesten berikes og suppleres med **ekstern tilleggsfunksjonalitet**. En slik funksjonalitet kan være avanserte løsninger for beslutningsstøtte som går utover det som leveres som del av plattformen, eksempelvis tolkning av radiologibilder ved bruk av kunstig intelligens. Tilleggsfunksjonalitet har tilgang til journaldata fra Felles kommunal journalløsning gjennom åpne grensesnitt som plattformen tilbyr.

Tjeneste-/rollespesifikk journal er en tjeneste som tilbyr alternativ tilgang til og bruk av felles journaldata og funksjonalitet i plattformen, uten å nødvendigvis være bundet til applikasjoner som leveres sammen med (av samme leverandør som) plattformen. Dette krever at andre leverandører utvikler og tilbyr applikasjoner som gir tilstrekkelig støtte til tjenesteutførelsen, i figuren er slike applikasjoner eksemplifisert gjennom

- Tjenestetilpasset applikasjon, et generelt begrep for å betegne mer spesialiserte applikasjoner som kan bygges på plattformens åpne grensesnitt. Disse kan enten erstatte eller supplere funksjonalitet som finnes på plattformen.
- Tilrettelagt journalbruk, en applikasjon som kan være tjenesteutøvers hovedverktøy i hverdagen, enten alene eller med støtte fra en eller flere tjenestetilpassede applikasjoner.

2.5.2 Plattformtilnærming som hovedstrategi for felles kommunal journalløsning

I den videre beskrivelsen av arkitekturprinsippene som skal ligge til grunn for etableringen av felles kommunal journalløsning tar vi utgangspunkt i den ingeniørfaglige og organisatoriske definisjonen (se kapittel 1.2.2). For å kunne sikre fleksibilitet og endringsevne til felles kommunal journalløsning, vil tilgjengeligheten til helseopplysningene i journalløsningen samt løsningens plattformegenskaper være sentrale. Følgende spørsmål må adresseres for å kunne etablere felles kommunal journalløsning som en plattform:

- **Definere plattformens kjerne.** Plattformens kjerne beskriver hvilken verdi (informasjon, funksjonalitet og applikasjoner) som leveres til hvilke aktører (kommunale helse- og omsorgstjenester) og hvordan plattformen sikrer at kun relevant og nødvendig informasjon er tilgjengelig for disse.
- **Definere plattformens utbredelse.** Plattformens utbredelse bestemmes av hvordan verdien (informasjon, funksjonalitet og applikasjoner) anskaffes, utvikles og innføres, samt i hvilken takt aktører tar i bruk plattformen.
- **Definere strategi for åpenhet og endringsevne.** Å velge optimale nivåer av åpenhet er avgjørende for felles kommunal journalløsning. I en artikkel fra 2011 (8), definerte Thomas R. Eisenmann, Geoffrey Parker og Marshall Van Alstyne at en plattform er åpen når "ingen begrensninger er lagt for deltakelse i utvikling, kommersialisering eller bruk av plattformen", eller "eventuelle begrensninger - for eksempel krav til samsvar med tekniske standarder eller betaling av lisensavgift - er rimelige og ikke-diskriminerende, det vil si at de brukes enhetlig for alle potensielle plattformdeltakere".

Plattformens åpenhet diskuteres i tre dimensjoner. (1) Hvilken styringsmodell som etableres for plattformen, dvs. hvordan er forholdet mellom plattformeiер ("Akson Journal AS") og de som leverer helse- og omsorgstjenester (kommuner og virksomheter); (2) Hvem som skal få lov å utvikle på plattformen, dvs. hvem som

videreutvikler kjernefunksjonalitet, hvem som får lov å utvikle tilleggsfunksjonalitet, og hvem som får lov å bruke data fra plattformen; (3) Hvilke muligheter skal man gi brukere til å endre konfigurasjon av plattform og bidra med innhold til plattformen.

2.5.3 Arkitekturprinsipper for felles kommunal journalløsning

Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper er lagt til grunn for å beskrive følgende arkitekturprinsipper for anskaffelse, etablering, forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av felles kommunal journalløsning som en plattform.



Kjerne: Gi personell i kommunale helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for tildeling, administrasjon, ytelse og dokumentasjon av helsehjelp

Felles kommunal journalløsning skal fra dag én inneholde funksjonalitet i kjernen, som gjør det mulig for helsepersonell til å yte helsehjelp. Vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur oppsummerer hvilken funksjonalitet som er definert som kjernefunksjonalitet. I tillegg er det gjennom behovsanalysen identifisert en rekke funksjonalitetsområder som det er behov for, men som tilleggsfunksjonalitet.

Felles kommunal journalløsning skal i sin kjerne inneholde et datalager som understøtter informasjonsbehovet for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innbyggerens helseopplysninger, informasjon om virksomheten, ressurser og helsepersonell som er nødvendig for å yte helse- og omsorgshjelp, forvaltes helhetlig i kjernen. Informasjon fra grunddataløsningene i helse- og omsorgstjenesten gjenbrukes i felles journalløsning der det er nødvendig.



Kjerne: Gi innbygger mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse

Innbyggers mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse og omsorg og ivareta sine personvernrettigheter, samt å møte en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, står sentralt i utformingen av løsningsomfang og arkitektur. I dag forholder innbygger seg til ulike innbyggerportaler i ulike situasjoner. Noen kommuner har egne innbyggerportaler som skal dekke alle behov som innbygger i kommunen, noen fastleger tilbyr innbyggertjenester i egne løsninger tilknyttet deres valgte journalsystem, og noen innbyggertjenester innenfor helse er samlet på helsenorge.no. NAV og andre offentlige tjenester har i tillegg sine egne innbyggerportaler.

Helsenorge.no er en nasjonal innbyggerportal som har kvalitetssikret informasjon, og som gjør sikker kommunikasjon mellom innbyggere og aktører i helse- og omsorgssektoren mulig. Nasjonale myndigheter ved Regjering og Storting har fastslått at helsenorge.no skal være en felles inngangsport for innbyggerne til offentlige helsetjenester på nett.

Det finnes ulike måter å levere og løse innbyggertjenester på innenfor helsetjenesten. En måte er å inkludere behov for innbyggertjenester i anskaffelsen av felles kommunal journalløsning. En annen måte er stille krav til at journalløsningen tilbyr åpne grensesnitt der andre portaler som helsenorge.no (eller kommunenes egne portaler) kan benytte data og informasjonstjenester i journalløsningen for å tilby helhetlige digitale tjenester til innbygger.

Hovedstrategien er å videreføre dagens strategi med Helsenorge.no som innbyggerens vei inn til sikre digitale helsetjenester. Behov for digitale innbyggertjenester vil bli inkludert i anskaffelsen av felles kommunal journal som mulig tilleggsfunksjonalitet. I hvilken grad felles journalløsning tilbyr digitale innbyggertjenester vil ikke være avgjørende for valg av leverandør(er) på dette området.

Det forventes at felles kommunal journalløsning som en del av kjernen tilgjengeliggjør data fra kjerneløsningen gjennom APIer, for å understøtte utvikling av tilleggsfunksjonalitet og integrasjon med andre løsninger (innenfor rammen av regler for taushetsplikt), herunder med helsenorge.no og kommunenes egne innbyggerportaler.



Kjerne: Tilby tilgangsstyring i felles journalløsning i tråd med krav til informasjonssikkerhet og innebygd personvern

Felles kommunal journalløsning skal fra dag en inneholde funksjonalitet for ivareta identitets- og tilgangsstyring som understøtter sikkerhetsprinsippene. Vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur oppsummerer hvordan identitets- og tilgangsstyring anbefales løst.



Utbredelse: Etabler en fleksibilitet for kommuner og virksomheter mht. hvilken funksjonalitet og hvilke helse- og omsorgstjenester som kan ta i bruk plattformens kjernefunksjonalitet.

Felles kommunal journalløsning er i innledende faser frivillig å ta i bruk for kommuner, fastleger og andre private aktører med avtale. Innføringen av felles kommunal journalløsning vil foregå over flere år. Enkelte kommuner kan i mellomtiden ha foretatt investeringer i deler av helse- og omsorgstjenesten (f.eks. anskaffet ny løsning for legevakt) eller ønsker å dele opp innføringen i flere håndterbare deler.

Gitt kjernefunksjonalitet som dekker helsepersonells funksjonelle behov, må det samtidig etableres en fleksibilitet for å kunne ta i bruk funksjonalitet i ulik takt og rekkefølge. Hvilken fleksibilitet plattformen vil kunne tilby vil avgjøres i anskaffelsesfasen, og av leverandørens løsningsforslag.

Hvorvidt kommunene velger å ta i bruk denne fleksibiliteten er et større spørsmål enn om løsningen har denne evnen. Utnyttelse av fleksibiliteten vil kunne påvirke innføringstiden, løsningsens kompleksitet og i den ytterste konsekvens kostnadene for programmet.



Fleksibilitet: Tilby verktøy i felles journalløsning for å kunne tilpasse arbeidsflaten til den enkelte helsepersonellgruppe og tjeneste

Mye av den tilgjengelige sluttbrukerfunksjonaliteten i felles journalløsning vil være relevant på tvers av helsepersonell i de ulike tjenestene. Hvilken funksjonalitet som er mest brukt og hvilke prosesser som følges, vil imidlertid variere. For å kunne realisere nytte av felles kommunal journalløsning må usikkerheten knyttet til å dekke det funksjonelle behovet for alle helsepersonellgrupper og tjenester som omfattes av tiltaket gjennom en felles journalløsning håndteres ved at løsningen har mulighet og verktøy for å kunne tilpasse arbeidsflaten. Dette

håndteres initielt ved at programmet håndterer konfigurering, men optimalt må det være mulig for hvert helsepersonell å gjøre egne tilpasninger.



Åpenhet: Etabler et tydelig skille mellom data og funksjonalitet

Informasjonsblokkering representerer en stor utfordring for utviklingen av helse- og omsorgstjenester, ikke bare i Norge, men også globalt. Begrepet "informasjonsblokkering" ble først brukt i en rapport fra The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) i 2015 (9). Begrepet brukes for å beskrive at helseopplysninger ikke kan brukes utenfor et journalsystem eller fagsystem. Dette kan være tilsiktet eller utilsiktet blokkering.

For å motvirke informasjonsblokkering er det nødvendig å utfordre leverandørmarkedet på at det etableres et tydeligere skille mellom data og applikasjoner/funksjonalitet. "Akson journal AS" må forvalte dataene og styrer bruken av disse, dvs. bestemme reglene for å gi tilgang til, lese og oppdatere dataene. Dette omfatter å sikre at dataene enkelt kan hentes ut av løsningen, for eksempel for å sikre tilgjengeliggjøring av data til forskning, styring og helseovervåking og ved fremtidig behov for overgang til en annen journalløsning.



Åpenhet: Tilgjengeliggjør data fra kjerneløsningen gjennom APIer, for å understøtte utvikling av tilleggsfunksjonalitet og integrasjon med andre løsninger

For å understøtte utvikling av tilleggsfunksjonalitet og integrasjon med andre løsninger (innenfor rammen av regler for taushetsplikt), herunder med administrative systemer i kommunene, er det nødvendig å tilgjengeliggjøre data fra kjerneløsningen gjennom åpne APIer. Grensesnittene beskrives i henhold til Direktoratet for e-helses veileder for åpne API, for å sikre tilstrekkelig åpenhet. Det skal være fokus gjennom anskaffelse og etableringen av felles kommunal journalløsning på hvilke data og funksjoner i kjernen som skal tilbys gjennom åpne grensesnitt i den videre prosessen.



Åpenhet: Gi tredjeparts-leverandører tilgang til å tilby tilleggsfunksjonalitet for å fremme innovasjon og tjenesteutvikling

I tillegg til de teknologiske evnene i den løsningen som anskaffes, er det nødvendig å etablere organisatoriske evner som gir andre leverandører mulighet til å kunne tilby ulike former for tilleggsfunksjonalitet basert på åpne APIer inn mot journaldata i felles journalløsning. Slik ekstern tilleggsfunksjonalitet kan for eksempel være avanserte løsninger for beslutningsstøtte, som går utover det som leveres som del av kjernefunksjonaliteten.

"Akson journal AS" må etablere en definert prosess og utviklingsplattform for hvordan funksjonaliteten i og rundt felles journalløsning videreutvikles og tilpasses over tid. Valgt leverandør for kjernen vil ha ansvar for å videreutvikle og forbedre selve løsningen.

2.6 Kontraktstrategi

Anskaffelsene som vil inngå i tiltaket, vil foretas av "Akson journal AS". Selskapet vil også forvalte avtalene og løsningen som etableres, og vil være ansvarlig for å levere en helhetlig tjeneste til brukerne.

Kontraktstrategien adresserer blant annet usikkerheten knyttet til å sikre tilstrekkelig deltakelse av tilbydere i anskaffelsene, samt usikkerheten knyttet til evnen på kundesiden til å ivareta helheten i tiltaket.

2.6.1 Anskaffelsesområder for felles kommunal journalløsning

For å tilrettelegge for konkurranse og for stegvis gjennomføring av tiltaket, er det vurdert i hvilken grad det er mulig å fordele det samlede behovet på flere anskaffelser. Som grunnlag for disse vurderingene, er løsningsomfanget delt inn i anskaffelsesområder. Inndelingen er basert på en overordnet gruppering av behovene i henhold til fagområder og markedssegmenter.

Figur 18 angir overordnet de anskaffelsesområder som inngår i kontraktstrategien for felles kommunal journalløsning.



Figur 18 Omfang av anskaffelsen for felles kommunal journalløsning

Felles kommunal journalløsning vil i hovedsak måtte realiseres gjennom kjøp av varer og tjenester i markedet. Men "Akson journal AS" må også bygge opp intern kapasitet, særlig knyttet til ledelse og strategiske roller. Under enkelte av anskaffelsesområdene vil det kunne være usikkerhet rundt i hvilken grad det vil være hensiktsmessig å realisere behovene gjennom kjøp av tjenester i markedet eller gjennom å bygge opp egenkapasitet i selskapet. Det vil da kunne være mest hensiktsmessig at "Akson journal AS" avgjør spørsmålet endelig når behovet aktualiseres, basert på oppdatert informasjon om markedet og andre relevante forhold. Også valgene som er tatt i kontraktstrategien vil kunne endres på et senere tidspunkt, dersom endrede forhold tilsier dette.

I de følgende avsnittene gis en kort beskrivelse av hvert av anskaffelsesområdene.

2.6.1.1 Journalplattform (kjernefunksjonalitet)

Det funksjonelle omfanget for journalplattformen defineres av to faktorer: (1) hvilke helse- og omsorgstjenester som skal benytte felles kommunal journalløsning, herunder hvilke helsepersonellgrupper som skal bruke løsningen, og (2) hvilke oppgaver og prosesser som skal understøttes av journalløsningen.

Felles kommunal journalløsning skal kunne benyttes av alle lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1) i kommunene utenfor Midt-Norge. Løsningen må følgelig understøtte alle disse tjenestene og oppfølging av alle tilhørende pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk og psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Tiltaket skal primært understøtte de oppgaver og prosesser som følger av Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven).

Anskaffelsen av journalplattformen skal følge de arkitekturprinsippene som er beskrevet i kapittel 2.4.3.4 og omfatter brukertilpassede arbeidsflater for helsepersonell, kjernefunksjonalitet, eventuell tilleggsfunksjonalitet, tjenester for tilgangsstyring, felles journaldata, samt åpne grensesnitt.

Det kan også være aktuelt å stille krav om at leverandøren av journalplattformen tilrettelegger et teknisk miljø som kan bidra til innovasjon ved at tredjepartsleverandører kan utvikle tilleggsfunksjonalitet til løsningen, samt at leverandøren bidrar inn i et antall innovasjonsprosjekter.

2.6.1.2 Forvaltning av identiteter og rettigheter

Mange virksomheter har i dag egne løsninger for å styre tilganger på tvers av løsninger. Andre virksomheter, for eksempel mindre fastlegekontorer, gjør dette direkte i journalløsningen de benytter. Virksomhetene er forpliktet til å følge norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen), men legger i dag til grunn ulike fortolkninger av denne, med det resultatet at det er variasjon i hvordan tilganger styres. Ved etableringen av en felles journalløsning vil det være behov for at forvaltningen av tilganger og rettigheter harmoniseres. Det er derfor behov for å anskaffe et system med funksjonalitet for å administrere identiteter/brukere og rettigheter for alle brukere som skal bruke felles journalløsning.

2.6.1.3 Utvikling av grensesnitt og integrasjoner

I anskaffelsen av journalplattformen og løsningen for Forvaltning av identiteter og rettigheter, bør det stilles krav om at løsningene har grensesnitt som er nødvendige for å kunne utveksle data med andre løsninger. Det forventes imidlertid at det også vil være behov for å utvikle enkelte nye grensesnitt. Det vil derfor være behov for å anskaffe tjenester og verktøy for utvikling og etablering av integrasjoner.

2.6.1.4 Applikasjonsdrift og forvaltning

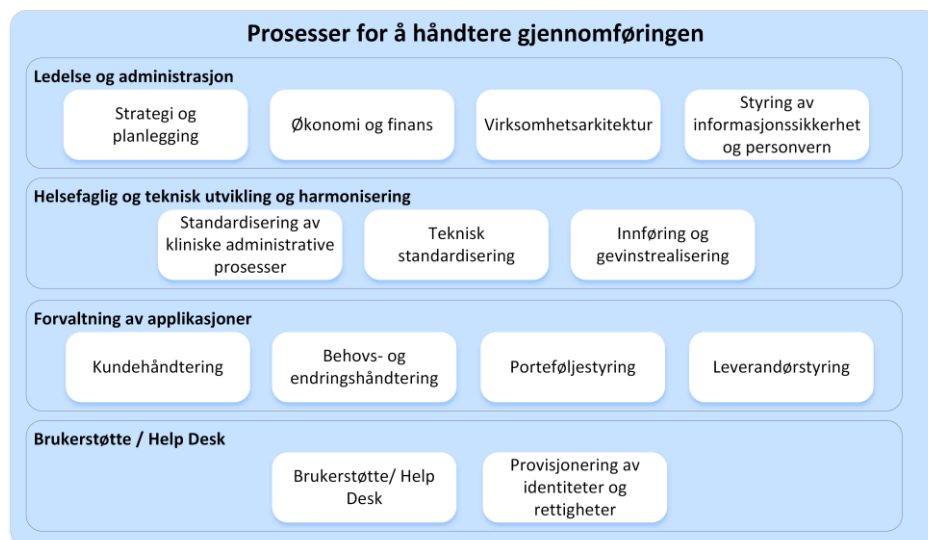
Dette omfatter brukerstøtte med støtte til å håndtere tilganger, forvaltning av applikasjoner, ledelse og administrasjon. Det vil være hensiktsmessig å be om opsjoner på bistand til administrasjon og forvaltning av applikasjoner i forbindelse med systemanskaffelsene som foretas av "Akson journal AS".

2.6.1.5 Driftsplattform

Dette omfatter oppgaver og prosesser knyttet til å etablere og drifte datasentre, nettverk og servere, og eventuelt av arbeidsstasjoner som forvaltes sentralt. "Akson journal AS" må selv ta stilling til i hvilken grad dette er oppgaver det er hensiktsmessig å sette ut til eksterne leverandører, innenfor de rammer som eventuelt er gitt av eierne.

2.6.1.6 Kompetanse- og kapasitetsforsterkning (kundestøtte)

I programmet, og senere i drift- og forvaltningsfasen, er det en rekke prosesser som må etableres for at «Akson journal AS» skal ha evnen til å håndtere kunderollen og ansvaret for helheten i tiltaket. Figur 19 beskriver de prosessene som må etableres i «Akson journal AS».



Figur 19 Prosesser som må etableres i «Akson journal AS»

"Akson journal AS", vil være et nyopprettet selskap. Selskapet vil i noen grad kunne få tilført ressurser og kompetanse fra aktører som har vært involvert i tidligere faser av arbeidet. Men selskapets kompetanse, kapasitet og evne til å håndtere risiko og grensesnitt vil være usikker. Det vil måtte bygges opp nødvendig kapasitet som del av gjennomføringen av programmet, da særlig i styrende og strategiske roller. Men det vil være usikkerhet knyttet til i hvilken grad selskapet vil evne å rekruttere ansatte med erfaring fra sammenlignbare prosjekter.

Virksomhetens langsiktige ressursbehov vil også være mer knyttet til forvaltning og videreutvikling av løsningen enn til anskaffelse, etablering og innføring, samtidig som sistnevnte vil utgjøre de dominerende aktivitetene i de første fasene av programmet. Selskapet vil derfor ha behov for å hente kompetanse og kapasitet i leverandørmarkedet som kan støtte selskapet i kunderollen, særlig i programmets første faser.

2.6.1.7 Tilleggsfunksjonalitet

Som det står beskrevet i kapittel 2.4.3.4, kan det bli behov for å anskaffe tilleggsfunksjonalitet som enten skal inngå som en del av felles kommunal journalløsning ("intern" tilleggsfunksjonalitet) eller som vil være mer frikoblet fra løsningen ("ekstern" tilleggsfunksjonalitet).

"Intern" tilleggsfunksjonalitet anskaffes ved at "Akson journal AS" inngår kontrakt med tredjepartsleverandører om å levere funksjonalitet som vil inngå som en integrert del av

løsningen, og som gjøres tilgjengelig for alle brukerne. Slik tilleggsfunksjonalitet kan anskaffes i forbindelse med etableringen av løsningen og/eller på et senere tidspunkt. I tillegg vil kommuner kunne anskaffe "ekstern" tilleggsfunksjonalitet og inngå avtale med "Akson journal AS" om å få tilgang til nødvendige APIer og journaldata, innenfor rammen for de sikkerhetskrav som stilles.

Det er på nåværende tidspunkt ikke mulig å fastsette hvilken tilleggsfunksjonalitet det vil være behov for å anskaffe. Behovet vil i første omgang fremstå klarere etter at anskaffelsen av hovedkomponentene i felles kommunal journalløsning er slutført, og vil måtte vurderes fortløpende i FDVU-fasen.

2.6.2 Behov for å sikre tilstrekkelig konkurranse

En sentral usikkerhet som må ivaretas av kontraktstrategien, er "Akson journal AS" sitt behov for i anskaffelsesfasen å mobilisere et tilstrekkelig antall tilbydere med nødvendig kompetanse og kapasitet til å kunne gjennomføre kontraktene. Det funksjonelle omfanget og arkitekturprinsippene for felles kommunal journalløsning vil på flere måter utfordre dagens leverandørmarked. Kontraktstrategien må derfor sette ambisjonsnivået i kontekst av leverandørmarkedene og ta høyde for markedsusikkerhet. I det følgende gis en vurdering av leverandørmarkedene.

2.6.2.1 Leverandørmarkedet for plattformer rettet mot helse- og omsorgstjenester

Journaløsninger (Electronic Health Records) har i lang tid vært den mest sentrale applikasjonen for virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. Gartner introduserte i 1998 en fem-trinns Enterprise EHR generasjonsmodell for å kunne sammenligne løsninger fra ulike leverandører. Modellen beskrev hvordan journaløsninger kunne utvikle seg fra enkle resultatrapporteringsverktøy til integrerte systemer som helsepersonell på tvers av forskjellige fagområder og tjenester ville kunne bruke til å understøtte helsehjelp til innbyggere med sammensatte behov.

Gartner reviderte generasjonsmodellen i 2016 (10), og den består nå av generasjon 1-3 og en ny klinisk plattform. Generasjon 3 omfatter journaløsninger med funksjonalitet og egenskaper som tilgjengeliggjør evidensbasert beslutningsstøtte til brukerne og støtter flere fagområder og spesialiteter, samt tilbyr funksjonalitet som muliggjør aktiv involvering av innbyggerne. En egenskap ved disse journaløsningene er at de har høyt utviklede og omfattende informasjonsmodeller, og kan håndtere både strukturerte data, semi-strukturert informasjon og tekstbasert informasjon.

Fremtidens helse- og omsorgstjenester vil stille større krav til åpenhet og samhandling på tvers av helsevirksomheter. Gartner identifiserer at mer komplekse systembehov knyttet til samarbeid, analyser og varslinger, samt persontilpasset innhold for innbyggerne, ikke kan løses basert på generasjon-3-journaløsninger. Selv om behovene kombineres og integreres i en megasuite-løsning vil dette ikke være tilstrekkelig for å løse de mer komplekse behovene eller kunne utnytte potensialet i nye teknologier, som kunstig intelligens, avstands- og sensorteknologier og avansert beslutningsstøtte. I stedet vil det være behov for en mer robust klinisk plattform som vil være like transformativ som overgangen fra andre- til tredjegerasjons journaløsninger.

Vurderingene fra Gartner understøttes også av trendanalyser gjennomført av andre analysebyråer. IDC definerer EHR 2.0 som en neste generasjons journalløsning basert på plattformfilosofi. IDC mener at dette vil være eneste mulige tilnærming for å kunne utnytte

teknologier som kunstig intelligens (AI), robotteknologi, samt data fra velferdsteknologi og andre personnære enheter. De anfører at neste generasjon EHR vil være basert på åpne grensesnitt der tredjepartsleverandører vil kunne utvikle tilleggsfunksjonalitet tilpasset ulike helsepersonellgrupper og innbyggere med ulike behov. Neste generasjons journalplattformer vil betjene ikke bare enkelte virksomheter, men et økosystem av virksomheter og helhetlige helsesystemer.

En analyse av leverandørmarkedet viser imidlertid at det per dags dato ikke finnes velutviklede plattformløsninger tilrettelagt for helse- og omsorgstjenesten. Å realisere felles journalløsning som en plattform, vil dermed måtte skje gjennom en av to mulige tilnærminger:

1. Ta utgangspunkt i en plattformteknologi, med sterke integrasjonskapabiliteter og en omfattende informasjonsmodell tilpasset behovene hos helse- og omsorgstjenestene. I denne strategien må funksjonalitet for helsepersonell og innbyggere utvikles eller settes sammen gjennom å integrere flere mindre omfattende journalløsninger.

Det finnes et fåtall leverandører som i dag kan sies å ha en plattform med en tilstrekkelig omfattende og tilpasset informasjonsmodell som kan understøtte helse- og omsorgstjenester, og som har kjernefunksjonalitet som kan understøtte et så bredt spekter av helsepersonell som de som skal benytte felles kommunal journalløsning.

De store teknologileverandørene (f.eks. Google, Microsoft) tilbyr teknologier som har de grunnleggende plattformegenskapene, men de har per dags dato begrenset med funksjonalitet rettet mot helsepersonell.

2. Ta utgangspunkt i en sammenhengende journalløsning (EHR) som oppfyller generasjon 3, og som har en tydelig strategi for å utvikle plattformegenskaper. I denne strategien må det stilles krav til åpenhet og endringsevne, samt at dataene er tilgjengelige basert på en standard som er allment tilgjengelig.

Enkelte internasjonale leverandører har de siste årene i økende grad åpnet opp sine løsninger, for å tilby plattformegenskaper. Myndighetskrav for å redusere informasjonsblokkering (se kapittel 2.5.3) er med på å fremskynde denne utviklingen. Det er imidlertid for tidlig å si hvorvidt de tradisjonelle EHR-leverandørene vil lykkes med å møte forventningene knyttet til arkitekturprinsippene om plattformegenskaper.

2.6.2.2 Leverandørmarkedet for journalløsninger

Gjennomgangen av leverandørmarkedet for journalløsninger viser at det er få, om noen, av dagens leverandører til det norske markedet som på egen hånd er i stand til å møte det helhetlige behovet knyttet til felles kommunal journalløsning.

Journalleverandørene har hatt en nisjeorientert tilnærming til markedet, i den forstand at de har tilbudt løsninger for deler av helsetjenesten. Denne tilnærmingen er også et resultat av hvordan virksomhetene historisk har anskaffet journalløsninger. DIPS har hovedsakelig satset på spesialisthelsetjenesten, og har opparbeidet seg en dominerende posisjon i dette markedet. Selskapet betjener i dag ca. 85 prosent av helseforetakene. Fastlegemarkedet er dominert av tre aktører, CGM, Hove Medical og Infodoc, mens pleie- og omsorgsmarkedet domineres av Tieto, Acos (nå en del av DIPS) og Visma.

En ser i økende grad at konkurransen i det nordiske journalmarkedet står mellom et fåtall internasjonale aktører og lokale/regionale aktører som Tieto (Finland), Cambio (Sverige), Systematic (Danmark) og DIPS (Norge). Også amerikanske aktører som Intersystems, EPIC, Cerner og DXC Technology er i ferd med å etablere seg i Europa. Intersystems vant i 2008

kontrakten om National pasientöversikt i Sverige. EPIC har gjennom 2015-2018 vunnet kontrakter i Danmark, Finland og Helseplattformen i Midt-Norge. Cerner har posisjonert seg gjennom oppkjøp av Siemens Healthcare og ved å nylig å vinne kontrakter i Sverige med Region Skåne og Västra Götalandsregion.

I tillegg til de helhetlige journalløsningene, finnes det et marked for spesialistsystemer som er designet for å understøtte særlige behov, for eksempel systemer for anestesi, akuttmedisinsk kjede, laboratorieanalyse, radiologi, medikamentell kreftbehandling, operasjonsplanlegging og særlige behov knyttet til medisinsk-teknisk utstyr og klinisk logistikk.

Det er naturlig å anta at etableringen av felles kommunal journalløsning vil føre til en konsolidering og restrukturering av dagens leverandørmarked for journalløsninger til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Hvor omfattende denne konsolideringen og restruktureringen blir, vil være avhengig av to faktorer:

1. Hvor mange av helsevirksomhetene som velger ikke å ta i bruk felles kommunal journalløsning, og som dermed vil benytte andre løsninger.
2. I hvor stor grad den nye journalløsningen vil baseres på komponenter fra leverandører som leverer til segmenter av markedet i dag.

2.6.2.3 Leverandørmarkedet for løsninger for identitetsstyring

Leverandørmarkedet for identitetsstyringsløsninger er globalt. De fleste leverandørene er amerikanske med enkelte innslag av europeiske leverandører, blant annet fra England, Nederland og Danmark. Flere av disse leverandørene har etablert seg i Norge, eller leverer sine løsninger gjennom norske tredjeparter. Syv aktører dekker halvparten av markedet (11).

I det norske markedet fins det flere leverandører på e-ID og sertifikater, for eksempel BuyPass, Commfides og BankID.

Leverandørmarkedet for identitetsstyringsløsninger vurderes som modent og med god kapasitet. Felles kommunal journalløsning ventes ikke å konkurrere om markedskapasitet med andre tiltak.

2.6.2.4 Leverandørmarkedet for driftstjenester

Leverandørmarkedet for driftstjenester er modent med flere potensielle leverandører. Markedet er under endring fra modeller der kundene enten bygger egne driftssentre eller kjøper dedikerte driftstjenester, til at flere tar i bruk skytjenester. Denne endringen forventes å skje gradvis, hvilket fremgår av tall fra IDC knyttet til utviklingen av infrastruktur og drift i de nordiske markedene. (6)

Noen av de største leverandørene av infrastruktur og driftstjenester til det norske markedet er Tieto Norway AS (inkludert tidligere Evry AS), IBM Norge AS, Sopra Steria AS, Cap Gemini AS, CGI Norge AS, Basefarm AS og DXC Technology Norge AS.

Mange av disse leverer infrastruktur- og driftstjenester basert på egne datasentre i Norge. Noen tilbyr også infrastruktur- og driftstjenester med utgangspunkt i skytjenester levert av f.eks. Amazon Web Services, Microsoft og IBM.

De ledende globale leverandørene av infrastruktur levert som en skytjeneste, er Amazon Web Services, Microsoft, Google og IBM. Microsoft og IBM har per i dag datasenter i Norge. Amazon Web Services har datasenter i Sverige, mens Google har datasenter i henholdsvis Finland og Danmark.

Leverandørmarkedet for driftstjenester vurderes som modent og med god kapasitet. Tiltaket ventes ikke å konkurrere om markedskapasitet med andre tiltak.

2.6.2.5 Leverandørmarkedet for tjenester for kompetanse- og kapasitetsforsterkning

Det finnes et bredt marked med leverandører av ressurser som vil kunne støtte "Akson journal AS" med kompetanse og kapasitet knyttet til utøvelsen av kunderollen og som vil kunne understøtte selskapets styrende og strategiske funksjoner.

Leverandørmarkedet for slike tjenester vurderes som modent og med god kapasitet. Tiltaket ventes i begrenset grad å måtte konkurrere om markedskapasitet med andre tiltak.

2.6.3 Behov for å ivareta helheten i tiltaket

Virksomheten som skal forestå anskaffelsene og realisere løsningen, "Akson journal AS", vil trolig ha begrenset erfaring med denne type anskaffelser. Det er derfor forventet at selskapet vil ha et stort behov for å anskaffe kompetanse- og kapasitetsforsterkning, særlig i programmets første faser.

Det vil imidlertid også ta tid å utvikle gode prosesser og rutiner som sikrer at selskapets ansatte og innleide ressurser jobber helhetlig og effektivt. I tillegg vil løsningen som skal etableres ha høy kompleksitet, både funksjonelt og teknisk. Løsningen vil omfatte mange funksjonelle komponenter med komplekse grensesnitt, og det å etablere en helhetlig og godt brukertilpasset løsning vil være krevende. Det er avgjørende at "Akson journal AS" bygger opp sin evner til å håndtere helheten gjennom å rekruttere ansatte og konsulenter med den nødvendige kompetansen.

Til sammenligning består de aktuelle leverandørmarkedene til dels av ressurssterke leverandører med lang erfaring i å levere den funksjonaliteten som inngår i løsningsomfanget og med omfattende teknisk kompetanse knyttet til systemene som skal leveres. "Akson journal AS" vil ha stort behov for benytte seg av denne kompetansen. Selv med god støtte til kunderollen, vil det være en særlig utfordring for programmet å etablere en helhetlig løsning med en tilstrekkelig indre sammenheng til å understøtte ambisjonen for samhandling mellom brukerne av løsningen. Det vil derfor være behov for å utfordre leverandørmarkedet på å ta en stor del av dette ansvaret.

"Akson journal AS" vil som følge av dette ha behov for å stille høye krav til tilbydernes robusthet og leveranseevne. De valgte leverandørene vil måtte ha kompetanse og kapasitet til å håndtere omfanget i tre dimensjoner:

- a. **Funksjonelt omfang.** Felles kommunal journalløsning skal ha funksjonalitet for alle grupper av helsepersonell og annet personell i kommunal helse- og omsorgstjeneste knyttet til å yte, administrere og kvalitetssikre helsehjelp. Funksjonaliteten må kunne tilpasses de enkelte brukergruppene.
- b. **Tidsomfang.** Felles kommunal journalløsning vil etableres og innføres over en tidsperiode på 5 år. Dette vil stille høye krav til leverandørens evne til å understøtte Programmet Akson journal og "Akson journal AS" med nødvendig kapasitet og kompetanse.
- c. **Innovasjonsomfang.** Levetiden på løsningen er lang, og teknologiutviklingen i helse- og omsorgstjenesten forventes å være omfattende. Dette vil stille krav til leverandørens innovasjonsevne, både evnen til egen utvikling, evnen til å legge til rette for at

tredjeparter kan tilby nye løsninger på toppen av den etablerte plattformen, og evnen til å tilpasse seg samhandlingsbehov mot andre virksomheter og løsninger.

2.6.4 Alternative kontraktstrategier

Analysen av leverandørmarkedet viser at det er et fåtall leverandører som har kapasitet til å levere både kjernefunksjonaliteten som er nødvendig for å understøtte helsepersonells behov og til fullt ut å tilfredsstille arkitekturprinsippene om plattformegenskaper. Det vil derfor være nødvendig å treffe tiltak for å legge til rette for tilstrekkelig konkurranse, særlig i anskaffelsen av journalplattformen. Dette kan gjøres på flere måter:

- a. **Gjennom å åpne for at flere tilbydere sammen eller hver for seg leverer felles kommunal journalløsning.** Dette kan gjøres både ved å fordele det totale behovet på flere anskaffelser og ved å åpne for at hovedleverandører kan benytte underleverandører til leveransene.
- b. **Gjennom å stille moderate krav til at behovene løses gjennom et enhetlig og helintegrert system.** Dette vil gjøre det enklere for flere tilbydere å gå sammen om å tilby det samlede omfanget av funksjonalitet som inngår i anskaffelsene, da det vil bli enklere for tilbyderne å utvikle tilstrekkelige gode integrasjoner mellom delløsninger.
- c. **Gjennom å stille moderate krav i anskaffelsen til at tilbyderne kan demonstrere systemer som er ferdig utviklet og i bruk hos andre kunder.** Dette innebærer at det åpnes for at tilbydere kan tilby systemer som omfatter deler av den funksjonaliteten som etterspørres, og at disse suppleres med nyutviklet funksjonalitet.

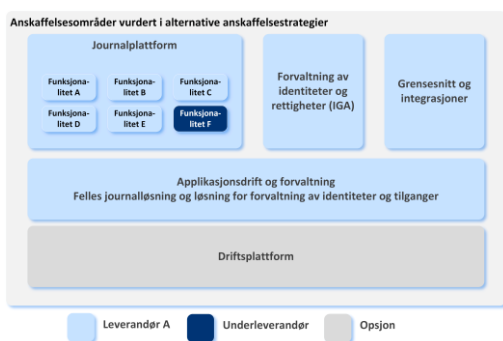
Det vil også være viktig, og i tråd med beste praksis, å basere konkurransegrunnlaget på åpne behovsbeskrivelser og begrense mengden obligatoriske krav til et absolutt minimum, slik at tilbydere i minst mulig grad ekskluderes på grunnlag av enkeltkrav. "Akson journal AS" vil da kunne velge det samlet sett beste tilbudet på tvers av ulike løsningsforslag, og eventuelt supplere de initielle anskaffelsene med anskaffelser av tilleggsfunksjonalitet.

Det er vurdert tre mulige alternative kontraktstrategier for felles journalløsning. Parameterne som har vært benyttet for å definere alternative kontraktstrategier, er antallet anskaffelser det samlede behovet er fordelt på og i hvilken grad det stilles krav til helhet og informasjonsflyt i løsningen.

