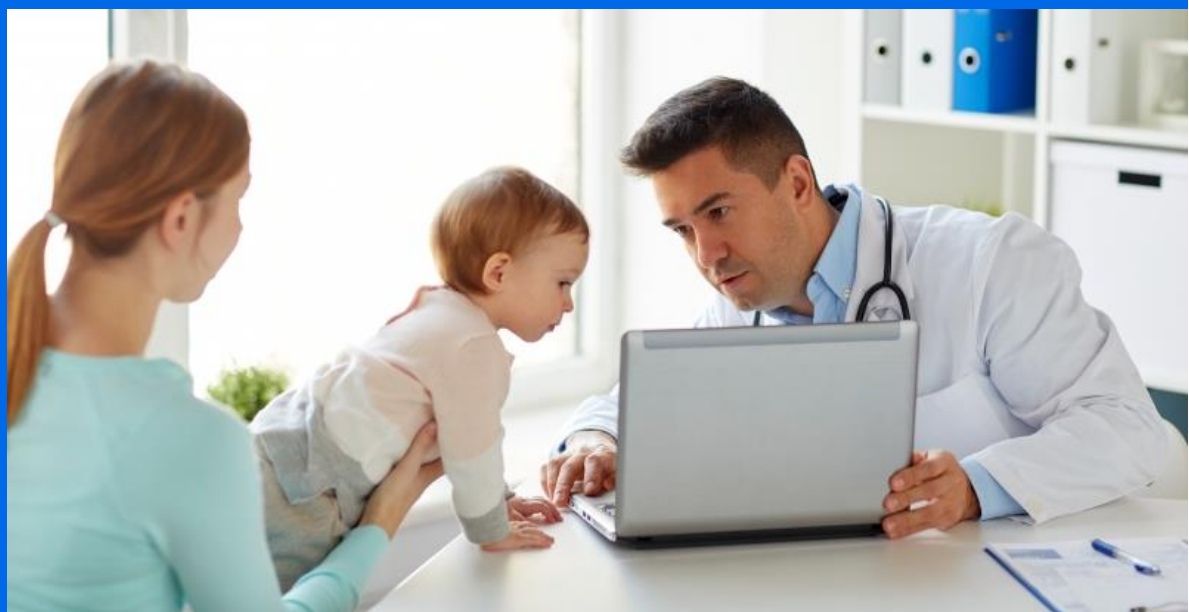


Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Versjon 1.0



Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

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



De helsepolitiske målene innebærer at det i årene som kommer vil bli stadig større behov for ulike former for digital helsehjelp. For å skape en effektiv og bærekraftig helsetjeneste, trenger vi bedre digital samhandling og systemer som snakker sammen.

18. desember 2020 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide et sentralt styringsdokument for det andre steget i utviklingsretningen for samhandling. I juni 2021 ble oppdraget konkretisert, ved at steg 2 skulle ta utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger.¹

Forprosjektet har vært organisert som et prosjekt i program digital samhandling, ledet av Direktoratet for e-helse i tett samarbeid med Norsk helsenett SF. Programstyret for program digital samhandling har vært styringsgruppe for arbeidet.

Det anbefalte innholdet i steg 2 er innenfor prioriterte samhandlingsområder. Prioriteringen er gjort i tett samarbeid med programstyret og Nasjonalt e-helsestyre. Tiltakene er planlagt gjennomført med en smidig og stegvis tilnærming, som kan gi gevinst både på kort og lang sikt.

Vi takker alle som har bidratt i arbeidet. Vår felles helsetjeneste trenger bedre samhandlingsløsninger. De er selve navet som binder tjenesten sammen, og som gjør at pasienten opplever en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Ved å sammen legge til rette for bedre informasjonsflyt på tvers av helsetjenesten skaper vi et enklere Helse-Norge.

¹ [Veikart for nasjonale e-helseløsninger - ehelse \(november 2020\)](#)

Innhold

Innhold	4
Sammendrag	8
1 Overordnede rammer	11
1.1 Hensikt, krav og hovedkonsept	11
1.1.1 Oppdraget	11
1.1.2 Bakgrunn	11
1.1.3 Hensikt	12
1.1.4 Krav	12
1.1.5 Hovedkonsept	13
1.1.6 Sentrale interessenter	16
1.2 Prosjektmål	17
1.2.1 Samfunns mål	18
1.2.2 Effektmål	18
1.2.3 Delmål (gevinster)	19
1.2.4 Resultatmål	20
1.3 Kritiske suksessfaktorer	21
1.4 Rammebetingelser	23
1.4.1 Føringer for forprosjektet for steg 2	23
1.4.2 Rammebetingelser fra lover og forskrifter	25
1.4.3 Rammebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet	26
1.4.4 Rammebetingelser fra Direktoratet for e-helse	27
1.4.5 Rammebetingelser fra Norsk helsenett SF	27
1.4.6 Felles føringer og retningslinjer for IKT i offentlig sektor	27
1.5 Grensesnitt og avhengigheter	28
1.5.1 Nullalternativ	28
1.5.2 Avhengigheter for steg 2	29
1.5.3 Grensesnitt for steg 2	30
2 Prosjektstrategi	34
2.1 Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien	34
2.2 Gjennomføringsstrategi	36
2.2.1 Overordnet gjennomføringsplan	36
2.2.2 Prinsipper for gjennomføringsstrategien	37
2.2.3 Gjennomføringsmodell	38

2.2.4	Behovskø	38
2.2.5	Evaluerings- og beslutningspunkter.....	38
2.2.6	Gjennomføring av steg 2	39
2.3	Kontraktstrategi	45
2.3.1	Anskaffelsesbehov	45
2.3.2	Alternative kontraktstrategier	46
2.3.3	Anbefalt kontraktstrategi for program digital samhandling	47
2.3.4	Anbefalt kontraktstrategi for program pasientens legemiddelliste	47
2.4	Organisering og ansvarsdeling	47
2.4.1	Den overordnede organiseringen av steg 2	47
2.4.2	Overordnet organisering av program digital samhandling	48
2.4.3	Overordnet organisering av programmet pasientenes legemiddelliste	49
2.4.4	Organiseringen og styringen av steg 2	50
2.4.5	Programmenes bruk av den nasjonale styringsmodellen	57
2.4.6	Programmenes bruk av KS sin samstyringsmodell	58
2.4.7	Programmenes samarbeid med Helseplattformen	59
2.4.8	Strategi for oppslutning og ibruktakelse	59
2.4.9	Strategi for styring av usikkerhet i programmene	63
3	Prosjektstyringsbasis	65
3.1	Arbeidsomfang	65
3.1.1	Arbeidsomfang program digital samhandling	66
3.1.2	Arbeidsomfang program pasientens legemiddelliste	72
3.2	Risiko- og mulighetsvurdering	75
3.2.1	Risiko- og mulighetsvurdering av program digital samhandling	77
3.2.2	Risiko- og mulighetsvurdering av program pasientens legemiddelliste	81
3.3	Arbeidsnedbrytningsstruktur	86
3.3.1	Program digital samhandling	86
3.3.2	Program pasientens legemiddelliste	87
3.4	Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan	88
3.4.1	Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for program digital samhandling	89
3.4.2	Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for program pasientens legemiddelliste	90
3.5	Gevinstrealiseringsplan	91
3.5.1	Gevinstrealiseringsplaner for programmene	91
3.5.2	Gevinster av program digital samhandling	92

3.5.3	Gevinster av program pasientens legemiddelliste.....	93
3.6	Fremdriftsplan	94
3.6.1	Program digital samhandling	94
3.6.2	Program pasientens legemiddelliste	96
3.7	Kvalitetssikring	97
3.7.1	Kvalitetssikringsområder	97
3.7.2	Prinsipper for kvalitetssikring	98
3.7.3	Ekstern kvalitetssikring.....	98
4	Samfunnsøkonomisk lønnsomhet	99
4.1	Program digital samhandling	99
4.2	Program pasientens legemiddelliste	99
4.3	Samlet netto nåverdi for steg 2.....	100
5	Referanser.....	102
6	Figurliste	103
7	Tabelliste.....	104

Vedlegg

A: Sentrale begreper

B: Organisering av arbeidet

C: Samfunnsøkonomisk analyse

D: Gevinstrealiseringsplaner

E: Kostnadsanalyse

F: Usikkerhetsanalyse

G: Omfang

H: Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling

I: Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for målbildet for helhetlig samhandling

J: Nødvendigheten og muligheten til å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsningen

K: Prioritering av tiltak i steg 2

L: Kontraktstrategi

M: Målbilde for helhetlig samhandling

N: Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen

Bilag

I1: Overordnet personvernvurdering

I2: Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering

J1: EØS-rettslige spørsmål ved pålegg om integrasjon av samhandlingsområdene

Sammendrag

Regjeringens mål om å skape vår felles helsetjeneste krever at vi i økende grad utnytter mulighetene som ligger i ny teknologi og digitale samhandlingsløsninger.

Innbyggere vil i løpet av et livsløp være i kontakt med mange ulike aktører i helsetjenesten. Felles for alle aktørene er at de trenger informasjon fra innbygger og fra hverandre for å gi best mulig helsehjelp. Skal nødvendig helseinformasjon om pasienten være tilgjengelig for helsepersonell når de trenger den, må informasjonen kunne deles trygt og effektivt på tvers av helse- og omsorgssektoren.

Oppdraget

I desember 2020 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for steg 2-n i utviklingsretningen for samhandling, med leveranse av sentralt styringsdokument i desember 2021 og ekstern kvalitetssikring (KS2) våren 2022.

Programstyret til program digital samhandling anbefalte våren 2021 at steg 2 skulle ta utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger for å ferdigstille prioriterte tiltak i sektoren. Veikartet gir en oversikt over planer for pågående utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene, og viser status, prioritering, avhengigheter og risiko for arbeidet fremover.

I juni 2021 kom det en konkretisering av oppdraget, hvor det ble presisert at det kun var steg 2 som skulle defineres og at det skulle tas utgangspunkt i veikartet.

I forbindelse med konseptvalgutredningen for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2018 og i forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning i 2020 ble det gjort en grundig kartlegging av samhandlingsbehovene i helse- og omsorgssektoren.

Behovene er oppsummert i 26 informasjonstjenester som utgjør selve målbildet for helhetlig samhandling. Steg 2 skal bidra til å realisere dette målbildet.

Steg 2

I arbeidet med å definere steg 2, er det forsøkt å ivareta behovet både for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak. I tillegg har direktoratet i tett samarbeid med sektoren, definert et ambisjonsnivå som er realistisk med tanke på hva sektoren har kapasitet til å ta imot og innføre.

Steg 2 handler om å videreutvikle og ferdigstille tjenester og pågående tiltak for at tjenestene skal kunne tas i bruk på tvers av sektoren. En stor del av steg 2 er innføringsaktiviteter, samt aktiviteter knyttet til tilpasninger som aktørene må gjøre i egne systemer.

Programstyret for program digital samhandling og Nasjonalt e-helsestyre har sluttet seg til det anbefalte innholdet i steg 2, som består av følgende samhandlingsområder:

- **Pasientens legemiddelliste:** Etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt.
- **Dokumentdeling:** Samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer, ved bruk av kjernejournal og den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
- **Kritisk informasjon:** Kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal.

- **Datadeling for digital hjemmeoppfølging:** Utvikle tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren, slik at helsepersonell i hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data.

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

Organisering av steg 2

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

Det anbefales at gjennomføringen organiseres i to programmer; digital samhandling og pasientens legemiddelliste.

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

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

Sektoren vil ha ansvaret for tilpasning og tekniske forberedelser, i tillegg til innføring og realisering av nytte av løsningene.

Gjennomføringsstrategi

Overordnet gjennomføringsstrategi for steg 2 er basert på nyttestyring, innenfor den tids- og kostnadsrammen som gjelder. Forprosjektet har sammen med programstyret for digital samhandling etablert modell og prinsipper for gjennomføring. Prinsippene skal bidra til at de riktige aktivitetene realiseres og forankres, og at det tas hensyn til kapasiteten hos de involverte virksomhetene. De bygger på trinnvis gjennomføring, tydelig forankring og prioritering av de aktivitetene som gir mest nytte.

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

Norsk helsenett SF vil ha ansvaret for å etablere og detaljere ulike aktiviteter med utgangspunkt i omfanget for steg 2, heretter omtalt som behovskø. Behovskøene vil i hovedsak bestå av følgende behov; gjøre tekniske samhandlingsløsninger tilgjengelig, sikre at virksomhetene er klare til å ta løsningene i bruk og innføre løsningene og følge opp at disse tas i bruk.

Under ledelse av Norsk helsenett SF, skal Direktoratet for e-helse, sektoren og andre relevante aktører bidra til å fremme og konkretisere de behovene som skal prioriteres først. Programstyrene prioriterer behovene og vedtar hvilke tiltak som skal realiseres. Sektoren, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse har samlet ansvaret for realisering av tiltakene, hvor direktoratet har en koordinerende rolle.

For å sikre realisering av målene innenfor tids-, kostnads- og kvalitetsrammer, vil programmene ha jevnlig evaluering- og beslutningspunkter som del av

programstyremøtene. Ved disse punktene prioriterer og beslutter programstyrene behovskøen.

Risiko

Steg 2 vil være innebære usikkerhet som kan påvirke måloppnåelsen. En risiko- og mulighetsvurdering av både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste er gjennomført. Dette vil følges opp løpende gjennom programmenes levetid.

Investeringskostnad

Kritisk informasjon, dokumentdeling, datadeling for digital hjemmeoppfølging og forberedelser til steg 3, inkludert forprosjekt for steg 3, ferdigstilles innen en styringsramme (P50) på 1 123 millioner kroner inkl. mva. ved utgangen av 2027. Kostnadsrammen (P85) settes til 1 442 millioner inkl. mva.

Pasientens legemiddelliste ferdigstilles innen en styringsramme (P50) på 1 515 millioner kroner inkl. mva. ved utgangen av 2028. Kostnadsrammen (P85) fratrukket kuttlisten settes til 1 663 millioner kroner inkl. mva.

Samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen viser at samhandlingsområdene i steg 2 er samfunnsøkonomisk lønnsomme, med en netto nåverdi på 2 841 millioner kroner inkludert den prissatte nytten av bedre helse.

I tillegg vil steg 2 ha stor verdi for samfunnet og styrke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten gjennom å frigjøre tid for helsepersonell i møte med fremtidens behov, færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon og bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten.

Vår felles helsetjeneste trenger bedre samhandlingsløsninger. De utgjør selve navet som gjør at pasient og innbygger møter en helse- og omsorgstjeneste som henger sammen, og som gjør at helsepersonell kan gi best mulig helsehjelp.

Samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste, dokumentdeling, kritisk informasjon og digital hjemmeoppfølging er alle områder som vil gi stor nytte for pasient, innbygger og samfunnet for øvrig.

1 Overordnede rammer

1.1 Hensikt, krav og hovedkonsept

1.1.1 Oppdraget

Stortinget bevilget for 2021 189 millioner kroner til steg 1 i utviklingsretningen for samhandling med et styringsmål (P50) som er satt til 754 millioner kroner.²

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

Realisering av målbildet for helhetlig samhandling ut over steg 1 innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter skal utvikles stegvis. Innbyggerne, helsepersonell i sykehus og kommuner, fastleger, avtalespesialister og apotek mv. skal gis bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt, og det skal legges til rette for bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester.

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

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

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

1.1.2 Bakgrunn

Det er et politisk mål å skape en effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som tilbyr helhetlige og koordinerte tjenester. Det overordnede målet for IKT i helse- og omsorgssektoren er beskrevet i Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* og Meld. St. 7 (2019-2020) *Leve hele livet og Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*:

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

² Det ble med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2020–2021) besluttet investeringer for steg 1 av digital samhandling, innenfor en samlet styringsramme på 635 mill. kroner (P50) og samlet kostnadsramme på 730,5 mill. kroner (P85) over fire år eksklusiv mva.

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

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

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

1.1.3 Hensikt

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

Digitale løsninger skal støtte en helhetlig samhandling mellom helsepersonell og styrke pasienter og innbyggers mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg (1).

Det er særlig tre mål regjeringen ønsker å jobbe mot på e-helseområdet: Gode nasjonale løsninger med stegvis utvikling og rask realisering av funksjonalitet, nasjonalt koordinerte tiltak og tett samarbeid mellom aktørene i sektoren og med næringslivet (2).

Steg 2 skal bidra på veien mot regjeringens mål.

1.1.4 Krav

Kravene er videreføring av kravene fra konseptvalgutredningen for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste fra 2018 og kravene i det sentrale styringsdokumentet for helhetlig samhandling og felles kommunal journal fra 2020, men er tilpasset slik at det gjelder for den delen av konseptet som omhandler samhandling. Samfunns- og effektmål for helhetlig samhandling er beskrevet i kapittel 1.2.1 og 1.2.2. Det er utarbeidet syv krav som helhetlig samhandling må oppfylle for å bidra til å nå disse målene. De overordnede kravene er vurdert som like viktige, men anses ikke som absolutte krav.

Tabell 1 Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål

Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål	
A	Helhetlig samhandling skal gi personell i helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for ytelse og dokumentasjon av helsehjelp.
B	Helhetlig samhandling skal legge til rette for effektiv samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med effektiv samhandling menes at nødvendige helseopplysninger er tilgjengelig ved behov.

C	Helhetlig samhandling skal gi innbyggere mulighet til å være aktive i prosesser og beslutninger om egen helse.
D	Helhetlig samhandling skal sikre enklere og bedre ivaretagelse av innbyggers personvernrettigheter.
E	Helhetlig samhandling skal sikre tilgjengeliggjøring av data fra helse- og omsorgstjenesten til forskning, styring, beredskap og helseovervåkning.
F	Helhetlig samhandling skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.
G	Helhetlig samhandling skal kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, for eksempel ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til kravene avledet av samfunns- og effektmålene ovenfor stilles det krav som knytter seg til andre viktige behov identifisert i konseptvalgutredningen fra 2018 (3). Krav I og J er satt som absolutte krav som må oppfylles for å sikre at stegene i utviklingsretningen for målbildet for helhetlig samhandling ivaretar behov knyttet til informasjonssikkerhet og for at løsningene er robuste mot ulike påførte utfordringer fra datakriminalitet som phishing, tjenestenektangrep, løsepengevirus, hacking etc. Krav H har samme prioritet som kravene A til G.

Tabell 2 Krav utledet av andre viktige behov

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

1.1.5 Hovedkonsept

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

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

1.1.5.1 Overordnet gjennomføring av konsept 7

Et sentralt styringsdokument (4), med utgangspunkt i konsept 7, ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 og ble kvalitetssikret (KS2) samme år. Etter anbefaling gitt i det sentrale styringsdokumentet ble gjennomføringen av konsept 7 delt i to programmer. Det ene er Felles kommunal journal som drives videre i et samarbeidsprosjekt mellom kommunene, KS og staten. Det andre er program digital samhandling, som ledes av Direktoratet for e-helse, med mål om å binde de ulike kliniske fagsystemene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten sammen og gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon.

Direktoratet for e-helse anbefalte i det sentrale styringsdokumentet i 2020 at målbildet for helhetlig samhandling skulle realiseres gjennom en stegvis tilnærming med flere steg hvor hvert steg skal ha selvstendig verdi. Den stegvise tilnærmingen ble anbefalt for å gi bedre styring og koordinering av avhengigheter og en gradvis utvikling av samhandlingsfunksjonalitet over tid. Målbildet for helhetlig samhandling ble definert etter en omfattende kartlegging av informasjonsbehov og ble oppsummert i 26 informasjonstjenester. Et sammendrag av dette er beskrevet i Vedlegg M Målbilde for helhetlig samhandling.