I alle strategialternativene åpnes det for at flere leverandører kan gå sammen om å levere funksjonaliteten som inngår i anskaffelsesområdet journalplattform, og at det stilles moderate krav i denne anskaffelsen til at tilbyderne kan demonstrere systemer som er ferdig utviklet og i bruk hos andre kunder. I alle strategialternativene vil anskaffelsesområdene **Kompetanse og kapasitetsforsterking** og **Ekstern tilleggsfunksjonalitet** håndteres ved separate anskaffelser.

De tre strategialternativene for felles kommunal journalløsning (inkludert identitets- og tilgangsstyring) er:

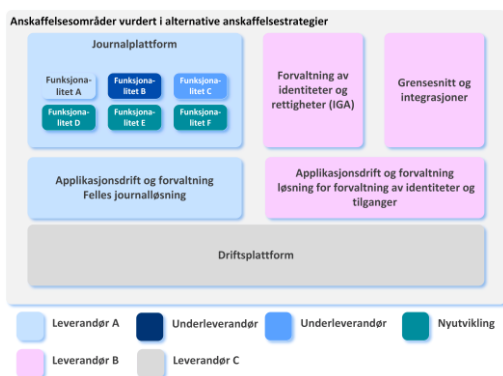
A. En anskaffelse for hele omfanget



Dette alternativet innebærer at man legger anskaffelsesområdene journalplattform, Forvaltning av identiteter og rettigheter, Utvikling av grensesnitt og integrasjoner, Applikasjonsdrift og forvaltning ut i markedet til én leverandør, som tar ansvaret for å levere alt. Tilbyderne kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke nødvendig funksjonalitet, kompetanse og kapasitet, men må ta ansvaret for at felles kommunal journalløsning totalt sett oppfyller behovet og fungerer enhetlig. Det antas at hovedleverandøren vil søke å begrense antallet underleverandører, for å begrense egen risiko knyttet til leveransen.

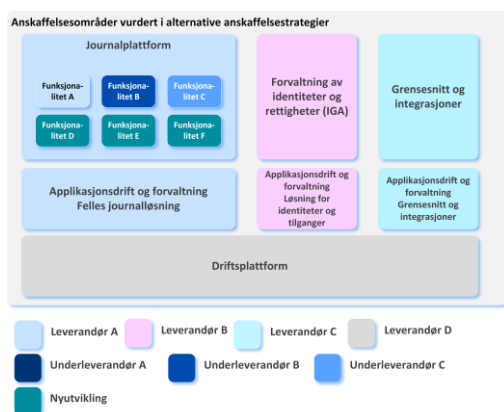
IT Drift inngår i anskaffelsen, men som opsjon, for å gjøre det mulig for flere tilbydere å delta og for å gi kunden handlingsrom til å kunne velge den journalplattformen som har best funksjonalitet.

B. Tre anskaffelser



Det funksjonelle behovet fordeles på tre anskaffelser som legges ut i markedet til tre leverandører: (1) Forvaltning av identiteter og rettigheter samt grensesnitt og integrasjoner, (2) journalplattform og (3) Løsningsplattform, inkludert drift og forvaltning av denne. Tilbyderne kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke nødvendig funksjonalitet, kompetanse og kapasitet, men må ta ansvaret for at leveransene oppfyller behovet og fungerer enhetlig. Det antas at hovedleverandørene på de tre funksjonsområdene i noen grad vil søke å begrense antallet underleverandører, for å begrense egen risiko knyttet til leveransen.

C. En anskaffelse for hvert anskaffelsesområde



Det inngås kontrakt med én leverandør for hvert anskaffelsesområde, men hvor hver tilbyder kan vinne flere kontrakter. Tilbyderne kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke nødvendig funksjonalitet, kompetanse og kapasitet, men må ta ansvaret for at leveransene oppfyller behovet og fungerer enhetlig. Inndelingen av det funksjonelle behovet i flere avgrensede anskaffelser og mer moderate krav til helhet vil kunne gjøre det mer aktuelt for leverandører å tilby løsninger basert på delkomponenter fra underleverandører.

2.6.5 Anbefalt kontraktstrategi

De tre alternative kontraktstrategiene er vurdert mot følgende kriterier:

- Kundens evne til å tiltrekke et tilstrekkelig antall tilbydere med nødvendig kompetanse og kapasitet til konkurransen
- Kundens evne til å håndtere risiko på kundesiden og ivareta helheten i tiltaket

Gitt ambisjonsnivået for samhandling i løsningen og de sterke avhengighetene mellom de funksjonelle komponentene i journalplattformen som dette medfører, er det lagt til grunn at det kun vil være systemleverandørene av slik programvare som vil være i stand til å etablere den nødvendige helheten i journalplattformen innen rammen av en akseptabel risiko. Det er derfor ikke vurdert strategialternativer der "Akson journal AS" tar et ansvar som systemintegrator for journalplattformen.

Med dette som utgangspunkt, er det vurdert at usikkerheten rundt kundens evne til å tiltrekke et tilstrekkelig antall tilbydere med nødvendig kompetanse og kapasitet til konkurransen vil representere den største usikkerheten i etableringen av felles kommunal journalløsning. Det er derfor det lagt til grunn at strategialternativet betegnet som Alternativ C bør legges til grunn for realiseringen av tiltaket. Tabell 15 nedenfor oppsummerer de viktigste elementene i anbefalt kontraktstrategi.

Tabell 15 Anbefalt kontraktstrategi

Element	Beskrivelse
Antall anskaffelser	<p>Følgende seks kontrakter skal inngås:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Journalplattform med applikasjonsdrift og forvaltning av denne • Løsning for forvaltning av identiteter og rettigheter (IGA), og applikasjonsdrift og forvaltning av denne • Kompetanse, kapasitet og verktøy for grensesnitt og integrasjoner, og applikasjonsdrift og forvaltning av disse • Driftsplattform og -tjenester • Tilleggsfunksjonalitet • Kompetanse- og kapasitetsforsterkning (kundestøtte) <p>Det inngås kontrakt med én leverandør for hvert anskaffelsesområde, men hvor hver tilbyder kan vinne flere kontrakter. Tilbyderne kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke nødvendig funksjonalitet, kompetanse og kapasitet, men må ta ansvaret for at leveransene oppfyller behovet og fungerer enhetlig.</p> <p>Inndeling av det funksjonelle behovet i flere avgrensede anskaffelser sammen med moderate krav til helhet i løsningen, vil innebære noe lavere krav til leverandørens robusthet og leveranseevne og vil gjenspeiles i kvalifikasjons- og utvelgelseskriteriene i konkurransen. Dette vil kunne legge til rette for bredere konkurranse om de enkelte kontraktene.</p> <p>Samtidig vil kravet til helhetlige leveranser for hvert av anskaffelsesområdene understøtte kundens behov for styring og kontroll, og dermed evnen til å håndtere risiko knyttet til å ivareta helheten i løsningen.</p>
Anskaffelsesprosess	<p>Det anbefales at anskaffelsene gjennomføres ved dialogbaserte anskaffelsesprosesser, som følger av kompleksiteten i det som skal anskaffes.</p> <p>Anskaffelsen av journalplattform og funksjonalitet for Forvaltning av identiteter og rettigheter gjennomføres ved prosessformen konkurransepreget dialog. Konkurransformen vil gi fleksibilitet til bedre å håndtere avhengigheten mellom de to anskaffelsesområdene og at det vil kunne komme svært forskjellige løsningsforslag i konkurransen om journalplattformen. Konkurransformen medfører ikke i samme grad behov for et detaljert konkurransegrunnlag, hvilket vil kunne bidra til at anskaffelsene kan kunngjøres raskere. Endelig er konkurranseformen godt egnet for å legge til rette for innovative løsningsforslag.</p>
Rekkefølgen for kunngjøring av anskaffelsene	<p>"Akson journal AS" vil ha et umiddelbart behov for Kompetanse- og kapasitetsforsterkning (kundestøtte), som del av arbeidet med å forberede de øvrige anskaffelsene. Dette ville kunne gjennomføres i form av en enklere anbudskonkurranse der det velges én eller flere leverandører som (til sammen) dekker behovet.</p> <p>Anskaffelsen av journalplattformen vil erfaringsvis være den av de øvrige anskaffelsene som vil ta lengst tid, og bør kunngjøres så snart konkurransegrunnlaget for denne er klart. Anskaffelsen av Løsning for identiteter og rettigheter vil ha særlige avhengigheter til anskaffelsen av journalplattformen, og bør gjennomføres (delvis) i parallell med sistnevnte, slik at anskaffelsene kan koordineres. Anskaffelsene av Kompetanse, kapasitet og verktøy for grensesnitt og integrasjoner samt driftsplattform og -tjenester må gjennomføres slik at kontrakt er inngått innen det blir behov for disse tjenestene i forbindelse med etableringen av løsningen. Anskaffelser av Tilleggsfunksjonalitet vil kunne gjennomføres i forbindelse med etableringen av løsningen eller senere etter behov, og vil antagelig utgjøre mer avgrensede og mindre kompliserte anskaffelser fra enkeltleverandører.</p>

2.7 Strategi for oppslutning og deltakelse

Den viktigste driveren for usikkerhet i nytte er omfanget av deltakelse fra kommuner og fastleger. For å få forpliktelsesavtaler fra kommunene, mobilisere fastleger til deltakelse, og oppnå deltakelse fra kommuner som ikke forplikter seg i innledende faser, vil måten "Akson journal AS" arbeider med involvering, forankring og engasjering på, samt økonomiske virkemidler spille en rolle.

2.7.1 Tiltak i Programmet Akson journal for å sikre deltakelse

- Forankring og involvering for å sikre at felles kommunal journalløsning ivaretar helsepersonell sine behov, gir virksomhetene bedre styringsinformasjon, og gir pasientene en bedre opplevelse i møte med kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Innføringsarbeid med fokus på å realisere gevinster og minimere ulemper og hindringer i overgangen til ny journalløsning.
- Formell deltakelse og medbestemmelse fra brukerne av felles kommunal journalløsning i gjennomføringen av programmet. Kommuner og helsepersonell vil representeres i gjennomføringen og i styringsmodellen for tiltaket på program- og prosjektnivå.
- Kommunikasjonsarbeid med fokus på å engasjere og dele gode erfaringer og viktigheten av tiltaket for å bedre pasientsikkerheten.

2.7.2 Økonomiske virkemidler

Økonomiske virkemidler for å sikre deltakelse, vil ligge utenfor handlingsrommet til "Akson journal AS". Noen av de økonomiske virkemidlene, som finansieringsmodellen for tiltaket, vil være avklart før oppstart av gjennomføring og vil ligge som en rammebetingelse for "Akson journal AS". Andre virkemidler er det opp til hver enkelt kommune eller staten ved Helse- og omsorgsdepartementet å beslutte. Mulige økonomiske virkemidler er:

- Staten bidrar med finansiering til programaktiviteter i det sentrale programmet. Dette gir en lavere total kostnad for kommunene enn dersom dette skulle finansieres utelukkende av kommunene.
- Det kan etableres incentivordninger der enten kommunene eller staten belastes kostnadene. Kommunene må uansett holde kostnaden til de av fastlegene som er ansatt i kommunene, men kan etablere hel eller delvis kostnadsdekning (for eksempel 8.2-avtaler) mot de av fastlegene som er selvstendig næringsdrivende. Dersom staten skal belastes kostnaden, er det nærliggende å tenke på refusjonstakstene. En slik ordning kan være noe vanskeligere å målrette, da også fast ansatte fastleger krever refusjonstakster på vegne av kommunen.
- Kommunene kan gjennom tilskuddsordninger (for eksempel skjønnsmidler fra fylkesmannen) søke om støtte til det lokale arbeidet eller nødvendig oppgradering av lokal infrastruktur i forbindelse med innføring av felles journalløsning. Kommuner som deltar aktivt i tidlige faser kan få dekket noen av kostnadene knyttet til denne deltakelsen fordi den kommer alle kommunene til gode. Hvorvidt tilskudd kan gis gjennom eksisterende ordninger eller om det er behov for nye tilskuddsordninger må vurderes dersom det blir aktuelt å vurdere denne typen virkemidler.

Kostnaden knyttet til en egen takst i takstsystemet for fastleger og en egen tilskuddsordning for kommuner med stort investeringsetterslep inngår ikke i kostnadsestimatene for tiltaket på

nåværende tidspunkt. Hvis det blir aktuelt å vurdere bruk av denne typen virkemidler, må kostnaden vurderes opp mot nytten av høyere deltakelse i tiltaket.

2.7.3 Krav til journalløsningenes samhandlingsevne

Direktoratet for e-helse har som myndighet fått i oppdrag å utrede funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren, inklusiv obligatorisk bruk av nasjonale samhandlingsløsninger, se vedlegg O Funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren. Det er sannsynlig at kravene til løsningene stegvis blir mer omfattende i perioden frem mot 2030, noe som innebærer at kostnaden og risikoen ved å gjøre tilpasninger i egne systemer øker utover i perioden.

Det er rimelig å anta at slike høyere krav vil føre til at flere vil vurdere muligheten til å ta i bruk felles kommunal journalløsning. Alternativt vil aktørene selv måtte sørge for å stille krav til sine leverandører og sikre nødvendig innføring av disse.

Norsk Helsenett SF har oversikt over alle leverandører som har gjennomført en eller flere samsvarstester for profiler av meldingsstandarder beskrevet i "Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten". (12) Oversikten viser at selv om det finnes forskriftsfestede krav til standarder som skal benyttes, blir ikke kravene nødvendigvis fulgt. Uten noen former for sanksjonsmuligheter er det sannsynlig at det fortsatt vil være virksomheter og aktører som ikke velger å følge kravene og standardene.

2.7.4 Juridisk mulighetsrom og vurdering av behov for pålegg om bruk

Direktoratet for e-helse fikk i oppdraget om forprosjekt også i oppgave å utrede om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge bruk av felles journalløsning og nasjonale samhandlingsløsninger, se vedlegg F Nødvendigheten av å pålegge plikt til å bruke den felles kommunale journalløsningen.

En rettslig vurdering gjennomført av Kluge Advokatfirma, se vedlegg P Rettslig vurdering av muligheten for pålegg, viser at det er mulig innenfor rammen av EØS-regelverket å pålegge både kommuner og fastleger utenfor Midt-Norge å ta i bruk den felles kommunale journalløsningen. Dette forutsetter at det vurderes som nødvendig for realisering av tiltakets mål.

Direktoratet for e-helse vurderer at bruk av økonomiske virkemidler og innføring av krav og standarder til journalløsningene vil kunne øke deltakelsen i tiltaket og dermed understøtte realiseringen av målene. Den langsiktige ambisjonen og full måloppnåelse vil imidlertid først kunne realiseres ved 100 prosent deltakelse fra kommuner og fastleger utenfor Midt-Norge. Direktoratet vurderer det som sannsynlig at det på sikt vil være behov for et lovpålegg hvis man skal nå det langsiktige målet om 100 prosent deltakelse. Det ligger utenfor handlingsrommet til "Akson journal AS" å beslutte obligatorisk innføring av felles journalløsning. Programmet Akson journal vil i sin styring av denne usikkerheten rapportere på forventet deltakelse til styret i "Akson journal AS", og kan anbefale overfor Direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere å ta i bruk pålegg.

2.8 Strategi for innbygger

Et sentralt mål for tiltaket er å bidra til at innbyggere skal møte en koordinert og faglig oppdatert helse- og omsorgstjeneste der nødvendig helsehjelp kan gis med god kvalitet, med

mindre uønsket klinisk variasjon, til riktig tid og der helseopplysninger er tilgjengelig på tvers av virksomheter. Tiltaket skal også bidra til at innbyggere opplever:

- Enkel tilgang til egne helseopplysninger, rettigheter, planer, støtte til valg av helsehjelp og enkelt kunne ivareta egne personvernrettigheter
- Mulighet til dialog og aktivt kunne delta i pasientforløpet for å mestre egen helsetilstand, og kunne gi fullmakt til andre
- Koordinerte offentlige tjenester som henger sammen
- At person- og helseopplysninger sikres mot uriktig bruk og ikke spres til uvedkommende

Erfaringsinnhenting gjort gjennom forprosjektet viser at innbyggere bidrar med nyttige perspektiver og opplevelser knyttet til pasient- og behandlingsforløp, og at det er viktig å ivareta disse perspektivene i hele gjennomføringen. Det er derfor vurdert som en kritisk suksessfaktor at innbyggerperspektivet ivaretas, og at innbyggere involveres og sikres reell medvirkning og innflytelse på utformingen av felles kommunal journalløsning.

For å sikre at innbyggerperspektivet ivaretas, vil det i programmet opprettes en egen fagansvarlig for dette (fagansvarlig innbygger), og programmet vil rekruttere innbyggerrepresentanter til programmet. Særlig i etablerings- og tilpasningsfasen vil det være viktig å involvere innbyggere for å sikre at løsningene designes og tilpasses på en måte som ivaretar deres behov. Innbyggere vil derfor ha en viktig rolle med blant annet å utarbeide innbyggerhistorier til bruk i programmet gjennom alle faser, samt inngå i de ulike delprosjektene som skal designe løsningene innenfor og på tvers av ulike tjenesteområder. Fagansvarlig innbygger vil sitte i felles faglig beslutningsgruppe i den helsefaglige beslutningsstrukturen. For å sikre et bredt perspektiv vil innbyggerne rekrutteres basert på representasjon av ulik alder, kjønn, språk, behov, geografi og utdanning. Det vurderes hensiktsmessig at pasient- og brukerorganisasjoner konsulteres i forbindelse med rekrutteringen.

En viktig jobb for fagansvarlig innbygger er også å ivareta det helhetlige innbyggerperspektivet, på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer (se kapittel 2.11.5.5). I tillegg til at det rekrutteres innbyggerrepresentanter til programmet vil fagansvarlig innbygger også ha ansvar for å etablere en referansegruppe i form av et innbyggerpanel som skal gi sine innspill på hvordan felles kommunal journalløsning bør utformes fra deres perspektiv. Fagansvarlig for innbygger skal også sikre oppfølging av innspill fra panelet i programmet og prosjektene. Innbyggerpanelet er nærmere beskrevet i kapittel 2.11.5.1.

2.9 Strategi for helsefag

Involvering av helsepersonell i programmet, riktig helsefaglig kompetanse og bred medbestemmelse fra helsepersonell er en viktig suksessfaktor, og avgjørende for å håndtere usikkerhet og risiko i Programmet Akson journal.

Felles kommunal journalløsning vil gi nye muligheter for å tilgjengeliggjøre kunnskaps-, prosess- og beslutningsstøtte. I dag er det ulik bruk av evidensbasert kunnskap, bruken avhenger av blant annet tilgang på kunnskapsressurser i virksomheten, samt hvilke ressurser som avsettes til faglig oppdatering. Med felles kommunal journalløsning vil det bli mulig å tilgjengeliggjøre kunnskap og gi støtte til arbeidsprosessene på en mer enhetlig måte. For å utnytte disse mulighetene vil det, særlig i etablerings- og tilpasningsfasen være behov for å fatte en rekke beslutninger blant annet om hvilket helsefaglig grunnlag som skal ligge til grunn for støtte til arbeidsprosesser, og om design og tilpasning av løsningen. Disse

beslutningene kan berøre eller få konsekvens for utøvelse av helsefag og for helse- og omsorgstjenestene. Beslutningene som tas må baseres på kompetanse innen helsefagene, helse- og omsorgstjenesten, helseinformatikk og helsefaglig terminologi. Dette medfører at programmet må ha ressurser med bred helsefaglig kompetanse. Det bør også sikres erfaringsinnhenting og koordinering med Helseplattformen og andre relevante initiativer. Ansvar for beslutninger om helsehjelp berøres ikke, og ligger til virksomhetene og det enkelte helsepersonell.

For å sikre at beslutningene som tas løser de faktiske helsefaglige behovene, er det viktig at kompetansen innen helsefagene og på helse- og omsorgstjenesten representeres av helsepersonell som til daglig er i klinisk arbeid. Det må derfor hentes inn ressurser fra kliniske tjeneste til å arbeide i programmet, enten på heltid eller deltid, i en lengre periode. Behovene vil variere mellom fasene. Behovene for helsefaglig kompetanse i hovedfasene er presentert nærmere nedenfor.

Helsefag i fase 1: Mobilisering og anskaffelse

I oppstartsfasen vil helsepersonell mobiliseres for å ivareta behov for helsefaglig kompetanse i programmet. Helsepersonell i programmet og i kommunenes nettverksstruktur vil innledningsvis ha en viktig rolle med hensyn til å sikre forankring og å skape eierskap til felles journalløsning blant potensielle brukere innenfor sine fagområder. Det skal også startes kartlegging av dagens arbeidsprosesser og hva som finnes av helsefaglig grunnlag. Med helsefaglig grunnlag menes eksempelvis helsefaglig kunnskap, lover og regelverk, nasjonale faglige retningslinjer, fagprosedyrer og andre normerende produkter. Dette er viktig informasjonsgrunnlag for utvikling og tilpasning av løsningen som kommer i neste fase av gjennomføringen.

I anskaffelsesfasen er bred helsefaglig kompetanse viktig i forbindelse med utarbeidelse av konkurransegrunnlag. Helsefaglig kompetanse vil også være sentralt i leverandørdialogen. For å ivareta behovet vil det i denne fasen etableres team med nødvendig kompetanse innen helsefagene, helse- og omsorgstjenesten, og helseinformatikk inkludert helsefaglig terminologi. For å sikre overordnet koordinering og ivareta behov for et faglig eskaleringsnivå etableres det på programnivå en rolle som fagansvarlig.

Helsefag i fase 2: Etablerings-, tilpassnings- og utviklingsfasen

I etablerings- og tilpassningsfasen skal løsningen konfigureres og utvikles. Det vil være nødvendig å fatte svært mange beslutninger med konsekvenser for utøvelse av helsefag, for arbeidsprosessene og for helse- og omsorgstjenestene. Valg som må tas inkluderer blant annet felles konfigurering, hvilke opplysninger som skal dokumenteres strukturert, hvilken kunnskapsstøtte som skal gis og hvordan denne skal vises, samt grunnlag for og oppsett av prosess- og beslutningsstøtte. Valgene som tas skal bidra til å:

- Understøtte hver helsepersonellgruppes behov slik at oppgaver og arbeidsprosesser er optimale
- Understøtte koordinering mellom helsepersonell som samhandler gjennom felles journalløsning
- Understøtte helhetlig samhandling

I denne fasen er det også viktig at beslutningene som tas ivaretar balansen mellom nytte av nasjonal standardisering og behovet for lokal tilpasning. Balansen mellom en løsning som er konsistent og ønsker om spesialisert funksjonalitet må også ivaretas, på samme måte som nytten av muligheter for innhenting av data for statistikk-, styring- og kvalitetsforbedrings-

formål må sees i sammenheng med eventuelle endringer i arbeidsbelastning for helsepersonell.

Oppgavemengden og antall beslutninger som skal fattes vil i denne fasen være betydelig større enn i anskaffelsesfasen. Ressursbehovet for helsefaglig kompetanse vil derfor økes, og flere ressurser må hentes inn. For å sikre kontinuitet i arbeidet er det viktig at ressursene fra anskaffelsesfasen er med også over i denne fasen. Behovet for et stort antall helsefaglige beslutninger innenfor et begrenset tidsrom gjør det nødvendig å etablere en effektiv beslutningsstruktur, denne er nærmere beskrevet i 2.11.5.4. Strukturen må sikre at beslutninger i programmet løser de faktiske helsefaglige behovene, men samtidig ivaretar hensyn til arkitektur, og behov i andre løsninger, eksempelvis identitets- og tilgangsstyring.

Helsefag i fase 3: Innføring

I denne fasen vil programmet blant annet forberede endringer i arbeidsprosesser og eventuelle endringer i oppgaver og ansvar mellom helsepersonell. Kompetanse om helsefag og helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for å forberede og gjennomføre denne endringen. I tillegg vil helsepersonell være sentrale i å utvikle og kvalitetssikre opplæringsmateriell. Helsepersonell i lokale mottaksprosjekter vil være sentrale i nødvendige forandlingsprosesser, som prosjektressurser, i å lage gevinstrealiseringsplaner, gjennomføre nullpunktmålinger, oppgradere infrastruktur og starte arbeidet med endringer i arbeidsprosesser.

Helsefag i fase 4: Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU)

Den helsefaglige kompetansen og deler av beslutningsstrukturen som etableres må videreføres også i FDVU-fasen for å sikre at det helsefaglige perspektivet ivaretas i beslutninger knyttet til forvaltning og videreutvikling av felles journalløsning.

2.10 Strategi for håndtering av interessekonflikter

Det store omfanget av interessenter gjør at det på et operativt nivå kan være behov og interesser som står i motsetning til hverandre. Dette kan skape interessekonflikter i gjennomføringen av tiltaket, og ekstern kvalitetssikrer i KS1 anbefalte at det ble gjort en prioritering av potensielle interessekonflikter for å redusere risikoen i videre gjennomføring.

Forprosjektet har identifisert tre overordnede interessebehov som alle må dekkes for å realisere målet med felles kommunal journalløsning. I ulike situasjoner kan imidlertid disse komme i konflikt med hverandre. Dette er konflikter som finnes i dag og som ikke nødvendigvis er konflikter spesifikt knyttet til dette tiltaket, men som kommer som en konsekvens av både digitalisering generelt og styrking av pasient- og innbyggerrollen.

Det er utfordrende å gi en generell prioritering av disse behovene, fordi den riktige prioriteringen vil være avhengig av situasjonen, og innenfor hvert behov vil det være et stort spenn i konsekvens. Det viktigste tiltaket for å håndtere og minimere interessekonflikter vil derfor være å ansvarliggjøre de sentrale interessentene gjennom formell deltakelse og involvering i programorganisasjonen og prosjektene. Se for øvrig strategi for innbygger (kapittel 2.8) og helsepersonell (kapittel 2.9). Den daglige styringen av programmet må deretter legge vekt på å balansere interessentenes behov løpende, slik at flest mulig hensyn blir ivarettatt.

Dersom det likevel oppstår situasjoner der behovene må veies opp mot hverandre og prioriteres, er vurderingen at prioriteringen nedenfor som utgangspunkt bør legges til grunn. Hvert enkelt tilfelle må vurderes ut fra situasjonen, slik det gjøres i dag.

1. Hensynet til personvern og informasjonssikkerhet
2. Behov for funksjonalitet som ivaretar pasientsikkerheten og understøtter helsepersonell sine arbeidsprosesser på en effektiv måte
3. Hensynet til fleksibilitet og endringsevne i arkitekturen for å legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren

Begrunnelsen for denne prioriteringen er som følger:

Hensynet til personvern og informasjonssikkerhet har høyest prioritet. EUs personvernforordning og personopplysningsloven, sikkerhetsloven, EUs direktiv om sikkerhet i nettverk og informasjonssystemer (NIS-direktivet), EUs forordning om elektronisk identifikasjon og tillitstjenester for elektroniske transaksjoner i det indre markedet (eIDAS-forordningen) og Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren ligger som rammebetingelser for konseptet, og gjennomføringen må forholde seg til krav og retningslinjer som følger av dette regelverket.

Retten til personvern og retten til kontroll på spredning av personopplysninger er rettigheter innbyggerne har og er forankret i både den europeiske menneskerettighetskonvensjonen og grunnloven. At innbyggerne opplever trygghet for at helseopplysninger ikke kommer på avveie er viktig for tilliten til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Hvis innbyggere ikke opplever denne tryggheten kan de holde viktig informasjon tilbake fra helsepersonell, som kan gå på bekostning av pasientsikkerheten.

Behov for funksjonalitet som ivaretar pasientsikkerheten og understøtter helsepersonell sine arbeidsprosesser på en effektiv måte er prioritert nest høyest. For å realisere effektmålene for konseptet er det sentralt at helsepersonell opplever å få en løsning som gir dem bedre støtte i sin arbeidshverdag, både knyttet til faglige vurderinger, tilgang på helseopplysninger og mer effektiv dokumentasjon.

Hensynet til fleksibilitet og endringsevne i arkitekturen for å legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren er viktig fordi gjennomføringen av konseptet går over lang tid og krever en betydelig investering. Dette er reflektert i kravene til konseptet, som sier at konseptet skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren og kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, for eksempel ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten, samt endret organisering i, eller sammenslåing av, kommuner. I en situasjon der dette hensynet må veies opp mot de andre hensynene bør det likevel få lavest prioritet.

2.11 Organisering og ansvarsdeling

Gjennomføringen av felles kommunal journal organiseres som et program (Programmet Akson journal), og programmet vil innledningsvis bestå av fem prosjekter:

1. Prosjekt Journal
2. Prosjekt identitet og tilgangsstyring
3. Prosjekt Integrasjoner
4. Prosjekt Drift og forvaltning
5. Prosjekt Innføring

Prosjekt 1-4 knytter seg til anskaffelser av produkter og tjenester og innebærer oppgaver knyttet til å utarbeide kravspesifikasjon og konkurransegrunnlag, samt evaluere og gjøre nedvalg av leverandører før det til slutt inngås kontrakter. Alle anskaffelsene vil være

komplekse og ressurskrevende, samtidig som det vil være til dels ulikt behov for fagkompetanse i de ulike anskaffelsene.

I tillegg til anskaffelsesprosjektene må det allerede ved oppstart av programmet etableres et innføringsprosjekt for å forberede innføring i kommunene. Innføringsprosjektets oppgave vil i første omgang være å bidra til forankring og oppslutning rundt programmet i kommunene, bistå i etablering av mottaksprosjekter, samt utarbeide krav og metodikk til de forberedelsesaktivitetene som må gjennomføres i kommunene.

Opgavene i prosjektene og behovet for ressurser og kompetanse vil endre seg over tid, og gjennom ulike faser. Organisering av prosjektene vil derfor også kunne endres over tid. I utgangspunktet vurderes det imidlertid at hovedprosjektinndelingen vil bestå gjennom hele programperioden. Dette skyldes et behov for kontinuitet, og at det er ønskelig at man fra oppstart ivaretar hensyn til etablering- og tilpasningsfasen og innføringsfasen, samt forvaltning, drift, vedlikehold og utviklingsfasen.

Beste praksis i form av rammeverkene MSP for programstyring og Prince2 for prosjektstyring legges til grunn i gjennomføringen.

2.11.1 Ansvaret for programmet legges til "Akson journal AS"

Forprosjektet legger, som beskrevet i kapittel 1.1.5.3, til grunn at ansvaret for å anskaffe, etablere, drifte, forvalte og videreutvikle felles kommunal journalløsning vil legges til et aksjeselskap "Akson journal AS" med kommunalt majoritetseierskap.

Organisering av kommunenes eierskap må avklares i forbindelse med etableringen av selskapet. Det langsiktige målet for tiltaket er at felles kommunal journalløsning skal innføres i alle kommuner utenom Midt-Norge. Alle kommunene forventes imidlertid ikke å delta i etableringen av selskapet og gå inn som eiere fra oppstarten av selskapet. Det er naturlig å anta at det innledningsvis er et mindre antall kommuner som ønsker å gå i front og etablere selskapet sammen med staten.

Kommunene som innledningsvis er med på å opprette og etablere selskapet vil sammen med staten utforme aksjonæravtaler og vedtekter for selskapet m.m. Det er også disse som sammen med staten vil utpeke styre for selskapet. Kommunene som deltar i etableringen av selskapet, vil dermed ha en betydelig innflytelse på innretningen av selskapet og Programmet Akson journal.

Etter hvert som flere kommuner beslutter å ta i bruk felles kommunal journalløsning, vil disse også, avhengig av hvordan aksjonæravtalene utformes, kunne tre inn på eiersiden og utøve sin innflytelse. Et alternativ, for kommuner som ønsker å forplikte seg til deltakelse i senere faser, vil også kunne være ta i bruk løsningen gjennom et offentlig-offentlig samarbeid uten at de blir medeiere i "Akson journal AS". Disse kommunene vil imidlertid ikke kunne utøve en eierinnflytelse over selskapet.

2.11.2 Ansvarsdeling mellom programorganisasjon og kommunene

Felles kommunal journalløsning skal innføres i ulike virksomheter spredt i opptil 291 kommuner. For å kunne innføre løsningen vil en rekke forhold måtte være på plass lokalt i de enkelte kommunene, og det må etableres et sterkt lokalt eierskap til endringene som må gjøres.

Det er derfor behov for tydeliggjøring av hvilket ansvar som skal ligge til Programmet Akson journal, og hvilket ansvar som skal ligge i kommunene med støtte fra lokale mottaksprosjekter. Overordnet er ansvarsfordelingen som beskrevet i Tabell 16.

Tabell 16 Ansvarsdeling mellom programorganisasjonen i "Akson journal AS" og linjevirkosomheter

Nivå	Ansvar
Programmet Akson journal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anskaffe løsningene 2. Etablere og tilpasse løsningene <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for nødvendige helsefaglige beslutninger. • Teste løsningene • Krav og retningslinjer til forberedelser i kommunene 3. Innføring <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide og tilgjengeliggjøre metodikk og malverk for gjennomføring • Utarbeide og prøve ut opplærings- og kommunikasjonsmateriell • Bidra med kontinuerlig støtte og veiledning i innføringsarbeidet • Dokumentere og sikre erfaringsoverføring og læring • Ansvar for evaluering av innføringen i samarbeid med kommunene 4. Sentral gevinstforvaltning <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre nullpunktsmålinger for sentrale gevinstrealiseringsplaner (se vedlegg K Gevinstrealiseringsplaner) samt rapportere og følge opp disse • Utarbeide verktøy, maler og veiledninger for lokalt gevinstarbeid • Bidra med støtte og faglig sparring i gevinstarbeidet 5. Overlevere til drift- og forvaltning 6. Understøtte kommunenes beslutningsprosesser <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide forslag til saksunderlag som kommunene kan benytte i sine beslutningsprosesser
Kommunene støttet av felles mottaksprosjekt	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidra med kompetanse og ressurser til programorganisasjonen, samt forankre og etablere endringsledelse lokalt 2. Sørge for tilstrekkelig forankring og eierskap blant helsepersonell 3. Implementere løsningene lokalt <ul style="list-style-type: none"> • Gjøre nødvendige forberedelser og endringer, både organisatoriske og nødvendig lokal infrastruktur • Sikre tilstrekkelig opplæring av brukerne av løsningene • Sikre erfaringsdeling 4. Opprettholde tilfredsstillende pasientsikkerhet og behandlingskvalitet i innføringsfasen 5. Realisere gevinster av løsningene <ul style="list-style-type: none"> • Etablere og følge opp lokale gevinstrealiseringsplaner, (herunder gjennomføre nullpunktsmålinger for de lokale gevinstene) • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Gjennomføre endringer i organisering og arbeidsprosesser for å utnytte potensialet i nye løsninger

Enkelte sentrale beslutninger må også som beskrevet i kapittel 2.2.1.5 fattes i den enkelte kommune, og ikke i programmets styringslinje. Dette omfatter beslutninger om å inngå intensjonserklæringer, inngå forpliktelsesavtaler, samt endelige beslutninger om kjøp og lokal

sentrale tema og beslutninger i programmet som kan ha direkte innvirkning på kommunenes virksomheter. Eiermøte vil sikre eierne en mer direkte innflytelse i programmet og samtidig bidra til tydeliggjøring rundt endringer som må gjøres i de enkelte virksomhetene for å bidra til måloppnåelse. Endelig organisering og innretning av eiermøtene vil bestemmes av eierne. I en innledende fase vil det trolig være et begrenset antall eiere for "Akson Journal AS". Over tid, når antallet kommuner som trer inn på eiersiden økes, må det vurderes om det skal etableres eierutvalg eller lignende for å representere eierinteressene inn i eiermøtet.

Enkelte beslutninger vil også kunne påvirke kommunenes evner og muligheter til å ivareta ansvaret for informasjonssikkerhet og personvern, ansvaret for å yte helsetjenester, samt ha betydning for øvrige IKT systemer eller økonomien i kommunene. Denne type beslutninger vil være viktig å drøfte med brukerne. Det foreslås derfor at programeier gis ansvaret for å opprette egne styringsråd for disse områdene som skal konfereres for å sikre at beslutninger som fattes er i tråd med hva eiere og brukere kan akseptere og finner hensiktsmessig.

I programmets styringslinje skjer styringen av prosjektene gjennom formelle vedtak, styringsdokumenter og styringsdialogen mellom styret i "Akson journal AS", programeieren og prosjekteierne. Eierne av "Akson journal AS" fastsetter rammene for programmet gjennom et mandat til styret. Styret beslutter programeierens mandat i tråd med føringene fra eierne.

Programeieren fastsetter mandatene for programlederen, endringseierne, endringsansvarlig og eierne av de enkelte prosjektene. Prosjekteierne utpekes av programeier. Prosjektstyrene bistår prosjekteieren. Prosjekteieren beslutter mandatet for prosjektlederen. Programmet skal legge til rette for at de underliggende prosjektenes leveranser realiserer gevinster. Endringseierne og endringsansvarlig har en avgjørende funksjon i dette arbeidet, og skal sikre at de nye løsningene og nye arbeidsprosesser blir implementert i linjen slik at de forventede gevinstene blir realisert.

Grunnet det store omfanget av virksomheter som berøres vil kommunesiden organiseres i en regionstruktur. Strukturen legger til rette for et regionalt endringsnettverk bestående av flere nivåer av endringsledere og endringsagenter helt ut til den enkelte virksomhet. Sentrale beslutninger knyttet til intensjonserklæringer, forpliktelsesavtaler og kjøp må uansett fattes i den enkelte kommune. Programmet og den kommunale regionstrukturen må imidlertid legge til rette for at disse beslutningene kan fattes effektivt for å sikre nødvendig fremdrift.

Mandatene for alle rollene må ha tydelige fullmakter. De ulike rollene i program- og prosjektstyringen er ansvarlig for å eskalere til det neste eskaleringsnivået hvis saker går utenfor fullmaktene, eller det er risiko for at de går utenfor.

2.11.4 "Akson journal AS" sitt overordnede ansvar

"Akson journal AS" primære oppgave vil være å gjennomføre Programmet Akson journal slik det er beskrevet i dette styringsdokumentet. Styret i "Akson journal AS" vil dermed, innenfor de rammene som gis av eierne, ha det overordnede faglige og økonomiske ansvaret for programmet og beslutningene som tas der. Styret vil blant annet være øverste ansvarlige for å:

- Definere strategisk retning for programmet
- Etablere rapporteringsrutiner og sikre at programmet gjennomføres i tråd med mandatet som er gitt
- Sikre programmet de nødvendige finansielle rammebetingelsene
- Styre usikkerhetsavsetningen for journalløsningen, som beskrevet i kapittel 2.11.6

"Akson journal AS" må også etablere en samarbeidsmodell og tjenesteavtaler med virksomhetene som skal benytte felles kommunal journalløsning, samt med virksomheter og programmer hvor det er viktige avhengigheter og behov for koordinering, for eksempel Norsk Helsenett SF og Programmet Akson samhandling. I tillegg vil selskapet måtte forholde seg til helsefaglige myndigheter og andre aktører i helsesektoren.

Forprosjektet anbefaler at dataansvaret for felles journalløsning plasseres hos "Akson journal AS" (se vedlegg M Overordnet personvern vurdering for vurderinger knyttet til plassering av dataansvar). De enkelte virksomhetene vil fortsatt måtte ha et ansvar knyttet til behandlingen av helseopplysningene. Kapittel 6 peker på behovet for at det i det videre arbeidet må gjøres en vurdering av blant annet hvilke ansvar og plikter som fortsatt vil ligge hos virksomhetene og hvordan virksomhetene skal kunne påvirke og styre.

Når felles kommunal journalløsning blir innført vil "Akson journal AS" også være ansvarlig for at alle oppgaver knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU) blir ivaretatt, herunder:

- Være ansvarlig leverandør overfor virksomhetene som omfattes av tiltaket.
- Eie og forvalte kontrakten(e) med leverandøren(e) av løsningene og eventuelle driftsleverandører for løsningene, samt med andre underleverandører.
- Bestemme sourcingstrategi og leveransemodell på operasjonelt nivå, innenfor rammer gitt av eier. Dette vil innebære å beslutte hva "Akson journal AS" skal gjøre selv og hva som eventuelt kan kjøpes i markedet.
- Være ansvarlig for forvaltningen og videreutviklingen av løsningene, herunder feilretting, endringsbehov og eventuell utvikling av ny funksjonalitet, samt ivaretagelsen av personvern og informasjonssikkerhet.

2.11.5 Organisering av programmet og prosjektene

Styringsstrukturen for programmet skal inneholde tydelige styrings- og ansvarlinjer fra topp til bunn. Strukturen skal bidra til at programmet:

- Hele tiden er i tråd med de strategiske målene for tiltaket.
- Har tydelig definerte roller og ansvar som gir programmet og prosjektene forutsigbare rammebetingelser.
- Legger de overordnede føringene for prosjektene og deres leveranser.
- Balanserer behovene for fremdrift og forankring i kommunene.
- Er innrettet for oppfølging og støtte til innføring og realisering av gevinster i kommunale virksomheter og for selvstendige næringsdrivende.

2.11.5.1 Programstyring

Nedenfor gis en kort gjennomgang av rollene i programorganisasjonen, og ansvaret som ligger til disse. Rollene beskrives på et overordnet nivå, se MSP og Prince2 for mer detaljerte beskrivelser av rollenes ansvar.

Programeier

Programeier utpekes av styret i "Akson journal AS". Programeieren vil være hovedansvarlig for programmet, og at det når sine mål. Det innebærer å sikre at programmet leverer nye kapabiliteter i tråd med resultatmål slik at de forventede gevinstene kan realiseres.

Programeieren skal dessuten:

- Styre gjennomføringen av programmet, programmets leveranser og implementeringen av leveransene i virksomhetene.
- Håndtere grensesnittet mot sentrale interessenter.
- Informere og involvere styret i "Akson journal AS" og eiermøte om spørsmål knyttet til programmets fremdrift og løsningsvalg.
- Kan forplikte "Akson journal AS" innenfor sine fullmakter i avtaler med andre virksomheter om oppfølging av avhengigheter.
- Overvåke og håndtere programmets strategiske risikoer og muligheter.
- Utnevne og lede programstyret, og fastlegge prioriteringene for styringsgruppen.
- Representerer, eller utpeker andre til å representere, programmet i andre styringsgrupper (eksempelvis programstyre Akson Samhandling).

Det er naturlig at administrerende direktør i selskapet får rollen som programeier.

Programstyre

Programstyrets primære ansvar er å sikre fremdrift i programmet. Det innebærer ansvar for at kapabiliteter leveres, at løsningene implementeres og at det tilrettelegges for at gevinster kan realiseres i virksomhetene.

Programstyret rapporterer til programeier. Programeier kan delegere myndighet til programstyret, men programeier har likevel det øverste ansvaret og beslutningsmyndigheten. Programstyrets mest sentrale oppgaver vil knytte seg til å:

- Bistå programeier med å gjøre strategiske veivalg og gi retning for de underliggende prosjektene.
- Sikre at programmet leverer innenfor sine avtalte rammer (kostnader, fremdrift m.m.).
- Løse strategiske problemstillinger mellom ulike prosjekter i programmet for å avklare retning og sikre fremdrift i programmet.

Programstyret vil som et minimum bestå av programeier, programleder og endringseiere fra kommunesektoren. Som beskrevet nedenfor, vil det utpekes endringseiere fra kommunesektoren som representerer ulike geografiske regioner. Antallet endringseiere som er aktive i programstyret, kan variere med fasene.

I tillegg til disse aktørene bør også pasient- og brukerorganisasjoner være representert i programstyret, samt en fastlegerepresentant (utpekt av legeföreningen) for å sikre at selvstendig næringsdrivende fastlegers interesser ivaretas. En representant fra Programmet Akson samhandling bør også få en plass i programstyret for å sikre koordinering og at gjensidige avhengigheter ivaretas.

Det må løpende vurderes om programstyret også skal utvides med andre aktører, enten permanent eller i ulike faser. Aktuelle medlemmer er KS, andre fag- og profesjonsforeninger og fagmyndigheter.

Programleder

Programeieren utnevner programlederen og beslutter mandat for lederen. Programlederen er ansvarlig for den daglige ledelsen av programmet fra opprettelse, gjennom leveranse av de nye kapabilitetene og frem til avslutning.

Programleder jobber tett sammen med endringseiere (se under). Programleders ansvarsområder vil blant annet være:

- Daglig ledelse av programmet, herunder oppfølging og kontroll med de ulike prosjektene i programmet.
- Sikre at kapabilitetene/løsningene i programmet leveres i tråd med planene.
- Beslutte programmets leveranser innenfor mandatet fra programeieren og gjennomføre beslutningene som programeieren gjør.
- Koordinere prosjekter og innbyrdes avhengigheter.
- Sørge for at det etableres avtaler og felles planer på program- og prosjektnivå for oppfølging av avhengigheter utenfor programmet.
- Være ansvarlig for oppfølging av fremdrift, kostnad, kvalitet, gevinst og risiko, samt sette i verk og følge opp nødvendige tiltak.

Endringseier

Programmet vil medføre behov for endringer i organisering, verktøy, arbeidsprosesser og metoder i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å ivareta kommunale interesser og behov i programmet forslås det at det utpekes endringseiere som representerer kommuner i ulike geografiske områder. Rollen som endringseiere vil typisk fylles av kommunaldirektører eller helse- og omsorgsledere. Endringseierne er ansvarlig for at kapabilitetene/ løsningene som leveres tas i bruk og kan realisere nytte i virksomhetene. Dette innebærer å representere kommunenes interesser og behov i programstyret, samt sikre at kommunene som skal innføre kapabilitetene gjennomfører nødvendige forberedelser, innfører løsningen som avtalt og at gevinster følges opp. Endringseierne må jobbe tett sammen med programleder og endringsansvarlige for å sikre at riktige kapabiliteter leveres.

Ansvar til endringseierne vil primært knytte seg til å:

- Representere kommunenes interesser i programstyret og sikre at riktige kapabiliteter leveres.
- Etablere regionale endringsnettverk for forankring og innføring av journalløsningen i kommunene vedkommende representerer.
- Sikre at nødvendige endringsprosesser planlegges, iverksettes, overvåkes og styres.
- Bistå til at rutiner for måling og oppfølging av de identifiserte gevinstene etableres.

Endringsansvarlig

Programmets endringsansvarlige har ansvar for programmets strategier for endring og gevinstrealisering, samt strategi og metodikk for hvordan endring skal måles og styres gjennom programperioden.

Endringsansvarlig skal i samarbeid med endringseierne ha et helhetlig endringsperspektiv på programmets leveranser og sikre at prosjekter og leveranser svarer ut virksomhetenes behov. Dette medfører behov for tett samarbeid med programleder. Endringsansvarlige skal også sørge for det legges til rette for endringseierne arbeid med å mobilisere det regionale endringsnettverket i de geografiske områdene de representerer, samt bistå endringseiere med hvordan de skal følge opp at nødvendige endringer implementeres og at gevinster følges opp.

Ansvar til endringsansvarlige vil primært knytte seg til:

- Det daglige ansvaret for arbeid med endring- og gevinstrealisering i programmet.

- Etablere sentrale strategier for endringsledelse, endringsmåling/styring og interessenthåndtering.
- Være prosjekteier for innføringsprosjektet.
- Legge til rette for at nødvendige endringsprosesser og gevinster kan planlegges, iverksettes, overvåkes og styres.
- Legge til rette for forankring og innføring i kommunene.

Programsikring (kvalitetssikring)

Programsikringsfunksjonen må være uavhengig av programorganisasjonen. Kvalitetssikringen vil være knyttet til sentrale stopp- og kontrollpunkter. Vi viser til gjennomføringsstrategien (kapittel 2.2) for nærmere beskrivelse av stopp- og kontrollpunkter.

Fagansvarlige

Det vil etableres en gruppe med fagansvarlige som skal sikre at problemstillinger innenfor de respektive fagområdene ses i sammenheng på tvers av prosjektene i programmet og virksomhetsområdene forøvrig. De fagansvarlige skal også sikre koordinering mellom de ulike fagdisiplinene i programmet, og løfte eventuelle interessemotsetninger til programstyret.

Fagansvarlige utpekes av og rapporterer til programleder. De fagansvarlige vil være øverste faglige beslutningsnivå på sine områder. Det vil utpekes fagansvarlige for fire hovedområder:

- Innbygger
- IKT/arkitektur
- Helsefag
- Informasjonssikkerhet og personvern

Disse rollene er nærmere beskrevet i kapittel 2.11.5.4, 2.11.5.5 og 2.11.5.7.

Innbyggerpanel

Fagansvarlig innbygger vil ha ansvar for å etablere en referansegruppe i form av et innbyggerpanel. Innbyggerpanelet skal bidra til å sikre at pasient- og innbyggerperspektivet ivaretas i utformingen av felles kommunal journalløsning. Innbyggerpanelet må ha bred representasjon fra ulike pasient-, bruker-, pårørendegrupper, og medlemmer i panelet bør ha erfaring som bruker av tjenestene fra forskjellige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og representere ulik geografi, kjønn og alder. Pasient- og brukerforeninger vil være naturlig å inkludere i panelet.

Fagansvarlig for innbygger vil ha et særlig ansvar for å løfte saker av betydning for pasienter og innbyggere til brukerpanelet og skal også sikre oppfølging av innspill fra panelet i programmet og prosjektene.

Programkontor og Prosjektstøtte

Programlederen og prosjektlederne støttes av et programkontor. I tillegg vil prosjektlederne støttes av en prosjektstøttefunksjon.

Programkontorfunksjonen ivaretar fellesfunksjoner for hele programmet, det vil si også mange av funksjonene som normalt ligger i et prosjektkontor. En sammenslåing av funksjonene sikrer administrativ effektivitet, forenkler arbeidet med kontinuerlig forbedring og bidrar til bedre ivaretagelse av helhetsperspektivet i programperioden.

Programkontoret koordinerer all informasjon, kommunikasjon, og kontrollaktiviteter og skal blant annet:

- Utvikle og kommunisere felles styrende dokumenter, prosesser, rutiner og maler.
- Følge opp programmet som helhet og prosjektene på økonomi, fremdrift, risiko og planlegging og rapportere til programlederen.
- Koordinere prosjektets prosesser for risiko- og mulighetsstyring.
- Lede og koordinere kvalitetsarbeidet i programmet.
- Sikre at gevinstrealiseringsplanen er oppdatert, samt måle og utarbeide rapporter på programmets fremdrift mot gevinstrealiseringsplanen sentralt.
- Koordinere pågående forskningsaktiviteter.

Funksjonen prosjektstøtte skal blant annet:

- Støtte prosjektleder i den daglige styringen av prosjektet.
- Overvåke delprosjektenes fremdrift og forbruk i forhold til de besluttede rammene.
- Sammenstille rapporteringen fra delprosjekter og rapportere koordinert til prosjektlederen.
- Utvikle prosjektets styrende dokumenter.

Det vises til MSP og Prince2 for ytterligere beskrivelse av oppgavene som legges til programkontoret og prosjektstøttefunksjonen.

2.11.5.2 Prosjektstyring

Prosjektstyringen organiseres i en struktur med prosjekteier, prosjektstyre, og prosjektleder. I det følgende gis en kort gjennomgang av prosjekttrollene og ansvaret som ligger til disse.

Prosjekteier

Prosjekteieren har det overordnede ansvaret for at prosjektet leverer de planlagte leveransene innenfor de besluttede rammene. Programeieren utnevner prosjekteieren.

Prosjekteieren skal blant annet:

- Sikre at prosjektets leveranser leveres i tråd med de besluttede rammene for blant annet tid, kost, risiko og gevinst.
- Godkjenne prosjektets planer, leveranser og ressursstyring.
- Beslutte prosjektets mandat innenfor rammene fra programeieren.
- Styre og kontrollere midlene bevilget til prosjektet.
- Kommunisere med prosjektets eksterne interessenter.

Prosjektstyre

Prosjekteieren for det enkelte prosjekt utnevner og leder prosjektets styringsgruppe. Prosjektenes styringsgruppe består som et minimum av:

- Prosjekteieren
- Representanter fra berørte virksomheter
- Programmets programleder og endringsansvarlig, eller representant for endringseiere
- Prosjektleder

I tillegg til disse er det også aktuelt at representanter for berørte fag og profesjoner, samt innbygger deltar i styringsgruppene for prosjektene.

Prosjektene styringsgruppe skal blant annet:

- Støtte prosjekteieren i styringen av prosjektet.
- Ta eierskap til og ansvar for prosjektets mål, omfang og fremgangsmåter.
- Forankre prosjektet i linjevirkosomhetene, kommunisere retningen, og legge til rette for gevinstrealiseringen i linjen i samråd med endringslederen og de endringsansvarlige i programmet.
- Bidra til tett kontakt mellom prosjektet og linjevirkosomhetene.
- Forberede saker av prinsipiell betydning til prosjekteieren.

Prosjektleder

Prosjekteieren utnevner prosjektlederen. Prosjektlederen er ansvarlig for den daglige styringen av prosjektet. Prosjektlederen skal blant annet:

- Ta beslutninger om prosjektets leveranser, innen rammene satt av de sentrale styringsdokumentene for prosjektet og toleranserammene besluttet av prosjekteieren.
- Styre prosjektets budsjett, og ha oversikt over prosjektets kostnader og gevinster.
- Kommunisere med prosjektets eksterne interessenter i samråd med prosjekteieren.

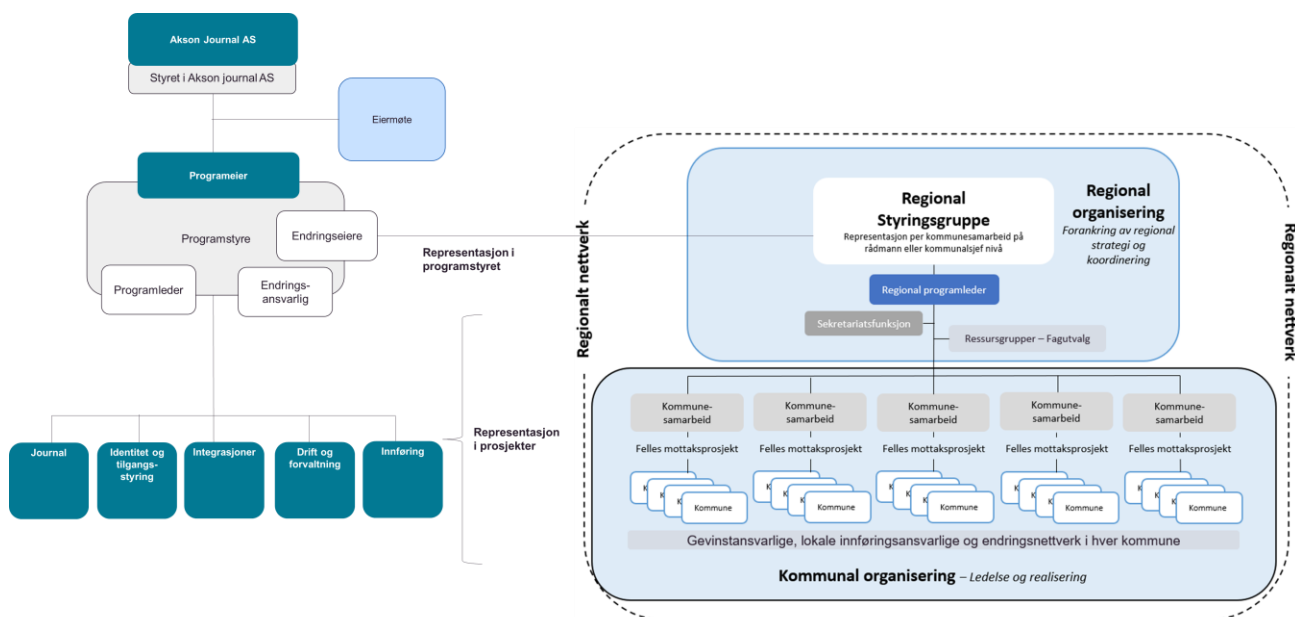
2.11.5.3 Modell for organisering av kommunene

Felles kommunal journalløsning skal innføres i opptil 291 kommuner. Ansvar for endringer og gevinstrealisering ligger til den enkelte kommune, men det vil ikke være praktisk mulig at alle kommunene representeres som endringseiere inn i programstyret vist i Figur 20 ovenfor.

Kommunene må derfor organiseres på en måte som sikrer effektive kommunikasjons-, og forankringsprosesser. Hensikten med modellen beskrevet her er å synliggjøre en mulig struktur for innføring fra programmet og ut i hver enkelt kommune, som samtidig sikrer kommunal representasjon og innflytelse på beslutninger i programmet. Endelig struktur vil måtte konkretiseres senere, og vil kunne variere mellom geografiske områder. Den konkrete utformingen vil trolig variere utfra hvilke interkommunale samarbeidsstrukturer og nettverk som allerede finnes.

Modellen som beskrives her tar utgangspunkt i at kommunal representasjon i programstyret ivaretas av representanter på kommunedirektør-/sjef/rådmannsnivå, som velges fra regionale nettverk på tvers av landet (utenom Midt-Norge). Disse representantene vil ha rollen som endringseiere i programorganiseringen. Modellen forutsetter at hver region tar koordineringsansvar på vegne av de kommunene som inngår i det regionale nettverket og representerer disse i programstyret. Beslutninger om deltakelse i anskaffelsen og innretning av gevinstrealisering fattes i den enkelte kommune som beskrevet i kapittel 2.2.1.5.

Det eksisterer i dag flere regionale nettverk og flere er under etablering. Utviklingen er drevet frem av kommunene selv, med støtte fra KS. Videreutvikling av denne type regionale nettverk ligger til grunn for den modellen som presenteres i Figur 21.



Figur 21 Modell for organisering av kommunene

Modellen er basert på erfaringer og suksessbeskrivelser fra noen av dagens regionale nettverk (RKG e-helse Agder, Digi Rogaland, Digi Hordaland). Disse nettverkene er i stor grad organisert innenfor tidligere fylkesgrenser. Det kan være naturlig å organisere nettverkene i tråd med de 11 nye fylkesgrensene per 01.01.2020, men dette vil måtte avklares i det videre arbeidet med etableringen. Roller og ansvar i modellen er beskrevet i Tabell 17.

Tabell 17 Regional og kommunal organisering

Regional organisering	
Endringseier	<ul style="list-style-type: none"> Endringseier er utvalgt fra styringsgruppen i sin region og representerer regionen inn i programstyret. Endringseier er ansvarlig for at kapabilitetene/ løsningene som leveres tas i bruk og kan realisere nytte i linjeorganisasjonene. Dette innebærer å representere regionens- og kommunenes interesser og behov i programstyret, samt sikre at regionen og kommunene som skal innføre kapabilitetene gjennomfører nødvendige forberedelser, innfører løsningen som avtalt og at gevinster følges opp.
Nasjonalt sekretariat	<ul style="list-style-type: none"> For å samkjøre og koordinere arbeidet i de ulike regionale nettverkene, anbefales det å etablere en nasjonalt sekretariatsfunksjon som støtter prosessene i regioner og kommuner, og fremmer saker av prinsipiell og strategisk karakter til samarbeidsrådet for kommunene og eventuelt nasjonale råd og utvalg for kommunene. Denne funksjonen er foreslått lagt til programkontoret. Programkontoret i Programmet Akson journal vil ha tett dialog med regionale programledere og de regionale sekretariatene beskrevet lenger ned.
Regional styringsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> Den regionale styringsgruppen er sammensatt av et utvalg rådmenn eller kommunalsjefer fra regionen og jobber for å etablere

	<p>og forankre regional strategi og samarbeid, koordinere regionale behov og interesser, samt følge opp og styre programaktiviteter i regionen. Det er regionens styringsgruppe som utpeker endringseier til programstyre, regional programleder og beslutter opprettelse av de mottaksprosjektene regionen til enhver tid trenger.</p>
Regional programleder og regionalt sekretariat	<ul style="list-style-type: none"> Regional programleder skal administrere den regionale styringsgruppens daglige arbeid og sikre kontinuitet og gjennomføringskraft. Sammen med sekretariatsfunksjonen for regionen skal programleder ha ansvar for møteforberedelse, planer, mål og strategier for det regionale nettverket. Den regionale programlederen er et felles kontaktpunkt for programkontoret i Programmet Akson journal, for den enkelte region.
Ressursgrupper/ fagutvalg	<ul style="list-style-type: none"> Ressursgrupper og/eller fagutvalg skal bistå styringsgruppen, og samarbeidet i det regionale nettverket, med faglig kvalitetssikring og rådgivning. Typiske ressursgrupper dette vil kunne gjelde er: <ul style="list-style-type: none"> Helsefaglige representanter Brukerrepresentanter IKT-samarbeid/IKT-avdelinger Systemansvarlige fra kommuner KS e-Komp Saksbehandlerforum Tillitsvalgte <p>Fagpersoner fra disse gruppene i regionen vil også kunne representere regionen med fagkompetanse inn i Programmet Akson journals ulike arbeidsgrupper på prosjektnivå.</p>
Kommunal organisering	
Kommunesamarbeid	<ul style="list-style-type: none"> Mange kommuner inngår i dag i interkommunale nettverk på ulike fagområder og har formelle og/eller uformelle samarbeidsstrukturer med kommuner de grenser til geografisk. Modellen illustrerer at det er disse kommunale samarbeidene innenfor en større region som sammen velger sin representant til den regionale styringsgruppen og som samarbeider om et felles mottaksprosjekt for innføring av felles kommunal journalløsning.
Felles mottaksprosjekt	<ul style="list-style-type: none"> Det anbefales at det, basert på kommunesamarbeidene, etableres felles mottaksprosjekter som skal sikre innføring av <i>felles kommunal journalløsning</i> i kommunene som inngår i samarbeidet. Bakgrunnen for å opprette felles mottaksprosjekter på dette nivået er for å sikre stordriftsfordeler og økt gevinstrealisering (nettverksgevinster). Organisering av mottaksprosjektene vil kunne variere ut ifra kommunestørrelse, intensjonserklæringer etc. Etablering og organisering av felles mottaksprosjekter bør i stor grad styres av de regionale styringsgruppene.
Den enkelte kommune	<ul style="list-style-type: none"> Den enkelte kommune må også rigge seg med flere dedikerte roller. Blant annet skal det utpekes en gevinstansvarlig i kommunen og hver kommune må rigge seg med dedikerte fagressurser på innføring, IKT og helse. Deres oppgave er å koordinere og å legge til rette for innføring sammen med det felles mottaksprosjektet. Størrelsen på ressursavsettelse til å koordinere innføring per

	kommune vil avhenge av kommunestørrelse og kompleksitet. Hver kommune må ta lokalt eierskap til realisering av gevinster.
Virksomheter i kommunen	<ul style="list-style-type: none"> • Dette nivået er ikke tegnet inn i modellen, men representert gjennom beskrivelsen av regionale endringsnettverk. Det viktig at det regionale endringsnettverket strekker seg helt ut i den enkelte virksomhet. Avhengig av størrelse på virksomhetene vil det etableres en gevinsteier for virksomheten som er ansvarlig for at nødvendige endringer skjer og at gevinster realiseres. Gevinsteier bør ha et nettverk av endringsagenter og superbrukere i sin virksomhet som alle bidrar til å sikre at nødvendige endringer kommer på plass. Mellomledere er typisk viktige endringsagenter og superbrukere har et spesielt ansvar for opplæring og teknisk bistand i arbeidshverdagen for å sikre ibruktakelse og rett bruk av løsningen.
Kommunale ressursbidrag i programmets prosjekter	<ul style="list-style-type: none"> • Det er behov for å sikre riktig kompetanse i den kommunale deltakelsen i respektive prosjekter i programmet. Ressursbidrag meldes inn fra de deltakende kommunene og velges ut av programledelsen.

Anbefalt modell bygger på beste praksis blant kommunene i dag, men må besluttes og etableres av kommunene. Endelig utforming vil kunne innebære regionale forskjeller, men hovedinnretningen og prinsippene modellen skisserer vil være avgjørende å få på plass. En effektiv involverings-, forankrings- og innføringsstruktur er en suksessfaktor for Programmet Akson journal.

2.11.5.4 Helsefaglig beslutningsstruktur

Som beskrevet i kapittel 2.9 er det i gjennomføringen av programmet et stort behov for bred helsefaglig kompetanse, og det må fattes en rekke beslutninger som berører ytelse av helsehjelp og arbeidsprosessene i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må beslutningene kunne fattes innenfor et relativt kort tidsrom. Dette medfører behov for å etablere et nettverk av helsepersonell, andre ansatte i helse- og omsorgstjenesten og innbygger, i en helsefaglig beslutningsstruktur. Nettverket skal sikre representativitet og ta beslutninger på vegne av sitt område, samtidig som tverrfaglige behov og behov på tvers av tjenester og tjenestenivåer ivaretas. Deltakerne som tar beslutningene skal bestå av representative, fremtidige brukere av felles journalløsning. Behovet for kompetanse og beslutninger vil variere mellom fasene, og vil være størst i etablerings- og tilpasningsfasen. Basert på erfaringsinnhenting fra blant annet region Skåne i Sverige og Helseplattformen i Midt-Norge anslås et behov for 185 årsverk totalt, og disse vil fordeles over flere helsepersonell i 20-100 prosent stillinger.

Endelig beslutningsstruktur i etablerings- og tilpasningsfasen vil måtte skje i samarbeid med leverandøren som velges, og hensynta deres anbefalinger. Basert på erfaringsinnhenting og referansebesøk anses det imidlertid på overordnet nivå hensiktsmessig å etablere en helsefaglig beslutningsstruktur med 3 nivåer:

- Nivå 1 **Programstyret og styringsråd helsefag** tar beslutninger som påvirker helsetjenesten/virksomhetene, for eksempel innen bemanning eller økonomi.
- Nivå 2 **Felles faglig beslutningsgruppe** består av fagansvarlig helse, fagansvarlig innbygger og ledere fra gruppene på nivå 3. Denne gruppen tar beslutninger som påvirker fagutøvelse og prosesser mellom flere tjenesteområder eller profesjoner.

- Nivå 3 **Tematiske beslutningsteam** for tjenesteområder, og i tillegg for funksjonalitetsområder og profesjoner. Disse gruppene tar beslutninger om design og konfigurering av felles journalløsning. Dette nivået består av ansatte i helse- og omsorgstjenestene og innbyggere. Alle tjenesteområder (for eksempel helsestasjon, sykehjem og fastlege) og profesjoner (for eksempel lege, sykepleier, helse- og omsorgsarbeider og fysioterapeuter) skal være representert.

Nivå 1 utgjøres av programstyret og styringsråd helsefag. Til dette nivået løftes beslutninger av mer prinsipiell karakter, og som kan ha betydning for kostnader, tid og kvalitet både i programmet og for virksomhetene som skal ta i bruk felles journalløsning, inkludert beslutninger som kan ha konsekvenser for kommunenes organisering.

På nivå 2 møtes lederne av teamene på nivå 3, Fagansvarlig helsefag og Fagansvarlig innbygger i programmet for å sikre at innbyggere med sammensatte behov blir ivaretatt, og at temaer som berører flere tjenester blir sett i sammenheng. Hit eskaleres også eventuelle uenigheter mellom gruppene på nivå 3 og beslutninger som påvirker flere områder av felles journalløsning. Fagansvarlig for helsefag skal også sikre at arbeidet er koordinert med ansvarsområdene til øvrige fagansvarlige, samt at arbeidet innhenter erfaringer fra helseplattformen og koordineres mot andre relevante initiativer.

På nivå 3 organiseres det beslutningsteam etter tjenestene, for eksempel helsestasjon, legevakt og fastlege. I disse gruppene håndteres beslutninger om design og konfigurering som er spesifikke for et tjenesteområde eller en profesjon. Valg som må tas inkluderer blant annet felles konfigurering, hvilke opplysninger som skal dokumenteres strukturert, hvilken kunnskapsstøtte som skal gis og hvordan denne skal vises, samt grunnlag for og oppsett av prosess- og beslutningsstøtte. Deler av felles journalløsning vil trolig settes opp likt for flere tjenesteområder, eksempelvis vil pasientadministrativ funksjonalitet for alle tjenester som har behov for sengestyring (eksempelvis sykehjem, kommunal akutt døgnetenhet og helsehus med sengeposter) etableres felles. Det må også besluttes hva som skal være mulighetene for nødvendige lokale tilpasninger. Deler av løsningen må sees i sammenheng på tvers av flere tjenesteområder (for eksempel etablering av funksjonalitet for legemiddelplan, behandlingsplan og for individuell plan), hvor både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men også øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten bør delta. Etablering av struktur for delt innhold, som legemidler, blodprøvesvar og klinisk oppsummering, vil kreve deltagelse fra flere tjenesteområder og profesjoner. Andre spørsmål vil ha behov for beslutninger innen utvalgte profesjonsgrupper, for eksempel utforming av strukturert behandlingsplan for sykepleie, beslutningsstøtte for blodtryksbehandling i allmennpraksis, og struktur for dokumentasjon av undersøkelser utført av fysioterapeuter. Organisering av den helsefaglige beslutningsstrukturen vil derfor variere avhengig av hvilke beslutninger som skal tas, og ressurspersoner fra de ulike tjenesteområdene og profesjonene vil inngå i flere grupper.

Nivå 3 vil organiseres innenfor prosjektene i programmet, men vil hente ressurser og kompetanse primært fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I tillegg vil det være nødvendig med ressurser som har kompetanse fra andre kommunale tjenesteområder, samt fra spesialisthelsetjenesten. På nivå 3 vil også innbygger-ressurser inngå.

2.11.5.5 Fagansvarlig innbygger

Felles kommunal journalløsning vil gi helsepersonell og innbygger tilgang til både helseinformasjon og funksjonalitet som skal benyttes av mange. Det vil være nødvendig å ta mange valg i arbeidet med å konfigurere og designe journalløsningen, og det er viktig at

innbyggerperspektivet ivaretas i arbeidet. Det vil derfor opprettes en egen rolle som fagansvarlig for innbygger i programmet.

Den fagansvarlige skal sikre at innbyggerperspektivet ivaretas i gjennomføringen, og vil blant annet være ansvarlig for å etablere et innbyggerpanel og sikre at det rekrutteres innbyggerrepresentanter til programmet. En viktig jobb for fagansvarlig innbygger er også å ivareta det helhetlige innbyggerperspektivet, på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

2.11.5.6 Fagansvarlig for informasjonssikkerhet og personvern

Felles kommunal journalløsning vil sentralisere helseopplysninger for innbyggerne. Innbygger vil få ulike inngangsporter til sine helseopplysninger gjennom kommunenes ulike helse- og omsorgstjenester og journalløsningen må som et resultat av det sikres både teknisk og organisatorisk på ulike nivåer. Det vil derfor være behov for særskilt kompetanse på informasjonssikkerhet og personvern i Programmet Akson journal.

En felles journalløsning endrer også risikobildet fra dagens desentraliserte løsningslandskap. Dette innebærer at de ulike kommunene må opp på et felles minimumsnivå knyttet til sikkerhetskompetanse og sikkerhetskultur.

På programnivå etableres derfor en rolle som fagansvarlig for informasjonssikkerhet og personvern som vil ha ansvar for de sentrale tekniske tiltakene rundt journalløsningen. Videre vil denne rollen ha ansvar for å etablere informasjonssikkerhetskrav for de virksomhetene som vil ta i bruk journalløsningen.

Virksomhetene som tar i bruk journalløsningen vil være ansvarlige for å følge de gitte informasjonssikkerhetskravene.

2.11.5.7 Fagansvarlig for IKT/arkitektur

Felles kommunal journalløsning vil gi helsepersonell og innbygger tilgang til både helseinformasjon og funksjonalitet som skal benyttes av mange. Det vil være nødvendig å ta mange valg i arbeidet med å konfigurere og designe journalløsningen knyttet til arkitekturdesign og arkitekturstyring. Beslutningene som tas innen arkitekturdesign og arkitekturstyring må ses i sammenheng med de som tas innen helsefag.

Referansebesøkene forprosjektet har gjennomført i Norden og prosjektets egenart, tilsier at det bør være ekstra kompetanse knyttet til IKT og arkitektur i programmet. Det vil derfor opprettes en rolle i programmet, fagansvarlig for IKT/arkitektur. Den fagansvarlige vil være eskaleringsnivå for beslutninger i de prosjektene som knytter seg til design og utforming av arkitekturdesign og arkitekturprinsipper.

2.11.6 Strategi for styring av usikkerhet

Styring av usikkerhet og risikostyring må være en integrert del av programhverdagen på alle nivåer og i dialog med sentrale interessenter, slik at terskelen blir lav for å varsle om risiko som oppstår. I tråd med MSP-rammeverket vil prosessen for usikkerhetsstyring bestå av fire steg. I tillegg vil *kommunikasjon* inngå som en integrert del av alle stegene i prosessen.

De fire stegene er som følger:

- *Identifisere* handler om å identifisere risiko og muligheter. Dette gjøres både gjennom å forstå konteksten som programmet opererer i og identifisere faktiske risikoelementer. Risikoelementene registreres i risikoregisteret.

- *Vurdere* handler om å vurdere sannsynlighet, konsekvens og hvor nær i tid en mulig hendelse eventuelt er. I programkontekst er det også viktig å se på den aggregerte risikoen for programmet som helhet.
- *Planlegge* handler om å forberede styringsgrep som sikrer at en risiko ikke kommer overraskende dersom den inntreffer, og gjøre det mulig å sette i verk tiltak for å redusere eller eliminere risikoen.
- *Iverksette* handler om å sikre at de planlagte styringsgrepene blir iverksatt. En viktig del av dette steget handler om å sikre tydelige roller og ansvar og utpeke usikkerhetseier og aksjonseier.

Tabell 18 viser de ulike rollene og tilhørende ansvar i styringen av usikkerhet.

Tabell 18 Roller og ansvar i usikkerhetsstyringen

Rolle	Ansvar
Styret i "Akson journal AS"	Mottar rapportering på de mest sentrale risikoelementene. Disponerer og beslutter utløsning av usikkerhetsavsetningen.
Direktoratet for e-helse	Skal konsulteres og gi sine synspunkter ved anmodninger om utløsning av usikkerhetsavsetning.
Programeier for Akson Journal	Godkjenner strategi for styring av usikkerhet, og endringer og oppdateringer i denne. Eier og følger og strategisk risiko og er ansvarlig for strategisk risiko blir fulgt opp på riktig nivå. Disponerer og beslutter utløsning av forventet tillegg. Rapporterer på de mest sentrale risikoelementene til Styret i "Akson journal AS" Løfter anmodninger om utløsning av usikkerhetsavsetningen til Styret i "Akson journal AS" Er ansvarlig for at beslutningsunderlaget for utløsning av usikkerhetsavsetning beskriver: <ul style="list-style-type: none"> • Omfanget på det utløste behovet • Begrunnelse for å utløse midler fra usikkerhetsavsetningen • Konsekvensen for fremtidig forretningsmodell av å utløse reserven (økte framtidige kostnader, høyere deltakelse etc.) • Hva som er alternativet til å utløse midler fra usikkerhetsavsetningen, og hva som er konsekvensen ved ikke å utløse midlene. • Synspunkter fra Direktoratet for e-helse • Synspunkter fra eiermøtet Er ansvarlig for at godkjente endringer kommuniseres til programmet.
Programleder for Akson Journal	Utformer og styrer prosessen for styring av risiko og usikkerhet i programmet. Definerer tydelige terskelverdier og regler for eskalering. Styrer det aggregerte nivået av usikkerhet i programmet Rapporterer på sentrale risikoelementer til Programeier Styrer og koordinerer tiltak for å håndtere usikkerhet knyttet til tilstøtende programmer og tiltak.