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

Steg 2 i utviklingsretningen for samhandling

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

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

Det har blitt utarbeidet en modell for å prioritere hvilke tiltak som bør inngå som en del av steg 2. Se Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2 for beskrivelse av prioriteringsmodellen. I arbeidet med å definere steg 2 har fokus vært å ivareta behovet for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak for å lykkes med å realisere målbildet for helhetlig samhandling. I tillegg er det vurdert hva aktørene i sektoren har kapasitet til å ta imot og innføre. Prioriteringsmodellen og kriteriene som ligger i modellen har vært diskutert i flere omganger med programstyret. Både programstyret og nasjonalt e-helsestyre har sluttet seg til det anbefalte innholdet i steg 2 som er følgende samhandlingsområder:

- Pasientens legemiddelliste: etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt. Aktører som omfattes er helseforetak, avtalespesialister, fastleger, legevakt, ØHD/KAD, sykehjem, hjemmetjeneste og apotek.
- Dokumentdeling: samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av kjernejournal og den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Helseforetak, avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD vil dele

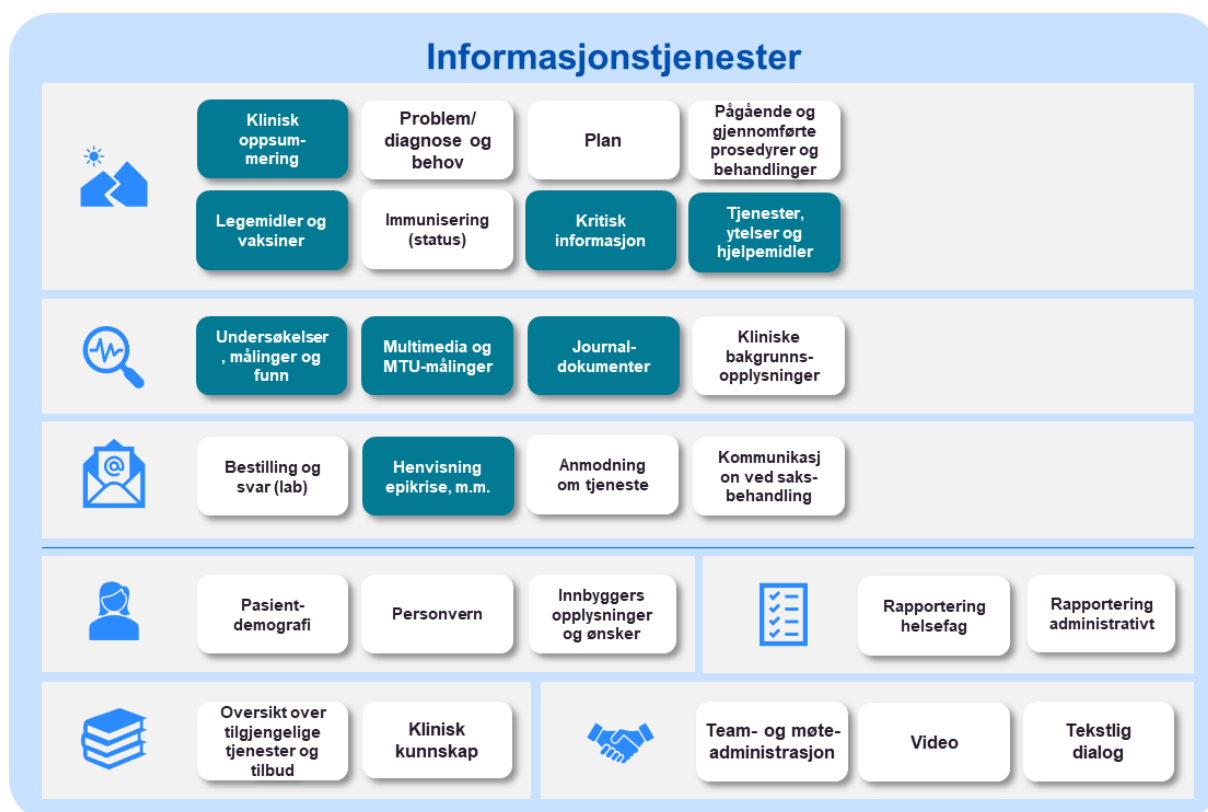
dokumenter, mens alle aktører som har kjernejournal vil kunne lese dokumentene som deles.

- Kritisk informasjon: kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal. Aktører som omfattes er helseforetak, avtalespesialister, ØHD/KAD, fastleger og sykehjem.
- Datadeling for digital hjemmeoppfølging: utvikle tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data. Innføringen er ikke en del av steg 2 og gjennomføres av velferdsteknologiprogrammet i Helsedirektoratet.
- Forprosjekt for steg 3: vurderinger av hva som bør være neste steg i utviklingsretningen for målbildet for helhetlig samhandling. Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger legges til grunn for prioritering. Bredding av samhandlingsløsninger til helsestasjonstjenesten, skoletjenesten og tannhelsetjenesten skal vurderes som en del av steg 3. Utredning av behov knyttet til administrasjon av legemidler bør påbegynnes i 2022 utenfor for programmet for pasientens legemiddelliste og kan videre også vurderes som et tiltak i steg 3.

Forprosjektet vil utarbeide sentralt styringsdokument i henhold til statens prosjektmodell, og vil være underlagt ekstern kvalitetssikring (KS2) dersom investeringskostnaden overstiger 300 millioner kroner.

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

Gjennom disse samhandlingsområdene vil pasient, innbygger og helsepersonell få tilgang til løsninger som vil legge til rette for informasjonsdeling på tvers av helse- og omsorgssektoren og tiltakene vil realisere sentrale deler av målbildet for helhetlig samhandling. Figur 1 viser hvilke informasjonstjenester i målbildet for helhetlig samhandling som steg 2 er med på å realisere. Se Vedlegg N Målbildet for helhetlig samhandling for en nærmere beskrivelse av målbildet.



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

Overordnet organisering av steg 2

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

Det anbefales at gjennomføringen av steg 2 organiseres i to programmer:

- Program digital samhandling
- Program pasientens legemiddelliste

Organisering og ansvarsdeling er nærmere beskrevet i kapittel 2.4.

1.1.6 Sentrale interessenter

Steg 2 har et bredt nedslagsfelt.

Tabell 3 viser en oversikt over sentrale interessenter. Vedlegg B Organisering av arbeidet gir en nærmere beskrivelse av prosessen med sentrale interessenter, inkludert oversikt over gjennomførte møter.

Tabell 3 Sentrale Interessenter

Interessenter som er identifisert som mest relevante for steg 2	
Innbygger	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter, brukere eller mottakere av helse- og omsorgstjenester • Enkeltindivid med ansvar for egen helse • Pårørende, fullmektig eller verge til mottakere av helse- og omsorgstjenester
Helsepersonell og virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • De ulike gruppene av helsepersonell i lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenester. Tiltakene i steg 2 er rettet mot tjenestene fastlege, legevakt, øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnettenhet (KAD), hjemmetjenester og sykehjem. Omfatter både tjenester kommunen leverer selv og tjenester fra private som har avtale med kommunen, eksempelvis selvstendig næringsdrivende fastleger eller private leverandører av sykehjem- eller hjemmetjenester. Inkluderer også kommunale helse- og omsorgstjenester gitt i distriktsmedisinske sentre.
Helsepersonell og virksomheter i spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • De ulike gruppene av helsepersonell som yter helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Omfatter både tjenester de regionale helseforetakene leverer selv og tjenester fra private som har avtale med regionale helseforetak, eksempelvis avtalespesialister eller private/ideelle sykehus.
Kommuner, fylkeskommuner og spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunenes administrasjon • KS, kommunesektorens interesseorganisasjon • Kommunenes politikere • Spesialisthelsetjenestenes administrasjon (RHF/HF) • Helseplattformen i Midt-Norge • Felles kommunal journal
Andre aktører	<ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapeuter • Statlige myndigheter • Helsetjenester som verken er en del av kommunale, fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten, eksempelvis apotek-bransjen • Norsk helsenett SF • Leverandører av e-helseløsninger • Fag- og profesjonsforeninger • Pasient- og brukerforeninger • Institusjoner innen forskning, innovasjon og utdanning

1.2 Prosjektmål

Dette kapitlet beskriver målene for steg 2. Samfunns mål og effektmål gjelder for konseptet for digital samhandling med utgangspunkt i konsept 7 i konseptvalgutredningen fra 2018.

Samfunns- og effektmålene er en videreføring av målene i det sentrale styringsdokumentet for helhetlig samhandling og felles kommunal journal fra 2020. Delmål og resultatmål gjelder for steg 2.

1.2.1 Samfunns mål

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

Samfunns mål

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

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

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

1.2.2 Effektmål

Effektmålene uttrykker den direkte effekten som ønskes oppnådd for brukerne av konseptet for digital samhandling, 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 helse- og omsorgstjeneste.
- Markedssvikt og med dette redusert risiko for parallelle løsninger, og lavere kostnader over tid

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

1.2.3 Delmål (gevinster)

Delmålene utdyper og kvantifiserer effektmålene innenfor rammene satt i steg 2. Delmålene understøtter effektmålene, men vil ikke alene realisere effektmålene i sin helhet. Etter hvert som flere tiltak innenfor utviklingsretningen planlegges, kan det være behov for å utarbeide ytterligere delmål. Det er etablert fire delmål for steg 2. Disse tilsvarer steg 2 sine gevinster og er beskrevet i detalj i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner. De 4 delmålene er:

- Frigjort tid for personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten
- Færre uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten
- Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked

Måltall for tiltakets delmål er angitt i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

1.2.4 Resultatmål

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

Resultatmålene er prioritert i henhold til kostnad, omfang og tid for begge programmene. Arbeidsomfanget i program digital samhandling er estimert med et element av «design to cost». Design to cost er en prosjektstrategi for å optimalisere prosjekter innenfor en gitt økonomisk ramme. Strategien egner seg for prosjekter der kostnad er prioritert som resultatmål foran tid og kvalitet, dvs. i prosjekter der innhold og omfang kan endres over tid. Programmet mål styres for å sikre *høyest mulig samfunnsnytte* innenfor den fastsatte rammen.

1.2.4.1 Resultatmål for programmet digital samhandling

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

- Kritisk informasjon, dokumentdeling og datadeling for digital hjemmeoppfølging og forberedelser til steg 3, inkludert forprosjekt for steg 3, gjennomføres innen en styringsramme (P50) på 1 123 millioner kroner inkl. mva. ved utgangen av 2027

Dokumentdeling

- Helseforetakene deler dokumenter via kjernejournal og Helsenorge
- Det er avklart hvordan og hvilke dokumenter som skal deles fra nye aktører
- Avtalespesialister, legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnetenhet (KAD) prøver ut og deler utvalgte dokumenter med helsepersonell og innbygger

Kritisk informasjon

- Helseforetakene har innført API for kritisk informasjon
- Fastleger og avtalespesialister har innført API for kritisk informasjon
- Sykehjem og ØHD/KAD har innført API for kritisk informasjon

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

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

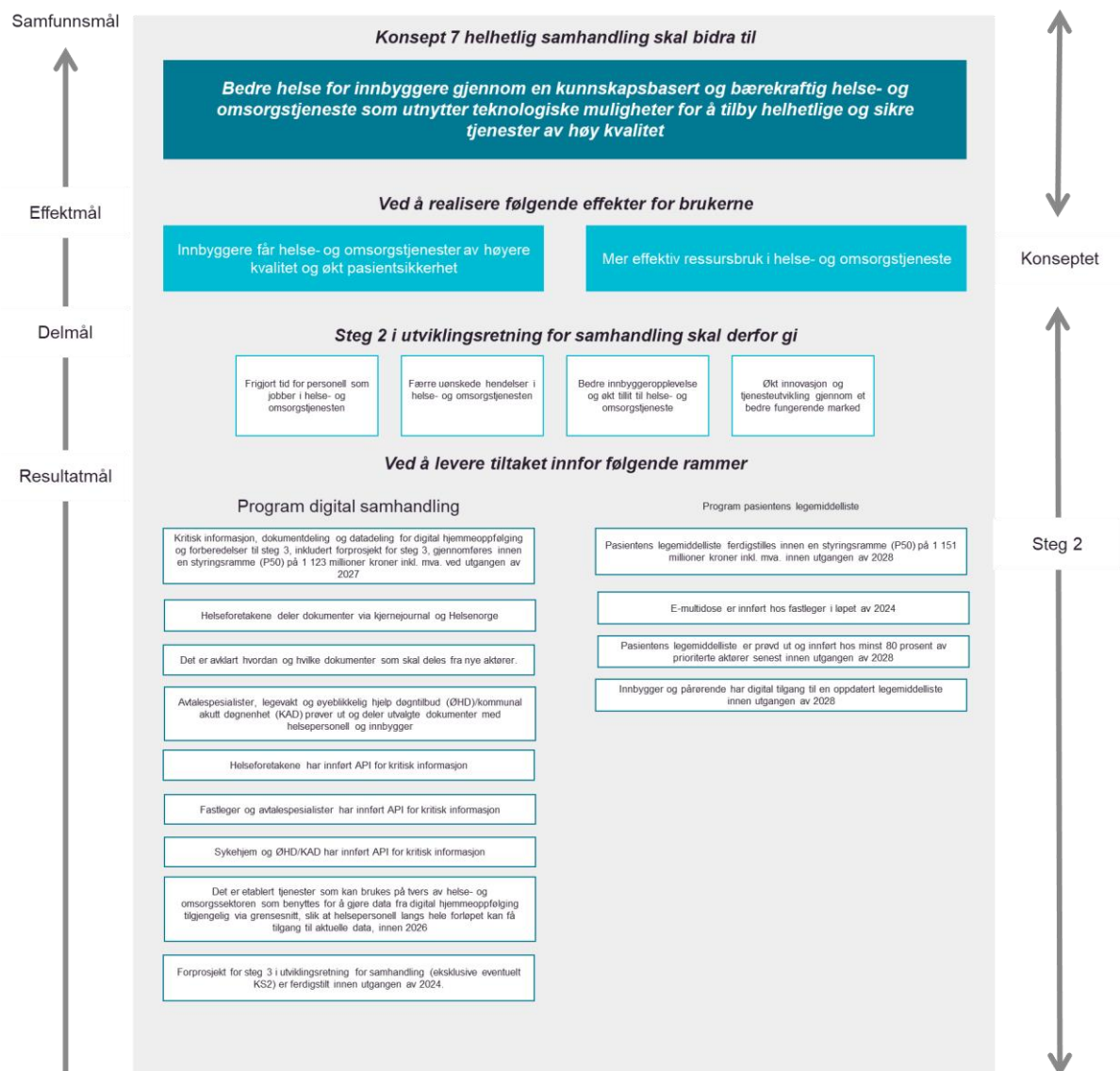
Forprosjekt steg 3

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

1.2.4.2 Resultatmål for programmet pasientens legemiddelliste

- Pasientens legemiddelliste ferdigstilles innen en styringsramme (P50) på 1 151 millioner kroner inkl. mva. innen utgangen av 2028
- E-multidose er innført hos fastleger i løpet av 2024
- Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80 prosent av prioriterte aktører senest innen utgangen av 2028

- Innbygger og pårørende har digital tilgang til en oppdatert legemiddelliste innen utgangen av 2028



Figur 2 Målhierarki for steg 2

1.3 Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer er avgjørende forhold som man må lykkes med og som må være på plass for å nå målene for steg 2. Basert på erfaring fra tilsvarende programmer, interessentanalysen og prosjektets egenart er det utarbeidet suksessfaktorer som er kritiske for måloppnåelsen. Det er etablert 11 kritiske suksessfaktorer for steg 2 i sin helhet hvorav én av disse er særskilt knyttet til pasientens legemiddelliste. De kritiske suksessfaktorene er utdypet i

Tabell 4.

Tabell 4 Kritiske suksessfaktorer for steg 2

#	Suksessfaktor	Beskrivelse
1	Målrettet kommunikasjon og endringsledelse	Det må kommuniseres målrettet med aktører i sektoren for å forberede og skape motivasjon for endring. Endring krever tett oppfølging fra ledelse.
2	Realisering av gevinster	Virksomhetene som berøres av endringene steg 2 medfører, må ta eierskap til realisering av gevinster.
3	Forutsigbar finansiering	Det må foreligge forutsigbare modeller og avtaler om finansiering før oppstart av gjennomføringen av samhandlingsområdene i steg 2.
4	Koordinerte investeringsbeslutninger	De sentrale aktørene i sektoren må forplikte seg til gjennomføring av nødvendige investeringer og tilpasninger i egne løsninger som steg 2 har avhengigheter til.
5	Styring av avhengigheter	For å realisere målene for steg 2, må programmene følge opp avhengigheter i steg 2 og koordinert innføring mot sektoren.
6	God ledelse og styring av programmene	Tydlig ansvarsdeling og god styring, herunder entydige fullmakter og beslutningsveier, må etableres i programmene.
7	Tilstrekkelig ressurser i gjennomføringen	Programmene må bemannes slik at de har tilstrekkelig kapasitet og kontinuitet til gjennomføring.
8	Tilstrekkelig ressurser og forankring i regionale og lokale virksomheter	For med å realisere steg 2, må virksomhetene som skal ta i bruk løsningene sørge for å sette av tilstrekkelig kapasitet til lokal tilpasning og innføring. Samt forankring på alle nivåer i virksomhetene som skal ta i bruk løsningene.
9	Involvering av helsepersonell i gjennomføringen	Deltakelse og involvering fra helsepersonell i gjennomføringen er sentralt for å lykkes med brukervennlige løsninger som understøtter helsepersonells behov.
10	Leverandørene leverer i henhold til avtaler og krav med virksomhetene i sektoren	For å realisere steg 2, må leverandører prioritere, ha kapasitet og levere i henhold til kontrakt med virksomheter i sektoren.
11	Endringshåndtering og fleksibilitet i gjennomføring	Det må eksistere muligheter for å stoppe programmene og/eller innarbeide nødvendige endringer basert på læring underveis i gjennomføringen.
12	Aktiv innføring (gjelder pasientens legemiddelliste)	For å realisere nytten ved pasientens legemiddelliste må størst mulig grad av geografisk samtidighet og ibruktakelse tilstrebes. Dette sikres gjennom målrettede innføringsaktiviteter på sentralt og lokalt nivå.
13	Beslutningsdyktig programstyre	En smidig gjennomføring fordrer en smidig beslutningsstruktur. Et sterkt og aktivt programstyre som evner å prioritere og ta beslutninger innenfor rammene av steg 2 er derfor svært viktig. Dette handler om å delegerer beslutningsmyndighet og nyttestyring underveis i gjennomføringen.

1.4 Rammebetingelser

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

1.4.1 Føringer for forprosjektet for steg 2

Tabell 5 angir sentrale føringer for forprosjektet som ble gitt i oppdragsbrev datert 18. desember 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg kom Helse- og omsorgsdepartementet med en konkretisering av oppdraget datert 16. juni 2021.