	<p>Kommuniserer fremdriften i håndteringen av usikkerhet og hendelser til Programeier og relevante interessenter</p> <p>Løfter anmodninger om utløsning av forventet tillegg og usikkerhetsavsetning til Programeier.</p> <p>Utarbeider beslutningsunderlag for utløsning av usikkerhetsavsetning med støtte fra programkontoret.</p> <p>Er ansvarlig for at godkjente endringer innarbeides i programmets styrende dokumenter og kommuniseres til hele programorganisasjonen, underliggende prosjekter, mottaksorganisasjoner i kommunene og andre interessenter ut fra hva som er hensiktsmessig.</p>
Programkontoret	<p>Styrer og koordinerer informasjonen og systemet for å følge opp usikkerhet og risiko i programmet.</p> <p>Vedlikeholder risikoregisteret og endringsloggen.</p> <p>Etablerer, fasiliteter og følger opp prosessen for usikkerhetsstyring.</p> <p>Støtter Programleder i utarbeidelsen av beslutningsunderlag til Styret om utløsning av usikkerhetsavsetning.</p> <p>Støtter og gir råd til prosjektene når det gjelder risiko og usikkerhet.</p> <p>Koordinerer usikkerhet og risiko i grensesnittet mellom prosjektene sammen med prosjektene.</p>
Endringsansvarlig	<p>Identifiserer risiko og muligheter knyttet til den operative driften av kommunal helse- og omsorgstjeneste.</p> <p>Sikrer at prosessen for usikkerhetsstyring ivaretar operasjonell risiko for kommunal helse- og omsorgstjeneste.</p>
Usikkerhetseier	<p>Ansvarlig for styring, kontroll og oppfølging av planlagte tiltak for en risiko denne har fått ansvar for.</p>
Aksjonseier	<p>Får oppdraget med å utføre et planlagt risikotiltak. Støtter og styres av usikkerhetseieren.</p>

3 Prosjektstyringsbasis felles kommunal journalløsning

Prosjektstyringsbasis danner utgangspunktet for styring og oppfølging av tiltaket i gjennomføringsfasen, slik at avvik, trender og endringer kan fanges opp og styres på en konsistent måte.

3.1 Arbeidsomfang og prosess for endringshåndtering

Tiltaket skal levere en journalløsning som skal dekke det funksjonelle behovet for alle tjenesteområder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur beskriver det funksjonelle løsningsomfanget for felles kommunal journalløsning. Journalløsningen skal kunne innføres i alle kommuner utenfor Midt-Norge, og programmet skal tilrettelegge for og understøtte innføringen av en slik løsning.

3.1.1 Funksjonalitet i den felles kommunale journalløsningen

Ambisjonene for funksjonalitet i felles journalløsning er høye, og det er identifisert tydelige behov for at felles journalløsning understøtter helsepersonell i å gi koordinerte helse- og omsorgstjenester. Her følger en kort oppsummering av de funksjonelle områdene i felles journalløsning:

- **Dokumentasjon av forløp og tilstand**

Omfatter funksjonalitet som støtter helse- og omsorgstjenesten i å sikre at relevant informasjon om pasientens forløp og tilstand dokumenteres, lagres og gjøres tilgjengelig ved behov.

- **Pasientrettet planlegging, saksbehandling og koordinering**

Omfatter funksjonalitet for å effektivt kunne planlegge og koordinere ytelse av helse- og omsorgshjelp, samt for å sikre at innbyggere mottar de helse- og omsorgstjenester de har behov for.

- **Administrativ støtte**

Omfatter funksjonalitet som skal understøtte de administrative oppgavene og prosessene i virksomhetene, for eksempel støtte til koding og avstemming, håndtering av brukerbetaling, etc.

- **Utvikle og forvalte journalløsning**

Omfatter funksjonalitet som skal understøtte en effektiv forvaltning av informasjonen i journalløsningen og retter seg til systemansvarlige.

- **Kunnskaps- og beslutningsstøtte**

Omfatter funksjonalitet som bidrar til at avgjørelser fattet av helsepersonell i forbindelse med ytelse av helse- og omsorgshjelp gjøres med grunnlag i den til enhver tid gjeldende beste medisinske praksis, kunnskap og gitte prioriteringer. Det anbefales at det gjennom anskaffelsen avklares i hvilken grad denne type funksjonalitet skal inkluderes i omfanget.

• **Rapportering og kvalitetsutvikling**

Omfatter funksjonalitet som understøtter muligheten til å avgi data for å støtte kommunenes egne rapporterings- og styringsbehov, samt for å kunne utlevere data til nasjonale registre. Formålsområdet omfatter funksjonalitet som understøtter helse- og omsorgstjenestens lovpålagte plikt til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

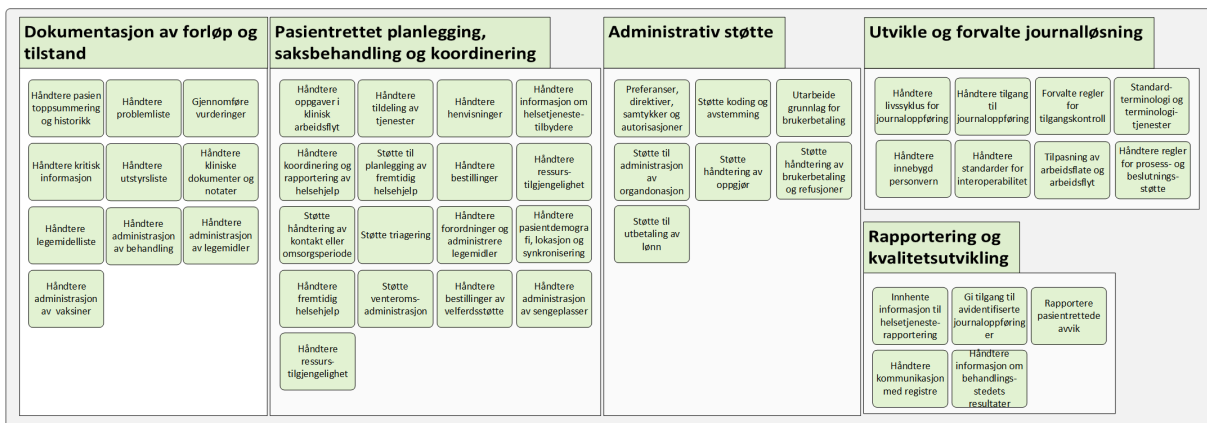
• **Støtte til analyse**

Omfatter funksjonalitet som understøtter at analyser kan gjennomføres på populasjonsnivå for å kunne understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. Det anbefales at det gjennom anskaffelsen avklares i hvilken grad denne type funksjonalitet skal inkluderes i omfanget.

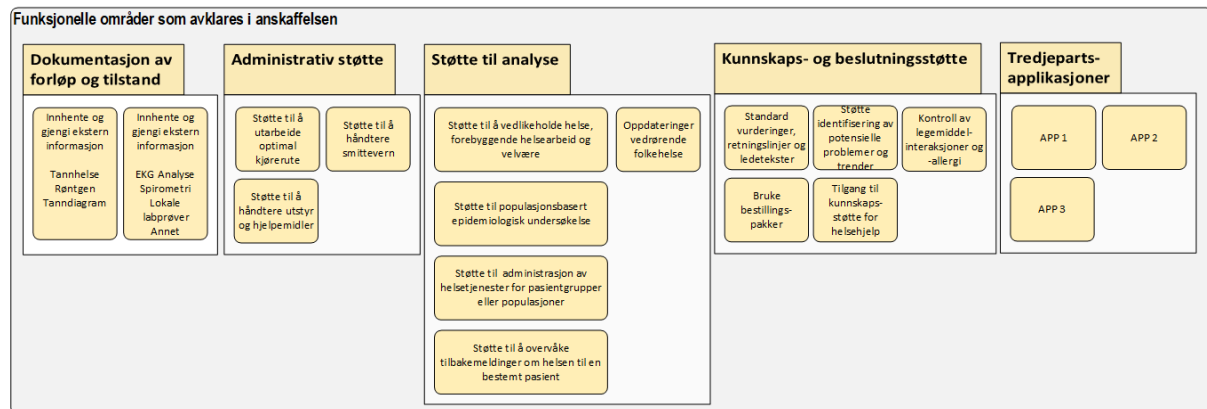
• **Tredjepartsapplikasjoner**

Dette er applikasjoner og funksjonalitet som vil kunne utvikles eller anskaffes gjennom hele livssyklusen til felles kommunal journalløsning.

Figur 22 og Figur 23 gir en oversikt over funksjonalitet i journalløsningen gruppert innenfor de funksjonelle områdene. Figur 22 gir en oversikt over funksjonalitet som er vurdert som nødvendig for felles journalløsning. Figur 23 viser funksjonalitet som bør avklares gjennom leverandørdialogen i anskaffelsen.



Figur 22 Oversikt over journalløsningens obligatoriske funksjonelle områder



Figur 23 Oversikt over funksjonelle områder som skal avklares under anskaffelsen.

3.1.2 Arbeidsomfang for Programmet Akson journal

Med utgangspunkt i konseptbeskrivelsen i kapittel 1.1.5 og prosjektstrategien for felles kommunal journalløsning som beskriver hvordan tiltaket skal styres og gjennomføres, gir dette kapittelet en beskrivelse av de aktivitetene og leveransene som er nødvendige for å gjennomføre tiltaket. Beskrivelsen av arbeidsomfang skiller på aktiviteter og leveranser som skal gjennomføres av Programmet Akson journal og aktiviteter og leveranser som hver enkelt kommune må gjennomføre i forbindelse med innføring.

Tabell 19 Arbeidsomfang for Programmet Akson journal

Kostnadsområde	Beskrivelse
Programledelse	<p>Omfatter ledelse og administrasjon av programmet og nødvendig ekstern kvalitetssikring. Aktivitetene er varighetsdrevet og pågår i perioden 2021-2030.</p> <p>Programorganisasjonen etableres ved oppstart av tiltaket og er operativ gjennom anskaffelsesfasen, etablering- og tilpasningsfasen og innføringsfasen. Bemanningen omfatter blant annet program- og prosjektledere, prosjektkontor, planressurser, analyse, kost/nytte/gevinstrealisering, finansiering, helsefaglig ledelse, juridiske ressurser og arkitekter på ledernivå.</p> <p>På grunn av tiltakets omfang er det antatt behov for ekstern kvalitetssikring og tredjepartsvurderinger i hele programmets levetid. Det er antatt at behovet er størst i anskaffelsesfasen fordi erfaring fra referanseprosjekter peker på behovet for uavhengige tredjepartsvurderinger av tilbudte løsninger.</p>
Forberede og gjennomføre anskaffelser	<p>Omfatter arbeid knyttet til hele prosessen fra utarbeidelse av konkurransegrunnlag, inkludert nødvendige juridiske vurderinger opp mot anskaffelsesregelverket, utarbeidelse av krav- og evalueringsmodell og forankring av konkurransegrunnlaget blant kommunene og helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, til valg av leverandør og signering av kontrakt.</p> <p>I henhold til kontraktstrategien skal det gjennomføres mellom 2 og 4 store og krevende anskaffelser.</p>
Leverandørstyring	<p>De inngåtte kontraktene med leverandører skal følges opp og styres. Dette bør gjøres av et team som er uavhengig av de programressursene som jobber med leverandørens ressurser i programmet.</p>
Lisenskostnader for journalløsningen	<p>Lisenskostnaden er leverandørens pris på å gi virksomheter rett til å bruke programvaren for journalløsningen. Siden det langsiktige målet er at alle kommuner og fastleger utenfor Midt-Norge skal ta i bruk den nye journalløsningen legger kostnadsrammen til grunn 100 prosent deltakelse.</p> <p>Selv om dette er kostnader som er antatt å først påløpe når enkeltkommuner tar i bruk løsningen, er det i anskaffelsesfasen og kontraktsinngåelsen at disse kostnadene påvirkes. De er derfor lagt inn i kostnadsrammen for Programmet Akson journal.</p>
Etablering og tilpasning av journalløsning – leverandørkostnad	<p>Etter at kontrakt er inngått med valgt(e) leverandør(er) skal journalløsningen etableres og settes opp i kontekst av norsk kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette omfatter alt fra utvikling av ny funksjonalitet, eventuell oversettelse av kodeverk og terminologi til norske forhold og leverandørens ressursbidrag inn i arbeidet med standardisering og helsefaglige vurderinger.</p>
Integrasjoner	<p>Den nye journalløsningen skal integreres med alle eksisterende nasjonale e-helseløsninger som e-resept, kjernejournal, helsenorge.no og meldingsutveksling. I tillegg skal løsning for identitets- og tilgangsstyring</p>

	integreres med journalløsningen, og journalløsningen skal kunne integreres med kommunenes administrative systemer.
Identitet- og tilgangsstyring	Den felles kommunale journalløsningen skal ha et høyt sikkerhetsnivå. Det vil være nødvendig med en egen løsning for tilgangsstyring (IGA), og det lagt opp til at alle som skal ha tilgang må kunne identifisere seg med høyt sikkerhetsnivå (for eksempel eID og PKI-kort). for alle som skal ha tilgang til journalløsningen. Det må etableres fødereringstjenester eller grensesnitt slik at kommunene selv kan vedlikeholde tilganger. I tillegg vil det være nødvendig med særlig kontroll av privilegerte tilganger (PAM).
Sentral infrastruktur til journalløsning	Felles kommunal journalløsning vil ha høye krav til sentral infrastruktur når det gjelder oppetid, responstid og tilgjengelighet. I tillegg er det antatt at det av sikkerhet- og beredskapshensyn vil være behov for mer enn én installasjon. Det er lagt til grunn at sentral infrastruktur for løsningen kan kjøpes som en tjeneste, og kostnadene påløper i takt med økt bruk av løsningen.
Felleskostnader knyttet til konvertering og migrering	Det må utarbeides en felles strategi for migrering og konvertering av data fra eksisterende journalsystemer til den nye journalløsningen. Det er lagt til grunn at det vil være elementer av en konverterings- og migreringsløsning som vil være gjenbrukbar på tvers av kommunene som skal gå over til ny felles journalløsning, og at programmet også tar ansvar for å etablere løsningene som kan gjenbrukes på tvers.
Informasjonssikkerhet og personvern	Informasjonssikkerhet og personvern må ha høyt fokus gjennom hele programmet, og det er lagt til grunn at det etableres et eget team som jobber med dette i gjennomføringen av programmet.
Helsefag	Det vil være nødvendig å ta mange valg av helsefaglig betydning, både i anskaffelsesfasen, etablerings- og tilpasningsfasen, innføringsfasen og drift- og forvaltningsfasen. Dette vil for eksempel være valg i utarbeidelse av konkurransegrunnlag og evalueringskriterier og vurdering av leverandørene, valg rundt hva som skal være felles konfigurering innen forskjellige områder, hva som skal dokumenteres strukturert, utvalg av kunnskapsstøtte og hvordan denne skal vises, og oppsett av prosess- og beslutningsstøtte. Det helsefaglige teamet vil være ansvarlig for disse vurderingene og sikre forankring med sektor gjennom en helsefaglig beslutningsstruktur.
Sentrale innføringsaktiviteter	Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Tekniske forberedelser handler om å understøtte kommunenes forberedelser til innføring av mer teknisk art. Det vil si planlegging og forberedelse av migrering og konvertering, forberede implementering av identitets- og tilgangsstyring og veiledning fra sentralt hold, eksempelvis til kartlegging av "as is" og "to be" situasjon og for å planlegge utrulling.
Kursutvikling	Det skal utvikles klasseromskurs og e-læring som kan brukes av helsepersonell som skal ta i bruk ny felles journalløsning.
Brukerstøtte/kontaktsenter	Når journalløsningen innføres må helsepersonell ha et sted å henvende seg ved spørsmål. Brukerstøtte/kontaktsenter må etableres i forkant av innføring. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktivitetene til "Akson journal AS".

3.1.3 Lokale innføringsaktiviteter

Innføring av felles kommunal journalløsning krever forberedelser for å fungere godt. I praksis vil hver enkelt kommune gjøre en planlegging lokalt av hva innføringen vil kreve i akkurat

deres kommune. Vurderingene som her presenteres er generiske for å gi et samlet anslag på hva som kreves av kommunene for å innføre felles kommunal journalløsning.

Tabell 20 Arbeidsomfang for felles mottaksprosjekter

Kostnadsområde	Beskrivelse
Prosjektledelse	<p>Omfatter et sentralt sekretariat for å understøtte den foreslåtte modellen for organisering av kommunene.</p> <p>Omfatter regional prosjektledelse i henhold til modellen for organisering av kommunene.</p> <p>Omfatter lokal prosjektledelse. Det er antatt at kommuner med færre en 10 000 innbyggere går sammen 5 og 5 for å etablere felles mottaksprosjekter. Dette gir 134 mottaksprosjekter.</p>
Opplæring	<p>Det skal gjennomføres opplæring av mellom 160 000 og 200 000 helsepersonell som skal bruke løsningen. Opplæringen omfatter systemopplæring tilpasset tjenesteområde og profesjon, og opplæring i nye og endrede arbeidsprosesser.</p>
Superbrukere	<p>For hver 10. sluttbruker av journalløsningen skal det også læres opp én superbruker som skal bidra i perioden rett i etterkant av go-live. Det er antatt at superbrukerne må bruke all sin tid på å støtte annet helsepersonell de tre første ukene etter at ny journalløsning er tatt i bruk. Superbrukerne vil ha behov for mer opplæring enn sluttbrukerne.</p>
Konvertering og migrering - virksomhetskostnader	<p>Selv om det fra sentralt hold er utviklet programvare for konvertering og migrering, må hver enkelt virksomhet påregne aktiviteter og kostnader på dette området. Dette vil blant annet være knyttet til tilpasning av programvaren fordi journalsystemene er ulikt konfigurert, og test/verifisering av konverteringen og migreringen.</p> <p>Erfaring fra referanseprosjekter viser også at det ved konvertering og migrering av data til nye systemer kan følge med et stort arbeid knyttet til å rydde i gamle data.</p>
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	<p>Hver enkelt kommune må gjøre en kartlegging og vurdering av sin eksisterende infrastruktur og se på behovet for oppgradering av denne i forkant av at de tar i bruk felles journalløsning. Dette kan både handle om å sikre tilstrekkelig nettverkskapasitet, og at man har på plass pc-er, nettbrett og liknende som er kompatibelt med den nye journalløsningen</p>

3.1.4 Håndtering av endringer i programmet

Programmet skal håndtere endringer som oppstår i programmets omgivelser, rammebetingelser, mål eller forutsetninger og andre uplanlagte situasjoner. Når det oppstår en endring må særlig konsekvensen for programplanene, kostnadsestimatene, måloppnåelse og gevinster vurderes. Programkontoret må sikre at programmets styrende dokumenter oppdateres med besluttede endringer og at endringene kommuniseres ut i programorganisasjonen med de underliggende prosjektene og til berørte interessenter. I og med at det er kommunene som skal realisere gevinstene av tiltaket, og fordi tiltaket påfører kommunene kostnader i forbindelse med innføring, er det viktig at konsekvensen av en endring også tar høyde for hvordan den påvirker kostnadene og gevinstene i kommunene, utenfor kostnadsrammen til Programmet Akson journal.

Systematisk håndtering av endringer er en integrert del av MSP- og Prince2-rammeverket som programmet og de underliggende prosjektene skal styres etter. Programmet vil legge planer og estimer fra KS2 til grunn som baseline, og dokumentere endringer sammenliknet med KS2.

3.1.4.1 Prosess og roller for håndtering av endringer i programmet

Programleder med støtte fra programkontoret er ansvarlig for å etablere og følge opp en prosess for endringsstyring i programmet. Dette er en løpende og operativ prosess i programmet som leder til beslutninger om hvilke endringer som godkjennes og ikke. Prosessen må ivareta behovet for å følge opp endringer som kan oppstå mange ulike steder og sikre at konsekvensen av en endring blir vurdert helhetlig. Endringsanmodninger som krever utløsning usikkerhetsavsetningen (opp til P85) må løftes til prosess for styring av usikkerhet, se kapittel 2.11.6.

Tabell 21 Prosess og roller for håndtering av endringer i programmet

Rolle	Ansvar
Programleder	<p>Ansvarlig for å etablere prosess for endringsstyring i programmet.</p> <p>Beslutter endringer innenfor sitt mandat.</p> <p>Løfter beslutninger om endring til programstyret og styret i "Akson journal AS" ved behov.</p>
Programkontoret	<p>Følger opp prosessen for endringsstyring i programmet. Samler inn endringsanmodninger som oppstår og sikrer at alle prosjektledere og endringsansvarlig i programmet vurderer konsekvensen av endringen for sine områder.</p> <p>Vurderer kostnadskonsekvenser for programmet basert på egne analyser og innspill fra resten av aktørene i prosessen.</p> <p>Oppdaterer styringsdokumentasjon med godkjente endringer og vedlikeholder programmets endringslogg.</p> <p>Sikrer at godkjente endringer kommuniseres til hele programorganisasjonen, underliggende prosjekter, mottaksorganisasjoner i kommunene og andre interessenter ut fra hva som er hensiktsmessig.</p>
Prosjektledere	<p>Melder inn endringsanmodninger fra sitt prosjekt og begrunner disse.</p> <p>Vurderer konsekvensen for sitt prosjekt av endringsanmodninger som kommer inn fra andre.</p> <p>Der prosjektet har etablert avtaler og samarbeid med prosjekter og/eller forvaltningsmiljøer utenfor programmet er prosjektleder ansvarlig for å vurdere konsekvenser for disse aktørene og kommunisere godkjente endringer til disse aktørene hvis det er relevant.</p>
Endringsansvarlig	<p>Melder inn sine endringsanmodninger og begrunner disse. Er ansvarlig for å melde inn endringsbehov på vegne av endringseierne.</p> <p>Vurderer konsekvensen for endring og gevinstrealisering av endringsanmodninger som kommer inn fra andre.</p> <p>Drøfter endringsanmodningen med endringseierne ved behov, og kan innstille på at en endringsanmodning bør drøftes med programstyret før den besluttes.</p>

Fagansvarlig Helsefag	Melder inn endringsanmodninger som følger av helsefaglige vurderinger og begrunner disse. Vurderer helsefaglige konsekvenser av endringsanmodninger som kommer inn fra andre.
Fagansvarlig IKT/arkitektur	Melder inn endringsanmodninger knyttet til IKT/arkitektur på programnivå og begrunner disse. Vurderer konsekvenser for IKT/arkitektur av endringsanmodninger som kommer inn fra andre.
Fagansvarlig Personvern og informasjonssikkerhet	Melder inn endringsanmodninger som følge personvern og informasjonssikkerhet og begrunner disse. Vurderer konsekvensen for personvern og informasjonssikkerhet av endringsanmodninger som kommer inn fra andre.
Programstyret	Drøfter og gir sin innstilling knyttet til endringer som løftes til programstyret av programleder eller endringsansvarlig. Orienteres om relevante endringer som er godkjent av programleder.
Programeier	Beslutter vesentlige endringer der det er stor uenighet om endringen bør godkjennes. Disponerer forventet tillegg og kan godkjenne endringer som fører til kostnadsendringer opp til P50, se prosess for styring av usikkerhet i kapittel 2.11.6.
Styret i "Akson journal AS"	Beslutter endringer som krever utløsning av midler fra usikkerhetsavsetningen (opp til P85), se prosess for styring av usikkerhet i kapittel 2.11.6.
Nasjonal e-helseportefølje	Orienteres om endringer som får konsekvenser for andre pågående programmer og prosjekter.

3.1.4.2 Mulige forenklinger (kuttliste)

Arbeidsomfanget i programmet er estimert med et element av "design to cost". Det vil si at kostnadene er estimert etter beste evne basert på referanseprosjekter, ekspertvurderinger og med utgangspunkt i beskrivelser av hva som skal gjøres og hvordan. Dette utgjør en ramme, og programmet må i hver fase styres slik at programmets måloppnåelse blir best mulig innenfor rammen som er estimert og budsjettet. Det er ikke uvanlig med en slik tilnærming i prosjekter og tiltak med store IKT-elementer. Det at kostnad er prioritert høyest blant resultatmålene reflekterer denne tilnærmingen.

Tabell 22 gir en oversikt over mulige forenklinger som programmet kan vurdere dersom det blir nødvendig for å levere felles journalløsning innenfor styringsrammen. Det er ikke gjennomført en kost/nytte-analyse av forenklingene ettersom det vil kreve mange tilleggsforutsetninger knyttet til både kostander og nytte, og usikkerheten i en slik analyse dermed blir for stor og informasjonsverdien tilsvarende lav. Hvis programmet ser behov for å vurdere forenklinger må dette gjøres gjennom prosessen for håndtering av endringer beskrevet i avsnitt 3.1.4.1, der det er etablert strukturer for å ivareta helhetsperspektivet.

Tabell 22 Mulige områder som kan vurderes kuttes eller forenkles. Ikke i prioritert rekkefølge

Mulige områder som kan forenkles (ikke prioritert rekkefølge)	Beskrivelse
Redusere omfanget av integrasjoner med lokale administrative systemer i kommunene.	Det er lagt opp til integrasjon med lokale administrative systemer som understøtter arbeidet med organisering og planlegging i kommunene. Dette gjelder for eksempel områder som ivaretas av selvstendige økonomisystem, betalingssystem, personal-, turnus- og lønssystem, logistikksystem. Det er lagt opp til å etablere grensesnitt som gjør det mulig å utveksle informasjon mellom disse systemene og felles journalløsning. Hvis dette blir mer ressurs- og kostnadskrevende enn antatt er det mulig å forenkle ved å redusere ambisjonsnivået på disse integrasjonene. Mange kommuner har få eller ingen slike integrasjoner i dag, men har i stedet etablert manuelle rutiner og oppgaver. Noen større kommuner har investert i slike integrasjoner, og for dem vil det være uheldig om disse integrasjonene ikke blir videreført i felles journalløsning.
Redusere ambisjonsnivået på integrasjon med kjernejournal	Det er lagt opp til at felles journalløsning skal ha tett integrasjon med kjernejournal. Informasjonen som ligger i kjernejournal skal så langt det er mulig gjøres tilgjengelig i arbeidsflaten i journalløsningen for helsepersonell som jobber i denne. En mulig reduksjon kan være å integrere til kjernejournal portal på samme måte som kjernejournal integreres med journalløsninger i dag.
Redusere omfanget av funksjonalitet i journalløsningen	Figur 22 og Figur 23 viser henholdsvis funksjonalitet i journalløsningen som er vurdert som helt nødvendig og funksjonalitet som er vurdert som ønskelig, men som bør avklares i leverandørdialogen i anskaffelsen. Et mulig område for kutt er funksjonalitet som er vurdert som ønskelig, men ikke nødvendig, det vil si funksjonaliteten som er beskrevet i Figur 23.
Redusere omfanget av tjenesteområder som er omfattet	Behovsanalysen i konseptvalgutredningen viste at det innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten var særlig fastlegen, legevakt, institusjoner for kort- og langtidsopphold, hjemmetjenesten og tildelingskontoret som har hyppig samhandling med hverandre. Et mulig område for kutt og forenklinger kan derfor være i omfanget av tjenesteområder som er omfattet av tiltaket, og da prioritere tjenesteområder med hyppig samhandling og der gevinstene av tiltaket er størst.

3.2 Risikovurderinger

Det er gjennomført en risikovurdering av gjennomføringen av felles kommunal journalløsning. De identifiserte risikoelementene reflekterer usikkerheten som ble presentert i kapittel 2.1, men er her gjengitt på et mer operativt nivå, knyttet til de ulike fasene i programmet. Risikoelementene er registrert i risikoregisteret, og må følges opp videre av Programmet Akson journal når dette er etablert. Tabell 23 og Tabell 24 beskriver skalaene som er brukt for vurdering av sannsynlighet og konsekvens.

Tabell 23 Skala for sannsynlighetsvurderinger

Navn	Sannsynlighet	Beskrivelse
Meget liten	(0 % - 5 %)	Det er meget liten sannsynlighet for at situasjonen beskrevet i risikoområdet oppstår.
Liten	(6 % - 24 %)	Denne risikoen er mulig men det har ikke oppstått før i lignende prosjekter av denne størrelsen, eller det har vært engangstilfeller der denne risikoen har oppstått.
Moderat	(25 % - 49 %)	Denne risikoen har oppstått noen få ganger med ujevne mellomrom før.
Stor	(50 % - 74 %)	Denne risikoen har oppstått flere ganger før.
Svært stor	(75 % - 100 %)	Denne risikoen oppstår som regel i denne type prosjekter, eller er en helt ny risiko som er overhengende for prosjektet.

Tabell 24 Skala for konsekvensvurdering

Konsekvens	Beskrivelse
Ubetydelig	Risikoen har ingen betydning for programmets kostnad, fremdrift eller leveransekvilitet.
Lav	Risikoen påvirker ikke kostnadsbudsjettet, men vil medføre at fremdriften blir forsinket. Risikoen vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Moderat	Risikoen har moderat betydning for konseptets kostnad, fremdrift og/eller leveransekvilitet. Risikoen vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Alvorlig	Risikoen vil påvirke både kostnadsbudsjettet og fremdriften betydelig, men vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Svært alvorlig	Risikoen vil ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp og vil påvirke både kostnadsbudsjettet og fremdriften. Denne konsekvensgraden brukes også for risikoer som innebærer at tiltaket ikke bør igangsettes eller bør stoppes.

3.2.1 Risiko i mobilisering- og anskaffelsesfasen

Den største risikoen i mobilisering- og anskaffelsesfasen gjelder behovet for forpliktelsesavtaler fra et tilstrekkelig antall kommuner før kunngjøring av anskaffelse. Tilstrekkelig forpliktende deltakelse fra kommunene er en forutsetning for å gå videre med tiltaket. I første omgang kan mangel på forpliktende deltakelse føre til en forsinkelse i påvente av at flere forplikter seg, men ytterste konsekvens er at tiltaket stanses. Derfor er konsekvensen satt til svært alvorlig. Ellers pekes det på styringsrisiko, risiko knyttet til selve anskaffelsen, og risiko for at omfanget av interessenter med ulike behov kan gi forsinkelser i prosessen med å utarbeide og beslutte konkurransegrunnlaget. Det er også en risiko for at det blir levert inn klager i forbindelse med nedvalg og endelig valg av leverandør. Anskaffelsene er av et slikt omfang at sannsynligheten for dette er stor. Konsekvensen er vanligvis forsinkelse i videre prosess.

Matrisen i Figur 24 nedenfor oppsummerer risikovurderingen for mobilisering- og anskaffelsesfasen. Tabell 25 matrisen beskriver risikoelementene og mulige tiltak for å redusere risikoen.

Sannsynlighet	Svært stor								
	Stor			A. B1	A. E2	A. G2			
	Moderat		A. A2	A. B2	A. D1	A. B3	A. H1	A. G1	A. C1
	Liten			A. E1					
	Meget liten							A. A1	A. C2
Risiko		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig			
		Konsekvens							

Figur 24 Risiko i mobilisering- og anskaffelsesfasen

Tabell 25 Risiko i mobilisering- og anskaffelsesfasen

NO	Risikobeskrivelse	S	K	Tiltak
A.A1	Nødvendig rettsgrunnlag for felles kommunal journalløsning blir ikke vedtatt	Meget liten	Svært alvorlig	Ha tett dialog og forankring av planer og leveranser i eieretat og -departementet.
A.A2	Nødvendig rettsgrunnlag for felles kommunal journalløsning blir forsinket	Moderat	Lav	Ha tett dialog og forankring av planer og leveranser i eieretat og -departementet.
A.B1	Motstand fra interessenter og mangel på tillit til vurderinger gjort av programmet og virksomheten «Akson journal AS» gjør at viktige beslutninger forsinkes	Stor	Moderat	Programmet Akson journal må sammen med deltakende kommuner jobbe aktivt med forankring i kommunesektoren. Tett samarbeid og forankring med kommunal sektor om utarbeidelsen av en modell for organisering av kommunene. Finne de riktige ressursene til nøkkelposisjoner i prosjektene og programmene. Etablering av struktur for helsefaglige beslutninger.
A.B2	«Akson journal AS» blir forsinket i å etablere nødvendige beslutningsstrukturer, finansiering og fullmakter	Moderat	Moderat	Starte forberedelsene til selskapsetablering allerede i 2020. Ha tett dialog og forankring av planer og leveranser i eieretat og -departementet. Finne de riktige ressursene til nøkkelposisjoner i prosjektene og programmene.

				<p>Programmet Akson journal må sammen med deltakende kommuner jobbe aktivt med forankring i kommunesektoren.</p> <p>Inngå forpliktende avtaler om finansiering med aktørene før oppstart.</p>
A.B3	Modell for organisering av kommunene bruker lang tid på å bli etablert og fungere	Moderat	Moderat	<p>Kommuner som går inn på eiersiden i "Akson journal AS" sikres innflytelse gjennom generalforsamling og eiermøtet.</p> <p>Modell for organisering av kommunene sikrer forankring og involvering. Det må være tydelig hva som følger av ansvar og innflytelse for kommuner som deltar i arbeidet.</p> <p>Definere rollebeskrivelser med tydelige kompetansekrav som må fylles av helsepersonell og fagpersoner fra kommunene.</p>
A.C1	Ikke tilstrekkelig forpliktelsesavtaler fra kommuner for kunngjøring av anskaffelsen	Moderat	Svært alvorlig	<p>Programmet Akson journal må sammen med deltakende kommuner jobbe aktivt med forankring i kommunesektoren.</p> <p>Utarbeide informasjonsmateriell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering.</p> <p>Utarbeide forslag til saksunderlag som kommunene kan benytte i sine beslutningsprosesser.</p> <p>Formell deltakelse og medbestemmelse fra helsepersonell, innbygger og pasient-/bruker i gjennomføringen av programmet og i prosjektene.</p>
A.C2	Flertallet av forpliktete kommuner trekker seg etter tildeling av kontrakt	Meget liten	Svært alvorlig	<p>Forutsigbar og transparent anskaffelsesprosess.</p> <p>Sette tydelige krav og kriterier for deltakelse.</p> <p>Frihet til å foreslå alternative løsningsstrategier.</p> <p>Åpning for bruk av underleverandører.</p> <p>Åpning for å tilby løsninger som krever utvikling.</p>
A.D1	Forsinket mobilisering av riktig kompetanse og kapasitet i programmet for å gjennomføre anskaffelsen	Moderat	Moderat	<p>Utarbeide tydelige mandater og fullmakter for programmet og prosjektene.</p> <p>Rekruttere i tråd med tydelige kompetansebehov.</p> <p>Fokus på å videreføre kompetanse til nye faser i gjennomføringen.</p>
A.E1	Helsepersonell i programmet har ikke riktig kompetanse eller tilstrekkelig legitimitet som fagpersoner og/eller ambassadører for tiltaket	Liten	Moderat	<p>Etablering av struktur for helsefaglige beslutninger.</p> <p>Helsepersonellet som deltar i arbeidet må være tydelig "champions" for tiltaket.</p>
A.E2	Mange interessenter med ulike behov forsinket prosessen for å beslutte konkurransegrunnlaget	Stor	Moderat	<p>Utarbeide tydelige mandater og fullmakter for programmene og prosjektene.</p> <p>Ansvarliggjøring av interessenter gjennom formell deltakelse og involvering i programorganisasjonen og prosjektene.</p>

				<p>Utarbeide krav til beslutningsunderlag.</p> <p>Tett samarbeid og forankring med kommunal sektor om utarbeidelsen av en modell for organisering av kommunene.</p> <p>Utarbeide informasjonsmateriell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering.</p>
A.G1	Ikke tilstrekkelig utvalg av tilbydere som klarer å levere innenfor rammene av konkurransen	Moderat	Alvorlig	<p>Forutsigbar og transparent anskaffelsesprosess.</p> <p>Sette tydelige krav og kriterier for deltakelse.</p> <p>Frihet til å foreslå alternative løsningsstrategier.</p> <p>Åpning for bruk av underleverandører.</p> <p>Åpning for å tilby løsninger som krever utvikling.</p>
A.G2	Beslutninger knyttet til valg av leverandør(er) påklages	Stor	Moderat	<p>Forutsigbar og transparent anskaffelsesprosess.</p> <p>Sette tydelige krav og kriterier for deltakelse.</p> <p>Tilstrekkelig ressurser og kompetanse til å gjennomføre anskaffelsen på en ryddig og korrekt måte.</p>
A.H1	Mangelfull koordinering og styring av avhengigheter mot pågående prosjekter og programmer, nasjonale løsninger og samhandling steg 1	Moderat	Moderat	<p>Utarbeide tydelige mandater og fullmakter for programmene og prosjektene.</p> <p>Utarbeide krav til beslutningsunderlag.</p> <p>Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.</p>

3.2.2 Risikovurdering i etablering- og tilpasningsfasen

Risikoen for at det store antallet interessenter med delvis ulike behov og delvis ulik vektning og prioritering av behovene, fører til en løsning med høyere kompleksitet eller større omfang enn opprinnelig planlagt er vurdert som den største risikoen i etablerings- og tilpasningsfasen. Dette kan få betydelige konsekvenser for kostnadene og fremdriften, og konsekvensen er derfor satt til alvorlig. Risikoen for at man ikke lykkes med å mobilisere kommunene som ikke forpliktet seg i forkant av anskaffelsen er også en hendelse med alvorlig konsekvens, fordi lav deltakelse gir lavere måloppnåelse og lavere nytte som følge av tiltaket. Hvis den valgte leverandøren viser seg ikke å kunne levere på helheten likevel, eller ikke i tilstrekkelig grad kan bidra med ekspertise for å støtte programmet i gjennomføringen, er det også vurdert å ha alvorlig konsekvens. Matrisen i Figur 25 oppsummerer risikovurderingen for etablering- og tilpasningsfasen.

Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor				E. C3	
	Moderat		E. B1	E. B2, E. D1, E. F1, E. H1	E. G1, E. G2	
	Liten		E. C2	E. C1	E. E1, E. B3	
	Meget liten					
Risiko		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Konsekvens						

Figur 25 Risikovurdering i etablering- og tilpasningsfasen

Tabell 26 beskriver risikoelementene og mulige tiltak for å redusere risikoen.