Tabell 5 Føringer for forprosjektet fra Helse- og omsorgsdepartementet

Område	Føring
Generelt	De regionale helseforetakene, Norsk helsenett SF, Helsedirektoratet, KS og representanter for kommunesektoren skal ha en aktiv rolle og bidra til nødvendig fremdrift i forprosjektet. Forprosjektet skal sørge for god dialog med interessenter og aktører.
	Forprosjektet skal ta utgangspunkt i behovskartleggingen og målbildet for helhetlig samhandling fra konseptvalgutredningen Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og det valgte konsept 7, og slik dette er videre bearbeidet i forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Forprosjektet skal hensynta vedtatte strategier for samhandling etter 2018 og evt. endringer i tjenestenes behov.
	Forprosjektet for helhetlig samhandling innebærer utarbeidelse av sentralt styringsdokument som skal beskrive nasjonale samhandlingsløsninger i en helhet, på bakgrunn av regjeringens konseptvalg i 2018, og vedtatte politiske meldinger og handlingsplaner som én innbygger – én journal (Meld St. 9 2012-2013)), Leve Hele Livet – En kvalitetsreform for eldre (Meld St. 15 (2017-2018)), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld St. 7 (2019-2020)) og Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.
	Forprosjektet skal utrede om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsningen, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret.
	Det skal i sentralt styringsdokument synliggjøres hvordan steg 1 og steg 2 bidrar til å realisere målbildet for digital samhandling, herunder hvilke deler av målbildet som innfris og hvilke deler som gjenstår.
	Det skal i størst mulig grad legges opp til gjenbruk og erfaringsoverføring fra utprøvingen av det nasjonale målbildet for én innbygger – én journal i helseregion Midt-Norge.
Regelverksendringer	Forprosjektet skal så langt som mulig identifisere behov for regelverksutvikling og beskrive økonomiske og administrative konsekvenser.
Omfang	Forprosjektet skal avgrense til å utrede steg 2 for helhetlig samhandling.
	Direktoratet skal legge veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger til grunn for prioritering av tiltak i steg 2.

	<p>Forprosjekt for helhetlig samhandling omfatter spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder fastleger og andre private tjenesteytere.</p>
	<p>Det skal i styringsdokumentet fremkomme hvilke prinsipper som har vært utslagsgivende for tiltakene som inngår i steg 2 og hvilke konsekvenser dette har for pågående aktiviteter i andre programmer og prosjekter.</p>
	<p>Forprosjektet skal koble veikartet for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger til målbildet for helhetlig samhandling.</p>
Gjennomføringsstrategi	<p>Gjennomføringsplanen må også hensynta øvrig tjeneste- og ikt-utvikling i spesialist- og primærhelsetjenesten.</p>
	<p>Det skal legges til grunn en stegvis tilnærming til realisering av målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren for å redusere usikkerhet og risiko.</p>
	<p>Stegvis utvikling kan innebære at hvert steg har separate vurderinger av kostnader og gevinster. Stegene bør innrettes mot å gi løpende gevinster underveis. Det bør være et mål at hvert steg har selvstendig verdi om man ev. skulle velge å stoppe prosjektet etter ett gitt steg.</p>
	<p>Det må gjøres vurderinger av avveiningen mellom tid, kvalitet og kostnad i gjennomføringsfasen. Dette må også sees opp mot avhengigheter til andre programmer og prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen.</p>
	<p>Forslag til prioritering må gjenspeiles i valg av gjennomføringsstrategi og det skal vurderes om design-to-cost kan egne seg for gjennomføringsfasen.</p>
Organisering og ansvarsdeling	<p>Det skal beskrives en programstruktur som omfatter gjenstående aktiviteter fra steg 1, forslag til avgrensning og innhold i steg 2, samt hovedinnhold og retning for påfølgende steg. En slik programstruktur må ha sterk forankring i sektoren og være i tråd med forventninger fra den eksterne kvalitetssikringen.</p>
	<p>Forprosjektet skal legge til rette for en kontinuerlig og særlig tett samhandling med Helseplattformen, Felles kommunal journal og arbeidet med samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger.</p>
	<p>Forprosjektet skal etablere styringsmekanismer som sikrer at avhengigheter håndteres, slik at alle parter har felles oversikt over prioriteringer, konsekvenser og forutsetninger før det fattes beslutninger.</p>
Tekniske krav og standarder	<p>Forprosjektet skal foreslå felles prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling på tvers av forvaltningsnivåene</p>
	<p>Det skal vurderes hvordan valgte prinsipper, krav, prosessbeskrivelser, standarder og terminologi for samhandling som er benyttet i journalløsningen i Midt-Norge kan gjenbrukes nasjonalt.</p>
	<p>Internasjonale standarder og åpne grensesnitt skal legges til grunn der dette er hensiktsmessig.</p>
Kostnadsoverslag og kostnadsfordeling	<p>Styringsmålet, P50-kostnad, for målbildet for helhetlig samhandling settes til 2,4 milliarder 2021-kroner. Styringsmålet er utgangspunktet for endringsloggen i forprosjektfasen.</p>
	<p>Det skal føres endringslogg for hele forprosjektfasen med utgangspunkt i det fastsatte styringsmålet på 2,4 mrd. kroner.</p>

	<p>Det er i dialog med HOD avklart at utarbeidelse av finansieringsmodeller, herunder kostnadsfordeling mellom aktørene, vil håndteres av departementet selv.</p>
	<p>Statens utgangspunkt for kostnadsdeling:</p> <ul style="list-style-type: none">• Investeringskostnaden for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner. Forprosjektet skal beskrive denne kostnadsfordelingen.• Myndighetsoppgaver og programaktiviteter finansieres av staten. Det skal gjøres en nærmere avgrensning i forprosjektet på hva som skal defineres som myndighetsoppgaver og programaktiviteter.• Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold dekkes av regionale helseforetak og kommuner.

1.4.2 Rammebetingelser fra lover og forskrifter

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

Helserett (lover med enkelte forskrifter)

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

IKT-sikkerhet og personvern

- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 6. juni 2018. Den gjennomfører EUs personvernforordning
- Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven) av 1. juni 2018
- Lov om gjennomføring av EUs forordning om elektronisk identifikasjon og tillitstjenester for elektroniske transaksjoner i det indre marked (lov om elektroniske tillitstjenester) av 15. juni 2018

- Europaparlamentets og Rådets direktiv (EU) 2016/1148 av 6. juli 2016 om tiltak som skal sikre et høyt felles sikkerhetsnivå i nettverks- og informasjonssystemer (NIS-direktivet)
- Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren

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

Forvaltningsrett mv.

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

I tillegg er det to prosesser knyttet til regelverk som vil være av betydning for program digital samhandling og programmet for pasientenes legemiddelliste. Det ble i desember 2021 fastsatt endringer i pasientjournalloven § 8 (jf. prop 3 L (2021-2022)) og nytt kap. 3 i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, som trådte i kraft 1. januar 2022. De nye reglene omfatter helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Pasientjournalloven § 21 om personopplysninger fra Folkeregisteret er også endret og gir grunnlag for den nye Persontjenesten fra Norsk helsenett SF. Helse- og omsorgsdepartementet har videre i pågående lovarbeid hatt forslag til blant annet endring i pasientjournalloven § 10 på høring. Dette lovforslaget er ment å gi det rettslige grunnlaget for en nasjonal digital datainfrastruktur.

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

1.4.3 Rammebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet

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

Rapportering

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

Finansiering

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

1.4.4 Rammebetingelser fra Direktoratet for e-helse

Styring og organisering

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

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

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

Samarbeidsavtale mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF

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

Arkitekturprinsipper

Direktoratet for e-helse har publisert en veileder for helse- og omsorgsektoren om bruk av Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor". Behovene, som utgjør omfanget under samhandlingsområdene i steg 2, bør løses i henhold til arkitekturprinsippene og ved bruk av veilederen. Det henvises til Vedlegg H Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling for ytterligere beskrivelser av dette området.

Helse, miljø og sikkerhet

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

Avtaler med eksisterende leverandører

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

1.4.5 Rammebetingelser fra Norsk helsenett SF

Norsk helsenett SF er nasjonal tjenesteleverandør og har ansvaret for å utvikle, forvalte og drifte de nasjonale e-helseløsningene. Det vil være opp til Norsk helsenett SF å definere hvordan oppgavene skal utføres innenfor de rammene som er satt. I utarbeidelsen av disse må programmene forholde seg til Norsk helsenett SFs retningslinjer, prinsipper, organisering, regler for HMS og gjeldene avtaler med leverandører.

1.4.6 Felles føringer og retningslinjer for IKT i offentlig sektor

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

Digitaliseringsdirektoratet har en operativ rolle i forbindelse med prinsipper for samhandling med IT i offentlig sektor. Det er gitt felles føringer for offentlig sektor når det gjelder IT-utvikling, arkitekturprinsipper og en referanse katalog for anbefalte og obligatoriske standarder. Programmene må ta hensyn til Digitaliseringsdirektoratets føringer.

1.5 Grensesnitt og avhengigheter

1.5.1 Nullalternativ

Nullalternativet beskriver dagens situasjon og forventet utvikling i fravær av nye tiltak (5). Det er vedtatt politikk (regelverk, lover, bevilgninger med videre) som skal ligge til grunn for utformingen av nullalternativet. Nullalternativet skal dermed hensynta tiltak som er i gang eller har fått bevilgning (6).

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

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

- **Alle tiltak i steg 1.** Steg 1 har en tidshorisont til og med 2024, mens steg 2 har oppstart i 2023. Det innebærer at det vil foregå steg 1-aktiviteter i nullalternativet som vil gå parallelt med innføringen av steg 2. Flere av tiltakene i steg 2 bygger på, og er avhengig av tiltak som er under realisering i steg 1. Prosjekt tillitstjenester, API-håndtering og grunndata (TAG) skal realisere en rekke tjenester som skal gi enkel og sikker tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter og omsorgsnivå i helsesektoren. Det utvikles felles tjenester for å understøtte samhandling mellom helsepersonell og med innbygger, og det utvikles funksjoner for å innføre dokumentdeling gjennom kjernejournal, modernisering av grunndatatjenester og etablering av en felles katalog over API-er som er tilgjengelig fra nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter er i gang. Den nasjonalt drevne utprøvingen av dokumentdeling er avsluttet. Det legges til grunn at innføringen kommer i gang i 2022, og også har kommet et godt stykke på vei når steg 2 starter. Det legges til grunn at utprøving av API for kritisk informasjon i kjernejournal gjennomføres i 2022.
- **Sentral forskrivningsmodul (SFM):** Det er i statsbudsjettet for 2022 bevilget 57 millioner kroner til utvikling av e-resept (sentral forskrivningsmodul) til pleie- og omsorgssektoren. Innføring av SFM til pleie- og omsorgssektoren er et sentralt element i pasientens legemiddelliste. Utviklingen av SFM tilrettelegger for at sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren får informasjon om legemidler pasienten har på e-resept rett inn i journalsystemet. Utviklingen av SFM til pleie- og omsorgssektoren forutsettes ferdigstilt i nullalternativet, der det også legges til grunn at EPJ-leverandørene kommunehelsetjenestene bruker, vil tilby løsninger der legemiddellister fra e-resept er tilgjengelig i EPJ-systemet.
- **Kjernejournal:** Kjernejournal er en av de første nasjonale IT-løsningene for å dele pasientinformasjon på tvers av helsesektoren. Utviklingen startet i 2012 og kjernejournal har vært i drift siden 2015. Høsten 2021 var kjernejournal innført i alle sykehus, legevakter og ved 91 prosent av fastleger. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til sin kjernejournal via helsenorge.no. Kjernejournal-prosjektet har som

ambisjon at 80 prosent av kommunene skal ha tatt i bruk kjernejournal innen 2023. I henhold til planene for prosjektet skal ca. 70 kommuner innføre kjernejournal i 2023. Det forutsettes at kjernejournal er ferdig utullet til pleie- og omsorgstjenesten i løpet av 2023.

- **Aktiviteter under Nasjonalt velferdsteknologiprogram:** Helsedirektoratet, sammen med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF, har pågående aktiviteter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Programmet prøver ut digital hjemmeoppfølging for personer med kroniske sykdommer.

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

- **Helseforetakene har en rekke samhandlingsaktiviteter** som er relevante for steg 2. Blant annet pågår det et arbeid der helseforetakene moderniserer sine journalløsninger som også inkluderer legemiddellister. Helseforetakenes aktiviteter inngår i nullalternativet.
- **Helseplattformen i Midt-Norge:** Det forutsettes at sykehus, kommuner og fastleger innfører Helseplattformen, som er en felles journaløsning for helsetjenesten i Midt-Norge. Innføringen begynner våren 2022. Aktørene får en felles legemiddelliste i Helseplattformen fra oppstart og det vil være en påfølgende stegvis innføring av pasientens legemiddelliste for alle i Helseplattformen. For aktører som likevel ikke skulle velge å ta i bruk Helseplattformen vil det være mulig å innføre pasientens legemiddelliste via program for pasientens legemiddelliste mot at kommunene selv dekker innføringskostnaden, på lik linje med andre kommuner. Når det gjelder de øvrige samhandlingsområdene så er det estimert integrasjonskostnader til Helseplattformen, men ikke for den enkelte aktør i Helse-Midt.

Videre er prioriterte aktiviteter i EPJ-løftet nedfelt i protokoll, og tiltak som er gitt finansiering gjennom samfinansieringsordningen en del av nullalternativet. Dette inkluderer blant annet utprøvingen av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner som gjennomføres i regi av Helsedirektoratet.

1.5.2 Avhengigheter for steg 2

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

Følgende sentrale avhengigheter mellom samhandlingsområdene er identifisert:

- **Innføring av kjernejournal i kommunene:** API for kritisk informasjon forutsetter at kjernejournal er innført i kommunal pleie- og omsorgstjeneste for de som har tjenstlig behov. Dokumentdeling forutsetter også dette for de skal kunne lese dokumenter.

Følgende avhengigheter er identifisert mellom steg 1 og steg 2:

- **Tillitsmodell:** Innføring av dokumentdeling forutsetter at tillitsmodell for å understøtte dokumentdeling i kjernejournal er etablert. Operasjonalisering av felles tillitsmodell ligger som oppgave i steg 1.

- **Krav til standard for kritisk informasjon:** Nasjonal tilrettelegging og innføring av kritisk informasjon basert på datadeling forutsetter at utprøvingen av API for kritisk informasjon er gjennomført og at det er avklart hvilken standard som skal benyttes for kritisk informasjon. Dette ligger inne som en del av steg 1.

1.5.3 Grensesnitt for steg 2

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

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

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

1.5.3.1 Organisatoriske grensesnitt

Tabell 6 viser de viktigste organisatoriske grensesnittene for steg 2.

Tabell 6 Organisatoriske grensesnitt for steg 2

Aktør steg 2 har grensesnitt mot	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Norsk helsenett SF	Tiltakene i program digital samhandling og pasientens legemiddelliste skal bygge på de nasjonale e-helseløsningene og samhandlingsinfrastruktur, som Norsk helsenett SF er ansvarlig for. I tillegg vil Norsk helsenett SF være ansvarlig for å levere og utvikle deler av omfanget i steg 2.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene og avtalestruktur mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.
Pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje	Pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje vil ha grensesnitt og nytte av leveranser i steg 2. Dette er blant annet program for kodeverk og terminologi, Nasjonalt velferdsteknologiprogram og digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner.	Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyling og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Kommunene	Kommunene er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene og gjennom KS og kommunal samstyringsmodell.
De fire regionale helseforetakene	RHF-ene er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene.

<p>Selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter til kommuner og spesialisthelsetjenesten</p>	<p>Både fastleger, avtalespesialister og andre avtaleparter til kommunene og spesialisthelsetjenesten er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og i program pasientens legemiddelliste.</p>	<p>Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene.</p>
<p>EPJ-løftet</p>	<p>EPJ-løftet er en sentral aktør i utviklingen av journalløsninger for blant annet fastleger og avtalespesialister. Protokollen til EPJ-løftet inneholder flere forslag til løsninger som sammenfaller med samhandlingsområdene dokumentdeling og kritisk informasjon.</p>	<p>Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyring i sektoren og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.</p>
<p>Samarbeidsprosjektet for Felles kommunal journal</p>	<p>Pasientens legemiddelliste bygger på et løsningskonsept basert på e-resept og utvikling av moduler og tjenester som kan benyttes av dagens EPJ-leverandører. Pasientens legemiddelliste skal integreres med Felles kommunal journal.</p> <p>De andre samhandlingsområdene vil også få et grensesnitt til felles kommunal journal når den er på plass.</p>	<p>Grensesnitt følges opp gjennom styringsmodellen for programmet, og gjennom kommunal samstyringsmodell og KS.</p>
<p>Helseplattformen</p>	<p>Selskapet Helseplattformen AS skal sette opp, tilpasse og innføre felles journaløsning hos helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører i Midt-Norge.</p>	<p>Grensesnitt følges opp gjennom nasjonal styringsmodell for e-helse og egen styringsgruppe for Helseplattformen med Helse Midt-Norge, Helseplattformen, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.</p>
<p>Forskning og erfaringsbasert kunnskapsdeling</p>	<p>Pasientens legemiddelliste er en ny tjeneste og det er viktig å hente erfaring fra lignende initiativ fra Norden og globalt, og det bør også være en aktuell løsning å studere for forskningsmiljøene. Det bør også vurderes om det er aktuell kunnskap fra de andre samhandlingsområdene.</p>	<p>Grensesnitt følges opp gjennom aktiv dialog med aktuelle aktører.</p>

1.5.3.3 Tekniske grensesnitt

Tabell 7 viser de viktigste tekniske grensesnittene for steg 2.

Tabell 7 Tekniske grensesnitt for steg 2

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Helseplattformen	Alle de fire samhandlingsområdene utvikler samhandlingsfunksjonalitet som skal integreres med Helseplattformen.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestyringen i sektoren (Nasjonal e-helseportefølje) og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Helsenorge	Tiltak i samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste, dokumentdeling og kritisk informasjon legger opp til å bruke Helsenorge for å vise informasjon for innbygger.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene og gjennom avtaler og felles planer på leveransenivå.
Koblingspunkter i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest	Samhandlingsområdet dokumentdeling legger opp til å bruke koblingspunkter i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest for å vise helsepersonell og innbygger dokumenter. Løsning for Helse Midt avklares med Helseplattformen (se første rad).	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene.
Nasjonalt koblingspunkt for dokumentdeling	Samhandlingsområdet dokumentdeling legger opp til å bruke det nasjonale koblingspunktet for å samhandle om dokumentdeling. Dette forutsetter at drift og forvaltning er etablert.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene.
Apotek	Apoteksystemene må utvikle funksjonalitet for å kunne lese pasientens legemiddelliste	Grensesnitt følges opp gjennom dialog med Apotekforeningen.
EPJ-leverandører og øvrige leverandører	Journalløsningene til primær- og spesialisthelsetjenesten må utvikles med funksjonalitet for å lese og oppdatere pasientens legemiddelliste. Innføring av dokumentdeling, API for kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging vil også kreve at EPJ-leverandører og øvrige leverandører gjør endringer i sine journalløsninger, samt nye og endrede integrasjoner.	Grensesnittet følges opp gjennom dialog mellom leverandørene og leverandørkoordinator hos Norsk helsenett SF.
Felles kommunal journal	Alle de fire samhandlingsområdene utvikler samhandlingsfunksjonalitet som skal integreres med Felles kommunal journal.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestyringen i sektoren (Nasjonal e-helseportefølje) og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.

<p>Felles språk</p>	<p>Samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste, kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging: vil ha behov for felles kodeverk og terminologi, herunder SNOMED CT/ICNP. Arbeidet knyttet til oversettelse og mapping i det nasjonale prosjektet for Felles språk gjenbrukes.</p>	<p>Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyring og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.</p>
----------------------------	--	---

1.5.3.4 Kommersielle grensesnitt

Tabell 8 viser de viktigste kommersielle grensesnittene for steg 2.

Tabell 8 Kommersielle grensesnitt for steg 2

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
<p>Mellom Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse</p>	<p>Norsk helsenett SF er produkteier og i noen tilfeller dataansvarlig for de nasjonale e-hesløsningene som flere av tiltakene i steg 2 skal bygges på og vil ha ansvaret for produktkøen for disse.</p>	<p>Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene og avtalestruktur mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF</p>
<p>Mellom Direktoratet for e-helse og leverandører av ressurser inn i programgjennomføringen</p>	<p>Det inngås en kontrakt mellom Direktoratet for e-helse og leverandører av ressurser inn i programgjennomføringen.</p>	<p>Grensesnittet reguleres av kontrakten og følges opp av programkontoret i programmet.</p>

2 Prosjektstrategi

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

Gjennomføringen av steg 2 skal følge beste praksis innen både program- og prosjektstyring. Prosjektstrategien legger derfor til grunn MSP-rammeverket (Managing Successful Programmes) for programstyring, samt Prosjektveiviseren for prosjektstyring. Prosjektveiviseren er utarbeidet av Digitaliseringsdirektoratet og bygger på den internasjonalt anerkjente beste praksis i prosjektledelse, PRINCE2® (7).

I gjennomføringen legges også rammeverk for digital samhandling til grunn. Dette inneholder prinsipper og anbefalinger for samhandling i offentlig sektor. Rammeverk for digital samhandling er bygget på den internasjonale EIF-modellen, et europeisk rammeverk som inneholder prinsipper og anbefalinger for samhandling i offentlig sektor (8). Rammeverket vurderer evnen til samhandling juridisk, organisatorisk, semantisk og teknologisk, samt brukes for å identifisere samhandlingsutfordringer. Alle de fire dimensjonene kommer til anvendelse i gjennomføringen av steg 2. Dette er nærmere beskrevet i Vedlegg N Målbilde for helhetlig samhandling.

Direktoratet for e-helse har utarbeidet en strategi for informasjonssikkerhet og personvern for målbildet helhetlig samhandling. Konkrete vurderinger må gjennomføres i hvert steg og de overordnede prinsippene for sikkerhet utgjør de strategiske føringene som skal ligge til grunn for de digitale samhandlingsløsningene. Dette er nærmere beskrevet i Vedlegg I Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for målbildet helhetlig samhandling.

2.1 Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien

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



Usikkerhet knyttet til realisering av gevinster

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

Kapitel 2.4.8 sier noe om hvilke virkemidler som kan benyttes for å stimulere til økt oppslutning og deltakelse.

Kapitel 3.5 beskriver sentrale prinsipper for arbeidet med gevinstrealisering i de to programmene. Beskrivelsen av organisering og ansvarsdeling i kapittel 2.4.2 og 2.4.3 viser hvilket ansvar programmene har for å understøtte og tilrettelegge for gevinstrealisering, hvilket ansvar virksomhetene selv har, og hvordan virksomhetene skal involveres og gis innflytelse for å sikre at de lykkes med innføring av ny funksjonalitet.



Usikkerhet knyttet til mulige interessekonflikter

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

Kapittel 2.4.9 beskriver hvordan programmene skal jobbe for å håndtere og minimere usikkerheten rundt mulige interessekonflikter. I tillegg beskriver kapittel 2.4.4 hvordan programmene skal styres og hvordan ulike interessenter skal involveres og representeres i styringen av de to programmene.



Usikkerhet knyttet til avhengigheter til andre pågående programmer og prosjekter

Programmet pasientens legemiddelliste og programmet digital samhandling har avhengigheter til hverandre og til andre pågående programmer og prosjekter. Dette gjelder særlig grunndata og tillitstjenester i steg 1. Forsinkelser eller mangelfull koordinering av disse tiltakene vil kunne gi forsinkelser i realiseringen av steg 2.

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

Hvordan man skal styre avhengighetene til andre pågående programmer og prosjektet og mellom de to programmene, er nærmere beskrevet i kapittel 2.4.



Usikkerhet knyttet til styring av målbildet for helhetlig samhandling

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

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

Kapittel 2.4 beskriver hvordan direktoratet vil følge opp realiseringen av målbildet for samhandling. Kapittel 2.4.8 beskriver hvilke virkemidler som kan tas i bruk for å øke bruken av løsningene.

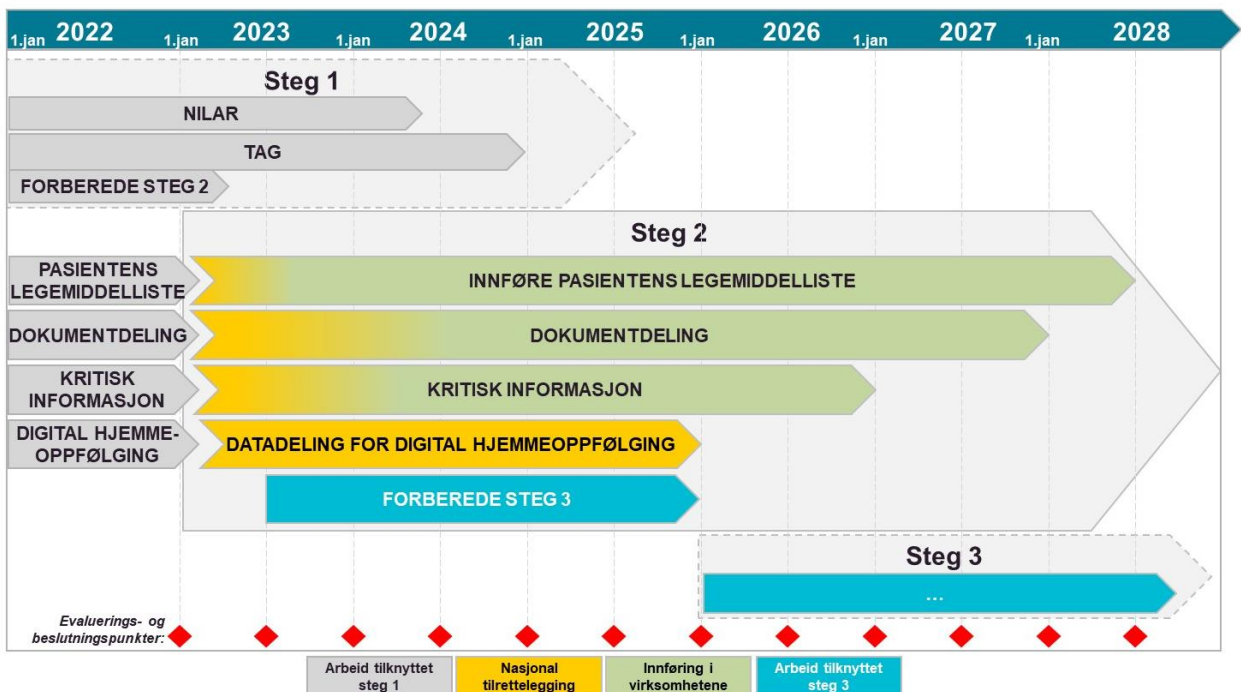
2.2 Gjennomføringsstrategi

Gjennomføringsstrategien beskriver hvordan steg 2 planlegges gjennomført. Strategien adresserer kritikalitet og usikkerhet i arbeidsomfang, gjennomføringsplan, organisering og styring, og forhold til omgivelsene. Gjennomføringsstrategien er basert på tiltakets hensikt, mål, kritiske suksessfaktorer, rammebetingelser og usikkerhetsbildet, samt vurdering av gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen som kan være relevante for gjennomføring, styring og organisering av steg 2. Vedlegg O Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen beskriver disse vurderingene ytterligere.

2.2.1 Overordnet gjennomføringsplan

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

Figur 3 illustrerer overordnet gjennomføringsplan for steg 2 med underliggende samhandlingsområder.



Figur 3 Overordnet gjennomføringsplan for steg 2

Steg 2 handler hovedsakelig om nasjonale tjenester som er etablert eller er under etablering. En stor del av steg 2 er innføringsaktiviteter, samt aktiviteter knyttet til tilpasninger som ulike aktører må gjøre i egne systemer. For datadeling for digital hjemmeoppfølging er nasjonal tilrettelegging en del av steg 2, mens innføringen er en del av velferdsteknologiprogrammet i Helsedirektoratet. Forberede steg 3 innebærer å gjøre vurderinger av hva som bør være neste steg i utviklingsretningen for målbildet for helhetlig samhandling. Som del av dette arbeidet vil forprosjektet for steg 3 utarbeide et sentralt styringsdokument.

Arbeidsomfang i steg 2 er nærmere beskrevet i kapittel 3.1, Vedlegg G Omfang og Vedlegg L Prioritering av tiltak i steg 2.

2.2.2 Prinsipper for gjennomføringsstrategien

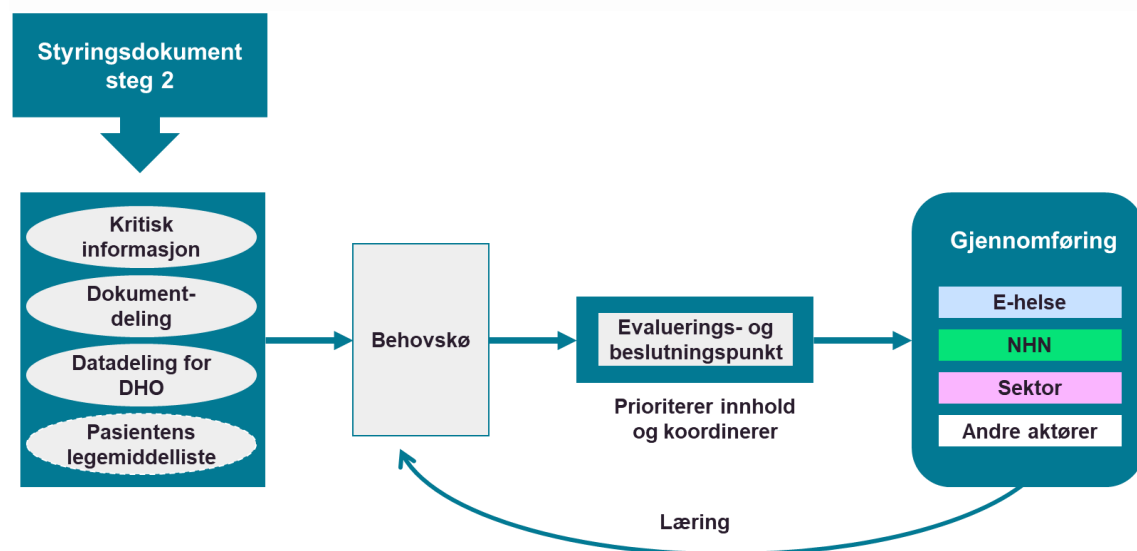
Overordnet gjennomføringsstrategi for steg 2 er basert på nyttestyring, innenfor den tids- og kostnadsrammen som gjelder for steg 2. Forprosjektet har sammen med programstyret for digital samhandling etablert overordnede prinsipper som skal legges til grunn for gjennomføringen innenfor de enkelte samhandlingsområdene, med mål om å sikre en effektiv gjennomføring. Disse er beskrevet i Tabell 9. Prinsippene skal bidra til at målene realiseres og at det tas hensyn til kapasiteten hos de involverte virksomhetene. Prinsippene vil samlet kunne bidra til lavere risiko og høyere nytterealisering.

Tabell 9 Prinsipper for gjennomføringsstrategi i steg 2

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

2.2.3 Gjennomføringsmodell

Gjennomføringsmodellen for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste tar utgangspunkt i mål, økonomiske rammer og arbeidsomfanget for steg 2. Gjennomføringsmodellen er illustrert i Figur 4. De ulike elementene i gjennomføringsmodellen er beskrevet i påfølgende avsnitt.



Figur 4 Gjennomføringsmodell for steg 2

2.2.4 Behovskø

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

Behovskøen vil i hovedsak bestå av følgende behov:

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

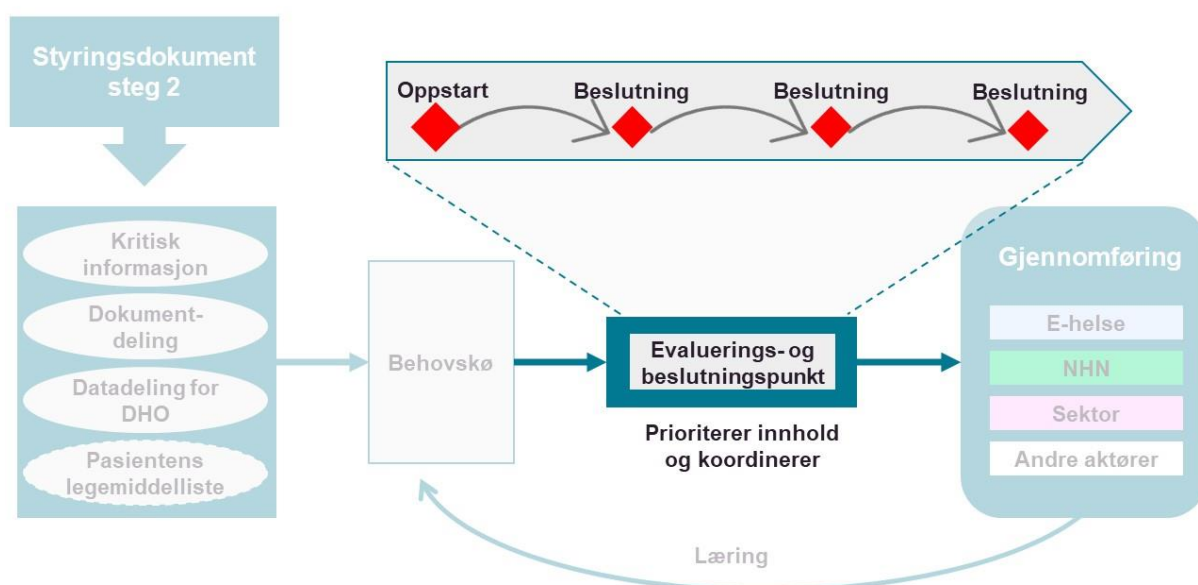
Under ledelse av Norsk helsenett SF skal Direktoratet for e-helse, sektoren og andre relevante aktører bidra til å modne og konkretisere behovskøen. Forslag til hva som inngår i behovskøen vil danne grunnlaget for prioriteringer i evaluerings- og beslutningspunkter. Dette innebærer at behovene må være tydelig definerte (hva må gjøres av hvem) med tilhørende anslag om omfang, nytte og drifts- og forvaltningskonsekvenser. Utkast til prioritert behovskø legges frem for programstyrene ved evaluerings- og beslutningspunkter.

2.2.5 Evaluerings- og beslutningspunkter

For å sikre realisering av målene i steg 2 innenfor tids-, kostnads- og kvalitetsrammer, vil programmene ha jevnlig evaluerings- og beslutningspunkter som del av programstyremøtene. Ved disse punktene prioriterer og beslutter programstyrene behovskøen. Det vil være en avveining mellom felles behov i sektoren og noen aktørers

særskilte behov i prioriteringsprosessen. Grensesnitt og avhengigheter, beskrevet i kapittel 1.5, må hensyntas i denne prioriteringen. Ved evaluerings- og beslutningspunktene vil det vurderes hvorvidt utviklingen understøtter målene, om fremdriften er tilstrekkelig, og om forventet nytte forsvares kostnader og risiko. Sentralt i gjennomføringen er å benytte erfaring, læring og ny innsikt til å gjøre eventuelle justeringer. I steg 2 vil det være avgjørende å ha kontroll på de endringsbehovene som må forventes å komme under gjennomføringen. Dette handler om nyttestyring underveis som følge av ny innsikt og læring fra erfaringer.

Frekvensen av evaluerings- og beslutningspunkter besluttes av programstyret utfra risiko, nyttestyringen og hva som er hensiktsmessig (f.eks. kvartalsvis, tertialvis eller halvårlig), illustrert i Figur 5. Med utgangspunkt i underlag til evaluerings- og beslutningspunkter vil det årlig bli gitt en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om steg 2 skal stoppes, videreføres eller om planer bør revideres.

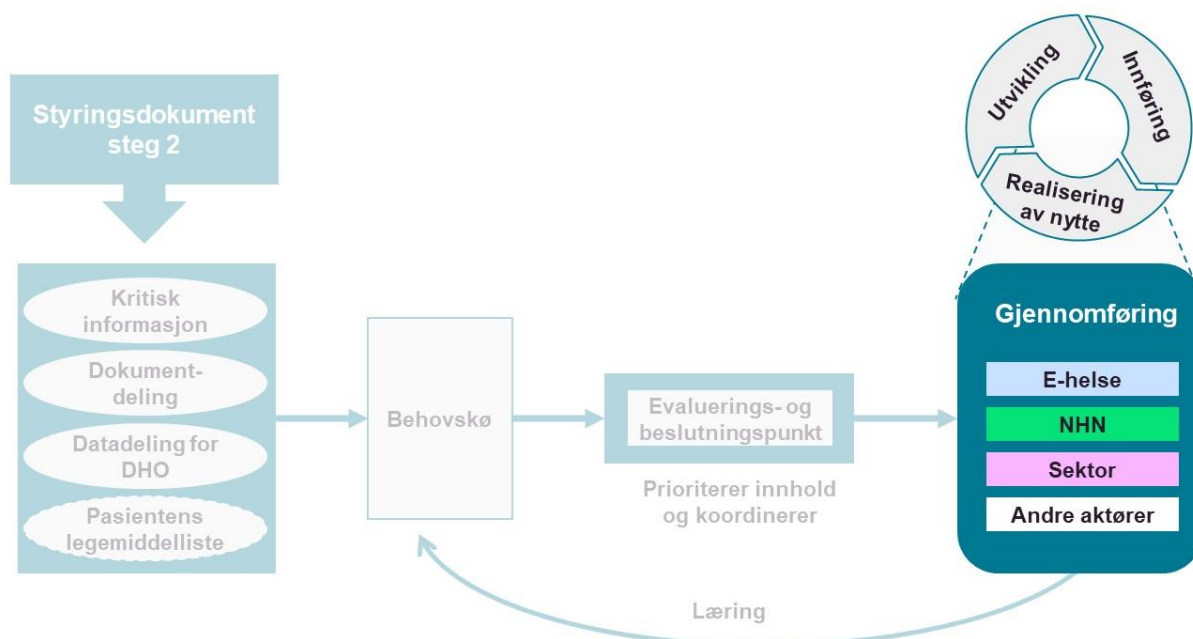


Figur 5 Evaluerings- og beslutningspunkter

2.2.6 Gjennomføring av steg 2

Når programstyret har vedtatt hva som skal realiseres først i behovskøen, vil realiseringen av de ulike arbeidspakkene starte. Arbeidspakkene vil typisk inneholde oppgaver som utvikling, tilpasning og innføring, samt oppfølging av realiseringen av nytte. Her skal avtalte rutiner, som for eksempel oppfølging av kostnader, fremdrift, kvalitet og nytte, følges slik at programmet har tilstrekkelig innsikt frem til neste evaluerings- og beslutningspunkt. Gjennomføringsmodellen vil, der det er rom for det legges til rette for fleksibilitet og

innovasjon. Dette er nærmere beskrevet i vedlegg L Kontraktstrategi. Figur 6 illustrerer gjennomføringen som består av utvikling, innføring og realisering av nytte.