Tabell 26 Risikovurdering i etablering- og tilpasningsfasen

NO	Risikobeskrivelse	S	K	Tiltak
E.B1	Endringer i oppgaver og ansvarsfordeling for utførelse av helse- og omsorgstjenester	Moderat	Lav	<p>Krav om at løsningen skal kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur.</p> <p>Krav om at konseptet skal ha en arkitektur som legger til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.</p> <p>Fokus på arkitekturstyring i gjennomføringen av tiltaket.</p>
E.B2	Motstand fra interessenter og mangel på tillit til vurderinger gjort at programmet gjør at viktige beslutninger forsinkes	Moderat	Moderat	<p>Ansvarliggjøring av interessenter gjennom formell deltakelse og involvering i programorganisasjonen og prosjektene.</p> <p>Etablering av struktur for helsefaglige beslutninger.</p> <p>Utarbeide krav til beslutningsunderlag.</p> <p>Finne de riktige ressursene til nøkkelposisjoner i prosjektene og programmene.</p> <p>Aktivt arbeid med forankring og mobilisering kommunesektoren.</p> <p>Utarbeide informasjonsmaterieill som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering.</p>
E.B3	Kompleksitet i styringsmodellen gjør at viktige beslutninger forsinkes	Liten	Alvorlig	<p>Tydlig beskrivelser av roller og mandater for aktørene i styringsmodellen.</p> <p>Evaluering av styringsmodellen etter 6 måneder og ett år for å vurdere effektiviteten og identifisere eventuelle tiltak.</p>
E.C1	Lykkes ikke med å mobilisere kommuner som ikke forpliktet seg	Liten	Moderat	Aktivt arbeid med forankring og mobilisering kommunesektoren.

	tidligere, til å delta i tiltaket			Utarbeide informasjonsmateriell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering.
E.C2	Lykkes ikke med å mobilisere selvstendig næringsdrivende fastleger til å ønske å representere fastlegene i arbeidet i programmet.	Liten	Lav	<p>Aktivt arbeid med forankring og mobilisering kommunesektoren.</p> <p>Utarbeide informasjonsmateriell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering.</p> <p>Ansvarliggjøring av interessenter gjennom formell deltakelse og involvering i programorganisasjonen og prosjektene.</p> <p>Etablering av struktur for helsefaglige beslutninger.</p> <p>Finne de riktige ressursene til nøkkelposisjoner i prosjektene og programmene.</p>
E.C3	Mange interessenter med ulike behov fører til økt kompleksitet og/eller økt omfang	Stor	Alvorlig	<p>Ansvarliggjøring av interessenter gjennom formell deltakelse og involvering i programorganisasjonen og prosjektene.</p> <p>Kommuner som går inn på eiersiden i "Akson journal AS" sikres innflytelse gjennom generalforsamling og eiermøtet.</p> <p>Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten.</p>
E.D1	Mangelfull rekruttering av kompetanse og kapasitet i programmet for å gjennomføre etablerings- og tilpasningsfasen	Moderat	Moderat	<p>Rekruttere i tråd med tydelige kompetansebehov.</p> <p>Overføre kompetanse mellom de ulike fasene i programmene og prosjektene.</p> <p>Starte arbeidet med mobilisering og etablering av gjennomføringsorganisasjonen tidlig.</p> <p>Synliggjøre ansvar og innflytelse som ligger i rollene for å gjøre det attraktivt å delta.</p> <p>Kommuner som forplikter seg må også forplikte seg til å bidra med ressurser inn i tiltaket.</p>
E.E1	Helsepersonell i programmet har ikke riktig kompetanse eller tilstrekkelig legitimitet som fagpersoner og/eller ambassadører for tiltaket	Liten	Alvorlig	<p>Rekruttere i tråd med tydelige kompetansebehov.</p> <p>Fokus på å videreføre kompetanse til nye faser i gjennomføringen.</p> <p>Etablering av struktur for helsefaglige beslutninger.</p> <p>Helsepersonellet som deltar i arbeidet må være tydelig "champions" for tiltaket.</p>
E.F1	Undervurdert kompleksitet knyttet til blant annet konverterings- og migreringsstrategi og	Moderat	Moderat	<p>Starte arbeidet med migrerings- og konverteringsstrategi tidlig.</p> <p>Starte arbeidet med identitets- og tilgangsstyring tidlig.</p>

	identitets- og tilgangsstyring			Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten.
E.G1	Mangelfull evne hos valgt leverandør av felles kommunal journalløsning til å levere på helhet og understøtte programmet med nødvendig ekspertise innen etablering- og tilpasning	Moderat	Alvorlig	Forutsigbar og transparent anskaffelsesprosess. Sette tydelige kvalifikasjonskrav og kriterier for deltakelse (robusthet, kapasitet og kompetanse). Frihet til å foreslå alternative løsningsstrategier. Åpning for bruk av underleverandører. Åpning for å tilby løsninger som krever utvikling.
E.G2	Mangelfull mobilisering fra leverandør etter signert kontrakt	Moderat	Alvorlig	Sette tydelige og kriterier for deltakelse.
E.H1	Mangelfull koordinering og styring av avhengigheter mot pågående prosjekter og programmer, nasjonale løsninger og samhandling steg 1	Moderat	Moderat	Utarbeide tydelige mandater og fullmakter for programmene og prosjektene. Utarbeide krav til beslutningsunderlag. Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.

3.2.3 Risikovurdering i innføringsfasen

Den største risikoen i innføringsfasen er vurdert å være at styringsmodellen for tiltaket ikke har tilstrekkelig mandat til å håndtere omfattende krav om lokale variasjoner i oppsett av løsning. For stor lokal variasjon kan utfordre målet med tiltaket, gi økte innføringskostnader og gi økte drift- og forvaltningskostnader. Det siste kan gi en varig høyere kostnad, og konsekvensen er derfor vurdert som alvorlig. Risikoen for at mottaksprosjektene ikke etableres i tide, ikke klarer å mobilisere helsepersonell som kan være gode ambassadører i endringen som skal skje og risikoen for at de ikke klarer å gjennomføre den planlagte opplæringen er også trukket fram som en hendelse med alvorlig konsekvens. Risikoen for at man ikke klarer å mobilisere de siste kommunene vil fortsatt være en risiko i innføringsfasen.

Matrisen i Figur 26 oppsummerer risikovurderingen for etablering- og tilpasningsfasen. Tabell 27 beskriver risikoelementene og mulige tiltak for å redusere risikoen.

Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor			I.C2 I.C4 I.I3	I.C3	
	Moderat			I.I2	I.C1 I.G1 I.I1	
	Liten					
	Meget liten					
Risiko		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
		Konsekvens				

Figur 26 Risikovurdering i innføringsfasen

Tabell 27 Risikovurdering i innføringsfasen

NO	Risikobeskrivelse	S	K	Tiltak
I.C1	Lykkes ikke med å mobilisere kommuner som ikke forpliktet seg tidligere til å ta i bruk felles journalløsning	Moderat	Alvorlig	<p>Aktivt arbeid med forankring og mobilisering kommunesektoren.</p> <p>Utarbeide informasjonsmateriell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering.</p> <p>Stille tydelige krav til journaløsningene for aktører som velger å stå utenfor tiltaket.</p>
I.C2	Lykkes ikke med å mobilisere et stort omfang av selvstendig næringsdrivende fastleger til å ta i bruk felles kommunal journalløsning	Stor	Moderat	<p>Aktivt arbeid med forankring og mobilisering kommunesektoren.</p> <p>Utarbeide informasjonsmateriell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering.</p> <p>Stille tydelige krav til journaløsningene for aktører som velger å stå utenfor tiltaket.</p>
I.C3	Styringsmodellen har ikke tilstrekkelig mandat til å håndtere for omfattende krav om lokale variasjoner i oppsett av løsning som gir høyere innførings-, drift- og forvaltningskostnader	Stor	Alvorlig	<p>Etablere prosess for endringshåndtering som synliggjør kostnaden og konsekvensen ved endringer som følger av lokale tilpasninger.</p> <p>Arkitektur som gir fleksibilitet som er nødvendig for å legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.</p>
I.C4	Stor variasjon i kommunene når det gjelder hvordan felles kommunal journalløsning innføres i den enkelte kommune (rekkefølge på tjenesteområder, tid for innføringsløp etc.)	Stor	Moderat	<p>Aktivt arbeid med forankring og mobilisering kommunesektoren.</p> <p>Utarbeide informasjonsmateriell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering.</p> <p>Tydelig kommunikasjon rundt fordeler med et standardisert innføringsløp.</p> <p>Løpende læring fra gjennomførte innføringsløp og erfaringsoverføring til nye kommuner.</p>

I.G1	Mangelfull evne hos valgt leverandør av felles kommunal journalløsning til å levere på helhet og understøtte programmet med nødvendig ekspertise innen innføring	Moderat	Alvorlig	Sette tydelige kvalifikasjonskrav og kriterier for deltakelse (robusthet, kapasitet og kompetanse).
I.11	Mangelfull kapasitet og kompetanse i mottaksprosjektene (blir ikke etablert som planlagt, klarer ikke mobilisere helsepersonell som er gode ambassadører for tiltaket, klarer ikke gjennomføre tilstrekkelig opplæring)	Moderat	Alvorlig	Tydelig kommunikasjon fra sentralt program rundt nødvendig kompetanse og kapasitet i de lokale mottaksprosjektene. Løpende læring fra gjennomførte innføringsløp og erfaringsoverføring til nye kommuner. Kompetanseoverføring og materiell fra sentralt program til de lokale mottaksprosjektene.
I.12	Undervurdert kompleksitet i konvertering og migrering	Moderat	Moderat	Starte arbeidet med migrerings- og konverteringsstrategi tidlig. Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten.
I.13	Undervurdert kompleksitet til å integrere med kommunenes administrative funksjoner	Stor	Moderat	Starte arbeidet med å kartlegge og planlegge arbeidet tidlig. Stille krav til grensesnittene i de administrative løsningene.

3.2.4 Risikovurdering i drift- og forvaltningsfasen

Den største risikoen i drift- og forvaltningsfasen knytter seg til å håndtere endringsønsker fra mange ulike interessenter. Store lokale tilpasninger kan føre til høye kostnader i denne fasen. Samtidig skal drift og forvaltning skje parallelt med innføring til nye kommuner, og programmet blir nødt til å håndtere både endringsønsker fra kommuner som har tatt i bruk løsningen, samtidig som nye kommuner ønsker sine lokale tilpasninger. Opplevd manglende prioritering av endringsbehov for kommunene kan føre til misnøye mot "Akson journal AS" og mot journalløsningen. Lav responstid, opptid og tilgjengelighet er også risikoelementer i denne fasen.

Matrisen i Figur 27 oppsummerer risikovurderingen for etablering- og tilpasningsfasen. Tabell 28 beskriver risikoelementene og mulige tiltak for å redusere risikoen.

Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor					
	Moderat			D.2 D.5	D.1	
	Liten			D.4		D.3
	Meget liten					D.6
Risiko		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
		Konsekvens				

Figur 27 Risikovurderinger i drift- og forvaltningsfasen

Tabell 28 Risikovurderinger i drift- og forvaltningsfasen

NO	Risikobeskrivelse	S	K	Tiltak
D.1	Manglende evne i løsningen til å håndtere uforutsette fremtidige behov	Moderat	Alvorlig	<p>Krav om at konseptet skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.</p> <p>Krav om at løsningen skal kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, eks. ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten, samt endret organisering i eller sammenslåing av kommuner.</p> <p>God arkitekturstyring i hele gjennomføringen av tiltaket.</p>
D.2	Manglende kapasitet til å håndtere både innføring og drift og forvaltning i parallell	Moderat	Moderat	<p>Planlegge faseovergang fra etablering/tilpasning og utvikling til FDVU på et tidlig tidspunkt.</p> <p>Rekruttere i tråd med tydelige kompetansebehov.</p> <p>Vurdere bruk av ressursforsterkning fra leverandørmarkedet.</p>
D.3	For lav responstid, oppetid og tilgjengelighet i løsningen	Liten	Svært alvorlig	<p>Stille tydelige krav i anskaffelsesprosessen.</p> <p>Fokus på responstid, oppetid og tilgjengelighet i etablering- og tilpasningsfasen.</p> <p>Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten.</p> <p>God arkitekturstyring i hele gjennomføringen av tiltaket.</p>
D.4	Styringsmodellen håndterer ikke ulike endringsbehov hos kommunene	Liten	Moderat	<p>Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten.</p>

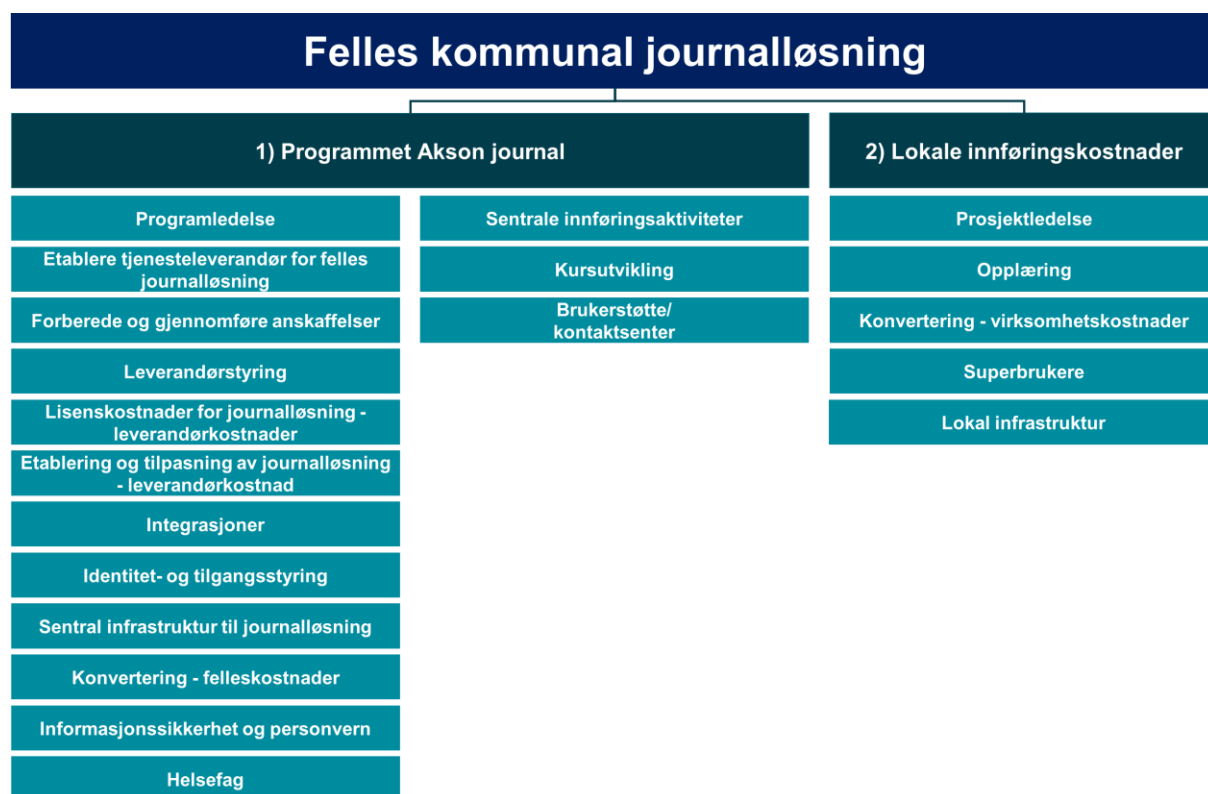
				Evaluere styringsmodellen for å vurdere effektiviteten og identifisere eventuelle tiltak.
D.5	Manglende kapasitet til å håndtere endringsbehov fra kommunene	Moderat	Moderat	Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten. Rekruttere i tråd med tydelige kompetansebehov. Starte arbeidet med mobilisering og etablering av driftsorganisasjonen tidlig.
D.6	Manglende kapasitet til å håndtere kritiske feil og mangler i løsningen	Meget liten	Svært alvorlig	Rekruttere i tråd med tydelige kompetansebehov. Starte arbeidet med mobilisering og etablering av driftsorganisasjonen tidlig. Etablere prosedyrer for periodisk kontroll av løsningen.

3.3 Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)

Prosjektnedbrytningsstrukturen for felles kommunal journalløsning er delt opp i to hoveddeler:

1. Programmet Akson journal
2. Lokale innføringskostnader

I hovedelement 1 ligger kostnadene knyttet til innføring av felles journalløsning som påløper, og som kan styres og påvirkes av Programmet Akson journal. Kostnader til innføring av felles journalløsning som påløper i lokale mottaksprosjekter når den enkelte kommuner velger å ta i bruk den nye journalløsningen ligger i hovedelement 2. Se Figur 28 under for oversikt over arbeidspakkene som ligger under de to hoveddelene. Disse arbeidspakkene utgjør grunnlaget for kostnadsestimatene.



Figur 28 Prosjektnedbrytningsstruktur for felles kommunal journalløsning

3.4 Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan

I dette kapittelet presenteres investeringskostnadene uten neddiskontering, inkludert merverdiavgift for både grunnkalkyle, basisestimat, P50 og P85⁵. Kostnadene er estimert basert på erfaringstall fra referanseprosjekter, dialog med markedet, samt estimater for arbeidsomfang for ulike kostnadskomponenter. Vedlegg H Kostnadsanalyse og finansiering beskriver detaljerte forutsetninger for kostnadsestimatene, samt kostnadene brutt ned på hvert enkelt underelement i PNS strukturen.

Grunnkalkylen er estimert, og det er deretter lagt til et påslag for uspesifiserte kostnader i henhold til vanlig praksis. Det er lagt til 5 prosent uspesifisert på betalbare kostnader i estimatene.

På oppdrag fra Direktoratet for e-helse har Atkins gjennomført en usikkerhetsanalyse, se vedlegg I Usikkerhetsanalyse. Usikkerhetsanalysen består av en vurdering av estimatusikkerhet og hendelsesusikkerhet som gjennom en stokastisk modell estimerer et forventet tillegg (påslag på basiskostnad opp til P50) og usikkerhetsavsetningen (påslag fra P50 til P85).

⁵ P50 og P85 viser til en sannsynlighetsfordeling på kostnadsestimatene. Det er 50 prosent sannsynlighet for at den faktiske kostnaden blir lavere enn P50 (og 50 prosent sannsynlighet for at den blir høyere). Det er 85 prosent sannsynlighet for at den faktiske kostnaden blir lavere enn P85.

Kostnadene er helhetlig re-estimert sammenliknet med konseptvalgutredningen og KS1. Vedlegg H Kostnadsanalyse og finansiering redegjør for utviklingen og endringene i kostnadene fra KS1.

3.4.1 Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for Programmet Akson journal

Kostnadsramme og styringsmål for Programmet Akson journal bør begrenses til kostnader som kan styres og kontrolleres av "Akson journal AS", altså kostnadene knyttet til kostnadsområde 1.

Kostnadsrammen for Programmet Akson journal inkluderer kostnader til programledelse, forberede og gjennomføre anskaffelser, leverandørstyring, kjøp (lisenser) og tilpasning av journalløsningen, utvikling av integrasjoner, etablering av tilgangsstyring, informasjonssikkerhet og personvern, felleskostnader knyttet til konvertering, kostnader knyttet til arbeidet med helsefaglig standardisering, sentralt innføringsprosjekt og kostnader til utvikling av e-læring og klasseromsundervisning.

- Kostnadsrammen for tiltaket settes til 5,9 milliarder, som tilsvarer P85-kostnaden.
- Styringsramme for programmet settet til 4,8 milliarder, som tilsvarer P50-kostnaden.

Tabell 29 viser oppbyggingen av kostnadsestimatet for Programmet Akson journal.

Tabell 29 Kostnadsestimat for Programmet Akson journal

Kostnadsestimat	Beløp, gitt 100 prosent deltakelse ⁶ (Millioner 2019-kroner, inkludert mva., ikke nåverdijustert)
Grunnkalkyle	3 670
Basisestimat ¹	3 845
P50 ²	4 755
P85 ³	5 915
Standardavvik	21 %
Sannsynlighet for basis	17 %

Investeringsperiode er 2021-2030. Tallene er rundet til nærmeste fem millioner.

¹⁾ Basisestimat = grunnkalkyle + uspesifisert. Uspesifisert er anslått til 5 prosent av betalbare kostnader.

²⁾ P50 = basisestimat + forventet tillegg. Forventet tillegg er estimert i egen usikkerhetsanalyse.

³⁾ P85 = forventet kostnad + usikkerhetsavsetning. Usikkerhetsavsetning er estimert i egen usikkerhetsanalyse.

3.4.1.1 Drivere til usikkerhet i kostnadsestimatet

Usikkerhetsanalysen viser at forventet tillegg er estimert til 910 millioner kroner og usikkerhetsavsetningen er estimert til 1 160 millioner kroner inkludert mva. Dette gir et P50-estimat på 4 755 millioner kroner, og et P85-estimat på 5 915 millioner kroner.

De viktigste driverne til usikkerheten er:

⁶ Ved forventet deltakelse (kommuner som omfatter 85 prosent av innbyggerne og 60 prosent av fastlegene utenfor Midt-Norge) vil P85 for Programmet Akson journal være 5,6 milliarder kroner inkludert mva. og P50 være 4,5 milliarder kroner inkludert mva.

- det lange og komplekse innføringsløpet
- risiko for økt omfang som følge av nye lovpålagte krav eller som følge av krav fra interessentene som oppstår i løpet av programmets levetid
- usikkerhet rundt utfallet av anskaffelsen
- grensesnittet mellom investeringskostnader og drift- og forvaltningskostnader, for eksempel ved at kostnader som er kategorisert som drift- og forvaltningskostnader som følge av tjenestekjøp, av ulike årsaker likevel må finansieres som en investeringskostnad
- estimatusikkerheten knyttet til enkeltdeler av kostnadsestimatet

3.4.1.2 Kostnader som avhenger av deltakelse

Kostnadsrammen og styringsrammen tar høyde for at felles journalløsning innføres til alle kommuner og fastleger utenfor Midt-Norge. Resultatmålet for programmet er at felles journalløsning skal være innført til kommuner som minimum omfatter 85 prosent av befolkningen utenfor Midt-Norge innen 2030. Resultatmålet er satt til 85 prosent fordi tiltaket er frivillig. Fordi det langsiktige målet for tiltaket er 100 prosent deltakelse er det valgt å sette kostnadsramme og styringsramme tilsvarende 100 prosent deltakelse

Av kostnadene i styringsrammen for Programmet Akson journal er det primært lisenskostnader for den nye journalløsningen og infrastruktur for tilgangsstyring som avhenger av deltakelse.

3.4.2 Lokale innføringskostnader

Innføring av felles kommunal journalløsning vil bety at hver enkelt kommune må planlegge hva innføringen vil kreve i akkurat sin kommune. Her presenteres et aggregert anslag på hva de lokale mottaksprosjektene samlet sett vil koste for kommunene. Usikkerhetsanalysen vurderte også usikkerheten i dette anslaget, så det er laget et P50 og et P85-estimat, selv om disse ikke kan knyttes til formelle styringsnivåer i styringsmodellen.

Disse kostnadsestimatene dekker i all hovedsak det som er beskrevet i avsnitt 3.1.3 om lokale innføringsaktiviteter. Når det gjelder kostnader til lokal infrastruktur er dette ikke estimert. Det er for stor variasjon mellom kommunene når det gjelder situasjonen i dag. Det er antatt at kommuner med stort etterslep på dette området uansett vil ha behov for å gjøre oppgraderinger før 2030 for å kunne håndtere en aldrende befolkning og befolkningens forventninger om mer digitale tjenester.

Tabell 30 Lokale innføringskostnader

Kostnadsestimat	Beløp, gitt 100 prosent deltakelse ⁷ (Millioner 2019-kroner, inkludert mva., ikke nåverdijustert)
Grunnkalkyle	3 780
Basisestimat ¹	3 830
P50 ²	4 060
P85 ³	4 465

Investeringsperiode er 2021-2030. Tallene er rundet til nærmeste fem millioner.

¹⁾ Basisestimat = grunnkalkyle + uspesifisert. Uspesifisert er anslått til 5 % av betalbare kostnader.

²⁾ P50 = basisestimat + forventet tillegg. Forventet tillegg er estimert i egen usikkerhetsanalyse.

³⁾ P85 = forventet kostnad + usikkerhetsavsetning. Usikkerhetsavsetning er estimert i egen usikkerhetsanalyse.

3.4.2.1 Drivere til usikkerhet i lokale innføringskostnader

Forventet tillegg er estimert til 230 millioner kroner og usikkerhetsavsetningen er estimert til 410 millioner kroner inkludert mva. Dette gir et P50-estimat på 4 060 millioner kroner, og et P85-estimat på 4 465 millioner kroner.

De største driverne til usikkerheten i de lokale innføringskostnadene er:

- det lange og komplekse innføringsløpet
- kommunenes mulighet og evne til å gjennomføre innføringsløpet som planlagt
- fastlegenes vilje til å bytte journalsystem
- kompleksiteten og omfanget av konvertering og migrering
- estimatusikkerheten knyttet til enkeltdeler av kostnadsestimatet

Det er den enkelte kommune som beslutter sine kostnadsrammer og som må styre usikkerheten knyttet til kostnader i de lokale mottaksprosjektene. Samtidig vil beslutninger og valg som fattes i det sentrale programmet kunne påvirke kostnadene knyttet til det lokale innføringsarbeidet i positiv og negativ retning. Endringsansvarlig i programmet vil være ansvarlig for å flagge slike muligheter og risiko som oppstår og ivareta disse konsekvensene i vurderingene i programmet.

3.4.3 Finansiering

Felles kommunal journalløsning finansieres av kommunene. Staten finansierer imidlertid program- og myndighetsoppgaver, som også er en vesentlig andel av de faste investeringskostnadene i journalløsningen.

3.4.3.1 Fordeling av kostnader

Kostnadene til felles kommunal journalløsning fordeles mellom staten og kommunene. Staten dekker forventet kostnad (P50) knyttet til program- og myndighetsoppgaver, mens kommunene dekker resten av kostnadene knyttet til kjøp, etablering, innføring og drift- og forvaltning av den felles kommunale journalløsningen. Kommunene må ta kostnaden knyttet

⁷ Ved forventet deltakelse (kommuner som omfatter 85 prosent av innbyggerne og 60 prosent av fastlegene utenfor Midt-Norge) vil P85 for de lokale innføringskostnadene være 3,8 milliarder kroner inkludert mva. og P50 være 3,5 milliarder kroner inkludert mva.

til eventuell utløsning av usikkerhetsavsetningen (P85). Lokale innføringskostnader dekkes i sin helhet av den enkelte kommune.

Kommunenes kostnader knyttet til Programmet Akson journal kan deles i tre ulike grupper:

- Faste betalbare kostnader er kostnader som betales i form av en faktura eller overføring, og som er anslått i stor grad å påløpe uavhengig av hvor mange kommuner som velger å ta i bruk journalløsningen. Dette er kostnader som knytter seg til oppsett og tilpasning av løsningen, etablering av integrasjoner mot nasjonale løsninger, felleskostnader knyttet til konvertering og identitet- og tilgangsstyring og sentrale innføringsaktiviteter.
- Variable betalbare kostnader er kostnader som må betales i form av en faktura eller overføring, men som avhenger av deltakelse. Dette er kostnader knyttet til lisenser og identitets- og tilgangsstyring.
- Ressursbidrag er bidrag med personer fra kommunal helse- og omsorgstjeneste som deltar i forankringsaktiviteter knyttet til konkurransegrunnlag og helsefaglig standardisering. Dette er personer som bidrar i kortere perioder eller med små stillingsprosjenter.

3.4.3.2 Finansieringsmodell

Endelig finansieringsmodell for felles kommunal journalløsning vil blant annet avhenge av detaljer rundt selskapsetableringen av virksomheten "Akson journal AS" som fordeling av eierbrøk, hvordan kommunene organiserer sitt eierskap, aksjonæravtaler og oppkapitaliseringen av selskapet. Disse detaljene vil ikke være avklart før det sentrale styringsdokumentet leveres til KS2, men vil avklares i den videre prosessen. Kommunene må i samarbeid med KS og Helse- og omsorgsdepartementet arbeide videre med disse spørsmålene i parallell med KS2. Dersom det er 5-6 kommuner som velger å gå inn på eiersiden først, må man se på finansieringsmodeller og risikoavlastning mellom de kommunene som går i front og de kommuner som kommer etter. Kontrakten med leverandør kan også påvirke fordelingen mellom faste og variable kostnader og når disse påløper i tid.

Med utgangspunkt i fordeling av kostnadene og hva slags kostnader det er snakk om, blir finansieringsmodellen på overordnet nivå som følger:

- Statens kostnader finansieres løpende, for eksempel gjennom årlig tilskudd til virksomheten «Akson journal AS», eller gjennom innskudd av egenkapital fra staten.
- Investeringskostnader som påløper i «Akson journal AS» finansieres enten ved at kommunene skyter kapital som de har lånt (koml. § 14-16) inn i virksomheten og/eller ved at kommunene garanterer for lån som «Akson journal AS» selv tar opp (koml. § 14-19).
- Kommunene, gjennom «Akson journal AS», må etablere ordninger som jevner ut investeringskostnaden mellom kommuner som forplikter seg og tar i bruk løsningen tidlig og kommuner som bestemmer seg for å ta i bruk løsningen sent i innføringsløpet.
- Kommunenes kostnader (betalbare kostnad og ressursbidrag) som påløper i egen virksomhet finansieres av kommunene selv gjennom deres ordinære budsjettprosesser.
- Kommuner som tar i bruk felles journalløsning betaler en årlig tjenestepreis til "Akson journal AS" for å dekke kostnader til drift, forvaltning og videreutvikling av løsningen.

Dersom investeringskostnadene som påløper i "Akson journal AS" finansieres gjennom at "Akson journal AS" tar opp et lån, vil tjenesteprisen kunne settes slik at den også dekker tilbakebetaling av lånet.

3.5 Gevinstrealiseringsplan

Arbeidet med endring og gevinstrealisering skal sikre at nødvendige endringer oppstår og implementeres slik at gevinster faktisk kan realiseres og hentes ut. Hvordan Programmet Akson journal skal arbeide med endring og gevinstrealisering er beskrevet i kapittel 2.3 og 2.11.

Gevinstrealiseringsplan er et styringsverktøy som skal bidra til en strukturert oppfølging av gevinster av offentlige tiltak. Gevinstrealiseringsplanen skal være et styringsverktøy for Programmet Akson journal for å sikre at sentrale gevinster følges opp og realiseres. Som et styringsverktøy bør planen oppdateres løpende og utvikles i takt med tiltaket, og særlig i forbindelse med at arbeidet med gevinstrealiseringsplaner begynner i kommunene. Det vil være behov for å oppdatere gevinstpotensialet nærmere tidspunktet for innføring av felles kommunal journalløsning som er forventet å starte i 2025.

3.5.1 Gevinster av felles kommunal journalløsning

Felles kommunal journalløsning er beregnet å ha positive nyttevirksomheter for samfunnet. Dette er dokumentert i den samfunnsøkonomiske analysen i vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. Basert på virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen er det definert fem gevinster av felles kommunal journalløsning. De fem gevinstene er:

- Frigjort tid for personell som jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Færre uønskede hendelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern
- Bedre styringsinformasjon og grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring i kommunal helse- og omsorgstjeneste, forskning og innovasjon

Disse er ytterligere beskrevet i vedlegg K Gevinstrealiseringsplaner.

3.5.2 Prioritering og fordeling av gevinster

Prioritering av gevinster handler om hvilken prioritet gevinsten skal ha i gevinstarbeidet. Prioriteringen er gjort med utgangspunkt i en vurdering av gevinstpotensialet, strategisk viktighet, målbarhet, kausalitet og risiko.

Fordeling av gevinster handler om hvem som får nytte av gevinsten. Flere gevinster kan oppstå andre steder enn der investeringen finner sted. Hvem som får nytte av gevinstene er viktig å ta med i vurderingen av hvordan gevinstene omsettes.

Tabell 31 viser hvilken prioritet de ulike gevinstene bør få i gevinstarbeidet og hvem som får nytte av dem. Underlaget for vurderingene er nærmere beskrevet i vedlegg K Gevinstrealiseringsplaner.

Tabell 31 Prioritering av gevinster i gevinstarbeidet og hvem som kan få nytte av gevinstene

Gevinst	Prioritet i gevinstarbeidet	Hvem kan få nytte av gevinsten?
Færre uønskede hendelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste	1	Innbygger Helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste ⁸ Kommunen Spesialisthelsetjeneste Samfunnet
Frigjort tid for personell som jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste	2	Innbygger Helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste ⁹ Kommunen
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til kommunal helse- og omsorgstjeneste	3	Innbygger Kommunen Samfunnet
Bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern	4	Innbygger Kommunen Samfunnet
Bedre styringsinformasjon og grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring i kommunal helse- og omsorgstjeneste, forskning og innovasjon	5	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjeneste Samfunnet Andre

3.5.3 Gevinstrealiseringsplan for Programmet Akson journal

Gevinstrealiseringsplanen er detaljert ut i vedlegg K Gevinstrealiseringsplaner. Dette beskriver hvordan gevinster av felles kommunal journalløsning skal måles og følges opp i Programmet Akson journal. Programmet bør operasjonalisere planen på en måte som gjør at målinger og måloppnåelse kan sees i sammenheng fortløpende. Det vil være nødvendig å videreutvikle gevinstrealiseringsplanen frem mot innføring av felles kommunal journalløsning, og bør spesielt sees i sammenheng med det lokale gevinstarbeidet i kommunene.

Gevinstrealiseringsplanen tar utgangspunkt i DFØs mal for gevinstrealiseringsplan og beskriver:

- i) Hvem som er ansvarlig for at gevinsten realiseres
- ii) Årsaks- og virkningssammenhengen fra tiltak til endring og gevinst
- iii) Hvilke indikatorer som skal måle at nødvendig endring og gevinst oppstår
- iv) Hvor ofte endring og gevinst skal måles, og med hvilken kilde
- v) Endrings- og gevinstpotensialet
- vi) Hvordan gevinsten kan omsettes
- vii) Risiko for redusert gevinst og hvordan risikoen kan reduseres

⁸ Herunder selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter

⁹ Herunder selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter

3.5.3.1 Nullpunktsmåliger

En nullpunktsmåling skal måle tilstanden før felles kommunal journal innføres i virksomhetene, og er en viktig del av gevinstrealiseringsplanen. Dette gjør det mulig å sammenlikne tilstanden før og etter at journalløsningen har blitt implementert. Hensikten er altså å finne ut hva effekten av tiltaket har vært.

Programmet Akson journal må gjøre en nullpunktsmåling av gevinstene beskrevet i gevinstrealiseringsplanen rett før første kommune kobler seg på. For å følge med på måloppnåelse må programmet gjøre oppfølgende målinger etter hvert som flere kommuner kobler seg på.

Felles mottaksprosjekt må gjennomføre en nullpunktsmåling for sine kommuner så tett opp til implementering som mulig. Målingen bør gjennomføres per kommune slik at lokal måloppnåelse og gevinstrealisering kan følges opp.

3.5.3.2 Følgeforskning

Forprosjektet for Akson har identifisert et utvalg av kvalitetsindikatorerne i helse- og omsorgssektoren, samt andre relevante indikatorer, som kan benyttes som endringsindikatorer eller gevinstindikatorer. Det er likevel vesentlige effektområder hvor det er nødvendig å innhente nye data, utvikle nye indikatorer eventuelt tilpasse målemetoder til nye områder, og å se etter uventede konsekvenser av tiltaket. Følgeforskning kan dekke disse behovene.

Følgeforskning kan defineres som forskning som følger en prosess hvor man er opptatt av "hvorfor ting blir som det blir" i stedet for effekter og konsekvenser (13). Dette er en god tilnærming til å fange opp uventede virkninger knyttet til innføring og bruk av felles kommunal journalløsning. Imidlertid er det behov for å innhente nye data også. Bruken av følgeforskning bør derfor også utvides med tilpasning av kvantitative metoder til å innhente data på områder som ikke er dekket av eksisterende kvalitetsindikatorer. Følgeforskning kan også være et nyttig verktøy i endringsarbeidet i programmet.

Programmet Akson journal vil ha ansvar for å initiere og koordinere behovet for forskning. Det kan være hensiktsmessig å ta kontakt med universitets- og høyskolemiljøene og Forskningsrådet tidlig for å avklare mulighetene for følgeforskning.

3.6 Fremdriftsplan

Gjennomføringsstrategien for Programmet Akson journal beskriver hvordan felles kommunal journalløsning skal gjennomføres og hvordan fasene tentativt er lagt ut i tid. Endelig gjennomføring vil avklares i løpet av leverandørdialogen og anskaffelsen. Fremdriftsplanen viser derfor kun en oppsummering av de viktigste milepælene. En estimert bemanningsplan er tilgjengelig i vedlegg H Kostnadsanalyse og finansiering. Den er estimert med utgangspunkt i periodiserte kostnadsestimater.

Tabell 32 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringsstrategien for Programmet Akson journal. Disse baserer seg på tidslinjen i gjennomføringsstrategien, kapittel 2.2.1, og er betinget på investeringsbeslutning i 2020.

Milepælene vil være gjenstand for re-planlegging i etterkant av gjennomført anskaffelse og valg av leverandør.

Tabell 32 Milepæler for Programmet Akson journal

#	Fase	Beskrivelse	Frist
1	Anskaffelse	Mobilisering og oppstart av Programmet Akson journal.	Januar 2021
2	Anskaffelse	Forpliktelsesavtaler mellom "Akson journal AS" og et tilstrekkelig antall kommuner er inngått.	September 2021
3	Anskaffelse	Kunngjøring av konkurransegrunnlag.	Høsten 2021
4	Anskaffelse	Valg av leverandør(er).	Desember 2022
5	Etablering og tilpasning	Oppstart mobilisering til etablering- og tilpasningsfasen.	Januar 2023
6	Etablering og tilpasning	"Akson journal AS" har etablert en drift- og forvaltningsorganisasjon.	Januar 2025
7	Etablering og tilpasning	Oppstart innføring av ny felles journalløsning til kommunene som vil inngå i innføringsprosjekt 1.	Januar 2025
8	Innføring	Oppstart av innføring til neste kommunegruppe.	Januar 2026

3.7 Kvalitetssikring

Programmet Akson journal skal gjennomføre kvalitetssikring med en strukturert og metodisk tilnærming gjennom programmets levetid for å sikre at programmet er lønnsomt og leverer tilfredsstillende kvalitet til de avtalte milepælene. Programmet skal ta hensyn til overordnede rammer, eksterne krav og til tilgrensede prosjekter og programmer som en del av kvalitetssikringsarbeidet. Det skal legges til rette for at prosjektene kan benytte prosesser for et sikkert og kontrollert gjennomføringsløp og at løsningene som produksjonsettes oppfyller krav og spesifikasjoner.

I programstyringen inngår kvalitetssikring som en av hovedaktivitetene. Programeier vil være ansvarlig for at programmet har en strategi for kvalitetssikring og for å følge krav til kvalitetssikringsgjennomganger som programmet setter. Programleder vil være ansvarlig for at aktiviteter knyttet til kvalitetssikring gjennomføres og dokumenteres.