Figur 6 Gjennomføring av steg 2

2.2.6.1 Strategi for utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser

Norsk helsenett SF vil ha hovedansvaret for oppgaver knyttet til å realisere løsninger som skal utvikles sentralt. For utvikling som foregår sentralt vil utviklingsstrategien fra steg 1 i hovedsak videreføres i steg 2. Strategien er basert på en smidig utviklingsmetodikk som understøtter gjennomføringsmodellen med etablert behovskø beskrevet i kapittel 0.

Arkitekturstyring inngår i nasjonal styringsmodell for e-helse, og er ett av flere virkemidler som skal bidra til en koordinert og enhetlig IKT-utvikling som understøtter den ønskede strategiske retningen. Arkitekturstyring utøves blant annet gjennom oppfølging av programmer og prosjekter, og har fokus på at behovene løses i henhold til arkitekturprinsippene i kapittel 1.4.4, referansearkitekturer, standarder og annet styringsgrunnlag.

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

Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser er nødvendig for å komme i gang med innføring. Det vil også være behov for å lære, tilpasse og utvikle underveis for å justere videre innføring. Som del av utviklingen vil det være aktuelt at en aktør går i front, for eksempel et helseforetak, og at man gjennom denne prosessen lærer, forbedrer og tilpasser til videre utvikling.

Dokumentdeling

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

Kritisk informasjon

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Grensesnittet for kritisk informasjon er utviklet og vil bli prøvd ut frem til 2023. Erfaringene fra dette og andre pågående vurderinger, spesielt knyttet til behov for endring i standard for kritisk informasjon, vil danne grunnlag for eventuelle behov for justeringer og tilpasninger.

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

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

Pasientens legemiddelliste

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Utvikling, testing og utprøving av sentral forskrivningsmodul til aktører.
 - Videreutvikling og testing av e-multidose.

2.2.6.2 Strategi for innføring og realisering av nytte

Innføring utgjør en stor del av omfanget i gjennomføringen av steg 2 illustrert i Figur 6 i kapittel 2.2.6.1. Innføringsstrategien for steg 2 bygger på erfaringer fra sektoren, herunder gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen (disse er nærmere beskrevet i Vedlegg O Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen), og er basert på en modell for innføring av nasjonale e-helseløsninger, samt de tilpasningene Norsk helsenett SF har gjort til denne modellen. Denne metodikken er fleksibel og gir rom for tilpasninger etter behov.

Innretningen på innføringen vil være å jobbe kontinuerlig på tvers av alle samhandlingsområdene der prioriterte aktiviteter vil inngå i en samlet behovskø. Dette vil danne et godt grunnlag for prioritering, rekkefølge og kapasitet når programstyrene skal beslutte arbeidsomfang.

Norsk helsenett SF vil være hovedansvarlig for å utvikle og forvalte de nasjonale e-helseløsningene, mens sektoren har ansvaret for å innføre løsningene og realisere nytten. Målet er å realisere nytte så tidlig som mulig og underveis i steg 2. De fire samhandlingsområdene krever bruk av forskjellige virkemidler og ulikt nivå av koordinering, for at sektoren skal kunne ta i bruk løsningene, se kapittel 2.4.8 for nærmere beskrivelse av virkemidler for å øke oppslutning og deltakelse. Hovedaktiviteter for å legge til rette for en god innføring er *forankring*, *dialog*, *involvering* og *erfaringsdeling*. Det vil gjennomføres aktiviteter på både strategisk og operativt nivå gjennom innføringsprosessen.

Innføringsstrategien bygger på erfaringsbasert læring, og følger fire faser, fra oppdrag og planlegging til begrenset bredding og nasjonal bredding. Begrenset bredding er en styrt start på innføringen av løsningen i en kontinuerlig iterativ prosess, hvor løsningen utprøves,

justeres og tilpasses etter tilbakemeldinger. Det er kun en begrenset mengde aktører som er med i denne fasen. I steg 2 vil Norsk helsenett SF fungere som pådriver for denne prosessen og legge til rette for å hente ut gevinster raskt, og på denne måten motivere flere til å delta. Nasjonal bredding vil være noe ulik for de fire samhandlingsområdene. Ressursinnsats, virkemiddelbruk og i hvilken grad det er behov for en pådriverrolle vil variere, men det vil være viktig med felles tilrettelegging og koordinering for å realisere nytte. Det eksisterer mange gode samhandlingsstrukturer som er egnet til å ivareta og sikre god koordinering og informasjon som det vil være naturlig å benytte, som for eksempel helsefelleskap, digitaliseringsnettverk, eller andre regionale samarbeidsfora mellom helseforetakene og kommunene, der disse fungerer godt.

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

Dokumentdeling

Helseforetak, avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD vil dele dokumenter, mens alle aktører som har kjernejournal vil kunne lese dokumentene som deles.

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å kunne lese dokumenter (konsumenter):**
 - Kjernejournal er innført hos aktører som skal ha tilgang til å lese dokumenter, og de har fått nødvendig opplæring i løsningen.
 - Tillitsmodellen som leveres i steg 1 av TAG-prosjektet er ferdigstilt.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding for de som produserer dokumenter:**
 - Den nasjonale løsningen har allerede vært igjennom begrenset bredding for helseforetakene i spesialisthelsetjenesten gjennom utprøvingene i Helse Sør-Øst og Helse Nord.
 - Erfaringene fra begrenset bredding for Helse Sør-Øst og Helse Nord kan bygges videre på i Helse Midt og Helse Vest, men det vil være behov for å lære og justere underveis, spesielt for Helseplattformen som vil være ytterligere et system.
 - Når andre aktører ut over disse helseforetakene er klare for å dele, vil det være en form for begrenset bredding for hvert nytt samarbeidsområde som etableres.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding for de som får tilgang til dokumenter:**
 - Løsningen har vært igjennom begrenset bredding og per 2022 er det en avgrenset liste med aktører som har tilgang til å slå opp og konsumere dokumenter i kjernejournal. Det kan være behov for å lære og justere underveis ved behov.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Sektoren har behov for tilrettelegging og opplæring for bruk av løsning.
 - Det vil kunne kreves noen endringer i arbeidsprosessene for enkelte sluttbrukere.
 - Leverandører vil ha behov for felles koordinering og oppfølging.
 - Løsning gir større nytte jo flere som tar den i bruk.
 - Innbyggere bør få informasjon om hva tjenesten innebærer for bevisstgjøring.

Kritisk informasjon

Innføring av kritisk informasjon vil gjennomføres for helseforetak, avtalespesialister, ØHD/KAD, fastleger og sykehjem.

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å sette i gang innføring:**
 - Det må være avklart hvilken standard som skal ligge til grunn for kritisk informasjon.
 - Kjernejournal er innført hos aktører som skal ta i bruk API for kritisk informasjon.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding:**
 - Løsningen er i begrenset bredding i Helse Vest. Basert på læringspunkter fra Helse Vest vil det trolig kreve kartlegging, og justering per helseforetak før nasjonal bredding for spesialisthelsetjenesten.
 - Før fastleger og avtalespesialister er klare for å ta i bruk API for kritisk informasjon, er det nødvendig med en begrenset bredding for disse aktørene.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Se punktet for nasjonal bredding for dokumentdeling. For kritisk informasjon vil det sannsynligvis kreve noe mer innsats i innføringen enn for dokumentdeling.

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Innføring av datadeling for digital hjemmeoppfølging er ikke en del av steg 2 og gjennomføres av velferdsteknologiprogrammet i Helsedirektoratet.

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

Pasientens legemiddelliste

Innføring av pasientens legemiddelliste vil gjennomføres for helseforetak, avtalespesialister, apotek, fastleger, legevakt, ØHD/KAD, sykehjem og hjemmetjeneste. Pasientens legemiddelliste anbefales innført samtidig til aktørene innen et innføringsområde. Hvis ikke tilstrekkelig med aktører samhandler om legemiddellisten vil den raskt bli utdatert, kvaliteten blir lav og tilliten til listen vil reduseres. Hele verdien i pasientens legemiddelliste er at helsetjenesten må kunne stole på at dette er den korrekte listen, og da må aktører som forskriver legemidler oppdatere pasientens legemiddelliste. Manglende samtidighet utgjør derfor en stor risiko for at man ikke oppnår full nytterealisering.

Ibruktakelse av pasientens legemiddelliste vil føre til forenklinger for helsepersonell som skal innhente legemiddelinformasjon om en pasient. Samtidig vil det føre til endringer i arbeidsprosessen til fastleger og andre forskrivende leger som skal sørge for at pasientens legemiddelliste er oppdatert. For å ta ut nytte bør det tilrettelegges for samtidighet i innføringsområdene. Det forventes at hoveddelen av nytten med felles legemiddelliste vil

realiseres lokalt – siden samhandlingen om pasientene er størst der. Det anbefales derfor å bredde pasientens legemiddelliste rundt nedslagsfeltet til 16 av helseforetakene. Innføringen vil gjelde for aktører utenfor Midt-Norge. Aktørene i Midt-Norge er innenfor Helseplattformens nedslagsfelt og innføring vil skje gjennom Helseplattformen, se beskrivelse av nullalternativet i kapittel 1.5.1. Det anbefales å gjenbruke etablerte og fungerende samarbeid mellom kommuner og helseforetak i innføringen (eksempelvis helsefelleskapene).

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å sette i gang innføring:**
 - Sentral forskrivningsmodul må være ferdig etablert for aktørene.
 - Aktuelle EPJ/kurve-systemer har støtte for pasientens legemiddelliste.
 - EPJ-/kurve-leverandørene kan gi tilstrekkelig kundestøtte på sine løsninger.
 - Et tilstrekkelig antall aktører i innføringsområdet må være teknisk og organisatorisk forberedt for innføring av pasientens legemiddelliste.
 - Aktørene i samme innføringsområde må være klare til å ta bruk pasientens legemiddelliste samtidig.
 - Intensjonsavtale med helseforetak i samme innføringsområde bør være etablert.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding:**
 - Det er nødvendig å prøve ut pasientens legemiddelliste i flere områder før det kan settes i gang nasjonal bredding av løsningen. Det er allerede satt i gang en utprøving i Bergens-området som vil være starten av en begrenset bredding av pasientens legemiddelliste.
 - Variasjon i arbeidsprosesser, IKT-løsninger og organisering i innføringsområdene tilsier at det bør være gradvis innføring i alle områder for å kunne gjøre nødvendige justeringer. De første områdene vil kreve mer justeringer enn de påfølgende. Tilpasninger til lokale forhold må forventes. Forankring og inngåelse av intensjonsavtaler med helseforetak må gjøres i forkant av perioden med begrenset innføring.
 - Det kliniske miljøet i området må mobiliseres for endringen. Dette vil inkludere blant annet endringer i ansvarsforhold og arbeidsprosesser.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Nasjonal tilrettelegging vil omfatte styringen av nasjonal innføring og aktiviteter som omhandler støttefunksjoner og utarbeidelse av opplæringsmateriell, kurs og brukerstøtte.
 - Nasjonal innføring omfatter forberedelse, oppfølging, utprøving og gjennomføring av pasientens legemiddelliste i områdene. Helseforetak og kommuner rigger mottaksprosjekt som kan lede arbeidet med utprøvingen og innføringen for sine virksomheter og brukere.
 - Erfaringer og læring fra et innføringsområde vil bringes videre til nye områder som tar pasientens legemiddelliste i bruk, slik det nå gjøres ved utprøvingen i Bergen kommune.
 - Leverandørene har behov for felles koordinering og aktiviteter for å sikre tilpasninger i EPJ-systemene i henhold til plan.

- Helsepersonell som skal ta løsningen i bruk må læres opp. Det vil blant annet kreve endringer i arbeidsprosessene til fastleger og andre forskrivende leger som skal sørge for at pasientens legemiddelliste er oppdatert. Derfor er innføringsaktiviteter, opplæring og god kommunikasjonsflyt, samt bistand til tekniske utfordringer helt essensielt i breddingen.
- Det er avhengigheter på tvers av virksomheter for å oppnå nytteverdi for den enkelte aktør, og det vil være behov for koordinering på tvers for samtidig oppstart.
- Innbygger bør få informasjon om hva tjenesten innebærer for bevisstgjøring.

2.3 Kontraktstrategi

Norsk helsenett SF vil ha det operative ansvaret for å etablere og levere samhandlingsfunksjonaliteten som omfattes av program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste til helsesektoren, og vil ha ansvaret for å foreta anskaffelser som er nødvendige for å understøtte dette arbeidet.

Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for forprosjektet for steg 3 og for en overordnet oppfølging av programmene på vegne av statsforvaltningen. Direktoratet vil ha ansvaret for å gjennomføre anskaffelser som er knyttet til disse ansvarsområdene.

Kontraktstrategien omfatter de anskaffelser som vil falle innenfor de to programmenes gjennomføringsansvar, og adresserer ikke anskaffelser som vil måtte foretas av helsevirksomhetene som skal benytte løsningene. Strategien omfatter heller ikke eventuelle ressurskjøp mellom direktoratet og Norsk helsenett SF, eller mellom disse etatene og andre virksomheter i statsforvaltningen. Slike ressurskjøp vil være uproblematiske fra et kontraktstrategisk perspektiv, og vil også være unntatt fra regelverket for offentlige anskaffelser i kraft av bestemmelsene om egenregi.³

Den fullstendige kontraktstrategien følger av Vedlegg M Kontraktstrategi.

2.3.1 Anskaffelsesbehov

Behovet for anskaffelser til programmene vil primært utgjøre ressursanskaffelser. Det vil til dels være de samme eller tilsvarende ressursbehov som vil følge av hvert av de fire samhandlingsområdene. Oppgavene i tiltaket vil i stor grad gjennomføres av ansatte i Direktoratet for e-helse og i Norsk helsenett SF, men det vil kunne være behov for å supplere den interne bemanningen ved kjøp av kapasitets- og kompetanseforsterkninger.

Det vil kunne være behov for å anskaffe tjenester innen følgende hovedkategorier:

- *Ressurser til utvikling og forvaltning mm.*
- *Ressurser til innføring og opplæring*
- *Ressurser til faglige utredninger*
- *Ressurser til prosessledelse og prosjektkontor (PMO)*
- *Ressurser til ekstern kvalitetssikring*

³ Forskrift om offentlige anskaffelser § 4-1 bokstav a (egenregi) og § 3-1 («utvidet» egenregi)

I tillegg vil det være behov for å foreta anskaffelser for å utvide *driftsplattformen* som løsningene skal kjøre på. Det bør også vurderes i hvilken grad den nye løsningen som skal etableres under samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging kan baseres på gjenbruk av eksisterende løsninger og/eller på ferdigutviklede løsningskomponenter som kan anskaffes i leverandørmarkedet.

Ressurser til utvikling og forvaltning mm. vil også omfatte ressursforsterkninger til oppgaver som teknisk sikkerhet, testing, dokumentasjon, driftsoppgaver og annen teknisk tilrettelegging.

Ressurser til innføring og opplæring vil omfatte ressurser til innføringsaktiviteter som gjennomføres i regi av programmene, da særlig koordinerings- og kommunikasjonsoppgaver og aktiviteter knyttet til å legge til rette for opplæring og innføring i helsevirksomhetene.

Ressurser til faglige utredninger omfatter anskaffelser av forskjellige kategorier av fagkompetanse, som kan bidra i de utredningsaktivitetene som vil inngå i programmene. Dette kan omfatte IT-faglige, helsefaglige, økonomiske, juridiske og andre vurderinger og utredninger, for eksempel knyttet til teknisk og helsefaglig standardisering, personvern vurderinger, arkitektur vurderinger mv.

Ressurser til prosessledelse og prosjektkontor vil kunne omfatte ressurser som kan bistå med planleggings-, koordinerings- og kommunikasjonsaktiviteter, økonomioppfølging og andre støttefunksjoner i programmene og prosjektene.

Ressurser til ekstern kvalitetssikring vil omfatte ressurser som kan gjennomføre kvalitetssikringsaktiviteter med en tilstrekkelig grad av uavhengighet.

2.3.2 Alternative kontraktstrategier

Både Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF har over flere år samlet erfaring og bygget kompetanse knyttet til tilsvarende oppgaver som de som skal gjennomføres i steg 2. Begge virksomhetene har dermed gode forutsetninger for å utføre de oppgavene som vil falle inn under deres ansvarsområder. Det vil imidlertid være behov for å supplere den interne kapasiteten, og på enkelte områder også anskaffe spisskompetanse innen enkelte fagområder.

De to strategialternativene som er vurdert for ressursanskaffelser til tiltaket, er:

- | | |
|--|---|
| A. Leie ressurser til interne prosjekter | Dette alternativet innebærer at eksisterende kompetansemiljøer i Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar ansvaret for å gjennomføre tiltakene. Disse miljøene kompletterer kapasitet og kompetanse gjennom å bestille ressurser gjennom eksisterende rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger, der det etterspørres spesifikk kompetanse og kapasitet. |
| B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag | Dette alternativet innebærer at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar et mer overordnet ansvar for å gjennomføre tiltakene. Det inngås avtaler der leverandører får et helhetsansvar og resultatansvar for konkret avgrensede delleveransen. Virksomhetene kan velge å gjennomføre anskaffelsene enten ved å gjøre avrop på eksisterende rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger, eller ved å foreta nye anskaffelser. |

2.3.3 Anbefalt kontraktstrategi for program digital samhandling

Tabell 10 Anbefalt kontraktstrategi for anskaffelsesområdene for steg 2

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til prosessledelse og programkontor	X	
Ressurser til systemutvikling, testing, forvaltning mm.	X	
Ressurser til de sentrale innføringsprosjektene	X	
Ressurser til utredningsaktiviteter	X	
Ressurser til juridiske utredninger		X
Ressurser til ekstern kvalitetssikring		X

2.3.4 Anbefalt kontraktstrategi for program pasientens legemiddelliste

Tabell 11 Anbefalt kontraktstrategi for anskaffelsesområdene for steg 2

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til prosessledelse og programkontor	X	
Ressurser til systemutvikling, testing, forvaltning mm.	X	
Ressurser til de sentrale innføringsprosjektene	X	
Ressurser til utredningsaktiviteter	X	
Ressurser til juridiske utredninger		X
Ressurser til ekstern kvalitetssikring		X

2.4 Organisering og ansvarsdeling

2.4.1 Den overordnede organiseringen av steg 2

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

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

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

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

- Program digital samhandling
- Program pasientens legemiddelliste

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

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

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

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

2.4.2 Overordnet organisering av program digital samhandling

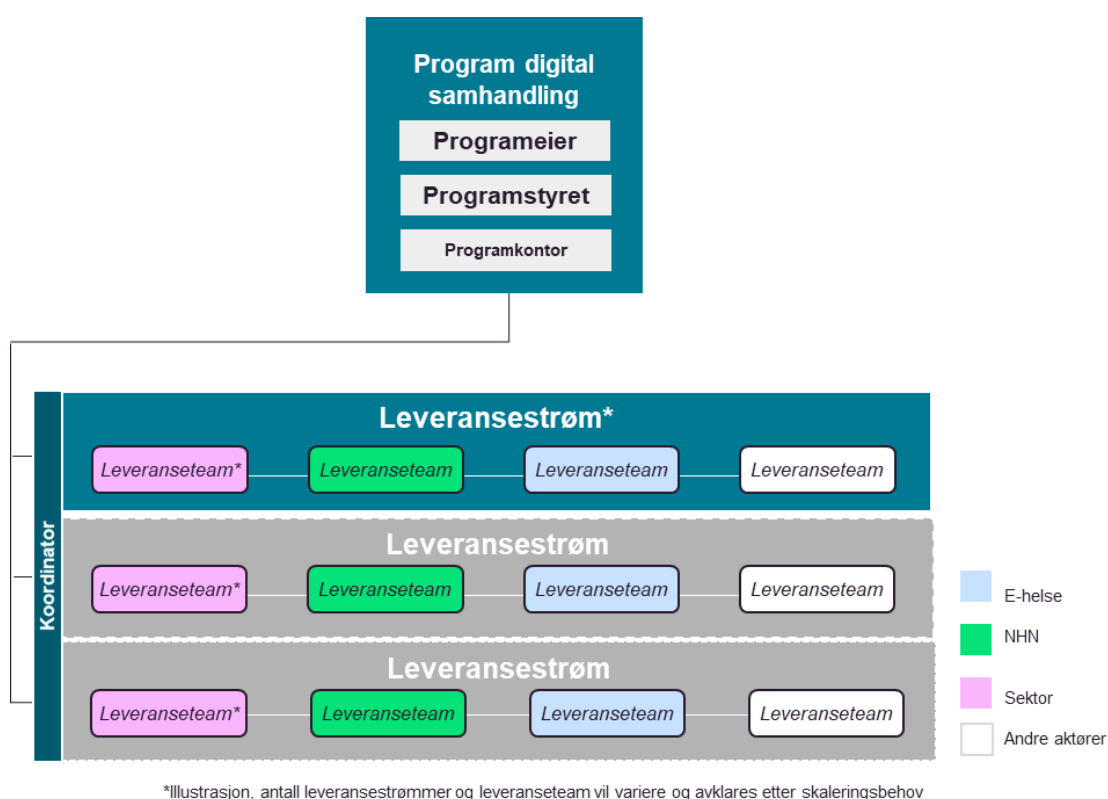
Fra 2023 vil program digital samhandling være ansvarlig for gjennomføringen av samhandlingsområdene kritisk informasjon, dokumentdeling og datadeling for digital hjemmeoppfølging, i tillegg til resterende programaktiviteter fra steg 1 og forprosjektet for steg 3.

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

Dette er spesielt aktuelt for samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging, som er avhengig av tett samarbeid med Nasjonalt velferdsteknologiprogram i Helsedirektoratet.

Antallet leveransestrømmer vil vurderes etter skaleringsbehov, og vil kunne komme til å være ulike når det gjelder størrelse, sammensetning og hvordan leveransene gjennomføres. Behovskøen og prioriteringer fra sektoren vil definere innholdet i en leveransestrøm. Detaljert beskrivelse av ansvar, roller og styring av en leveransestrøm fremgår av kapittel 2.4.

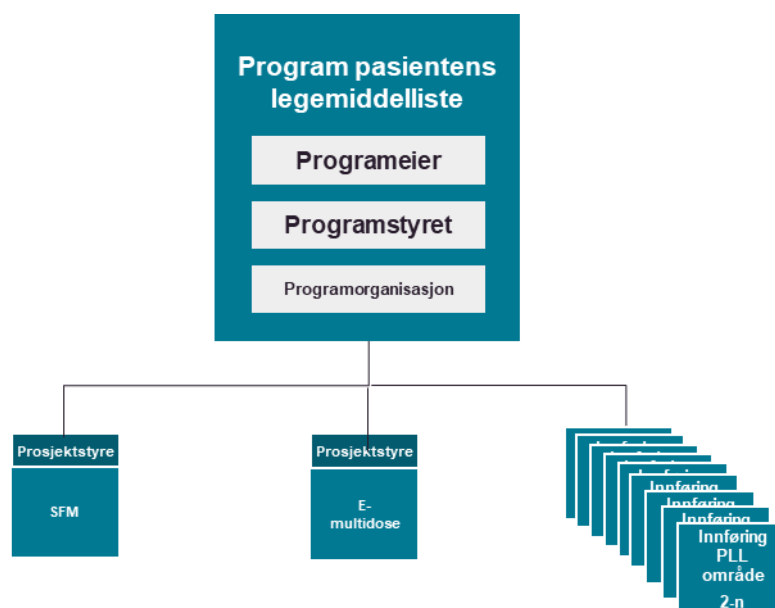
Detaljert organisering i programmet, herunder innholdet i og antallet leveransestrømmer, vil ikke besluttes før innholdet i og i hvilken rekkefølge tiltakene bør gjennomføres er ytterligere detaljert. Programstyret vil beslutte detaljert organisering for program digital samhandling i 2022, og organiseringen vil også kunne endres over tid. Se operasjonell organisering for program digital samhandling i Figur 7.



Figur 7 Operasjonell styringsmodell for program digital samhandling

2.4.3 Overordnet organisering av programmet pasientenes legemiddelliste

Program pasientens legemiddelliste vil fra 2023 være ansvarlig for gjennomføringen av pasientens legemiddelliste. Programmet vil innledningsvis bestå av to prosjekter. I løpet av 2024 ferdigstilles utvikling av sentral forskrivningsmodul og innføring av e-multidose. Oppgavene i programmet og behovet for ressurser og kompetanse vil endre seg noe over tid, i tråd med innføringstakten. Programstyret og program vil bestå gjennom hele programperioden. Se skisse til overordnet organisering av gjennomføringen av program pasientens legemiddelliste i Figur 8.



Figur 8 Overordnet organisering av Pasientens legemiddelliste

2.4.4 Organiseringen og styringen av steg 2

Styringen av steg 2 er basert på styringsprinsippene fra MSP® og skal bidra til at programmene:

- Til enhver tid er i tråd med tiltakets strategiske mål
- Har tydelig eierskap, roller og ansvar som gir programmet en overordnet retning og forutsigbare rammebetingelser
- De ulike styrende rollene skal bidra til at prosjektene får forutsigbare rammebetingelser for utviklingen av løsningene, produktene og tjenestene
- Er innrettet for oppfølging og realisering av gevinster

2.4.4.1 Overordnet ansvar og styring

Helse- og omsorgsdepartementet

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

Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse er delegert myndighet fra departementet som programeier for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. Direktoratet for e-helse vil dermed være ansvarlig for programmene og gjennomføringen i sin helhet. Dette innebærer at direktoratet, gjennom sin myndighetsrolle, legger til rette for realisering av nytte og ivaretagelse av målbildet for helhetlig samhandling. Dette innebærer koordinering av ulike virkemidler (eksempelvis juridiske, teknologiske, organisatoriske og semantiske) som er sentrale for å ta ut nytte og sikre samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Gjennom programeierrollen vil direktoratet rapportere samlet for begge programmene til departementet. Det er direktoratet som beslutter programmenes mandat, i tråd med føringene fra departementet. Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for å involvere og samarbeide med sektoren og Norsk helsenett SF i gjennomføringen av sine oppgaver.

Norsk helsenett SF

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

Programstyrene

Programstyrene er sentrale i realiseringen av steg 2, og skal bidra til å skape felles forståelse for målbildet for steg 2. Medlemmene i programstyrene skal tilstrebe å forankre vedtak som fattes i programstyrene.

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

- Balansere ulike interessenters behov
- Sikre nytte av investeringen, som samsvarer med Stortingets vedtak for gjennomføring av steg 2
- Gjøre strategiske veivalg og gi retning for realisering av tiltak i steg 2
- Vurdere mulighet for gevinstrealisering for sektoren som helhet, og vurdere avhengigheter, risiko og konsekvenser for aktørene
- Prioritere behovskø og leveranseplaner som vil danne grunnlag for oppdrag om gjennomføring av leveranser
- Sørge for forankring og nødvendig informasjonsflyt om programmets mål, planer og leveranser i egne linjer og til omgivelsene, i samarbeid med programmet for øvrig
- Bidra til effektiv fremdrift og gjennomføring av tiltak i steg 2
- Identifisere og fremskaffe nødvendige ressurser fra egen linje til representasjon og deltagelse i programmet og prosjekter

Programstyret for program digital samhandling består i dag av representanter fra Norsk helsenett SF, de regionale helseforetakene, representanter fra KS/kommuner, Direktoratet

for e-helse, representanter fra fag- og profesjonsforeninger, representanter for fastleger (virksomhetseiere) ved Legeforeningen, fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. For steg 2 vil programmet vurdere også å inkludere representanter fra pasient- og brukerorganisasjoner. Programstyret vil være ansvarlig for både steg 1 og steg 2.

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

Helsefaglig ansvarlig i programmene

Steg 2 støtter opp om målbildet basert på helsefaglige behov og behov hos innbyggere. Det er derfor vurdert som nødvendig at programmene skal ha en rolle som helsefaglig ansvarlig i programledelsen. Rollen helsefaglig ansvarlig i programledelsen skal bidra til at prioritering av utvikling og innføring av samhandlingstjenester er i tråd med helsefaglige behov. Rollen bør ha kompetanse både på helsefag, helseinformatikk, organisering av helsetjenesten og de arbeidsprosessene som utføres.

Det vil være behov for helsefaglig kompetanse i gjennomføringen av programmet (i prosjekter og leveransestrømmer), og helsefaglig ansvarlig vil være koordinator og eskaleringsmulighet for helsefaglige vurderinger i dem, og samarbeide tett med helsefaglig ansvarlig som jobber operativt i prosjekter og leveransestrømmer. Rollens strategiske ansvar tilsier en mer direkte deltakelse i forprosjekt steg 3. Programmene bør i tillegg bruke etablerte helsefaglige råd og strukturer der det er mulig.

Fagansvarlig IKT/Arkitektur i programmene

I begge programmene vil det vil være nødvendig å ta mange arkitekturvalg. I tillegg til helsefaglig kompetanse i programmene er det derfor behov for kompetanse knyttet til IKT og arkitektur. Det vil derfor opprettes en rolle i programmene, fagansvarlig for IKT/arkitektur som har fokus på å følge opp at behovene løses innenfor rammene av normering og arkitekturstyring. Den fagansvarlige vil i tillegg være eskaleringsnivå ved uenighet om forståelse og etterlevelse av rammebetingelsene.

2.4.4.2 Ansvarsdeling mellom aktørene i program digital samhandling

Både de regionale helseforetakene, kommunene, fastlegene og andre avtalespesialister har en sentral rolle i realiseringen av steg 2 og i gjennomføringen av leveransestrømmene. Aktørenes ansvar og oppgaver er listet i Tabell 12.

Tabell 12 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program digital samhandling

Aktør	Ansvar
<p>Direktoratet for e-helse</p>	<p>Ansvarlig for gjennomføring av programmet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for at satsingens mål og gevinster blir tilrettelagt for realisering i sektoren og følger dette løpende gjennom satsingens levetid • Oppfølging av gevinster og rapportering

	<ul style="list-style-type: none"> • Tilrettelegge for kontinuerlig informasjon og kommunikasjon til sektoren • Prioritering av utkast til prioritert behovskø basert på nytte og måloppnåelse til beslutning for programstyret • Ansvarlig for å lede og gjennomføre forprosjekt steg 3 • Rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom etatsstyringen på status, fremdrift og risiko. <p>Ansvarlig for avhengigheter og koordinering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere avhengigheter i steg 2, avhengigheter utenfor steg 2 mot øvrige nasjonale initiativer og andre programmer som direktoratet eier (Eksempelvis felles språk og steg 1) • Koordinering mot sektoren og avstemme mot nasjonal e-helseportefølje, nasjonal styringsmodell, veikart for nasjonale e-hesløløsninger, nasjonal arkitekturstyring og standarder <p>Utøve myndighetsrolle gjennom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifisere behov for regelverksutvikling for å sikre rettslig grunnlag for samhandlingsløløsninger. • Normering • Arkitekturstyring
<p>Norsk helsenett SF</p>	<p>Etablering og modning av behovskø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løpende detaljere og modne behovskøen i tett dialog med relevante aktører • Etablere behovskø for prioritering <p>Utvikling, tilpasning og integrasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling og testing i samarbeid med relevante aktører • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur • Koordinere teknisk tilpasning • Teknisk drift og forvaltning • Dokumentasjon og brukergodkjenning • Ivareta personvern og informasjonssikkerheten i konkrete samhandlingsløløsninger og gjennomføre DPIA så snart informasjonsgrunnlaget er tilstrekkelig. Se Vedlegg I Strategi for personvern og informasjonssikkerhet for detaljert beskrivelse <p>Innføring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løpende tilrettelegging for utprøving av ny funksjonalitet • Løpende tilrettelegging for at aktører tar i bruk ny funksjonalitet • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løløsningene i bruk

	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktiviteter • Tilrettelegging av erfaringsdeling på tvers og koordinering mellom aktørene
Nasjonale myndigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Setter krav og rammebetingelser knyttet til faglige retningslinjer • Avklare og vurdere behov for eller endringer av standarder, eksempelvis helsefaglig standard
Virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten	<p>Opplæring, utprøving og innføring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for kontinuerlig utprøving og innføring av løsninger • Gjennomføre opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområde og profesjon <p>Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere eksisterende systemer og løsninger og se på behovet for oppgradering av disse i forkant av at de tar i bruk nye løsninger • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med leverandører <p>Realisere nytte av løsningene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Følge opp realisering av nytte • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Ved behov gjennomføre endringer i arbeidsprosesser for å maksimere nytte • Konkret plan for realisering av nytte vil gjøres i samarbeid med sektoren

2.4.4.3 Ansvarsdeling mellom aktørene i program pasientens legemiddelliste

De regionale helseforetakene, kommunene, fastlegene og avtalespesialister har en sentral rolle i realiseringen av pasientens legemiddelliste. Kommuner og helseforetak må utnevne ansvarlige for innføringen lokalt i sine virksomheter. Koordinering på tvers av virksomheter i innføringsområdet bør gjøres i allerede etablerte fora. Det eksisterer mange gode samhandlingsstrukturer som er egnet for å ivareta og sikre god koordinering og informasjon til aktørene i helseforetaksområdene. Det vil være naturlig å benytte eksisterende strukturer, som for eksempel helsefelleskap, diginettverk, eller andre regionale samarbeidsfora mellom helseforetakene og kommunene, der disse fungerer godt. Aktørenes ansvar og oppgaver er listet i

Tabell 13.

Tabell 13 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program pasientens legemiddelliste

Aktør	Ansvar
<p>Direktoratet for e-helse</p>	<p>Ansvarlig for gjennomføring av programmet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for at satsingens mål og gevinster blir tilrettelagt for realisering i sektoren, og følger opp dette løpende gjennom satsingens levetid • Prioritering av utkast til prioritert behovskø basert på nytte og måloppnåelse til beslutning for programstyret • Oppfølging av gevinstrealisering og rapportering • Koordinere og bestille endringer i sentral forskrivningsmodul • Gi og følge opp oppdrag på innføring gitt til Norsk helsenett SF • Tilrettelegge for kontinuerlig informasjon og kommunikasjon på et strategisk nivå til sektoren • Rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom etatsstyringen på status, fremdrift og risiko. <p>Ansvarlig for avhengigheter og koordinering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere avhengigheter på tvers av innføringsområder • Koordinere avhengigheter utenfor eller mellom innføringsområdene og mot øvrige nasjonale initiativer og andre programmer som direktoratet eier (Eksempelvis felles språk og steg 1) • Koordinering mot sektoren og avstemming mot nasjonal e-helseportefølje, nasjonal styringsmodell, veikart for nasjonale e-helseløsninger, nasjonal arkitekturstyring og standarder <p>Utøve myndighetsrolle gjennom å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utføre aktiviteter for å normere nødvendige standarder • Utøve helsefaglig oppfølging, på strategisk nivå, av nasjonal innføring
<p>Norsk helsenett SF</p>	<p>Dataansvarlig for reseptformidleren og kjernejournal</p> <p>Etablering og modning av behovskø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løpende detaljere og modne behovskøen i tett dialog med relevante aktører • Etablere behovskø for prioritering <p>Systemeier for Reseptformidler, Kjernejournal og SFM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvikling og testing i samarbeid med relevante aktører • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur • Dokumentasjon og brukergodkjenning

	<ul style="list-style-type: none"> • Ivareta personvern og informasjonssikkerheten i konkrete samhandlingsløsninger og gjennomføre DPIA så snart informasjonsgrunnlaget er tilstrekkelig. Se Vedlegg I Strategi for personvern og informasjonssikkerhet for detaljert beskrivelse. <p>Drifts- og tjenesteleverandør for Reseptformidleren, Kjernejournal og SFM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teknisk drift og forvaltning <p>Innføring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pådriver for teknisk tilrettelegging og bredding av SFM med Pasientens legemiddelliste til fastleger, avtalespesialister, legevakt, ØHD/KAD • Koordinere teknisk tilrettelegging • Løpende tilrettelegging for utprøving av ny funksjonalitet • Innhente og koordinere erfaringer fra innføringsområdene til nye innføringsområder • Løpende tilrettelegging for at aktører tar i bruk ny funksjonalitet • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Etablere brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktiviteter
<p>Virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten</p>	<p>Dataansvarlig for egne løsninger</p> <p>Opplæring, utprøving og innføring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområdene og profesjonene • Sørge for utprøving og innføring av løsninger <p>Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med egne leverandører <p>Realisere nytte av løsningene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Gjennomføre endringer i arbeidsprosesser • Konkret plan for realisering av nytte vil gjøres i samarbeid med sektoren • Følge opp realisering av nytte • Rapportere på oppnådde gevinster

Apotekforeningen og -kjedene	<p>Dataansvarlig for egne løsninger</p> <p>Opplæring, utprøving og innføring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for utprøving og innføring av løsninger • Gjennomføre opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområdene og profesjonene <p>Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med egne leverandører <p>Realisere nytte av løsningene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Følge opp realisering av nytte • Rapportere på oppnådde gevinster • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Ved behov, gjennomføre endringer i arbeidsprosesser for å maksimere nytte
-------------------------------------	---

2.4.4.4 Styring av leveransestrømmene i program digital samhandling

Programstyret vedtar mandatet for gjennomføringen av og innholdet i en leveransestrøm. Det bør utpekes en koordinator for leveransene i programmet. Denne rollen vil da være ansvarlig for å levere i henhold til krav og mål satt i styringsdokumentet for programmet og sørge for å koordinere avhengigheter på tvers. Koordinatoren vil være ansvarlig for å delegere og følge opp fremdrift i henhold til behovskøen som er vedtatt av programstyret. En leveransestrøm kan organiseres ut ifra et samhandlingsområde med tilhørende tiltak.

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

2.4.4.5 Styring av prosjektene i program pasientenes legemiddelliste

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

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

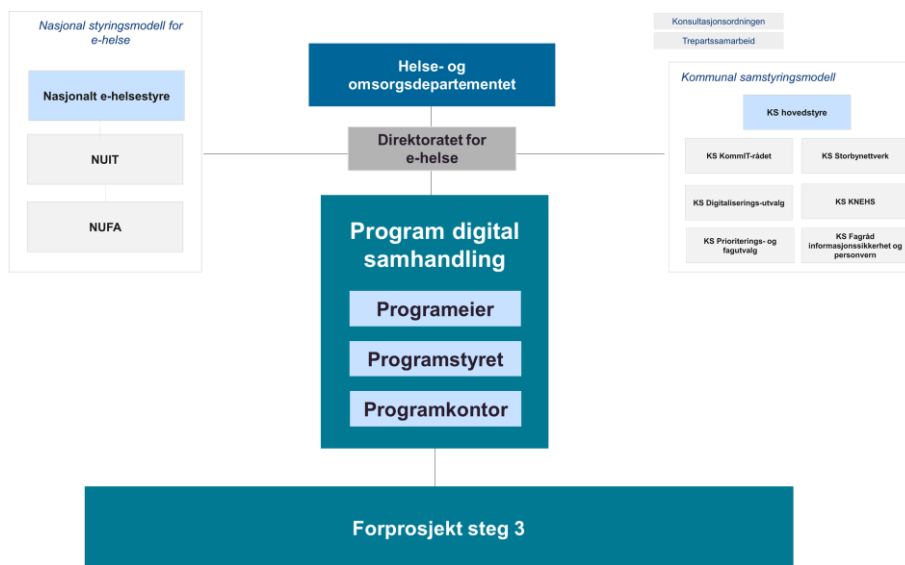
Programstyret beslutter også oppstart av nye innføringsområder. Det forutsetter at leverandørene i området og aktørene i området er klare for innføring, i tillegg til at programmet forplikter seg til å følge opp området, med de økonomiske forpliktelsene det medfører.