Kvalitetssikringen skal i tillegg til å sikre tilfredsstillende kvalitet, kunne bidra med innspill til å forbedre og effektivisere rutiner og prosesser. Resultater fra kvalitetssikringsgjennomgangene vil være en del av informasjonsgrunnlaget til beslutningspunktene beskrevet i kapittel 2.2.1.5.

3.7.1 Kvalitetssikringsområder

Programmet skal fokusere på områdene forretningsverdi, prosesskvalitet og produktkvalitet:

- *Forretningsverdi:* Sikre at programmet leverer verdi gjennom å styre mot gevinstene identifisert for programmet, sørge for at resultatmål nås og bidra til realisering av effektmål.
- *Prosesskvalitet:* Sikre kvalitet og kontinuerlig forbedring i alle prosjektprosesser.
- *Produktkvalitet:* Sikre at prosjektleveransene oppfyller løsningsspesifikasjon og kvalitetskrav.

3.7.2 Prinsipper for kvalitetssikring

Kvalitet skal sikres gjennom kvalitetssikringsprinsipper som tar utgangspunkt i rammeverket fra MSP. Prinsippene setter krav til kvalitetssikringsaktiviteter både på program- og prosjektnivå. Følgende fem prinsipper legges til grunn:

- **Uavhengighet i kvalitetssikringen**
Kvalitetssikring skal gjennomføres av uavhengige og objektive parter som ikke har direkte tilknytning til programmet eller påvirkning på programmets leveranser.
- **Integrert del av programmet og prosjektene**
Kvalitetssikring skal være en integrert del av programmet gjennom planer som indikerer til hvilken tid programmet skal planlegge, koordinere og gjennomføre kvalitetssikringsaktiviteter for å sikre tilfredsstillende produktkvalitet, lønnsomhet og at programmet er innenfor avtalte kostnadsrammer, samt for å kunne støtte beslutningsprosesser.
- **Kvalitetssikringen skal knyttes til kontrollpunkter i programmet og prosjektet**
Kvalitetssikringsaktiviteter skal knyttes til kontrollpunktene i programmet og prosjektene, og til de løpende løypemeldingene som er planlagt underveis.
- **Fokusere på risikoområder**
Kvalitetssikringsaktivitetene skal være basert på uavhengige risikovurderinger med fokus på områdene som er identifisert med høy risiko.
- **Iverksette tiltak for å håndtere resultater fra kvalitetssikringen**
Programmet skal håndtere resultater fra kvalitetssikringsaktivitetene på en effektiv og konsistent måte for å sikre at nødvendige tiltak iverksettes, og ved behov eskaleres til programstyret.

3.7.3 Ekstern kvalitetssikring

Det er anbefalt at Programmet Akson journal engasjerer eksterne kvalitetssikrere for kvalitetssikringsaktivitetene som skal gjennomføres i forbindelse med hovedleveransene i prosjektene.

Helse- og omsorgsdepartementet kan ved behov stille krav om egne kvalitetssikringsgjennomganger for å sikre at prosjektene leverer resultater med tilfredsstillende kvalitet og at programmet styrer utviklingsretningen i henhold til målbildet.

Programmet må legge til rette for at eksterne kvalitetssikrere effektivt får tilgang til nødvendig grunnlag for å utføre sine kvalitetssikringsgjennomganger.

4 Prosjektstrategi steg 1 i utviklingsretningen for samhandling

Prosjektstrategi for steg 1 i utviklingsretningen for samhandling omhandler hvordan steg 1 skal gjennomføres for oppnå hensikten og målene, samt legge til rette for realisering av målbildet for helhetlig samhandling.

Gjennomføringen av steg 1 skal følge beste praksis innenfor både program- og prosjektstyring. Prosjektstrategien legger derfor til grunn MSP-rammeverket for programstyring og Prince2-rammeverket for underliggende prosjekter.

4.1 Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien

Gjennomføring av steg 1 er omfattet av mange forhold som bidrar til betydelig usikkerhet. Resten av prosjektstrategien beskriver hvordan steg 1 skal gjennomføres for å håndtere usikkerheten.



Usikkerhet knyttet til helhetlig styring av programmer og prosjekter som pågår i parallell

Parallelt med gjennomføringen av Programmet Akson journal og Programmet Akson samhandling, er det flere andre pågående programmer og prosjekter som videreføres. Dette er tiltak som tilrettelegger for bedre samhandling gjennom kjernejournal, innfører pasientens legemiddelliste i dagens løsninger hos kommuner og fastleger, ferdigstiller sentral forskrivningsmodul og viderefører pågående nasjonalt arbeid med Felles språk. Flere pågående programmer og prosjekter er avhengig av leveranser fra steg 1, blant annet tiltak knyttet til dokumentinnsyn, dokument- og datadeling og felles kommunal journalløsning. Avhengigheter, synergier og grensesnitt mellom parallelle programmer skaper usikkerhet og gjør det nødvendig med helhetlig styring.

Kapittel 1.1.5.3 beskriver overordnet organisering og ansvarsdeling for felles kommunal journalløsning og steg 1. Kapittel 1.6 beskriver hvordan avhengigheter mellom pågående programmer og prosjekter og hvordan sentrale grensesnitt skal følges opp.



Usikkerhet knyttet til styring av målbildet for helhetlig samhandling

Målbildet for helhetlig samhandling skal realiseres gjennom en stegvis tilnærming, der det fattes investeringsbeslutning for ett og ett steg. Som del av steg 1 skal det gjennomføres forprosjekt for steg 2, der det skal pekes på innhold i steg 2 og hvordan dette skal styres og finansieres. I tillegg til styring og finansiering av sentrale løsninger for samhandling, må forprosjektet peke på hvordan det skal skapes trygghet for at den enkelte virksomhet gjennomfører nødvendige lokale investeringer for å ta i bruk og realisere nytte fra de samhandlingsløsningene som det investeres i sentralt.

Helsefaglig ansvarlig har et særlig ansvar for å sikre at valg og beslutninger både i steg 1 og fremtidige steg, støtter opp om utviklingsretningen og det helhetlige målbildet. Videre er alle sentrale interessenter i representert i programstyret for steg 1. Forprosjekt for steg 2 må vurdere behov for endringer i styringsmodellen i kommende faser.

Behovet for en forpliktende styringsmodell for å realiseres målbildet for samhandling er beskrevet i kapittel 1.1.5.4. Kapittel 4.5 beskriver styringsmodellen for steg 1 og helsefaglig ansvarlig er beskrevet i kapittel 4.5.5.



Usikkerhet knyttet til å realisere målbilde for helhetlig samhandling

Det er stilt krav om at konseptet skal legge til rette for effektiv samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med effektiv samhandling menes at nødvendige helseopplysninger utveksles automatisk basert på dokument- og datadeling.

Kartleggingen av behovene viser at ambisjonsnivået for samhandling mellom de ulike aktørene er omfattende. En analyse av behovene opp mot løsninger som er tilgjengelig i dag viser at de fleste av informasjonstjenestene enten ikke eksisterer, eller de har et middels til stort behov for forbedring. Det høye ambisjonsnivået sammenliknet med dagens situasjon gir usikkerhet rundt realisering av målbildet for helhetlig samhandling.

Hovedtiltaket for å styre usikkerheten er den stegvise tilnærmingen til utviklingsretningen for samhandling. Forprosjekt for steg 2 skal vurdere de fremtidige stegene i utviklingsretningen.

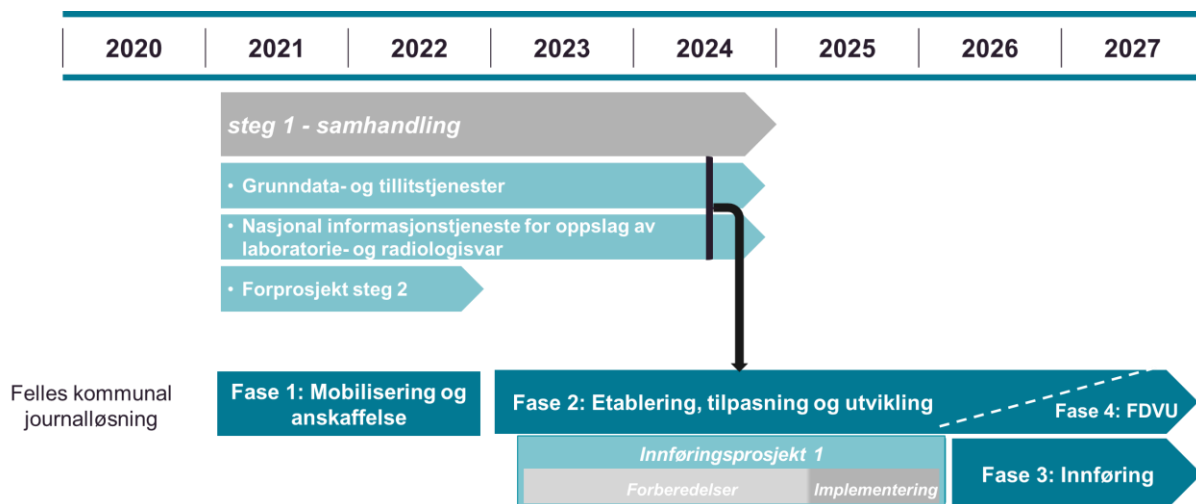
4.2 Gjennomføringsstrategi

Gjennomføringsstrategien beskriver hvordan steg 1 planlegges gjennomført. Strategien adresserer kritikalitet og usikkerhet relatert til arbeidsomfang, gjennomføringsplan, organisering og styring og forhold til omgivelsene. Gjennomføringsstrategien er forankret i hensikt, mål, kritiske suksessfaktorer, rammebetingelser og usikkerhetsbildet.

4.2.1 Overordnet gjennomføringsplan for steg 1

Gjennomføringen av steg 1 vil organiseres i et program, heretter omtalt som Programmet Akson samhandling, og leveransene i programmet organiseres i separate underliggende prosjekter.

Figur 29 illustrerer gjennomføringsplanen for steg 1 med underliggende prosjekter, og hvordan leveranser fra steg 1 skal integreres med felles journalløsning og bidra til samhandlingskapabiliteter i journalløsningen. Innretningen av steg 1 må være gjenstand for løpende vurdering og prioritering for å sikre koordinering med tilgrensende programmer og prosjekter. Innholdet i prosjektene er nærmere beskrevet i kapittel 1.1.5.4. og i vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur.



Figur 29 Gjennomføringsplan for steg 1

4.2.1.1 Gjennomføring av grunndata og tillitstjenester

Gjennomføringen vil kreve både standardiserings- og normeringsarbeid og utviklingsaktiviteter. Norsk Helsenett SF vil i henhold til avtale med direktoratet være ansvarlig for å gjennomføre nødvendige anskaffelser knyttet til utviklingsaktiviteten og eventuelle anskaffelser av kapasitet eller tjenester knyttet til drift og forvaltning av de tekniske løsningene.

Arbeidet med grunndata og tillitstjenester vil ta utgangspunkt i pågående arbeid knyttet til modernisert grunndataplattform og den nye grunndatatjenesten Person. Dette utvikles i forbindelse med prosjektet MF Helse, som innfører modernisert folkeregister i helse- og omsorgssektoren. Det vil være en fordel dersom kompetansen og erfaringene som er bygget opp gjennom prosjektet MF Helse kan brukes videre i arbeidet med grunndata i steg 1.

HelseID er en eksisterende tjeneste som tilbyr autentisering av helsepersonell og virksomheter, og legger til rette for data- og dokumentdeling i helsesektoren. Dagens løsning er imidlertid ikke skalerbar for nasjonal innføring. I tillegg pågår det arbeid knyttet til målarkitektur for data- og dokumentdeling og tillitstjenester i Direktoratet for e-helse. Arbeidet med etablering av tillitstjenester, inkludert API-management, bør bygge videre på pågående arbeid i både Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF.

Arbeidet med grunndata og tillitstjenester vil pågå i parallell og må sees i sammenheng med hverandre. Det er lagt til grunn at prosjektet kan starte opp i 2021 etter at det foreligger en investeringsbeslutning. Nye grunndatatjenester og tillitstjenester som utvikles vil løpende gjøres tilgjengelig for bruk av sektoren. Prosjektet er planlagt avsluttet i løpet av 2024.

Den felles kommunale journalløsningen vil benytte moderniserte tjenester og nasjonale tillitstjenester og vil ha en avhengighet til leveransene i dette prosjektet. Det må etableres

avtaler og felles planer på prosjektnivå for å avklare tidspunkt for leveranser som er tidskritisk for felles journalløsning.

Løsningene som utvikles vil driftes og forvaltes av Norsk Helsenett SF i tråd med den etablerte ansvarsdelingen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF.

4.2.1.2 Gjennomføring av nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar

Gjennomføringen vil både kreve utvikling og arbeid rundt teknisk og helsefaglig standardisering. Det må også koordineres opp mot offentlige og private lab- og radiologivirksomhetene slik at de får gjort nødvendig endringer på sin side. Norsk Helsenett SF vil i henhold til avtale med direktoratet være ansvarlig for å gjennomføre nødvendige anskaffelser knyttet til utviklingsaktiviteten og eventuelle anskaffelser av kapasitet eller tjenester knyttet til drift og forvaltning av de tekniske løsningene.

Informasjonstjenesten skal bygge videre på eksisterende løsninger. Oppslag skal kunne skje gjennom kjernejournal og videreutvikling av eksisterende meldingsstandarder skal sørge for at laboratorie- og radiologisvar gjøres tilgjengelig for oppslag. Arbeidet i prosjektet bør derfor bygge på eksisterende kompetanse og erfaring rundt disse løsningene.

Det er lagt til grunn at prosjektet kan starte opp i 2021 etter at investeringsbeslutning er fattet. Tjenesten skal være overlevert til drift og forvaltning i Norsk Helsenett SF innen utgangen av 2024, i tråd med den etablerte ansvarsdelingen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF.

4.2.1.3 Gjennomføring av forprosjekt for steg 2

Forprosjekt for steg 2 skal blant annet vurdere den tekniske beskaffenheten i dagens nasjonale e-helseløsninger og vurdere løsningsstrategier for å realisere det langsiktige målbildet for helhetlig samhandling. Direktoratet for e-helse vil måtte gjennomføre dette arbeidet i tett samarbeid med Norsk Helsenett SF. Anbefalingene i forprosjektet må også sees i lys av fremdrift og utvikling i moderniseringen av journal- og kurveløsningene i spesialisthelsetjenesten, fremdriften i arbeidet med felles kommunal journalløsning og hvilke krav myndighetene vil stille til journalløsningenes samhandlingsevne i årene fremover.

For å adressere usikkerhet knyttet til å realisere målbildet for helhetlig samhandling og usikkerhet knyttet til å håndtere behovet for fleksibilitet og endringsevne i helhetlig samhandling bør forprosjektet for steg 2 legge til grunn arkitekturprinsippene som beskrives innledningsvis i kapittel 1.2.

Forprosjektet må vurdere hva som er hensiktsmessig modell for styring, organisering og finansiering av fremtidige steg i utviklingsretningen. For å sikre at fremtidige investeringer i sentral samhandlingsfunksjonalitet oppnår ønsket effekt, er det også viktig at aktørene i sektor forplikter seg til å gjennomføre nødvendige investeringer i lokale løsninger og ta i bruk de nye nasjonale løsningene.

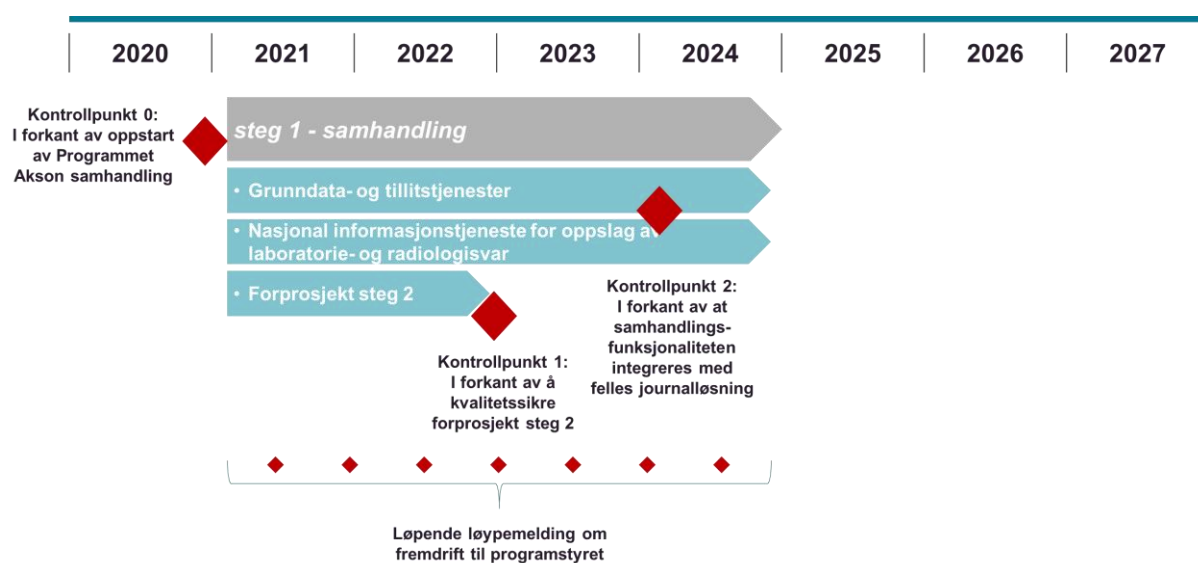
Styringsmodellen for Programmet Akson samhandling må ta høyde for representasjon og involvering som sikrer legitimitet og involvering av interessentene i arbeidet med forprosjekt for steg 2.

Forprosjektet vil starte opp i 2021 etter at investeringsbeslutning er fattet. Forprosjektet skal levere et sentralt styringsdokument innen utgangen av 2022. Det må gjennomføres KS2 av styringsdokumentet dersom investeringsforslaget overstiger terskelverdien på 300 millioner kroner.

4.2.2 Kontroll- og beslutningspunkter

Steg 1 er første trinn i realiseringen av målbildet for samhandling. Stegvis tilnærming til realisering av målbildet innebærer flere kontroll- og beslutningspunkter for målbildet i sin helhet. For å redusere risiko etableres det imidlertid også egne kontroll- og beslutningspunkter i steg 1. Kontrollpunktene for steg 1 knytter seg til både programmet og de enkelte prosjektene. Ved kontrollpunktene må det vurderes hvorvidt utviklingen understøtter målbildet, og om forventet fremtidig nytte forsvarer kostnader og risiko.

Det legges til grunn tre overordnede kontroll- og beslutningspunkter knyttet til steg 1 som skal gjennomføres i perioden 2021-2023. I tillegg vil det være løpende kontroll og rapportering både på prosjekt- og programnivå som illustrert i Figur 30.



Figur 30 Inngangs- og utgangskriterier for Programmet Akson samhandling

Inngangskriterier og utgangskriterier beskriver hva som må oppfylles før en fase kan starte opp og hva som må være utført/oppfylt før en fase kan lukkes. Figur 30 lister opp inngangs- og utgangskriteriene for de ulike prosjektene i programmet og de neste avsnittene beskriver fasene og deres inngangs- og utgangskriterier nærmere.

Tabell 33 Inngangs- og utgangskriterier i steg 1

Prosjekt	Inngangskriterier	Utgangskriterier
Grunndata- og tillitstjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Stortingsbeslutning 2020. • Prosjekttressurser tilgjengelige for program- og prosjektorganisasjonen. • Styringsmodell for programmet og for prosjektene er etablert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablert moderniserte grunndatatjenester for Virksomhet og Personell. • Tillitstjenester som understøtter nasjonal innføring av data- og dokumentdeling som samhandlingsformer.

Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar	<ul style="list-style-type: none"> • Stortingsbeslutning 2020. • Prosjektrressurser tilgjengelige for program- og prosjektorganisasjonen. • Styringsmodell for programmet og for prosjektene er etablert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablert nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar.
Forprosjekt steg 2	<ul style="list-style-type: none"> • Stortingsbeslutning 2020. • Prosjektrressurser tilgjengelige for program- og prosjektorganisasjonen. • Styringsmodell for programmet og for prosjektene er etablert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forprosjektet har levert SSD for steg 2 i utviklingsretningen for samhandling.

Programmet Akson samhandling skal lede og styre de tre underliggende prosjektene i programstrukturen for steg 1. Inngangskriterier for å starte opp programmet vil i første omgang være at tiltaket besluttes i Stortinget høsten 2020. Programmet må også før oppstart vise til program- og prosjektmandater og planer for hvert av prosjektene. Programmet må ha sikret tilgjengelige ressurser for både programmet og prosjektene, og ha etablert nødvendige styringsstrukturer. Utgangskriteriet for programmet er at prosjektene er levert i henhold til respektive planer. Utgangskriterier for de enkelte prosjektene er beskrevet nærmere under:

Grunndata- og tillitstjenester

Utgangskriterier for prosjektet vil være at det er etablert moderniserte grunndatatjenester for Virksomhet og Personell som kan benyttes i forbindelse med tilgangsstyring i den felles kommunale journalløsningen og at det er etablert tillitstjenester som håndterer nasjonal innføring av samhandlingsløsninger. Prosjektet må i tillegg ha opparbeidet tillit til grunndataene slik at disse kan benyttes til flere formål knyttet til samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar

Utgangskriteriet er å ha etablert en informasjonstjeneste som kan forvalte og tilgjengeliggjøre laboratorie- og radiologisvar gjennom kjernejournal.

Forprosjekt for steg 2

Utgangskriteriet for forprosjektet vil være et sentralt styringsdokument for steg 2 i utviklingsretningen for samhandling som blant annet vil beskrive de gjennomførte tekniske vurderingene knyttet til en samhandlingsplattform og et overordnet veikart der målbildet stykkes opp i håndterbare arbeidspakker. Det sentrale styringsdokumentet for steg 2 vil også beskrive finansiering, organisering, styringsmodell og plan for gjennomføring av steg 2.

4.2.3 Innføring av steg 1

Innføringen av felles kommunal journalløsning inkluderer alle de nasjonale samhandlingsløsningene som finnes på det tidspunktet journalløsningen blir innført i en virksomhet. For kommuner og andre selvstendig næringsdrivende som velger å ikke ta i bruk journalløsningen, vil disse aktørene måtte gå i dialog med Norsk Helsenett SF og egne leverandører for innføring av samhandlingsfunksjonaliteten. Innføring av

samhandlingsfunksjonalitet i steg 2 vil planlegges og beskrives i forprosjekt for steg 2 i utviklingsretning for samhandling.

Når det gjelder innføring til spesialisthelsetjenesten overtok Norsk Helsenett SF fra 1.1.2020 eierskap og forvaltning av dagens nasjonale e-helseløsninger. Dette ansvaret har tidligere ligget hos Direktoratet for e-helse. Norsk Helsenett SF har også det operative ansvaret for innføring av eksisterende samhandlingsfunksjonalitet, gjennom etablerte prosjekter og de regionale helseforetakene.

4.3 Sikkerhetsstrategi

IKT-sikkerhet og personvern har høy prioritet i arbeidet med steg 1 i utviklingsretningen for samhandling.

4.3.1 Risiko- og sårbarhetsanalysen og personvern vurdering

For å sikre innebygd personvern ble arbeidet med personvern vurderinger og risiko- og sårbarhetsanalyser startet tidlig. I utredningen av Én innbygger - én journal (2016) ble det gjennomført overordnet personvern vurdering, og i konseptvalgutredningen for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (2018) ble det gjennomført overordnet personvernkonsekvens-vurdering for de tre alternative konseptene.

Etter konseptvalg og videre arbeid i forprosjektet med å spesifisere og definere løsningene har ROS-analysen (se vedlegg N Overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse) blitt revurdert og oppdatert med fokus på den felles kommunale journalløsningen.

Steg 1 i helhetlig samhandling omfatter modernisering av grunndatatjenestene, videreutvikling og etablering av tillitstjenester, meldingsutveksling via Norsk Helsenett SF og etablering av en ny nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar som skal tilgjengeliggjøre helseopplysningene via kjernejournal. I tillegg omfattes de eksisterende nasjonale behandlingsrettede helseregistrene; Nasjonal kjernejournal og Reseptformidleren som del av samhandlingsløsningen.

Det er for alle disse løsningene enten allerede gjort en vurdering av risiko eller det skal gjøres en slik vurdering. Det er derfor ikke naturlig å gjøre det i denne vurderingen.

Videre er det gjennomført en oppdatert personvern vurdering omtalt i eget vedlegg M Overordnet personvern vurdering. Det legges til grunn at det på sikt vil være behov for å gjennomføre flere personvernkonsekvensvurderinger eller Data Protection Impact Assessment (DPIA) , jf. EUs personvernforordning art 35.

4.3.2 Roller og ansvar i arbeidet med sikkerhet

Arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern vil basere seg på Direktorat for e-helse sitt ledelsessystem for informasjonssikkerhet og eksisterende policyer. Tabell 34 inneholder en ikke-uttømmende liste med oppgaver som Programmet Akson samhandling må utføre.

Tabell 34 Roller og ansvar for arbeidet med sikkerhet

Rolle	Ansvar
Programeier for Akson Samhandling	<p>Sikre at det gjennomføres risikovurderinger og personvernkonsekvensutredninger og sørge for at identifiserte risikoer behandles.</p> <p>Sikre at styringsmodell for informasjonssikkerhet og personvern som gjelder for de nasjonale samhandlingsløsningene oppdateres, som følge av gjennomførte risikovurderinger og personvernkonsekvensvurderinger.</p>

4.4 Kontraktstrategi

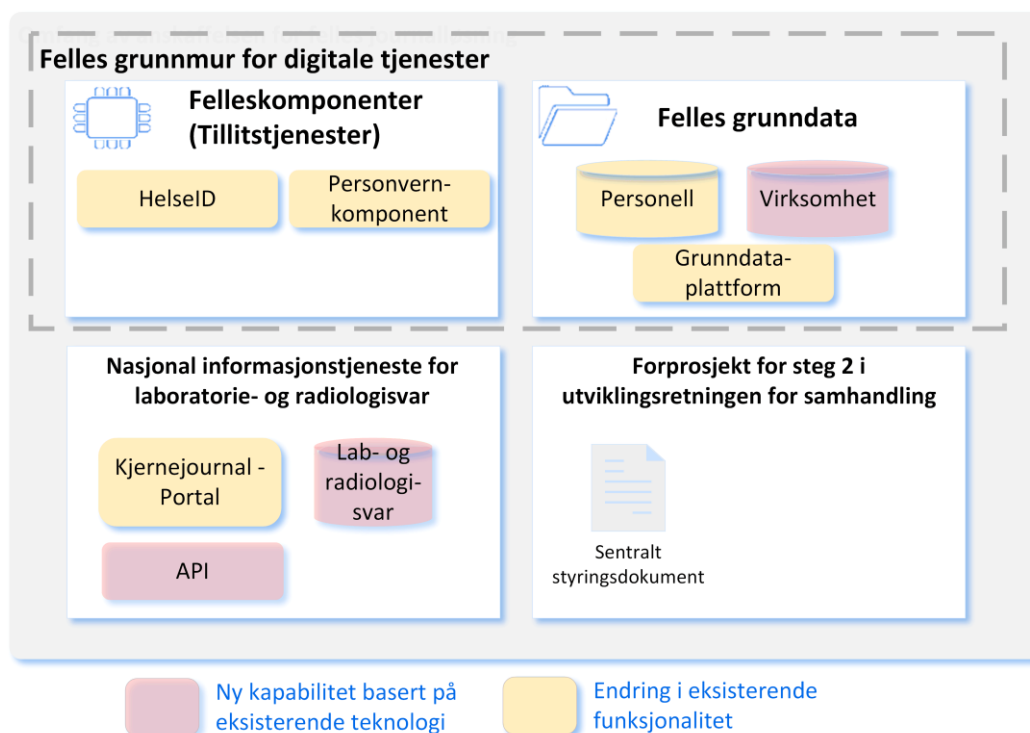
Direktoratet for e-helse vil ha overordnet ansvar for å realisere steg 1 og vil gjennomføre forprosjektet av steg 2 i tett samarbeid med Norsk Helsenett SF.

Norsk Helsenett SF vil i henhold til avtale med direktoratet være ansvarlig for å gjennomføre nødvendige anskaffelser knyttet til utviklingsaktiviteten i Grunndata, HelseID og tillitstjenester, API-management og informasjonstjenester for oppslag av laboratorie- og radiologisvar. Norsk Helsenett SF vil også være ansvarlig for eventuelle anskaffelser av kapasitet eller tjenester knyttet til drift og forvaltning av de tekniske løsningene.

Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for eventuelle anskaffelser vedrørende forprosjekt for steg 2 feller andre områder som går ut over avtalen direktoratet har med Norsk Helsenett SF.

4.4.1 Anskaffelsesområder steg 1

Figur 31 angir overordnet omfanget av kontraktstrategien for steg 1 i utviklingsretningen for samhandling. For en nærmere beskrivelse av innholdet vises det til kapittel 1.1.5.2.



Figur 31 Anskaffelsesområder for kontraktstrategien for steg 1

Steg 1 i utviklingsretningen har et begrenset omfang sammenlignet med omfanget for felles kommunal journalløsning og med målbildet for helhetlig samhandling. Det er særlig to hensyn som må adresseres gjennom kontraktstrategien for steg 1.

- Behovet for ivareta helheten i komponentene i steg 1 og at disse skjer i tråd med målbildet for helhetlig samhandling
- Behovet for å sikre tilgang på kompetanse og kapasitet i leverandørmarkedet til å løse behovene for utvikling

4.4.2 Behovet for ivareta helheten mellom omfang i steg 1 og målbildet for helhetlig samhandling

De mest omfangsrrike tiltakene i steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling er etableringen av byggeklossene i felles grunnmur for digitale tjenester som understøtter skalering av nye samhandlingsformer (dokument- og datadeling).

De nye tjenestene på grunndataplattformen (Virksomhet og Personell) må bygge videre på nylig utviklede byggeklosser, og må inngå i den samme helheten som disse. Også tillitstjenestene (HelseID og Personvernkomponenten) er en videreutvikling av eksisterende byggeklosser.

I parallell med at de nye komponentene etableres vil det gjennomføres et forprosjekt for hvordan steg 2 i utviklingsretningen av helhetlig samhandling skal gjennomføres. I dette forprosjektet vil det også vurderes hvordan etablere en helhetlig samhandlingsplattform. Det er avgjørende at de nye komponentene i størst mulig grad kan og vil inngå som en del av dette målbildet.

4.4.3 Behovet for tilstrekkelig kapasitet med riktig kompetanse til å foreta utviklingen og sikre leveransene

For å adressere behovet for kompetanse og kapasitet til å ivareta behovene knyttet til utviklingen av de nasjonale løsningene, gjennomførte Direktoratet for e-helse i 2019 en anbudskonkurranse for å inngå nye rammeavtaler. Rammeavtalene kan også benyttes av Norsk Helsenett SF. Anbudskonkurransen omfattet følgende 10 tjenesteområder med tilhørende fagområder:

- Program- og prosjektledelse
- Strategisk rådgivning
- Behovsanalyse og løsnings spesifisering
- Løsningsutvikling
- Test og testledelse
- Helsefag
- Forebyggende sikkerhet og beredskap
- Informasjonssikkerhet og personvern
- Kommunikasjon og formidling
- Kunnskap, analyse og evaluering

Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF valgte å inngå kontrakt med 30 leverandører for å dekke behovet knyttet til videreutvikling av samhandlingsløsningene. I tillegg har Norsk Helsenett SF en gjeldende dynamisk innkjøpsordning på en rekke kompetanseområder. Denne gjelder for helseforvaltningen (Bioteknologirådet, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet, Helfo, Helsedirektoratet, Helseklage, Norsk pasientskadeerstatning,

Pasient- og brukerombudet, Helsetilsynet, Statens legemiddelverk og Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet).

4.4.4 Alternative kontraktstrategier

Forprosjektet har lagt til grunn behovet for å sikre helhet i komponentene og behov for å sikre nødvendig omfang i kompetanse og kapasitet som de viktigste parameterne for å definere overordnede alternative kontraktstrategier. Siden steg 1 av utviklingsretningen for samhandling hovedsakelig vil omfatte videreutvikling av eksisterende løsninger, vil de mest aktuelle strategialternativene for steg 1 være:

- | | |
|--|---|
| A. Leie ressurser til interne utviklingsprosjekter | Dette alternativet innebærer at eksisterende utviklings- og forvaltningsmiljøer i Norsk Helsenett SF får hovedansvaret for å gjennomføre tiltakene. Disse miljøene kompletterer kapasitet og kompetanse gjennom avrop på eksisterende rammeavtaler, der det etterspørres spesifikk kompetanse og kapasitet. |
| B. Inngå avtaler med en leverandør for hvert anskaffelsesområde | Dette alternativet innebærer at eksisterende utviklings- og forvaltningsmiljøer i Norsk Helsenett SF tar et overordnet ansvar for å gjennomføre tiltakene. Men disse miljøene inngår avtale med én leverandør på hvert anskaffelsesområde, som får et helhetsansvar for leveransen under anskaffelsesområdet. Foretaket kan velge å gjennomføre anskaffelsen enten ved å gjøre avrop på eksisterende rammeavtaler eller ved å foreta tilpassede nye anskaffelser. |

Som utgangspunkt bør det inngås avtaler med leverandører om helhetlige leveranser der dette er gjennomførbart, for å utnytte kompetansen og leveransekraften i leverandørmarkedet. Dette vil også kunne gi større og mer attraktive kontrakter, som vil kunne bidra til at leverandørene tilbyr bedre kvalifiserte ressurser. Tilnærmingen vil kunne være aktuelt der funksjonalitet kan leveres som klart avgrensede komponenter. Leverandørene vil kunne gis et resultatansvar for slike leveranser i den grad leveransene og kostnaden ved disse kan avklares i tilstrekkelig grad før avtaleinngåelsen.

For noen av anskaffelsesområder vil dette imidlertid ikke være mulig eller hensiktsmessig. Det vil da kunne være en bedre tilnærming å anskaffe enkeltressurser til prosjekter som gjennomføres og styres internt. Dette vil særlig være aktuelt der egenskaper ved den nye funksjonaliteten er vanskelig å definere, for eksempel som følge av avhengigheter til andre prosjekter, og hvor det derfor er behov for en dynamisk styring av utviklingen. Det samme vil gjelde der det er behov for at kunden deltar i arbeidet, for eksempel for å sikre kompetanseoverføring mellom partene.

4.4.5 Anbefalt kontraktstrategi

HelseID og personvernkompenten er løsninger som allerede er utviklet og i bruk. De nye behovene som følger av steg 1, vil gjøre det nødvendig å videreutvikle komponentene. Leveransene vil måtte tilpasses de eksisterende løsningene, og det vil kunne være stort behov for å utveksle informasjon og løsningskompetanse mellom det eksisterende utviklingsmiljøet og innleide ressurser. Dette tilsier at strategialternativ A bør velges for videreutviklingen av disse løsningene. Dette bør også være tilnærmingen for anskaffelse av ressurser til forvaltning av løsningene, da for å sikre kompetanseoverføring til interne ressurser som kan ivareta kontinuitet i forvaltningen av løsningene.

Løsningene for grunndata som inngår i steg 1, vil i noen grad bygge på eksisterende løsninger. Det vil være behov for en ny løsning for oversikt over virksomhetene i primærhelsetjenesten, mens det vil være nødvendig å videreutvikle løsningen for oversikt over personell. Løsningene som skal videreutvikles er bygget delvis ved innleie av enkeltressurser og delvis ved mer helhetlige leveranser. Det er inngått en langsiktig utviklingsavtale med en utviklingsleverandør, og det er usikkert om det vil bli behov for ytterligere anskaffelser. Dersom det blir behov for å inngå nye avtaler, bør strategialternativ B velges så langt som mulig, både for videreutviklingen og for de nye løsningene. Dette vil også gjøre det mulig å velge strategialternativ B for ressursene til forvaltningen av løsningene, med mindre det besluttes å gjennomføre forvaltning av løsningene ved interne ressurser.

En ny nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar vil forutsette en ny databaseløsning, nye API'er samt videreutvikling av kjernejournalløsningen. Kjernejournalløsningen er utviklet i henhold til en kontraktstrategi tilsvarende modell B. Dette tilsier at strategialternativ B bør velges både for videreutviklingen og de nye løsningene. Dette vil også gjøre det mulig å velge strategialternativ B for forvaltning av løsningene, forutsatt at rammene for utviklingsavtalen gir rom for dette.

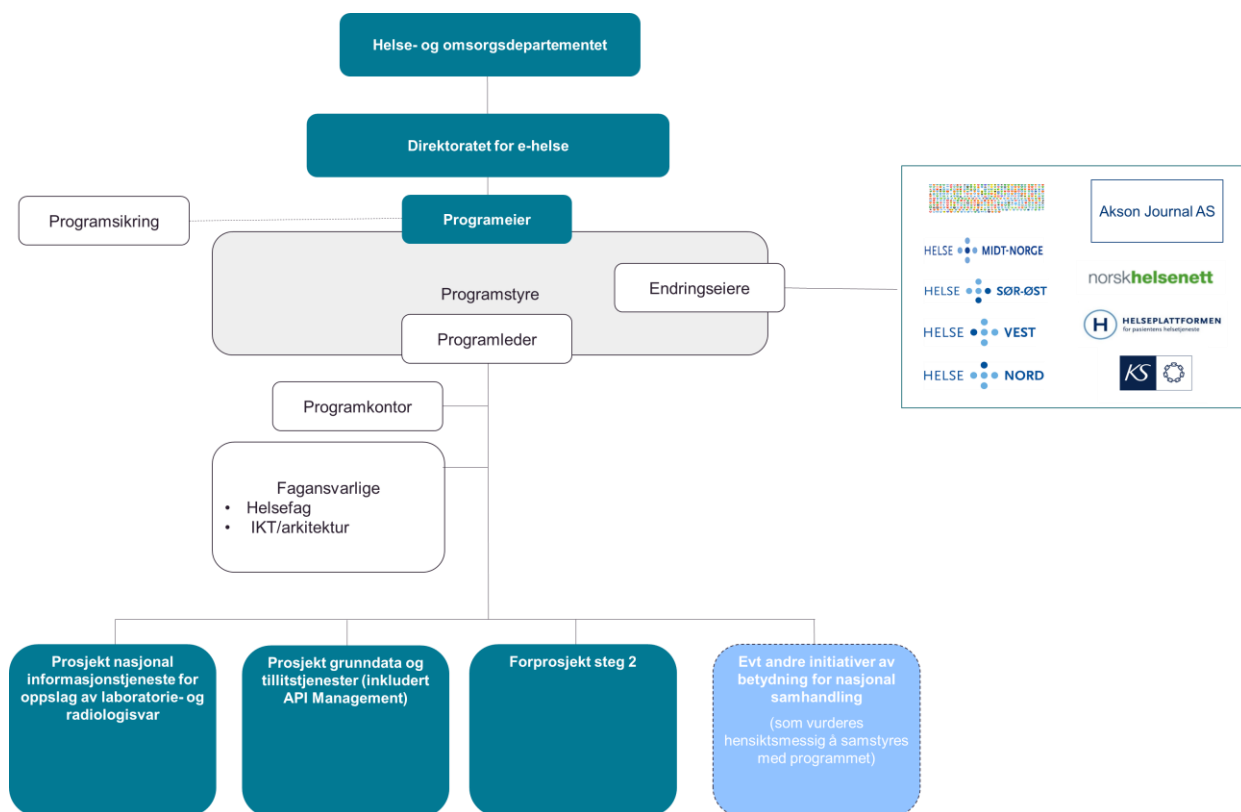
Forprosjektet for steg 2 i utviklingsretningen for samhandling vil gjennomføres av Direktoratet for e-helse i tett samarbeid med Norsk Helsenett SF. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF har ressurser som vil kunne utføre mye av arbeidet i et slikt forprosjekt, men det vil antagelig også være behov for å supplere denne kapasiteten. Forprosjektet vil ha tett sammenheng med Direktoratet for e-helse sitt øvrige arbeid, og det vil være behov for å sikre kompetanseoverføring til og fra eventuelle innleide ressurser. Dette tilsier at strategialternativ A legges til grunn for eventuell ressursbidrag til forprosjektet.

4.5 Organisering og ansvarsdeling for steg 1

Direktoratet for e-helse vil få ansvaret for å realisere steg 1, og vil være hovedansvarlig for at målene nås. For å sikre en helhetlig tilnærming, at avhengigheter mellom prosjektene håndteres, samt at steg 1 bygger oppunder det langsiktige målbildet for samhandling vil prosjektene organiseres i en programstruktur. Forprosjektet for steg 2 må vurdere behov for endringer i organiseringen av senere steg i utviklingsretningen. Beste praksis-rammeverkene MSP og Prince2 danner fundamentet for program- og prosjektstyringen.

4.5.1 Overordnet styringsstruktur

Den overordnede styringsstrukturen og programorganiseringen er illustrert i Figur 32.



Figur 32 Programorganisering steg 1

I tillegg til de tre prosjektene beskrevet under gjennomføringsstrategien har vi i figuren også tegnet inn muligheten for at andre initiativer av betydning for nasjonal samhandling legges inn i programmet. Det pågår, eller er planlagt, flere andre initiativer av betydning for nasjonal samhandling i andre prosjekter og programmer (eksempelvis Velferdsteknologisk knutepunkt og Innsyn journaldokumenter). I de tilfeller der disse ikke realiseres som planlagt, eller der det er behov for å endre innretningen av disse for å bygge opp under realisering av målbildet for helhetlig samhandling, kan det være aktuelt å inkludere prosjektene i programmet. Dette vil måtte vurderes konkret i det enkelte tilfellet basert på hva som er mest hensiktsmessig med hensyn til å realisere målbildet.

Styringen av prosjektene går gjennom formelle vedtak, styringsdokumenter og styringsdialogen mellom Direktoratet for e-helse, programeieren og prosjekteierne. Direktoratet for e-helse fastsetter rammene for programmet gjennom et mandat for programeier.

Programeieren fastsetter mandatene for programlederen, endringseiere og eierne av de enkelte prosjektene. Programmet skal legge til rette for at de underliggende prosjektenes leveranser realiserer målene som er satt for programmet.

Endringseierne vil være representanter fra kommunene og spesialisthelsetjenesten som kjenner virksomhetenes behov, organisering og arbeidsprosesser, samt Norsk Helsenett SF og "Akson journal AS" som vil stå for innføringen av de nye kapabilitetene. Representasjon fra kommunene vil kunne ta utgangspunkt i modellen for organisering av kommunene som bør etableres i forbindelse med den felles kommunale journalløsningen og beskrevet i kapittel 2.11.5.3.

Prosjekteierne utpekes av programeier. Prosjektstyrene bistår prosjekteieren. Prosjekteieren beslutter, etter rådføring med prosjektets styringsgruppe og mandatene for prosjektlederen.

Samtidig som styringen går nedover i strukturen, går eskalering og rapportering oppover. Mandatene for alle rollene har toleranserammer for ulike styringsindikatorer. De ulike rollene i program- og prosjektstyringen er ansvarlig for å eskalere sakene til det neste eskaleringsnivået hvis saker går utenfor, eller det er risiko for at de går utenfor, disse rammene.

4.5.2 Direktoratet for e-helses overordnede ansvar

I arbeidet med ny e-helseorganisering (NEO) og etablering av nasjonal tjenesteleverandør 1. januar 2020, er følgende ansvarsfordeling mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF lagt til grunn:

- Direktoratet for e-helse skal legge til rette for beslutninger om *hva* tjenesteleverandør skal levere i samstyring med sektoren, gjennom prosessene i nasjonal styringsmodell for e-helse
- Norsk Helsenett SF sin oppgave blir å definere *hvordan* oppgavene bør løses, og deretter løse dem gjennom avtaler med oppdragsgiver. Norsk Helsenett SF skal ha frihet til å ta egne løsningsvalg, innenfor nasjonale føringer og økonomiske rammer som er gitt.

Det er lagt til grunn at Direktoratet for e-helse skal ha det overordnede ansvaret for prosjekter og programmer av strategisk karakter. Direktoratet for e-helse vil dermed være ansvarlig for programmet og prosjektene i sin helhet. Prosjektene er imidlertid av ulik karakter. Forprosjekt steg 2 er et planleggingsprosjekt som skal vurdere strategi, funksjonelt løsningsomfang og plattformvurdering for å realisere steg 2 i utviklingsretningen for samhandling. Dette er en type prosjekt som naturlig hører hjemme i Direktoratet for e-helse, men må gjøres i tett samarbeid med Norsk Helsenett SF. De øvrige prosjektene knytter seg til realisering av konkrete utviklingsplaner. Norsk Helsenett SF vil i henhold til avtale med direktoratet være ansvarlig for å gjennomføre nødvendige anskaffelser av utviklingsaktiviteter, samt eventuelle anskaffelser av kapasitet eller tjenester knyttet til drift og forvaltning av de tekniske løsningene.

Programmene og prosjektene vil også måtte forholde seg til det nyopprettede områdeutvalget for digital samhandling for å sikre koordinering med andre pågående prosjekter. Som beskrevet i strategi for styring av usikkerhet er en viktig faktor for å realisere det overordnede målbildet at programmet sikrer at de sentrale interessentene forplikter seg til beslutninger om omfang og finansiering, og at dette følges opp med nødvendig utvikling og endringer i egne virksomheter.

4.5.3 Organisering av programmet og prosjektene

Styringsstrukturen for programmet skal inneholde tydelige styrings- og ansvarslinjer fra topp til bunn. Strukturen skal bidra til at programmet:

- Hele tiden er i tråd med de strategiske målene for tiltaket
- Har tydelig definerte roller og ansvar som gir programmet og prosjektene forutsigbare rammebetingelser.
- Legger de overordnede føringene for prosjektene og deres leveranser.
- Balanserer behovene for fremdrift, og forankring med berørte virksomheter.

Programmet og prosjektene vil styres av roller som er utstyrt med de nødvendige mandatene for å kunne ta effektive beslutninger. Nedenfor gis en kort gjennomgang av rollene i

programorganisasjonen, og ansvaret som ligger til disse. Rollene beskrives på et overordnet nivå, se MSP og Prince2 for mer detaljerte beskrivelser av rollenes ansvar.

Programeier

Direktoratet for e-helse vil utpeke en programeier for tiltaket. Programeier er hovedansvarlig for programmet, og for at programmet når sine mål. Det innebærer å sikre at programmet leverer de nye kapabilitetene slik at de forventede gevinstene kan realiseres. Programeieren skal dessuten:

- Styre gjennomføringen av programmet, programmets leveranser og implementeringen av leveransene i linjeorganisasjonene.
- Håndtere grensesnittet mot nøkkelinteressenter, samt informere og involvere sentrale interessenter om spørsmål om programmets fremdrift og løsningsvalg.
- Overvåke og håndtere programmets strategiske risikoer og muligheter.
- Utnevne og lede programstyret, og fastlegge prioriteringene for styringsgruppen.

Programstyret

Programstyret etableres av programeier. De mest sentrale oppgavene knytter seg til:

- Bistå programeier med å gjøre strategiske veivalg og gi retning for de underliggende prosjektene
- Sikre at programmet leverer innenfor sine avtalte rammer (kostnader, fremdrift mm)
- Løse strategiske problemstillinger mellom ulike prosjekter i programmet for å avklare retning og sikre fremdrift i programmet.

Programstyret vil utgjøres av programeier fra Direktoratet for e-helse, programleder samt representanter for endringseierne i kommuner og de regionale helseforetakene. Det er også vurdert hensiktsmessig å inkludere representanter fra "Akson journal AS", Norsk Helsenett SF og Helseplattformen i programstyret ettersom disse har ansvaret for løsninger som vil ha betydelige avhengigheter til programmet. I tillegg vurderes det hensiktsmessig at KS som interesseorganisasjon for kommunene får en plass i programstyret.

Andre aktører kan også være aktuelle å gis representasjon, enten permanent eller i ulike faser. Dette gjelder særlig fag- og profesjonsforeninger, fagmyndigheter og/eller pasient- og brukerorganisasjoner. Kommunene vil gjennom representasjon i Programstyret for Akson samhandling kunne se utviklingen i sammenheng med Programmet Akson journal og bidra til koordinering.

Programleder

Programleder er ansvarlig for den daglige ledelsen av programmet og jobber tett sammen med endringseiere (se under). Programleders ansvarsområder vil blant annet være:

- Daglig ledelse av programmet, herunder oppfølging og kontroll med de ulike prosjektene i programmet
- Sikre at kapabilitetene i programmet leveres i tråd med planene
- Koordinere prosjekter og innbyrdes avhengigheter.
- Beslutte programmets leveranser innenfor mandatet fra programeieren, og gjennomføre beslutningene som programeieren gjør.
- Være ansvarlig for oppfølging av fremdrift, kostnad, kvalitet, gevinst og risiko. Programlederen er også ansvarlig for å sette i verk og følge opp nødvendige tiltak.

Endringseiere

Endringseierne er ansvarlig for at kapabilitetene som leveres er tilpasset virksomhetenes behov og kan bidra til å realisere nytte i de berørte virksomhetene. Endringseierne er representanter for berørte virksomheter (kommuner og spesialisthelsetjenesten) og ansvaret knytter seg primært til å sikre at:

- Leveransene tilfredsstillir virksomhetenes behov
- Nødvendige tilpasninger i egne virksomheter gjennomføres for å kunne realisere nytten av løsningene

Endringseierne må jobbe tett sammen med programleder for å sikre at riktige kapabiliteter leveres, og at disse blir brukt på best mulig måte for å skape nytte.

I tillegg til kommuner og de regionale helseforetakene vil også "Akson journal AS" og Norsk Helsenett SF representeres som endringseiere ettersom det er disse virksomhetene, som i tråd med innføringsstrategien, skal stå for den tekniske innføringen av de nye samhandlingskapabilitetene.

Programkontor

Programkontoret understøtter programleder i sitt arbeid og er en sentral brikke for koordinering og informasjonsflyt i programorganisasjonen. Programkontoret fyller to hovedfunksjoner:

- Gi støtte og rådgivning til de ulike prosjektene og initiativene
- Ha styring og kontroll med prosjektene; kostnader, godkjenninger, dokumentstandarder osv.

Arbeidet knyttet til sentrale gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av gevinster er naturlig å legge til programkontoret.

Programsikring (kvalitetssikring)

Programsikringsfunksjonen må være uavhengig av programorganisasjonen.

Kvalitetssikringen vil være knyttet til sentrale kontrollpunkter (stopp-punkter). Vi viser til gjennomføringsstrategien for nærmere beskrivelse av kontrollpunkter (stopp-punkter).

Fagansvarlige

Basert på erfaringsinnhenting som er gjort gjennom forprosjektet og tiltakets kompleksitet er det vurdert hensiktsmessig å etablere grupper av fagansvarlige som skal sikre at problemstillinger innenfor de respektive fagområdene ses i sammenheng på tvers av prosjektene i programmet og virksomhetsområdene forøvrig.

Fagansvarlige utpekes av og rapporterer til programeier. De fagansvarlige vil være øverste faglige beslutningsnivå på sine områder. Det vil utpekes fagansvarlige med kompetanse innenfor to hovedområder:

- IKT/arkitektur
- Helsefag og helse- og omsorgstjenesten

Rollene må bemannes på en måte som sikrer faglig tyngde og legitimitet.

Programkontor og prosjektstøtte

Programlederen og prosjektlederne støttes av et programkontor. I tillegg vil prosjektlederne støttes av en enkel prosjektstøttefunksjon.

Programkontorfunksjonen ivaretar fellesfunksjoner for hele programmet, det vil si også mange av funksjonene som normalt ligger i et prosjektkontor. En sammenslåing av funksjonene sikrer administrativ effektivitet, forenkler arbeidet med kontinuerlig forbedring og bidrar til bedre ivaretagelse av helhetsperspektivet i programperioden.

Programkontoret koordinerer all informasjon, kommunikasjon, og kontrollaktiviteter. Kontoret skal blant annet:

- Utvikle og kommunisere felles styrende dokumenter, prosesser, rutiner og maler
- Følge opp programmet som helhet og prosjektene på økonomi, fremdrift, risiko og planlegging og rapportere til programlederen.
- Koordinere prosjektets prosesser for risiko- og mulighetsstyring.
- Lede og koordinere kvalitetsarbeidet i programmet.
- Sikre at gevinstrealiseringsplanen er oppdatert, samt måle og utarbeide rapporter på programmets fremdrift mot gevinstrealiseringsplanen sentralt.

Funksjonen prosjektstøtte skal blant annet:

- Støtte prosjektleder i den daglige styringen av prosjektet
- Overvåke delprosjektenes fremdrift og forbruk i forhold til de besluttede rammene.
- Sammenstille rapporteringen fra delprosjekter og rapportere koordinert til prosjektlederen.
- Utvikle prosjektets styrende dokumenter.

Det vises til MSP og Prince2 for ytterligere beskrivelse av oppgavene som legges til programkontoret og prosjektstøttefunksjonen.

I tillegg til den overordnede programorganiseringen er det behov for å definere tydelige roller og ansvar på prosjektnivå. Nedenfor gir vi en kort gjennomgang av rollene, og ansvaret som ligger til disse.

Prosjekteier

Prosjekteieren har det overordnede ansvaret for at prosjektet leverer de planlagte leveransene innenfor de besluttede rammene. Programeieren utnevner prosjekteieren.

Prosjekteieren skal blant annet:

- Sikre at prosjektets leveranser leveres i tråd med de besluttede rammene for blant annet tid, kost, risiko og gevinst.
- Godkjenne prosjektets planer, leveranser og ressursstyring.
- Beslutte prosjektets mandat innenfor rammene fra programeieren.
- Styre og kontrollere midlene bevilget til prosjektet.
- Gjennomføre kommunikasjonen med prosjektets eksterne interessenter

Prosjektstyre

Prosjekteieren for det enkelte prosjekt utnevner og leder prosjektets styringsgruppe. Prosjektets styringsgruppe består som et minimum av:

- Prosjekteieren
- Representanter fra berørte virksomheter
- Programmets programleder og endringseiere.
- Prosjektlederen

Prosjektets styringsgruppe skal blant annet:

- Støtte prosjekteieren i styringen av prosjektet.
- Ta eierskap til og ansvar for prosjektets mål, omfang og fremgangsmåter.
- Forankre prosjektet i linjen og kommunisere retningen, og legge til rette for gevinstrealiseringen i linjen i samråd med endringsansvarlige i programmet.
- Bidra til tett kontakt mellom prosjektet og linjen.
- Forberede saker av prinsipiell betydning til prosjekteieren.

Prosjektleder

Prosjekteieren utnevner prosjektlederen. Prosjektlederen har den daglige styringen av prosjektet. Prosjektlederen skal blant annet:

- Ta beslutninger, blant annet om prosjektets leveranser, innen rammene satt av de sentrale styringsdokumentene for prosjektet og toleranserammene besluttet av prosjekteieren.
- Styre prosjektets budsjett, og ha oversikt over prosjektets kostnader og gevinster.
- Gjennomføre kommunikasjonen med prosjektets eksterne interessenter i samråd med prosjekteieren.

4.5.4 Gevinstrealisering

Etableringen av en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar i steg 1 antas å bidra til realisering av enkelte gevinster identifisert for tiltaket felles kommunal journalløsning og steg 1. Modernisering av grunndatatjenestene Personell og Virksomhet vil være viktige for å legge til rette for gevinster på et senere tidspunkt, men gir små direkte gevinster.

Forprosjektet for Akson anser det likevel ikke som hensiktsmessig å organisere et omfattende gevinstarbeid i Programmet Akson samhandling. Ansvar for realisering av gevinster av tiltaket ligger hos virksomhetene som tar i bruk løsningene. Det legges til grunn at programkontoret følger opp gevinstrealiseringen på et overordnet nivå i henhold til gevinstrealiseringsplanen i kapittel 5.5.3.

4.5.5 Helsefaglig ansvarlig

Steg 1 støtter opp om målbilde basert på helsefaglige behov og behov hos innbyggere. Rollen *Helsefaglig ansvarlig* i programledelsen skal bidra til å sikre at stegene i utviklingsretningen peker mot dette målbildet, og at fortløpende prioritering av utvikling av samhandlingstjenester er i tråd med helsefaglige behov. Rollen skal ha kompetanse både på helsefag, helseinformatikk og helsetjenesten med arbeidsprosesser.

Det vil være behov for helsefaglig kompetanse i alle tre prosjekter i programmet, og helsefaglig ansvarlig vil være koordinator og eskaleringsmulighet for helsefaglige vurderinger i dem. Prosjektet bør i tillegg bruke etablerte helsefaglige råd og strukturer der det er mulig for å dekke behovet for kvalitetssikring. Rollens strategiske ansvar tilsier en mer direkte deltakelse i forprosjekt steg 2.

Roller bør videreføres også i organisering av kommende steg i realiseringen av målbildet for å sikre kontinuitet.

4.5.6 Ansvarlig IKT/Arkitektur

Prosjektene i steg 1 vil stille høye krav til vurdering og valg av arkitektur. I steg 1 anbefaler prosjektet at man har en rolle i programmet for en "sjefsarkitekt". Sjefsarkitekten vil være et nødvendig skaleringsnivå for de øvrige prosjektene for beslutninger som knytter seg til design og utforming av arkitekturdesign og arkitekturprinsipper.

4.5.7 Interessenthåndtering og involvering

Programmet Akson samhandling vil berøre flere interessenter, herunder både kommuner, selvstendig næringsdrivende som har avtale med kommunen og spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil Norsk Helsenett SF være en svært sentral aktør i deres rolle som drift- og forvaltningsansvarlig for de to utviklingsprosjektene som skal leveres som en del av steg 1. Det er viktig at beslutningene som fattes i programmets styringslinje har legitimitet både i virksomhetene som skal ta i bruk ny samhandlingsfunksjonalitet, og blant helsepersonell som fremtidige brukere av løsningene som utvikles. Det må derfor sikres bred involvering og forankring med disse.

Det ligger et særlig ansvar på endringseierne og programeier for å sikre tilstrekkelig forankring og involvering av kommunene, de regionale helseforetakene og de selvstendig næringsdrivende samt blant helsepersonell.

Involveringen av interessentene vil skje både gjennom representasjon i programmets styringsstruktur som beskrevet ovenfor, og arbeids- og referansegrupper i prosjektene. Det vil være viktig å sikre representasjon fra sentrale interessenter og brukergrupper i disse. I tillegg til kommuner, de regionale helseforetakene, Norsk Helsenett SF og representanter for innbyggere og helsepersonell må behovet for involvering av nasjonale fagmyndigheter og fag- og profesjonsforeninger vurderes.

4.5.8 Strategi for styring av usikkerhet

Styring av usikkerhet og risikostyring må være en integrert del av programhverdagen på alle nivåer og i dialog med sentrale interessenter, slik at terskelen blir lav for å varsle om risiko som oppstår. I tråd med MSP-rammeverket vil prosessen for usikkerhetsstyring bestå av fire steg. I tillegg vil *kommunikasjon* inngå som en integrert del av alle stegene i prosessen.

Proessen bygger på MSP-rammeverket og består av fire steg:

- *Identifisere* handler om å identifisere risiko og muligheter. Dette gjøres både gjennom å forstå konteksten som programmet opererer i og identifisere faktiske risikoelementer. Risikoelementene registreres i risikoregisteret.
- *Vurdere* handler om å vurdere sannsynlighet, konsekvens og hvor nær i tid en mulig hendelse eventuelt er. I programkontekst er det også viktig å se på den aggregerte risikoen for programmet som helhet.

- *Planlegge* handler om å forberede styringsgrep som sikrer at en risiko ikke kommer overraskende dersom den inntreffer, og gjøre det mulig å sette i verk tiltak for å redusere eller eliminere risikoen.
- *Iverksette* handler om å sikre at de planlagte styringsgrepene blir iverksatt. En viktig del av dette steget handler om å sikre tydelige roller og ansvar og utpeke usikkerhetseier og aksjonseier.

Tabell 35 Roller og ansvar i usikkerhetsstyringen

Aktør	Rolle og ansvar i usikkerhetsstyringen
Helse- og omsorgsdepartementet	Mottar rapportering på de mest sentrale risikoelementene. Disponerer og beslutter utløsning av usikkerhetsavsetningen.
Direktoratet for e-helse v/ Direktør	Mottar rapportering på sentrale risikoelementer. Rapporterer på de mest sentrale risikoelementene til Helse- og omsorgsdepartementet. Beslutter utløsning av forventet tillegg. Beslutter å løfte anmodninger om utløsning av usikkerhetsavsetning til Helse- og omsorgsdepartementet.
Programeier for steg 1	Godkjenner strategi for styring av usikkerhet, og endringer og oppdateringer i denne. Eier og følger og strategisk risiko og er ansvarlig for at strategisk risiko blir fulgt opp på riktig nivå. Rapporterer på de mest sentrale risikoelementene til Direktør for Direktoratet for e-helse. Løfter anmodninger om utløsning av forventet tillegg og usikkerhetsavsetning til Direktør for Direktoratet for e-helse. Er ansvarlig for at beslutningsunderlaget for utløsning av usikkerhetsavsetningen beskriver: <ul style="list-style-type: none"> • Omfanget på det utløste behovet • Begrunnelse for å utløse midler fra usikkerhetsavsetningen • Varige konsekvenser av å utløse usikkerhetsavsetningen (varig høyere/lavere driftskostnader, fremtidige innføringskostnader, realisering av gevinster etc.) • Beskrivelse av hva som er alternativet til å utløse midler fra usikkerhetsavsetningen, og hva som er konsekvensen ved å ikke utløse midlene. Er ansvarlig for at godkjente endringer kommuniseres til programmet Ansvarlig for å kontrollere risiko og hendelser som kan påvirke programmets evne til å levere på de strategiske målene. Eier risiko på strategisk nivå, og er ansvarlig for strategisk risiko blir fulgt opp på riktig nivå.
Programleder for steg 1	Utformer og styrer prosessen for styring av risiko og usikkerhet i programmet. Definerer tydelige terskelverdier og regler for eskalering. Styrer det aggregerte nivået av usikkerhet i programmet

	<p>Rapporterer på sentrale risikoelementer til Programeier</p> <p>Styrer og koordinerer tiltak for å håndtere usikkerhet knyttet til tilstøtende programmer og tiltak.</p> <p>Kommuniserer fremdriften i håndteringen av usikkerhet og hendelser til Programeier og relevante interessenter</p> <p>Løfter anmodninger om utløsning av forventet tillegg og usikkerhetsreserve til Programeier.</p> <p>Utarbeider beslutningsunderlag for utløsning av usikkerhetsreserve og forventet tillegg med støtte fra programkontoret.</p> <p>Er ansvarlig for at godkjente endringer innarbeides i programmets styrende dokumenter og kommuniseres til hele programorganisasjonen, underliggende prosjekter og andre interessenter ut fra hva som er hensiktsmessig.</p>
Programkontoret	<p>Styrer og koordinerer informasjonen og systemet for å følge opp usikkerhet og risiko i programmet.</p> <p>Vedlikeholder risikoregisteret.</p> <p>Etablerer, fasiliterer og følger opp prosessen for usikkerhetsstyring</p> <p>Støtter og gir råd til prosjektene når det gjelder risiko og usikkerhet.</p> <p>Koordinerer usikkerhet og risiko i grensesnittet mellom prosjektene sammen med prosjektene.</p>
Usikkerhetseier	<p>Ansvarlig for styring, kontroll og oppfølging av planlagte tiltak for en risiko han eller hun har fått ansvar for</p>
Aksjonseier	<p>Har fått oppdraget med å utføre et planlagt risikotiltak. Støtter og styres av usikkerhetseieren.</p>

5 Prosjektstyringsbasis steg 1

5.1 Arbeidsomfang og endringsstyring

Med utgangspunkt i konseptbeskrivelsen i kapittel 1.1.5 som beskriver målbildet for helhetlig samhandling og valg om utviklingsretning som tilnærming, samt beskrivelsen av gjennomføringsstrategien for steg 1 i kapittel 4, gir dette kapittelet en beskrivelse av de aktivitetene og leveransene som er nødvendig for å gjennomføre steg 1. Deretter beskrives hvordan tiltaket skal legge opp arbeidet med endringsstyring.

5.1.1 Arbeidsomfang for steg 1

Tabell 36 beskriver arbeidsomfanget i steg 1. Programmet skal starte opp i 2021, og pågå frem til 2024.

Tabell 36 Arbeidsomfang steg 1

Kostnadsområde	Beskrivelse
Programledelse	Programledelsen ivaretar helheten i programmet og avhengigheter til utviklingsretningen og andre pågående programmer og prosjekter.
Forprosjekt for steg 2	<p>Forprosjektet skal gjennomføres i 2021 og 2022 med hovedvekten av aktivitetene i 2021. Det er en fordel om en del av tematikken knyttet til fremtidig arkitektur og robusthet i eksisterende løsninger behandles i 2020. Forprosjektet skal legge til grunn ambisjonsnivået for helhetlig samhandling slik det er beskrevet i konseptvalgutredningen og videre bearbeidet i forprosjektet.</p> <p>Forprosjektet skal ta stilling til behovet for en plattformtilnærming for de nasjonale samhandlingsløsningene beskrevet i vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur. Dette innebærer å gjennomføre tekniske vurderinger for en samhandlingsplattform og besvare på hvilken måte målene beskrevet i det sentrale styringsdokumentet kan oppfylles. Forprosjektet må også, sammen med sektor, etablere et overordnet veikart, der målbildet stykkes opp i håndterbare «arbeidspakker», som legges i en produktkø som definerer ulike steg.</p> <p>Forprosjektet må også anbefale styringsmodell for steg 2 i utviklingsretningen for samhandling og utrede og anbefale finansieringsmodell for de anbefalte tiltakene.</p> <p>Leveransen fra forprosjektet må være av en slik kvalitet at det kan gjennomgå en KS2 i tråd med Statens prosjektmodell.</p>
Grunndata og tillitstjenester, inkludert API-management	<p>Prosjektet skal levere moderniserte grunndatatjenester for personell og virksomhet. Dette innebærer å bli enig om design og informasjonsmodell for de nye tjenestene og utvikle og populære tjenestene.</p> <p>I tillegg må det videreutvikles og etableres tillitstjenester for å kunne skalere og håndtere nasjonal innføring av samhandlingsløsninger. Dette inkluderer også API-management og å ta i bruk de nye grunndatatjenestene for Personell og Virksomhet i HelsED og andre tillitstjenester.</p>
Nytt API i kjernejournal	Dette innebærer å bestille utvikling av et API i kjernejournal for deling av besøkshistorikk i spesialisthelsetjenesten.
Nasjonal informasjonstjeneste for	Dette innebærer å etablere en løsning for lagring av svar i kjernejournal, implementere nødvendige tilpasninger i meldingsstandarden for å sikre at

oppslag av laboratorie- og radiologisvar	laboratorie- og radiologivirksomheter automatisk sender en kopi av svarrapporten til den nye nasjonale løsningen og utvikle skjermbilder som gir helsepersonell tilgang på svarrapportene via kjernejournal. Helsepersonell kan få tilgang til svarene gjennom kjernejournal. Det tilrettelegges for at journalløsninger kan integreres direkte mot den nasjonale løsningen og at den felles kommunale journalløsningen integreres slik at svarrapporter blir tilgjengelig i helsepersonell sin arbeidsflate.
---	---

5.1.2 Håndtering av endringer i programmet

Håndtering av endringer skal sikre at programmet håndterer endringer som oppstår i programmets omgivelser, rammebetingelser, mål eller forutsetninger og andre uplanlagte situasjoner. Når det oppstår en endring må særlig konsekvensen for programplanene, kostnadsestimatene, måloppnåelse og gevinster vurderes. Programkontoret må sikre at programmets styrende dokumenter oppdateres med besluttede endringer og at endringene kommuniseres ut i programorganisasjonen med de underliggende prosjektene og til berørte interessenter.

Systematisk håndtering av endring er en integrert del av MSP- og Prince2-rammeverket som programmet og de underliggende prosjektene skal styres etter. Programmet vil legge planer og estimer fra KS2 til grunn, og dokumentere endringer sammenliknet med KS2.

5.1.2.1 Prosess og roller for håndtering av endringer i programmet

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

Tabell 37 Prosess og roller for håndtering av endringer i programmet

Rolle	Ansvar
Programleder	<p>Ansvarlig for å etablere prosess for endringsstyring i programmet.</p> <p>Beslutter endringer innenfor sitt mandat.</p> <p>Løfter beslutninger om endring til programstyret, programeier og Helse- og omsorgsdepartementet ved behov.</p>
Programkontoret	<p>Følger opp prosessen for endringsstyring i programmet. Samler inn endringsanmodninger som oppstår og sikrer at alle prosjektledere og endringsansvarlig i programmet vurderer konsekvensen av endringen for sine områder.</p> <p>Vurderer kostnadskonsekvenser for programmet basert på egne analyser og innspill fra resten av aktørene i prosessen.</p> <p>Oppdaterer styringsdokumentasjon med godkjente endringer og vedlikeholder programmets endringslogg.</p> <p>Sikrer at godkjente endringer kommuniseres til hele programorganisasjonen, underliggende prosjekter og andre interessenter ut fra hva som er hensiktsmessig.</p>
Prosjektledere	<p>Melder inn endringsanmodninger fra sitt prosjekt og begrunner disse.</p> <p>Vurderer konsekvensen for sitt prosjekt av endringsanmodninger som kommer inn fra andre.</p>

	Der prosjektet har etablert avtaler og samarbeid med prosjekter og/eller forvaltningsmiljøer utenfor programmet er prosjektleder ansvarlig for å vurdere konsekvenser for disse aktørene og kommunisere godkjente endringer til disse aktørene hvis det er relevant.
Endringseiere	Melder inn sine endringsanmodninger og begrunner disse. Vurderer konsekvensen for endring og gevinstrealisering av endringsanmodninger som kommer inn fra andre. Kan innstille på at en endringsanmodning bør drøftes med programstyret før den besluttes.
Fagansvarlig Helsefag	Melder inn endringsanmodninger som følger av helsefaglige vurderinger og begrunner disse. Vurderer helsefaglige konsekvenser av endringsanmodninger som kommer inn fra andre.
Fagansvarlig IKT/arkitektur	Melder inn endringsanmodninger knyttet til IKT/arkitektur på programnivå og begrunner disse. Vurderer konsekvenser for IKT/arkitektur av endringsanmodninger som kommer inn fra andre.
Programstyret	Drøfter og gir sin innstilling knyttet til endringer som løftes til programstyret av programleder eller endringseiere. Orienteres om relevante endringer som er godkjent av programleder.
Programeier	Beslutter vesentlige endringer der det er stor uenighet om endringen bør godkjennes. Disponerer forventet tillegg og kan godkjenne endringer som fører til kostnadsendringer opp til P50.
Helse- og omsorgsdepartementet	Beslutter endringer som krever utløsning av midler fra usikkerhetsavsetningen (opp til P85).
Nasjonal e-helseportefølje	Orienteres om endringer som får konsekvenser for andre pågående programmer og prosjekter.

5.1.2.2 Mulige forenklinger (kuttliste)

Arbeidsomfanget i programmet er estimert med et element av "design to cost". Det vil si at kostnadene er estimert etter beste evne basert på referanseprosjekter, ekspertvurderinger og med utgangspunkt i beskrivelser av hva som skal gjøres og hvordan. Dette utgjør en ramme, og programmet må styres slik at programmets måloppnåelse blir best mulig innenfor rammen som er estimert og budsjettert. Det er ikke uvanlig med en slik tilnærming i prosjekter og tiltak med store IKT-elementer. Det at kostnad er prioritert høyest blant resultatmålene reflekterer denne tilnærmingen.

Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar er identifisert som en mulig kandidat for forenkling innenfor steg 1. Dette er beskrevet nærmere i Tabell 38.

Tabell 38 Vurdering av nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar som mulig område for forenkling

Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar	
Begrunnelse	Løsningen som er anbefalt er et steg på veien mot bedre deling av lab- og radiologisvar på tvers i helse- og omsorgssektoren. Samtidig vil ikke den anbefalte løsningen omfatte all ønsket funksjonalitet for å følge utviklingen i prøveresultater over tid, søke etter et bestemt prøvesvar for en pasient eller søke etter pasienter med et gitt prøveresultat. Begrensningene i den anbefalte løsningen kan gjøre det aktuelt utsette denne typen funksjonalitet i påvente av bedre muligheter for deling av strukturerte data.
Konsekvens for kostnader	Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar er estimert å ha en P50-kostnad på 66 millioner kroner inkludert mva.
Konsekvens for nytte	Den anbefalte løsningen er prioritert av helsepersonell da den kan gi nytteeffekter for både helsepersonell og innbygger. Men konsekvensene for nytten av å kutte/forenkle nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar er mindre enn å kutte/forenkle de andre leveransene i steg 1.

5.2 Risikovurdering

Det er gjennomført en risikovurdering av gjennomføringen av steg 1. Risikoelementene er registrert i risikoregisteret, og vil måtte følges opp løpende gjennom programmets levetid. Risikovurderingen er et oppsummert bilde på den usikkerheten som oppleves å være rundt gjennomføringen av steg 1, slik den fremstår i forprosjektfasen.

For hver hendelse er det vurdert sannsynlighet for at hendelsen inntreffer og konsekvensen hvis den inntreffer. Tabell 39 og Tabell 40 beskriver skalaene som er brukt for vurdering av sannsynlighet og konsekvens.

Tabell 39 Skala for sannsynlighetsvurderinger

Navn	Sannsynlighet	Beskrivelse
Meget liten	(0 % - 5 %)	Det er meget liten sannsynlighet for at situasjonen beskrevet i risikoområdet oppstår.
Liten	(6 % - 24 %)	Denne risikoen er mulig men det har ikke oppstått før i lignende prosjekter av denne størrelsen, eller det har vært engangstifeller der denne risikoen har oppstått.
Moderat	(25 % - 49 %)	Denne risikoen har oppstått noen få ganger med ujevne mellomrom før.
Stor	(50 % - 74 %)	Denne risikoen har oppstått flere ganger før.
Svært stor	(75 % - 100 %)	Denne risikoen oppstår som regel i denne type prosjekter, eller er en helt ny risiko som er overhengende for prosjektet.

Tabell 40 Skala for konsekvensvurdering

Konsekvens	Beskrivelse
Ubetydelig	Risikoen har ingen betydning for programmets kostnad, fremdrift eller leveranse kvalitet.
Lav	Risikoen påvirker ikke kostnadsbudsjettet, men vil medføre at fremdriften blir forsinket. Risikoen vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Moderat	Risikoen har moderat betydning for konseptets kostnad, fremdrift og/eller leveranse kvalitet. Risikoen vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Alvorlig	Risikoen vil påvirke både kostnadsbudsjettet og fremdriften betydelig, men vil ikke ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp sammenlignet med dagens situasjon.
Svært alvorlig	Risikoen vil ha negative konsekvenser for ytelsen av helsehjelp og vil påvirke både kostnadsbudsjettet og fremdriften. Denne konsekvensgraden brukes også for risikoer som innebærer at tiltaket ikke bør igangsettes eller bør stoppes.

Steg 1 har noen egenskaper ved seg som er drivere til risiko. Programmet skal koordinere en prosjektportefølje bestående av fire ulike prosjekter med ulike egenskaper og formål, samtidig som programmet skal koordineres opp mot andre pågående programmer og strategiske initiativ. Programmets evne til å håndtere avhengigheter blir derfor viktig.

Matrisen i Figur 33 nedenfor oppsummerer risikovurderingen for etablering- og tilpasningsfasen. Tabell 41 under matrisen beskriver risikoelementene og mulige tiltak for å redusere risikoen.