2.4.5 Programmenes bruk av den nasjonale styringsmodellen

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

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

Programmene vil kunne ha flere leveranser som er av en slik karakter at disse skal behandles i nasjonale råd og utvalg i tillegg til i programstyrene. Det vil eksempelvis være problemstillinger av strategisk eller prinsipiell karakter som vil ha påvirkning utover det ene programmet eller prosjektet, som da bør behandles i styringsmodellen. Et eksempel vil være løsningsomfang for steg 3, som vil være en problemstilling av strategisk karakter og vil ha påvirkning utover program digital samhandling. Program digital samhandling vil derfor bruke den nasjonale styringsmodellen, både NUIT (prioriteringsutvalget) og Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) i styringen av forprosjekt for steg 3, som skissert i Figur 9.



Figur 9 Overordnet styring av forprosjekt steg 3 og bruk av nasjonal styringsmodell

Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for at programmene benytter seg av den nasjonale styringsmodellen, men både programeier (direktoratet) og programstyret kan fremme forslag om eskalering til den nasjonale styringsmodellen.

2.4.6 Programmenes bruk av KS sin samstyringsmodell

KS fremmer kommunesektorens interesser på digitaliseringsområdet og følger opp at nasjonale strategier og løsninger, lover og regler tilpasses kommunesektorens behov. Behovene defineres av kommuner og fylkeskommuner gjennom samstyringsorganer. Det er etablert følgende samstyringsorganer: KommIT-rådet, Digitaliseringsutvalget, Fag- og prioriteringsutvalg for e-helse, Fagrådet for arkitektur og Fagrådet for Personvern og

informasjonssikkerhet, der KommlIT-rådet er øverste organ. Disse gir sine innspill til KS' strategi- og interessepolitikk. Fagrådene og digitaliseringsutvalget gir innspill på prosjekt- og programnivå.

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

2.4.7 Programmenes samarbeid med Helseplattformen

Helseplattformen skal innføre en ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Journalen skal følge pasienten i alle møter med helsetjenesten. Det er første gang det i Norge etableres en felles løsning for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister. Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge utprøvsregion for det nasjonale målbildet Én innbygger – én journal (8).

I arbeidet har Helseplattformen gjort erfaringer som kan gjenbrukes i nasjonalt perspektiv. For steg 2 er det særlig relevant å se på arbeid som har vært gjort med Felles språk basert på SNOMED CT, gjenbruk av erfaringer knyttet til partenes arbeid med grensesnitt til e-resept, kernejournal og Helsenorge. Det planlegges at tiltakene i steg 2 i Midt-Norge innføres gjennom Helseplattformen, og programmene kan derfor benytte strukturer etablert i Helseplattformen og for samarbeidet med Helseplattformen for kontakt med aktører i Midt-Norge.⁴

Helseplattformen har en gjennomføringsmodell hvor klinikere fra hele tjenesten deltar aktivt i utformingen av løsningen og har ansvaret for de faglige beslutningene. I forberedelsen til gjennomføringen av steg 2 vil vi programmene legge opp til erfaringsutveksling med Helseplattformen og sammen med sektor foreslå klinikerinvolvering i faglige beslutninger, eksempelvis knyttet til innføring. I vurderingen vil en ta høyde for at steg 2 har mindre omfattende innhold og i stor grad dreier seg om innføring av løsninger hvor utforming allerede er gjort.

Programmene skal samarbeide og involvere Helseplattformen og Helse Midt-Norge ved behov og legge opp til en forutsigbar og transparent prosess. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for at dette blir koordinert mellom programmene og at programmene vektlegger gjenbruk og erfaringsutveksling med Helseplattformen på relevante tema i tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Vurdering av gjenbruk og læringspunkter er beskrevet i Vedlegg N Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen.

2.4.8 Strategi for oppslutning og ibruktakelse

Kapittel 2.1 peker på flere områder som medfører en risiko for at gevinster ikke blir realisert og at målene ikke nås. Blant annet at det er frivillig å ta i bruk løsningene, og at

⁴ Selskapet Helseplattformen AS eies av Helse Midt-Norge og Trondheim kommune i et såkalt offentlig-offentlig samarbeid der Helse Midt-Norge eier 60 prosent og Trondheim kommune 40prosent. Det er lagt til rette for og er ønskelig at alle kommuner går inn på eiersiden når de formelt trer inn i Helseplattformen. Direktoratet har en observatørrolle i Helseplattformens styringsgruppe (Executive Steering Committee) og det er avtaler og styringsgruppe for samarbeidet mellom Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.

investeringene ofte må tas andre steder enn der nytten faller. Forprosjektet har derfor lagt vekt på å vurdere virkemidler for å sikre ibruktakelse av løsningene i steg 2.

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

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

- Aktiv bruk av utprøving som etablerer ambassadører for å lykkes med innføring
- Forankring og involvering, for å sikre at løsningene ivaretar helsepersonell sine behov
- Etablere intensjonsavtaler med helseforetak som skal ta i bruk pasientens legemiddelliste
- Dra nytte av eksisterende nettverk og fora for samarbeid
- Formell deltakelse og medbestemmelse fra brukerne av steg 2 i gjennomføringen av programmet.
- Bruk av nasjonale innføringsprosjekter for å støtte og veilede regionale/lokale innføringsprosjekter.
- Forankring og sektorinvolvering gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse
- Forankring og sektorinvolvering gjennom kommunal styringsmodell
- Kommunikasjonsarbeid med fokus på å engasjere og dele gode erfaringer og viktigheten av tiltakene for å bedre pasientsikkerheten.

Økonomiske virkemidler

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

- Staten bidrar med finansiering av steg 2, som vil gi en lavere kostnad for sektoren
- Etablere insentivordninger der kommunene eller staten belastes kostnadene. Kompensasjonsordning til fastlegene for opprettelsen av den første legemiddellisten.

Juridiske og andre normerende virkemidler

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

iverksette forskriften om meldeplikt⁵, føre til en raskere utbredelse av pasientens legemiddelliste. Se Vedlegg J Mulighet og nødvendighet av å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsninger for en nærmere vurdering av bruk av juridiske og andre normerende virkemidler.

De nylig vedtatt endringene i pasientjournalloven § 8 (jf. prop 3 L (2021-2022)) og nytt kap. 3 i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger som omhandler plikt til å ta i bruk og betale for de nasjonale e-helseløsningene, vil sannsynligvis ha betydning for oppslutningen om steg 2. Det vil eksempelvis kunne føre til en raskere ibruktakelse av kjernejournal, som er en forutsetning for kritisk informasjon og dokumentdeling. De nye reglene omfatter helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no.

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

Det sentrale styringsdokumentet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning (Vedlegg O) pekte på virkemidler som knyttet seg til samordning, arkitektur og standardisering. Det ble anbefalt en rekke funksjonelle og semantiske krav, samt tekniske krav til journalløsningene, for aktører i helse- og omsorgstjenesten. Flere av disse kravene er aktuelle for steg 2, og en innføring av kravene vil kunne føre til økt oppslutning om steg 2.

Det kan være aktuelt å stille normerende krav, for eksempel til bruk av standarder. Direktoratet for e-helse kan utarbeide veiledere, retningslinjer og anbefalinger, mens obligatoriske krav knyttet til forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger og kjernejournalforskriften må utarbeides av Helse- og omsorgsdepartementet, se også Vedlegg H, Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling.

2.4.8.1 Tiltak og virkemidler for å sikre gjennomføringen

Tabellen nedenfor beskriver sentrale tiltak i steg 2, hvor det bør vurderes og iverksettes virkemidler for å sikre gjennomføring og gevinstrealisering av steg 2.

Tabell 14 Virkemidler for å sikre gjennomføringen av steg 2

Tiltak i samhandlingsområdene	Aktører	Begrunnelse	Virkemidler

⁵ Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter av 21. desember 2007 nr. 1610 § 2-1 sjette ledd.

Innføring av kjernejournal til kommunal pleie- og omsorgstjeneste og videre innføring av dokumentdeling og kritisk info fra spesialisthelsetjenesten	Kommunal pleie- og omsorgstjeneste innfører kjernejournal, og tar i bruk funksjonaliteten.	Innføring av kjernejournal vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos kommunene. For å sikre ibruktakelse av kjernejournal er det behov for å synliggjøre nytten.	Kjernejournal kommer med funksjonalitet for dokumentdeling og kritisk informasjon og øker nytten ved at flere tar i bruk kjernejournal. Videreføre dagens modell for å innføre kjernejournal Bruke ambassadører for å kommunisere nytten
	Spesialisthelsetjenesten deler dokumenter og kritisk informasjon via kjernejournal.	Hoveddelen av kostnadene bæres av spesialisthelsetjenesten, mens nytten tilfaller også kommunal helse- og omsorgstjeneste.	Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Normering av standard for kritisk informasjon og vurdere normering av standarder for dokumentdeling.
	Norsk helsenett SF tilrettelegger for dokumentdeling og kritisk informasjon og ev. nødvendige endringer i standard for kritisk informasjon.	Norsk helsenett SFs kostnader til videreutvikling og drift og forvaltning må dekkes, inkl. endring av API dersom standard for kritisk info endres. Sikre prioritet og kapasitet hos Norsk helsenett SF.	Finansiering bør dekkes gjennom oppdragsavtaler. Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom foretaksrådet.
Pasientens legemiddelliste	Kommunehelsetjenesten (ekskl. skolehelse og helsestasjon) må innføre og ta i bruk pasientenes legemiddelliste	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos kommunene.	Sentralt innføringsprosjekt for å støtte regional innføring. Frikjøp av kommunale ressurser til regionale innføringsprosjekter (organisert etter etablerte strukturer i kommunal sektor). Stille krav til funksjonalitet hos EPJ-leverandørene.
	Fastlegene må innføre og ta i bruk pasientens legemiddelliste	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos fastlegene	Sentralt innføringsapparat for å støtte regional innføring. I en oppstartsfasen gi tilskudd for å opprette pasientens legemiddelliste Stille krav til nødvendig funksjonalitet hos EPJ-leverandørene (dette bør koordineres med EPJ-løftet).
	Spesialisthelsetjenesten må innføre og ta i bruk pasientens legemiddelliste på en måte som sikrer oppdatert legemiddelliste ved inn- og utskrivning.	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos spesialisthelsetjenesten	Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sentralt innføringsapparat for å støtte regional innføring. Gjelder for alle aktører for å sikre samtidighet og gjenbruk av erfaringer og rutiner, også spesialist.

	Norsk helsenett SF	Vil utløse kostnader for å ferdigstille sentral forskrivningsmodul og eventuelt andre nødvendige utviklingsaktiviteter, for eksempel tilpasninger i nasjonale e-helseløsninger	Finansiering gjennom oppdragsavtaler for innføring. Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet.
	Apotek må innføre og ta i bruk pasientens legemiddelliste.	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos apotekkjedene.	Sentralt innføringsapparat for å støtte regional innføring. Apotekforeningen koordinerer på tvers av apotekkjedene. Apotekkjedene koordinerer egne apotek på tvers av områder. Krav til samtidighet mindre viktig.
Datadeling for digital hjemmeoppfølging	Norsk helsenett SF	Vil utløse kostnader til å sikre utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	Finansiering gjennom oppdragsavtaler Normering for datadeling og digital hjemmeoppfølging. Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet
Utprøvningsprosjekter videre dokumentdeling og videre deling av kritisk info	Sektoren	Sikre enighet om hva som skal deles og hvordan, samt gjennomføre utprøving. Utprøving vil medføre integrasjons- og opplæringskostnader hos aktører som deltar.	Utprøving i regi av program digital samhandling med deltagelse fra sektoren. Frikjøp av ressurser til utprøvningsprosjekter
	Legevakt, ØHD/KAD og avtalespesialister	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos legevakt/øyeblikkelig hjelp døgnenhet og avtalespesialistene.	Sentralt prosjekt for å støtte ibruttakelsen av API. Erfaringsoverføring fra spesialisthelsetjenesten
	Norsk helsenett SF	Vil utløse kostnader til å utvikle funksjonalitet for utprøving Vil utløse kostnader til å støtte de som skal ta i bruk API.	Finansiering gjennom oppdragsavtaler Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet.
Samtlige tiltak	Leverandører og markedsaktører	Løsningene i steg 2 krever at markedsaktørene gjør tilpasninger for å kunne integrere løsningene i systemene som leveres til de ulike helsetjenestene. Det kan kreve investering,	Flere av tiltakene retter seg mot markedssvikt, og er således virkemidler for å styrke konkurransen i leverandørmarkedet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til å få aktørene til å handle kan det vurderes å stimulere etterspørselen gjennom

		kapasitet og kompetanse og vilje til å utvikle fra leverandørsiden.	offentlige kjøp, og/eller styrke tilbudssiden med utviklingstiltak.
--	--	---	---

2.4.9 Strategi for styring av usikkerhet i programmene

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.

Programleder med støtte fra programkontoret er ansvarlig for å etablere og følge opp en prosess for styring av usikkerhet 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 15 viser de ulike rollene og tilhørende ansvar i styringen av usikkerhet for begge programmene.

Tabell 15 Roller og ansvar i usikkerhetsstyringen

Aktør	Roller og ansvar i usikkerhetsstyringen
Helse- og omsorgsdepartementet	Mottar rapportering på alvorlige endringer på effekt, kostnad og tid. Beslutter endringer som krever utløsning av midler fra usikkerhetsavsetningen (opp til P85).
Direktoratet for e-helse v/ direktør	Rapporterer på de mest sentrale risikoelementene til Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Norsk helsenett SF. Direktoratet vil være ansvarlig for å håndtere interessekonflikter, dersom det skulle oppstå. Beslutter utløsning av forventet tillegg. Beslutter å løfte anmodninger om utløsning av usikkerhetsavsetning til Helse- og omsorgsdepartementet.
Programstyret	Programstyret støtter og gir anbefalinger til programeier. Programstyret skal ta viktige beslutninger om retning og prioriteringer innenfor styringsdokumentet sine rammer. Dette innebærer også å anbefale bruk av kuttliste. Programstyret skal sikre prioriteringer som skjer på tvers av leveranser i programmet og ivareta helheten i programmet slik at samfunnsøkonomisk lønnsomhet ivaretas. Programstyret skal diskutere risiko i programmet og risikoreducerende tiltak. Programstyret skal påse at den samlede bruken av ressurser er hensiktsmessig, og følge opp økonomien i programmet. Beslutte anmodninger om utløsning av forventet tillegg og usikkerhetsavsetning.
Programeier	Beslutter når det er uenighet i programstyret. Disponerer forventet tillegg og kan godkjenne endringer som fører til kostnadsendringer opp til P50. Løfter anmodninger om utløsning av forventet tillegg og usikkerhetsavsetning til Direktør for Direktoratet for e-helse etter beslutning i programstyret. Dette vil avhenge av beslutning om finansiering og kostnadsfordeling, som først vil foreligge etter levert sentralt styringsdokument.

Programleder	<p>Ansvarlig for å etablere prosess for usikkerhetsstyring i programmet.</p> <p>Beslutter endringer innenfor sitt mandat.</p> <p>Løfter beslutninger om endring til programstyret.</p>
Programkontoret	<p>Følger opp prosessen for usikkerhetsstyring i programmet.</p> <p>Vurderer kostnads- og nyttekonsekvenser for programmet basert på innspill fra aktørene i programmet og prosjektene.</p> <p>Oppdaterer styringsdokumentasjon med godkjente endringer og vedlikeholder programmets endringslogg.</p> <p>Sikrer at godkjente endringer kommuniseres til hele programorganisasjonen, underliggende prosjekter, mottaksprosjekter og andre interessenter ut fra hva som er hensiktsmessig.</p>

3 Prosjektstyringsbasis

3.1 Arbeidsomfang

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

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

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

Tabell 16 Oversikt over arbeidsomfang i steg 2

Arbeidsomfang i steg 2	
Samhandlingsområdet dokumentdeling	• Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene
	• Sikre at kjernejournal innføres i pleie- og omsorgssektoren
	• Sikre at delte journaldokumenter kan leses av alle som har tjenstlig behov og tilgang til kjernejournal
	• Definere hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og avklare hvilke typer dokumenter som skal deles
	• Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD
	• Innføre dokumentdeling for alle aktuelle avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD

Arbeidsomfang i steg 2	
Samhandlingsområdet kritisk informasjon	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetakene prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon.
	<ul style="list-style-type: none"> Fastleger og avtalespesialister prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon
	<ul style="list-style-type: none"> Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon
Samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging	<ul style="list-style-type: none"> Utvikling av tjenester for datadeling som også dekker behov knyttet til digital hjemmeoppfølging
	<ul style="list-style-type: none"> Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon
Samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste	<ul style="list-style-type: none"> Videre innføring av e-multidose Innføring av pasientens legemiddelliste i område for område
Forprosjekt steg 3	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomføre forprosjekt for steg 3 i utviklingsretning for samhandling (eksklusive eventuelt KS2)

Mer detaljert informasjon av omfanget beskrives i kap. 3.1.1 og 3.1.2, samt i vedlegg G Omfang.