Sannsynlighet	Svært stor										
	Stor				F2	A1	B3	C3			
	Moderat				A2	B1	B2	C1	C2	D1	F1
	Liten										
	Meget liten										
Risiko		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig					
		Konsekvens									

Figur 33 Risikovurdering av steg 1

Tabell 41 Risikovurdering av steg 1

NO	Risikobeskrivelse	S	K	Tiltak
A1	Manglende evne i programmet til å håndtere avhengigheter på tvers av andre programmer og strategiske initiativ	Stor	Alvorlig	Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre. Økt forpliktelse i den nasjonale styringsmodellen for samhandling.
A2	Uklare ansvarsforhold og mandat mellom aktørene i styringsmodellen gjør at viktige beslutninger blir forsinket	Moderat	Moderat	Tydlig mandat og beskrivelse av roller og ansvar. Utarbeide krav til beslutningsunderlag. Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.
B1	Man får ikke de riktige personene inn i forprosjektet for steg 2	Moderat	Moderat	Rekruttere i tråd med tydelige kompetansebehov. Synliggjøre ansvar og innflytelse som ligger i rollene for å gjøre det attraktivt å delta og attraktivt for virksomhetene å bidra med ressurser.
B2	Uenighet rundt prioritering av samhandlingsbehovene som skal realiseres i steg 2	Moderat	Moderat	Ansvarliggjøring av interessenter og aktører gjennom formell deltakelse og involvering. Styringsmodell som ivaretar helheten. Tydlig mandat og beskrivelse av roller og ansvar. Utarbeide krav til beslutningsunderlag.
B3	Manglende enighet og forpliktelse rundt valg av løsningsstrategi for helhetlig samhandling	Stor	Alvorlig	Ansvarliggjøring av interessenter og aktører gjennom formell deltakelse og involvering. Styringsmodell som ivaretar helheten. Tydlig mandat og beskrivelse av roller og ansvar. Utarbeide krav til beslutningsunderlag.
C1	Enighet rundt informasjonsmodeller for grunndata blir forsinket.	Moderat	Moderat	Utarbeide tydelige mandater og fullmakter for programmene og prosjektene. Utarbeide krav til beslutningsunderlag. Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.
C2	Klarer ikke å mobilisere tilstrekkelig kapasitet for å etablere nye grunndatatjenester raskt nok	Moderat	Moderat	Rekruttere i tråd med tydelige kompetansebehov. Starte mobilisering tidlig.
C3	Klarer ikke å etablere nødvendige prosesser for populering og vedlikehold av	Stor	Alvorlig	Tydlig mandat og beskrivelse av roller og ansvar.

	innhold i grunndata hos de ulike virksomhetene			Være tydelig på hva som trengs fra de ulike virksomhetene, og legge til rette for erfaringsdeling mellom virksomheter. Legge opp til minst mulig manuelle prosesser. Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten.
D1	Teknologiplattformen som ligger til grunn for HelseID er ikke robust og skalerbar nok til å håndtere økt trafikk	Moderat	Alvorlig	Tidlig gjøre en vurdering av robustheten i dagens plattform. Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten.
F1	Løsningsvalget knyttet til nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar er ikke godt nok for å oppleves som nyttig for helsepersonell	Moderat	Alvorlig	Involvere helsepersonell i utforming av løsningen. Etablere en prosess for håndtering av endringer i programmet som veier kostnaden og konsekvensen av å gjøre endringen opp mot nytten. Vurdere om prosjektet skal kuttes dersom forventet nytte blir for lav sett opp mot kostnaden.
F2	Det tar lengre tid før endepunktene gjør nødvendige endringer knyttet til nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar	Stor	Moderat	Tydelig kommunikasjon rundt planer og nødvendige tilpasninger.

5.3 Prosjektnedbrytningsstruktur (PNS)

Prosjektnedbrytningsstrukturen for steg 1 består kun av dette hovedelementet, og er videre delt opp i fem underelementer, vist i Figur 34.

Kostnadene knyttet til steg 1 består av både prosjektledelse, forprosjekt for steg 2 og investeringer i tekniske komponenter som er nødvendige for å realisere datadeling og tilgangsstyring på tvers av virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Det er også lagt til grunn at det skal opprettes en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar, samt at det skal gjøres mindre oppdateringer i kjernejournal og personvernkomponenten. Hver av komponentene er nærmere beskrevet i kapittel 5.1.1.



Figur 34 Prosjektnedbrytningsstruktur for steg 1

5.4 Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan

I dette kapittelet presenteres investeringskostnadene uten neddiskontering, inkludert merverdiavgift for både grunnkalkyle, basisestimat, P50 og P85¹⁰. Kostnadene er estimert basert på erfaringstall fra referanseprosjekter, dialog med markedet, samt estimater for arbeidsomfang for ulike kostnadskomponenter. Vedlegg H Kostnadsanalyse og finansiering redegjør for detaljerte forutsetninger for kostnadsestimatene, samt kostnadene lagt ut i tid og brutt ned på hvert enkelt underelement i PNS strukturen.

Grunnkalkylen er estimert, og det er deretter lagt til et påslag for uspesifiserte kostnader i henhold til vanlig praksis. Det er lagt til 5 prosent uspesifisert på betalbare kostnader i estimatene.

På oppdrag fra Direktoratet for e-helse har Atkins gjennomført en usikkerhetsanalyse, se vedlegg I Usikkerhetsanalyse. Usikkerhetsanalysen består av en vurdering av estimatusikkerhet og hendelsesusikkerhet som gjennom en stokastisk modell estimerer et forventet tillegg (påslag på basiskostnad opp til P50) og usikkerhetsavsetningen (påslag fra P50 til P85).

Utviklingsretningen for samhandling, definering av steg 1 for samhandling og splitting av tiltaket i to programmer har skjedd i etterkant av KVVU og KS1. Vedlegg H Kostnadsanalyse og finansiering redegjør for hvordan dette har påvirket kostnadsestimatene sammenliknet med KS1.

5.4.1 Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for steg 1

Kostnadsrammen for steg 1 inkluderer kostnader til gjennomføring av forprosjekt for steg 2, modernisering av grunndata for virksomhet og personell og etablering av tillitstjenester i

¹⁰ P50 og P85 viser til en sannsynlighetsfordeling på kostnadsestimatene. Det er 50 prosent sannsynlighet for at den faktiske kostnaden blir lavere enn P50 (og 50 prosent sannsynlighet for at den blir høyere). Det er 85 prosent sannsynlighet for at den faktiske kostnaden blir lavere

sektor og etablering av en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar.

- Kostnadsrammen for tiltaket settes til 845 millioner, som tilsvarer P85-kostnaden.
- Styringsramme for programmet settet til 710 millioner, som tilsvarer P50-kostnaden.

Tabell 42 viser oppbyggingen av kostnadsestimatet for steg 1.

Tabell 42 Kostnadsestimat for steg 1

Kostnadsestimat	Beløp (Millioner 2019-kroner, inkludert mva., ikke nåverdijustert)
Grunnkalkyle	610
Basisestimat ¹	640
P50 ²	710
P85 ³	845
Standardavvik	16 %
Sannsynlighet for basis	27 %

Investeringsperiode er 2021-2030. Tallene er rundet til nærmeste fem millioner.

¹⁾ *Basisestimat = grunnkalkyle + uspesifisert. Uspesifisert er anslått til 5 % av betalbare kostnader.*

²⁾ *P50 = basisestimat + forventet tillegg. Forventet tillegg er estimert i egen usikkerhetsanalyse.*

³⁾ *P85 = forventet kostnad + usikkerhetsavsetning. Usikkerhetsavsetning er estimert i egen usikkerhetsanalyse.*

5.4.1.1 Drivere til usikkerhet i kostnadsestimatet

Usikkerhetsanalysen viser at forventet tillegg er estimert til 70 millioner kroner og usikkerhetsavsetningen er estimert til 135 millioner kroner inkludert mva. Dette gir et P50-estimat på 710 millioner kroner, og et P85-estimat på 845 millioner kroner.

De viktigste driverne til usikkerheten er:

- Tilgang på ressurser med riktig kompetanse. Eksempelvis er arkitekturkompetanse viktig for å videreutvikle og etablere nye grunndata og tillitstjenester. Denne kompetansen er svært etterspurt i dagens marked og derfor kan tilgangen på riktige ressurser være knapp.
- Omfang av videreutvikling av tillitstjenester.
- Det komplekse aktørbildet. Det er viktig med god brukerinvolvering og forankring, i tillegg til at det er usikkerhet knyttet til tilpasninger i endepunktene.
- Estimatusikkerheten knyttet til enkeltdeler av kostnadsestimatet.

5.4.2 Finansiering

Steg 1 i utviklingsretningen for samhandling finansieres i sin helhet av staten. Dette skal ikke skape presedens for fremtidige steg i utviklingsretningen for helhetlig samhandling. Årlige beløp tilsvarende P50-kostnad overføres til Direktoratet for e-helse som programeier. Helse- og omsorgsdepartementet disponerer usikkerhetsavsetningen.

5.5 Gevinstrealiseringsplan

Det er ikke gjennomført en egen samfunnsøkonomisk analyse for steg 1. Den samfunnsøkonomiske analysen som er gjennomført omfatter både felles kommunal

journalløsning og steg 1 i utviklingsretning for samhandling (vedlegg J Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse). Likefult antas steg 1 i utviklingsretning for samhandling å bidra til realisering av enkelte gevinster identifisert for tiltaket, felles kommunal journalløsning og steg 1. Disse er beskrevet i programmets gevinstrealiseringsplaner.

5.5.1 Gevinster av steg 1 i utviklingsretning for samhandling

Blant aktivitetene i steg 1 beskrevet i kapittel 5.1.1 vil nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar gi gevinster på selvstendig grunnlag. Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar antas å gi to gevinster:

- Frigjort tid for personell som jobber i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Disse er ytterligere beskrevet i vedlegg K Gevinstrealiseringsplaner.

5.5.2 Prioritering og fordeling av gevinster

Prioritering av gevinster handler om hvilken prioritet gevinsten skal ha i gevinstarbeidet. Prioriteringen er gjort med utgangspunkt i en vurdering av gevinstpotensialet, strategisk viktighet, målbarhet, kausalitet og risiko.

Fordeling av gevinster handler om hvem som får nytte av gevinsten. Flere gevinster kan oppstå andre steder enn der investeringen finner sted. Hvem som får nytte av gevinstene er viktig å ta med i vurderingen av hvordan gevinstene omsettes.

Prioritering og fordeling av gevinster er lik for felles kommunal journalløsning og steg 1, og er beskrevet i kapittel 3.5.2. Underlaget for vurderingene er nærmere beskrevet i vedlegg K Gevinstrealiseringsplaner.

5.5.3 Gevinstrealiseringsplan for Programmet Akson samhandling

Gevinstrealiseringsplanen er detaljert ut i vedlegg K Gevinstrealiseringsplaner. Dette beskriver hvordan gevinster av steg 1 skal måles og følges opp i Programmet Akson samhandling. Programmet bør operasjonalisere planen på en måte som gjør at målinger og måloppnåelse kan sees i sammenheng fortløpende. Det vil være nødvendig å fortsette arbeidet med gevinstrealiseringsplanen frem mot innføring.

Gevinstrealiseringsplanen tar utgangspunkt i DFØs maler, og beskriver:

- i) Hvem som er ansvarlig for at gevinsten realiseres
- ii) Årsaks- og virkningssammenhengen fra tiltak til endring og gevinst
- iii) Hvilke indikatorer som skal måle at nødvendig endring og gevinst oppstår
- iv) Hvor ofte endring og gevinst skal måles, og med hvilken kilde
- v) Endrings- og gevinstpotensialet
- vi) Hvordan gevinsten kan omsettes
- vii) Risiko for redusert gevinst og hvordan risikoen kan reduseres

5.6 Fremdriftsplan

Fremdriftsplanen tar utgangspunkt i plan for gjennomføring som ble beskrevet i kapittel 4.2.1. Det er estimert bemanningsbehov med utgangspunkt i kostnadsestimatene. Disse er tilgjengelig i vedlegg H Kostnadsanalyse og finansiering.

Tabell 43 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringsstrategien for Programmet Akson samhandling. Milepælene vil være gjenstand for re-planlegging i etterkant av gjennomført steg 1.

Tabell 43 Milepæler for Programmet Akson samhandling

#	Fase	Beskrivelse	Frist
1	Steg 1	Mobilisering og oppstart av Programmet Akson samhandling starter	Januar 2021
2	Steg 1	Mobilisering og oppstart av prosjekter i steg 1: <ul style="list-style-type: none"> • Modernisering og videreutvikling av grunndata- og tillitstjenester • Etablere en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar • Forprosjekt steg 2 	Januar 2021
3	Steg 1	Ferdigstillelse av <i>Forprosjekt steg 2 inkludert gjennomført KS2</i>	Desember 2022
4	Steg 1	Investeringsbeslutning for steg 2	Oktober 2023
7	Steg 2	Mobilisering og oppstart av steg 2 med tilhørende prosjekter starter	Januar 2024
5	Steg 1	Ferdigstillelse av <i>Prosjekt Modernisering og videreutvikling av grunndata- og tillitstjenester</i>	Desember 2025
6	Steg 1	Ferdigstillelse av <i>Prosjekt nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar</i>	Desember 2025

5.7 Kvalitetssikring

Programmet Akson samhandling skal gjennomføre kvalitetssikring med en strukturert og metodisk tilnærming gjennom programmets levetid for å sikre at programmet er lønnsomt og leverer tilfredsstillende kvalitet til de avtalte milepælene. Programmet skal ta hensyn til overordnede rammer, eksterne krav og tilgrensede prosjekter og programmer som en del av kvalitetssikringsarbeidet. Det skal legges til rette for at prosjektene kan benytte prosesser for et sikkert og kontrollert gjennomføringsløp og at løsningene som produksjonsettes oppfyller krav og spesifikasjoner. For forprosjekter i Programmet Akson samhandling, som skal definere utviklingsretningen for samhandling, betyr dette at de skal levere tilfredsstillende kvalitet på rammene for et sentralt styringsdokument.

I programstyringen inngår kvalitetssikring som en av hovedaktivitetene. Programeier vil være ansvarlig for at programmet har en strategi for kvalitetssikring og for å følge krav til kvalitetssikringsgjennomganger som programmet setter selv eller som programmet er underlagt gjennom for eksempel en KS-ordning. Programleder vil være ansvarlig for at aktiviteter knyttet til kvalitetssikring gjennomføres og dokumenteres.

Kvalitetssikringen skal i tillegg til å sikre tilfredsstillende kvalitet, kunne bidra med innspill til å forbedre og effektivisere rutiner og prosesser. Resultater fra kvalitetssikringsgjennomgangene vil være en del av informasjonsgrunnlaget til beslutningspunktene beskrevet i kapittel 2.2.1.5.

5.7.1 Kvalitetssikringsområder

Programmet skal fokusere på områdene forretningsverdi, prosesskvalitet og produktkvalitet:

- *Forretningsverdi:* Sikre at programmet leverer verdi gjennom å styre mot gevinstene beregnet for programmet, sørge for at resultatmål nås og bidra til realisering av effektmål.
- *Prosesskvalitet:* Sikre kvalitet og kontinuerlig forbedring i alle prosjektprosesser.
- *Produktkvalitet:* Sikre at prosjektleveransene oppfyller løsningsspesifikasjon og kvalitetskrav.

5.7.2 Prinsipper for kvalitetssikring

Kvalitet skal sikres gjennom kvalitetssikringsprinsipper som tar utgangspunkt i rammeverket fra MSP. Prinsippene setter krav til kvalitetssikringsaktiviteter både på program- og prosjektnivå. Følgende fem prinsipper legges til grunn:

- **Uavhengighet i kvalitetssikringen**
Kvalitetssikring skal gjennomføres av uavhengige og objektive parter som ikke har direkte tilknytning til programmet eller påvirkning på programmets leveranser.
- **Integrert del av programmet og prosjektene**
Kvalitetssikring skal være en integrert del av programmet gjennom planer som indikerer til hvilken tid programmet skal planlegge, koordinere og gjennomføre kvalitetssikringsaktiviteter for å sikre tilfredsstillende produktkvalitet, lønnsomhet og at programmet er innenfor avtalte kostnadsrammer, samt for å kunne støtte beslutningsprosesser.
- **Kvalitetssikringen skal knyttes til kontrollpunkter i programmet og prosjekter**
Kvalitetssikringsaktiviteter skal knyttes til kontrollpunktene i programmet og prosjektene, og til de løpende løypemeldingene som er planlagt underveis.
- **Fokusere på risikoområder**
Kvalitetssikringsaktivitetene skal være basert på uavhengige risikovurderinger med fokus på områdene som er identifisert med høy risiko.
- **Iverksette tiltak for å håndtere resultater fra kvalitetssikringen**
Programmet skal håndtere resultater fra kvalitetssikringsaktivitetene på en effektiv og konsistent måte for å sikre at nødvendige tiltak iverksettes, og ved behov eskaleres til programstyret.

5.7.3 Ekstern kvalitetssikring

Forprosjektene i utviklingsretningen for samhandling kan bli underlagt Finansdepartementets kvalitetssikringsregime for store statlige investeringer dersom den estimerte kostnadsrammen overstiger terskelverdien på 300 millioner i KS-ordningen.

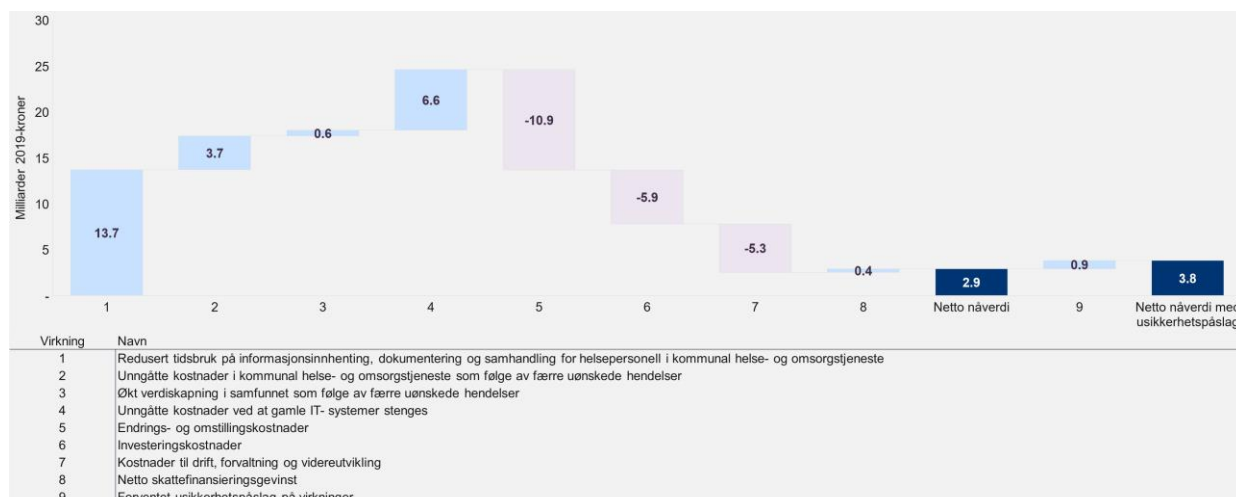
Finansdepartementet vil i et slikt tilfelle engasjere en ekstern kvalitetssikrer som kan gjennomføre nødvendige vurderinger før det fattes en investeringsbeslutning.

Helse- og omsorgsdepartementet kan ved behov stille krav om egne kvalitetssikringsgjennomganger for å sikre at prosjektene leverer resultater med tilfredsstillende kvalitet og at programmet styrer utviklingsretningen i henhold til målbildet.

Programmet må legge til rette for at eksterne kvalitetssikrere effektivt får tilgang til nødvendig grunnlag for å utføre sine kvalitetssikringsgjennomganger.

6 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen viser at tiltaket felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretning for samhandling er samfunnsøkonomisk lønnsomt, med en netto nåverdi på 2,9 milliarder kroner. Etter usikkerhetsanalyse får tiltaket et nyttepåslag på 0,9 milliarder kroner som gir en netto nåverdi på 3,8 milliarder kroner. I tillegg har tiltaket en rekke ikke-prissatte virkninger. Flere av disse er vurdert til å ha stor verdi for samfunnet og vil bidra til å styrke tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet.



Figur 35 Prissatte virkninger som følger av tiltaket

Det er i løpet av forprosjektet gjort endringer i forutsetningene som gir en reduksjon i netto nåverdi på 9,0 milliarder kroner sammenliknet med konsept 7 i KS1¹¹. Konsept 7 omfattet felles kommunal journalløsning innført til alle kommuner og fastleger utenfor Midt-Norge, og innføring av målbildet for helhetlig samhandling med spesialisthelsetjenesten. De største endringene fra KS1-rapporten som påvirker netto nåverdi er:

- **Oppdatert tallgrunnlag og korrigeringer:** I løpet av forprosjektet er analysen blant annet oppdatert med nye framskrivningskurver, antall årsverk og arbeidskraftkostnader.
- **Endret innføringstakt:** I KS1 ble det antatt at 100 prosent av kommuner og fastleger utenfor Midt-Norge tar i bruk felles kommunal journal innen 2030. Basert på vurderinger gjort av Direktoratet for e-helse, i dialog med KS og Legeforeningen, er dette nedjustert til kommuner utenfor Midt-Norge som representerer 85 prosent av befolkningen innen 2030 og 60 prosent av fastleger utenfor Midt-Norge innen 2033. I tillegg er det modellert en sammenheng mellom nytten som realiseres i kommuner og fastlegedeltakelse.

¹¹ I differansen er KS1-estimatet på 14,4 milliarder kroner korrigeret for regnefeil, og tar utgangspunkt i en netto nåverdi for konsept 7 fra KS1 på 12,0 milliarder kroner.

- **Endret omfang:** I KS1 inkluderte den samfunnsøkonomiske analysen *målbildet for helhetlig samhandling* og felles kommunal journalløsning. I tråd med en stegvis gjennomføring av målbildet for helhetlig samhandling er den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen i forprosjektet avgrenset til felles kommunal journalløsning og *steg 1 i utviklingsretningen for samhandling*.

I KS1 var netto nåverdi for konsept 7, konsept 4 og konsept 1 på henholdsvis 12,0 milliarder, 1,6 milliarder og 1,3 milliarder¹². For å verifisere at konseptvalget fra KS1 fortsatt står seg har forprosjektet vurdert hvordan endringene beskrevet over ville påvirket de prissatte virkningene i de tre konseptene. Ettersom det ikke foreligger oppdaterte kostnadsestimater for konsept 4 og konsept 1 legges kostnadsberegningene fra KS1 til grunn i alle konseptene i denne sammenlikningen. Beregningene kan derfor ikke anses som oppdaterte estimater for konseptene fra KS1.

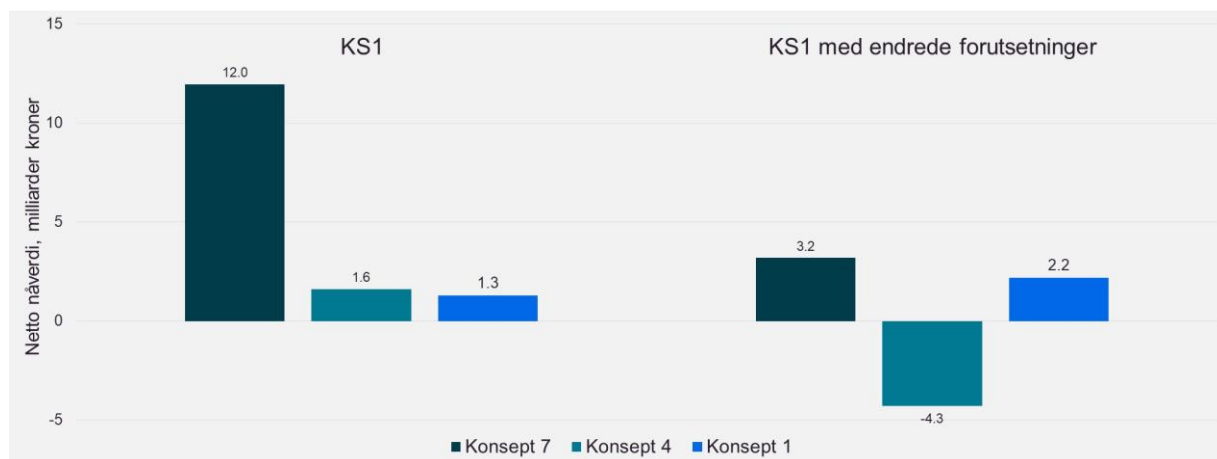
Endringene som følger av oppdatert tallgrunnlag og korrigeringer ville økt netto nåverdi for samtlige konsepter. I forprosjektet er det også gjort endringer som knytter seg tett til tiltaket. Dette gjelder spesielt innføringstakt for kommuner og fastleger, kurver for realisering av nytte, og en modellert sammenheng mellom fastlegedeltakelse og realisering av nytte i kommuner som tar i bruk felles kommunal journalløsning. Oppdateres konsept 7 og konsept 4¹³ i henhold til disse endringene, reduseres netto nåverdi til henholdsvis 3,2 milliarder kroner og -4,3 milliarder kroner. Ettersom kostnadsestimatet er uendret fra KS1, og dermed ikke hensyntar lavere deltakelse, er netto nåverdi i dette tilfellet trolig underestimert.

For konsept 1 vil disse forutsetningene være urealistiske, og konseptet er derfor kun oppdatert med endringer i generelle forutsetninger. Med innsikten fra forprosjektet er det imidlertid sannsynlig at det ville vært behov for høyere innføringskostnader og mer sentrale programaktiviteter i konsept 1 enn det som ble estimert i KS1.

For samtlige endringer beskrevet over er konsept 7 samfunnsøkonomisk mest lønnsom sammenlignet med konsept 1 og konsept 4.

¹² Tallene avviker noe fra KS1-rapporten da det er rettet opp en regnefeil i endrings- og omstillingskostnadene, og skattefinansieringskostnaden er beregnet på alle virkninger bortsett fra produktivitetstap i virkningen "unngåtte realøkonomiske konsekvenser".

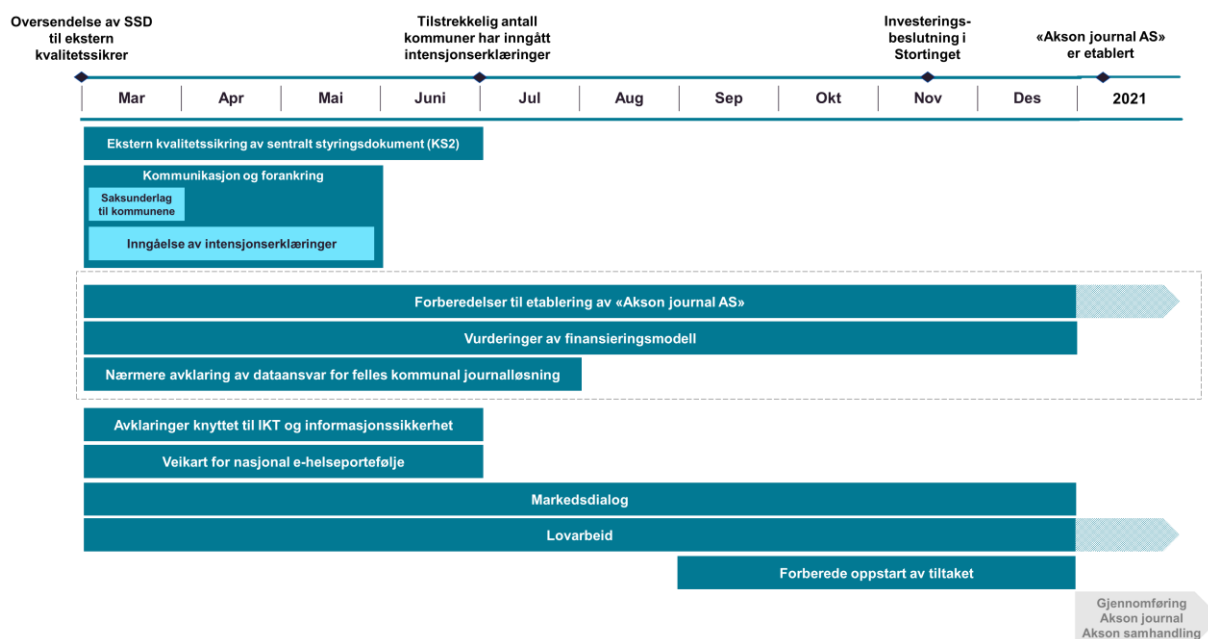
¹³ Endringene gjort i den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen er basert på felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretning for samhandling. De er ikke fullstendig overførbare til konsept 4 eller konsept 7 i sin helhet, men tilstrekkelig realistiske til å kunne skape en sammenlikning mellom konseptene.



Figur 36 Verifisert samfunnsøkonomisk lønnsomhet fra KS1

7 Videre arbeid i 2020

Gjennomføringen av tiltaket felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretningen for samhandling har planlagt oppstart i 2021, se gjennomføringsstrategi i henholdsvis kapittel 2.2 og 4.3. Frem til oppstart vil det imidlertid pågå flere prosesser og aktiviteter med relevans for tiltaket som er illustrert i Figur 37.



Figur 37 Sentrale prosesser i videre arbeid i 2020

Sentralt styringsdokument overleveres til Helse- og omsorgsdepartementet og sendes til ekstern kvalitetssikring (KS2) i starten av mars. I KS2 kvalitetssikres styringsunderlag og kostnadsoverslag før investeringsbeslutning og fastsettelse av prosjektets kostnadsramme kan fremmes for Stortinget. Det er ventet at vedtak i Stortinget skjer i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2021 og at Regjeringens budsjettforslag offentliggjøres ved publiseringen av Prop. 1 S (2020-2021).

En sentral føring for forprosjektet er at intensjonserklæringer skal være inngått med kommuner som representerer omkring halvparten av befolkningen utenfor Midt-Norge i løpet av juni. KS og enkelte kommuner vil utarbeide et saksunderlag som blant annet skal benyttes i arbeidet med innhenting av intensjonserklæringer fra kommunene. Selve innhenting av intensjonserklæringer vil foregå i regi av KS og kommunene med bidrag og støtte fra Direktoratet for e-helse. Innholdet i intensjonserklæringene er under arbeid.

Detaljer rundt virksomheten "Akson journal AS" er ikke avklart i sentralt styringsdokument, men vil avklares i videre prosess. Kommunene må i samarbeid med KS og Helse- og omsorgsdepartementet arbeide videre med fordeling av eierbrøk, hvordan kommunene organiserer sitt eierskap, aksjonæravtaler, oppkapitaliseringen av selskapet m.m. Det må gjennom arbeidet sannsynliggjøres at et tilstrekkelig antall kommuner kan gå inn på eiersiden. Forholdet mellom eiere på generalforsamling, selskapets styre, programeier og eiermøte må også konkretiseres nærmere. Det er ventet at forberedelsene til etableringen av

"Akson journal AS" pågår gjennom 2020, og at selskapet er operativt i god tid før utlysning i markedet. Dersom etableringen av selskapet skjer for tett på utlysning i markedet, har ikke det nye selskapet reell mulighet til å ta beslutninger om innretning i anskaffelsen. En utlysning i markedet vil skje høsten 2021.

Parallelt med forberedelsene av etableringen av "Akson journal AS", vil kommunene i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet konkretisere finansieringsmodellen for gjennomføringen av felles kommunal journalløsning. Den endelige finansieringsmodellen vil avhenge av detaljene rundt selskapsetableringen av "Akson journal AS", blant annet eierbrøk og oppkapitalisering av selskapet og investeringsbeslutningen i Stortinget. I finansieringsmodellen vil kostnadsfordelingen mellom partene detaljeres i omfang og over tid.

Direktoratet for e-helse vil gjennom ordinære, faste leverandørmøter orientere om anbefalinger og status i arbeidet med Akson. Direktoratet for e-helse vil vurdere en ekstra markedsdialog høsten 2020.

Forprosjektet forutsetter at dataansvaret for felles kommunal journalløsning plasseres i "Akson journal AS". Etter at sentralt styringsdokument er overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet er det nødvendig med ytterligere avklaringer mht. kommunens rolle, dataansvar, plikter og påvirkningsmuligheter. Dataansvaret og eventuelle plikter vil måtte reguleres i nasjonal rett. Det er nødvendig med flere avklaringer knyttet til IKT og informasjonssikkerhet. Det er behov for ekstra kompetanse knyttet til IKT og arkitektur i Programmet Akson journal, hvor prosjektet vil arbeide med å beskrive hvordan dette bør organiseres, og hvordan dette skal sees opp mot arkitekturmiljøene i kommunene. I tillegg er det behov for ytterligere beskrivelse av hvordan arbeidet med informasjonssikkerhet skal fordeles mellom Programmet Akson journal og virksomhetene som tar i bruk journalløsningen. Videre må funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren utredes, inklusiv obligatorisk bruk av samhandlingsløsninger.

Foreløpig veikart for nasjonal e-helseportefølje viser et utvalg av pågående utviklingsprosjekter, videreutvikling og innføringsaktivitet som må ses i sammenheng med felles kommunal journalløsning og steg 1 i utviklingsretningen for samhandling. Flere av prosjektene i porteføljen vil arbeides videre med i 2020, mens tiltak knyttet til legemiddelhåndtering er under replanlegging som er planlagt ferdigstilt i løpet av første halvår 2020. Veikartet skal konkretiseres og behandles våren 2020. I dette arbeidet vil det også bli vurdert hvilke prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen som eventuelt bør inngå i organiseringen og styringsmodellen for Programmet Akson samhandling.

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer om det er tilstrekkelig rettsgrunnlag for felles kommunal journalløsning og samhandlingsløsninger, og vil eventuelt komme tilbake til nødvendige endringer i en ordinær høringsprosess.

Gjennomføringen av tiltaket har forventet oppstart i begynnelsen av 2021, hvor første fase i henholdsvis felles kommunal journalløsning og i steg 1 i utviklingsretningen for samhandling er mobilisering av programmene. I løpet av høsten 2020 må Direktoratet for e-helse, kommunene, KS og Helse- og omsorgsdepartementet starte forberedelsene til mobiliseringsfasene. Det innebærer blant annet å forberede bemanning av "Akson journal AS" og sikre at nødvendige ressursbidrag er tilgjengelige. I tillegg må styringsmodellen for Programmet Akson journal etableres før mobiliseringsfasen kan starte.

8 Referanser

1. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Én digital offentlig sektor - Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025.* 2019.
2. **Knut H. Rolland, Lars Mathiassen, Arun Rai.** *Managing Digital Platforms in User Organizations: The Interactions Between Digital Options and Digital Debt.* s.l. : SINTEF, 2018. DOI: 10.1287/isre.2018.0788.
3. **Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.** *Samfunnets kritiske funksjoner - kortversjonen 1.0.* 2017.
4. **Sutcliffe, Karl E. Weick og Kathleen M.** *Managing the Unexpected.* s.l. : Jossey-Bass, 2007.
5. **The Open Group.** The TOGAF® Standard. [Internett] 2020. [Sisert: 21 februar 2020.] <https://www.opengroup.org/togaf>. TOGAF 9.2.
6. **SABSA.** Enterprise Security Architecture. [Internett] [Sisert: 21 februar 2020.] <https://sabsa.org/>.
7. **ISACA.** COBIT. [Internett] 2020. [Sisert: 21 februar 2020.] <https://www.isaca.org/resources/cobit>.
8. **Thomas R. Eisenmann, Geoffrey Parker and Marshall Van Alstyne.** Opening platforms: how when and why? [bokforf.] Anabelle Gawer. *Platforms, markets and innovation.* s.l. : Edward Elgar Publishing Inc , 2011.
9. **The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC).** *Report on Health Information Blocking.* s.l. : The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), 2015.
10. **Gartner.** *Gartner's update to the Enterprise EHR Generation Model.*, 2016.
11. **IDC.** *IDC Market Analysis Perspective: Worldwide Identity and Access Management.* 2019.
12. **Norsk Helsenett.** <https://samsvar.nhn.no/godkjenninger/sammenlign>. [Internett] [Sisert: 21 Februar 2020.]
13. **Baklien, B.** *Følgforskning. Sosiologi i dag.* 2004.
14. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
15. —. *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* 01 07 2013.
16. **Statistisk sentralbyrå.** *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.* 14 08 2017. ISBN 978-82-537-9591-1.
17. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
18. **Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.** *Utredning av «Én innbygger – én journal».* Sammen drag. Oslo : Helsedirektoratet, 2015.

19. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Meld. St. 27 (2015–2016) Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet.* Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.
20. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Tillegg til tildelingsbrev nr 3 2019 – oppstart av forprosjekt for helhetlig. 2019.
21. **Direktoratet for økonomistyring.** *Gevinstrealisering - planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter.* 2014.
22. **Finansdepartementet.** Rundskriv R-108/19. 2019.
23. **Flak, Leif Skiftenes.** *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer.* Oslo : Universitetsforlaget, 2012. 978-82-15-01740-2.
24. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
25. **Direktoratet for økonomistyring.** dfo.no. *Gevinstrealisering - Planlegge gevinstrealiseringen.* [Internett] [Sisert: 12 11 2019.] <https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Gevinstrealisering/Mal-gevinstrealiseringsplan.docx>.
26. **KS.** KS.no. *Gevinstrealisering.* [Internett] [Sisert: 12 11 2019.] https://www.ks.no/contentassets/4c49bcaceeea442fa1f092ff4a3db2ef/kommit_gevinstverktoy_endelig.xlsx.
27. **Helsedirektoratet.** *Utredning Én innbygger - én journal: IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren.* 2014.
28. **TECHNAVIO.COM.** *Global digital e-health market 2018-2022.* 2017.
29. **IDC.** *World Identity Forecast, 2019-2023.* 2019.
30. **Direktoratet for økonomistyring.** *Gevinstrealisering - planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter.* 2014.
31. **Helfo.** Basistilskot for fastlegeordninga i kommunane. [Internett] <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/basistilskot-for-fastlegeordninga-i-kommunane#basistilskotsrapportar-for-2019>.
32. **EY og Vista Analyse.** *Evaluering av fastlegeordningen.* 2019.
33. **Direktoratet for økonomistyring.** *Gevinstrealisering - planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter.* 2014.
34. **Helsedirektoratet.** <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer>. [Internett] [Sisert: 1 Januar 2020.]
35. **Helse og omsorgsdepartement.** *Meld St 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.* Oktober 2019.
36. **KLAS Research.** *Global EMR market share 2017.* 2017.
37. **Holte Consulting m.fl.** *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* 2018. Statens prosjektmodell - Rapport nummer D068a.
38. **Finansdepartementet.** *Veileder - Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell.* 2020.
39. **Gartner.** *Gartner's Update to the Enterprise EHR Generation model.* s.l. : Gartner, 2016.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no