3.1.1 Arbeidsomfang program digital samhandling

3.1.1.1 Dokumentdeling

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

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

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

Kostnadsområder for sentrale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Avklare samarbeidsområder	Dokumentdeling innebærer behov for å avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) aktørene i helse- og omsorgssektoren skal være en del av, samt hvilke dokumenter disse skal dele. Det vil derfor være oppgaver knyttet til å drive dette arbeidet.
Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	<p>Dokumentdeling har vært under utprøving, og videre innføring vil kunne medføre tilpasninger og videreutvikling.</p> <p>Oppgaver vil blant annet være:</p> <ul style="list-style-type: none"> Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet

	<ul style="list-style-type: none"> • Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter • Sikre at integrasjonene mellom aktørenes journalløsninger og kjernejournal tilfredsstillende krav i tillitsmodellen • Sikre at aktørene kan samhandle semantisk ved å mappe dokumenttyper og dokumentkategorier • Innføre kjernejournal for resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste (PLO) som ikke har tilgang på dette per 2022 • Sikre teknisk drift og forvaltning hos Norsk helsenett SF når nye aktører deler dokumenter • Teste, dokumentere og godkjenne nye aktører i den nasjonale løsningen
Innføringsaktiviteter	<p>Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Oppgaver vil blant annet være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innføre nye aktører, både de som skal dele og de som skal få tilgang. Dette innebærer blant annet avtaler om bruksvilkår, rutiner for drift og forvaltning, mv. • Tilrettelegge for at resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som får tilgang til kjernejournal, får opplæring i bruk og tilrettelagt sine arbeidsprosesser til dette. • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Etablere brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring av nye kilder. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktivitetene til Norsk helsenett SF.
Kostnadsområder for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter	
Begrenset bredding	Jf. gjennomføringsstrategien vil det gjennomføres utprøving av tiltakene i form av begrenset bredding før eventuell nasjonal bredding. Omfanget av begrenset bredding er kostnadmessig beregnet som en andel av de samlede kostnadene til lokale utviklings- og innføringsaktiviteter.
Opplæring og tilrettelegging	<p>Det skal gjennomføres opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområde og profesjon.</p> <p>Oppgavene innebærer blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt arbeidsprosessene sine for dette • Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og annet helsepersonell • Sikre at rutiner og prosesser for drift og forvaltning, inkl. ansvarsfordeling etableres (for at de ulike aktørene skal kunne dele)
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	Hver virksomhet må vurdere sin eksisterende infrastruktur og se på behovet for oppgradering av denne i forkant av at de tar i bruk nye løsninger. Oppgaver vil blant annet være:

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

3.1.1.2 Kritisk informasjon

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

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

Kostnadsområder for sentrale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Normeringsaktiviteter	Utføre aktiviteter for å få normert en omforent standard for kritisk informasjon
Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	<p>Grensesnittet for kritisk informasjon er utviklet og vil bli prøvd ut frem til 2023. Erfaringene fra dette og resultatet av GAP-analysen i steg 1, vil danne grunnlag for eventuelle behov for justeringer og tilpasninger.</p> <p>Oppgaver vil blant annet være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Justere og konfigurere API, både før oppstart av nasjonal bredding og underveis ved behov • Mulig justering av datamodellen i kjernejournal • Mulig justering av sikkerhetsmodellen i kjernejournal • Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
Innføringsaktiviteter	<p>Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Oppgaver vil blant annet være</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Drive arbeidet med innføring til nye aktører. Dette innebærer blant annet avtaler om bruksvilkår, rutiner for drift og forvaltning, mv.
Kostnadsområder for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter	
Prosjektledelse	<p>Omfatter lokal og regional prosjektledelse for å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilpasse arbeidsprosesser lokalt for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal • Etablere rutiner lokalt for oppfølging av feil og mangler.
Begrenset bredding	Jf. gjennomføringsstrategien vil det gjennomføres utprøving av tiltakene i form av begrenset bredding før eventuell nasjonal bredding. Omfanget av begrenset bredding er kostnadmessig beregnet som en andel av de samlede kostnadene til lokale utviklings- og innføringsaktiviteter.
Opplæring og tilrettelegging	Det skal gjennomføres opplæring av helsepersonell som deler kritisk informasjon. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenestoområde og profesjon.

Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	<p>Hver virksomhet må vurdere sin eksisterende infrastruktur og se på behovet for oppgradering av denne i forkant av at de tar i bruk nye løsninger. Oppgaver vil blant annet være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilpasse kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk, både informasjonsmodell og at de støtter HelseID • Integre klinisk fagsystem med API for kritisk informasjon
--	--

3.1.1.3 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Det mangler i dag tjenester som kan støtte datadeling på tvers av ulike journalløsninger og kliniske fagsystemer i helse- og omsorgssektoren. Innenfor digital hjemmeoppfølging har dette behovet kommet tydelig frem. Tjenestene for datadeling defineres fortløpende gjennom utprøvningsaktiviteter i sektoren innenfor Nasjonalt velferdsteknologiprogram, men med sikte på at de også kan benyttes for andre områder. Dette er starten på å etablere nasjonale tjenester for datadeling som kan benyttes langs pasientforløp. Et eksempel på dette kan være en tjeneste som gjør det mulig å dele data fra medisinsk utstyr i pasientens hjem med helsepersonell på tvers av omsorgsnivåene.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram vil vare ut 2024, med en målsetting om at det gjennom programperioden etableres varige strukturer som ivaretar at prioriterte samhandlingsbehov bli realisert fortløpende og tatt i bruk innenfor digital hjemmeoppfølging. Program digital samhandling må ivareta realiseringen av behovene gjennom utvikling av nasjonale tjenester og tilhørende normeringsaktiviteter. Dette må gjøres på en måte som tar høyde for at de nasjonale tjeneste også kan brukes til datadeling på andre områder.

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

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

3.1.1.4 Andre kostnader for program digital samhandling

Sentrale programaktiviteter	
Programledelse og myndighetsfunksjoner	<p>Omfatter ledelse og administrasjon av programmet og nødvendig ekstern kvalitetssikring.</p> <p>Bemanningen kan omfatte programledere, programkontor, forretningsutviklere, planressurser, analyse, kost/nytte/gevinstrealisering, finansiering, helsefaglig ledelse, juridiske ressurser, arkitektressurser og kommunikasjonsarbeid. På grunn av omfanget er det antatt behov for ekstern kvalitetssikring og tredjepartsvurderinger. Det er antatt at behovet er størst i innledende faser.</p>
Forprosjekt steg 3	<p>Forprosjektet skal legge til grunn ambisjonsnivået for helhetlig samhandling slik det er beskrevet i konseptvalgutredningen for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2018 og forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning i 2020 og videre bearbeidet i forprosjektet for steg 2.</p> <p>Forprosjektet skal, sammen med sektoren, fortsette arbeidet med å stykke opp målbildet i håndterbare «arbeidspakker», som legges i en kø som definerer neste steg av helhetlig samhandling.</p> <p>Forprosjektet må vurdere om det er behov for å justere styringsmodellen som ligger til grunn for forprosjektet for steg 2.</p> <p>Leveransen fra forprosjektet må være av en slik kvalitet at det kan gjennomgå en KS2 i tråd med Statens prosjektmodell.</p>

3.1.1.5 Mulige forenklinger (kuttliste)

Tabellene under gir en oversikt over mulige forenklinger som programmet kan vurdere, dersom det blir nødvendig for å holde seg innenfor den finansielle rammen. Dersom programmet må vurdere forenklinger må det gjøres gjennom prosessen for å håndtere endringer som er beskrevet i kapittel 2.4.9.

3.1.1.5.1 Dokumentdeling

Innføre dokumentdeling fra avtalespesialister	
Begrunnelse	<p>Det er ulik grad av modenhet hos de ulike avtalespesialistene og det kreves flere avklaringer og prosesser for å fastsette hva som skal deles og hvordan dokumenter skal deles. Netto nytte er lavere enn netto nytte av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten. Det er også mulig å realisere en god del av nytten med en enklere løsning etter NILAR-modellen der dokumenter som er sendt via meldingsutvekslingen kan tilgjengeliggjøres. Nyttene ved en forenklet løsning kan forsvare kostnadene, men det krever en nærmere vurdering.</p>
Konsekvens for kostnader	<p>Det vil være kostnader knyttet til å innføre og integrere med avtalespesialistenes systemer. Det er i dag mange avtalespesialister, noe som driver kostnadene. En forenklet løsning vil redusere kostnadene. Potensiell kostnadsreduksjon er beregnet å være 127 millioner kroner inkl. mva. (P50).</p>
Konsekvens for nytte	<p>Dokumentdeling fra avtalespesialistene forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler mange pasienter og informasjonen som finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som faste mottakere. Samlet nytte fra samhandlingsområdet dokumentdeling vurderes som positiv selv om</p>

	dokumentdeling fra avtalespesialist helt eller delvis må kuttes. En forenklet løsning vil redusere nytten, men foreløpige vurderinger tyder på at nytten reduseres med mindre enn kostnadene ved en forenklet løsning. Forventet nyttereduksjon er beregnet å være i størrelsesorden 120 til 230 millioner kroner (nåverdi). Tiltaket har flere avhengigheter til de øvrige tiltakene under dokumentdeling. Det kreves derfor grundigere analyser for å vurdere effekten av kutt i sammenheng med hvilke øvrige kutt som eventuelt gjennomføres.
--	--

Innføre dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD

Begrunnelse	Selv med en vellykket utprøving vil det være mange ulike legevakter og ØHD/KAD-enheter med tilhørende systemer som skal innføre dokumentdeling. Netto nytte er lavere enn netto nytte av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten. Det er også mulig å realisere en god del av nytten med en enklere løsning etter NILAR-modellen der dokumenter som er sendt via meldingsutvekslingen kan tilgjengeliggjøres. Nytten ved en forenklet løsning kan forsvare kostnadene, men det krever en nærmere vurdering.
Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader knyttet til å innføre og integrere med legevaktene og ØHD/KAD-enhetene sine systemer. Antallet legevakter og ØHD/KAD er med å drive kostnadene. Potensiell kostnadsreduksjon er beregnet å være 127 mill. kroner inkl. mva. (P50).
Konsekvens for nytte	Dokumentdeling legevakt og ØHD/KAD forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler mange pasienter og informasjonen som finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som faste mottakere. Det dreier seg om pasienter med nyoppståtte og ulike grader av akutte tilstander der andre tjenestesteder i kjeden vil ha nytte av hva slags vurderinger som er gjort, spesielt nylig. Samlet nytte fra samhandlingsområdet dokumentdeling vurderes som positiv selv om dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD helt eller delvis må kuttes. En forenklet løsning vil redusere nytten, men foreløpige vurderinger tyder på at nytten reduseres med mindre enn kostnadene ved en forenklet løsning. Forventet nyttereduksjon er beregnet å være i størrelsesorden 100 til 170 millioner kroner (nåverdi). Tiltaket har flere avhengigheter til de øvrige tiltakene under dokumentdeling. Det kreves derfor grundigere analyser for å vurdere effekten av kutt i sammenheng med hvilke øvrige kutt som eventuelt gjennomføres.

3.1.1.5.2 Kritisk informasjon

Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og tar i bruk API for kritisk informasjon

Begrunnelse	Det antas at sykehjem og ØHD/KAD i mindre grad har behov for å registrere kritisk informasjon enn spesialisthelsetjenesten (inkludert avtalespesialistene) og fastlegene.
Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader knyttet til opplæring av helsepersonell og å integrere API for kritisk informasjon med systemene. Potensiell

	kostnadsreduksjon er beregnet å være 40 millioner. kroner inkl. mva. (P50).
Konsekvens for nytte	<p>Det registreres noe kritisk informasjon i sykehjem og ØHD/KAD som kan være nyttig for andre behandlere å se. For eksempel registrerer sykehjemmene informasjon om begrensning i livsforlengende behandling. Dette antas å være relativt få pasienter, men vil være viktig for de det gjelder.</p> <p>Behandlere som i dag har tilgang til kjernejournal og har tjenstlig behov, kan registrere kritisk informasjon manuelt ved bruk av kjernejournal portal i sin EPJ og er ikke avhengig av tiltaket for kunne gjøre det.</p>

3.1.1.5.3 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon	
Begrunnelse	Å håndtere flere tjenester med større grad av strukturert informasjon vil være viktig for å lykkes med målbildet for helhetlig samhandling på lengre sikt. Men det er i mindre grad viktig for å realisere nytten i steg 2.
Konsekvens for kostnader	Flere tjenester med større grad av strukturerte data utløser utviklingskostnader. Potensiell kostnadsreduksjon er beregnet å være 45 millioner kroner inkl. mva. (P50).
Konsekvens for nytte	Mer strukturert informasjon vil legge et bedre grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste gjennom tilretteleggelse i markedet. Det kan ha konsekvenser for nytten i Nasjonalt velferdsteknologi-program som skal ta i bruk tjenestene.

3.1.2 Arbeidsomfang program pasientens legemiddelliste

3.1.2.1 Pasientens legemiddelliste

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

Helsepersonell mangler i dag en komplett oversikt over legemidler som pasienten har fått eller som inngår i planlagt behandling. Pasientens legemiddelliste skal gjøres tilgjengelig via grensesnitt i reseptformidleren og kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning eller en integrert applikasjon, som sentral forskrivningsmodul, kan endre eller dele legemiddelinformasjon som er lagret sentralt i reseptformidleren.

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

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

Kostnadsområder for lokale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Prosjektledelse	<p>Omfatter lokal og regional prosjektledelse. Oppgavene innebærer blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinere innføringsaktiviteter (tekniske forberedelser, opplæring og tilrettelegging) for samtlige kommuner i ett innføringsområde • Koordinere innføringsaktiviteter (tekniske forberedelser, opplæring og tilrettelegging) for sykehusene i innføringsområdet • Prosjektledere må være bindeleddet mellom sentralt og lokale innføringsprosjekter • Gjennomføre gevinstmålinger (nullpunkt, underveis, slutt) basert på rammeverk og metodikk fra utprøvningsprosjekt
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	<p>Hver virksomhet må sørge for oppgradering av eget EPJ-system med funksjonalitet for å kunne lese, endre og sende en legemiddelliste. Antall virksomheter som må oppgradere sine systemer er ca.: 1500 fastlegekontor, 1000 sykehjem, 1000 apotek, 1500 avtalespesialister, 40 sykehus samt legevakt og ØHD/KAD i 282 kommuner uten helse midt-Norge</p> <p>Oppgaver vil være, på aktørnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avtale oppgradering av journalsystem med EPJ-leverandør • Oppgradere hardware ved behov

	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre oppgradering av journalsystem i god tid før innføring starter • Skaffe e-ID til helsepersonell som ikke har det
Opplæring og tilrettelegging	<p>Nasjonalt skal 63 000 helsepersonell ta i bruk ny funksjonalitet ved innføring av pasientens legemiddelliste. Opplæring og tilrettelegging tilpasses virksomhet og profesjon. Oppgavene innebærer blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppdatere rutiner og arbeidsprosesser for ny legemiddelhåndtering • Opplæring i ny funksjonalitet i EPJ-systemet (for de fleste vil dette gjelde opplæring i SFM) • Opplæring i pasientens legemiddelliste samt ny arbeidsprosess
Oppfølging av bruk og gevinstrealisering	Etter innføring av løsningen må bruk følges opp for å sikre at gevinster hentes ut.

3.1.2.2 Mulige forenklinger (kuttliste)

Tabellene under gir en oversikt over mulige forenklinger som programmet kan vurdere, dersom det blir nødvendig for å holde seg innenfor styringsrammen. I utgangspunktet er tiltakene under med i omfanget til pasientens legemiddelliste.

Dersom programmet må vurdere forenklinger må det gjøres gjennom prosessen for å håndtere endringer som er beskrevet i kapittel 2.4.9.

Følgende områder kan vurderes kuttet hvis programmet går utover sine finansielle rammer:

- Nasjonal støtte og oppfølging av de siste innføringsområdene
- Videreutvikling og forbedringer av SFM som ikke er kritisk for nasjonal innføring
- Innføring til aktører som kun leser legemiddellisten

Hvis et slik kutt gjennomføres, må kuttet muligens vurderes inn i steg 3.

Nasjonal støtte og oppfølging av de siste innføringsområdene kuttes	
Begrunnelse	Etter hvert som den nasjonale løsningen breddes vil arbeidsprosesser og løsninger gradvis bli bedre. Det kan redusere behovet for nasjonal oppfølging og forbedring. Det antas at de siste områdeprosjektene og programmet kan vurderes nedskalert i siste fase av innføringen.
Konsekvens for kostnader	Sentrale kostnader i områdeprosjektene og programmet reduseres med 21 MNOK inkl. mva. (P50)
Konsekvens for nytte	Mindre sentral oppfølging vil kunne utsette gevinstrealisering og det øker risikoen for at gevinstene uteblir i områdene dette gjelder.

Videreutvikling og forbedringer av sentral forskrivningsmodul som ikke er kritisk for nasjonal innføring kuttes	
Begrunnelse	Det planlegges med at SFM videreutvikles og forbedres med nasjonal innføring. Det antas at man i sterkere grad enn planlagt kan nedprioritere viktige men ikke kritiske endringer.
Konsekvens for kostnader	Sentrale utviklingskostnader reduseres med 43 MNOK inkl. mva. (P50)

Konsekvens for nytte	Så lenge kritisk funksjonalitet prioriteres vil nytteverdien i stor grad opprettholdes. Det er mulig gevinstrealisering utsettes noe.
-----------------------------	---

Innføring til aktører som kun leser legemiddellisten kuttes	
Begrunnelse	Kvaliteten, verdien og tilliten til legemiddellisten er avhengig av aktørene som oppdaterer legemiddellisten. Aktører som kun leser legemiddellisten, forutsetter at aktørene som oppdaterer listen gjør dette. I ytterste konsekvens foreslås det at aktører som kun leser legemiddellisten (apotek og hjemmetjenesten) kuttes fra steg 2. Innføring til disse aktørene må da vurderes for steg 3, sammen med andre aktører som heller ikke får tilgang til pasientens legemiddelliste i steg 2 (eks. tannlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste).
Konsekvens for kostnader	Sentrale og regionale innføringskostnader kan reduseres med 44 millioner inkl. mva. (P50)
Konsekvens for nytte	Nytteverdien for disse aktørene vil utebli.

Det vil være kritisk for å lykkes med pasientens legemiddelliste at fastlegene kompenseres for merarbeidet med å opprette pasientens første legemiddelliste. Det bør årlig vurderes om denne kompensasjonen er av hensiktsmessig størrelse. Etter hvert som løsninger modnes og nytteverdien for fastlegene blir tydeligere kan kompensasjonen muligens reduseres.

3.2 Risiko- og mulighetsvurdering

Steg 2 vil være gjenstand for usikkerhet, både risikoer og muligheter, som kan påvirke måloppnåelsen. Det er gjennomført en risiko- og mulighetsvurdering av gjennomføringen av henholdsvis program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.

Muligheter og risiko vil følges opp løpende gjennom programmenes levetid. Vurderingene er et oppsummert bilde på den usikkerheten som oppleves å være rundt gjennomføringen, slik den fremstår i nåværende fase. Disse vurderingene er beskrevet i kapittel 3.2.1 og 3.2.2 for henholdsvis program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.

For hver hendelse er det vurdert sannsynlighet for at hendelsen inntreffer og konsekvensen hvis den inntreffer. Tabell 17, Tabell 18 og Tabell 19 beskriver skalaene som er brukt for å vurdere sannsynlighet og konsekvens. Ytterligere tiltak og virkemidler for å redusere risiko er beskrevet i kapittel 2.4.8.1.

Tabell 17 Skala for sannsynlighetsvurderinger for både risiko og muligheter

Navn	Sannsynlighet	Beskrivelse
Meget lav	(0 % - 10 %)	Det forventes at forholdet inntreffer < 10 % av tilfellene.
Lav	(10 % - 30 %)	Det forventes at forholdet inntreffer mellom 10 % og 30 % av tilfellene.
Moderat	(30 % - 70 %)	Det forventes at forholdet inntreffer mellom 30 % og 70 % av tilfellene.

Høy	(70 % - 90 %)	Det forventes at forholdet inntreffer mellom 70 % og 90 % av tilfellene.
Svært høy	(90% - 100 %)	Det forventes at forholdet inntreffer > 90 % av tilfellene.

Tabell 18 Skala for konsekvensvurdering for risiko

Konsekvens	Beskrivelse
Ubetydelig	Risikoen har begrenset betydning for programmets kostnad, fremdrift eller leveranse kvalitet.
Lav	Risikoen påvirker ikke totalrammen, men vil medføre at fremdriften og planer påvirkes.
Moderat	Risikoen har moderat betydning for kostnad, fremdrift og/eller planer for gjennomføringen.
Høy	Risikoen vil føre til at programmets planer for gjennomføring må endres.
Svært høy	Risikoen vil føre til at hele gjennomføringen av programmet er i fare.

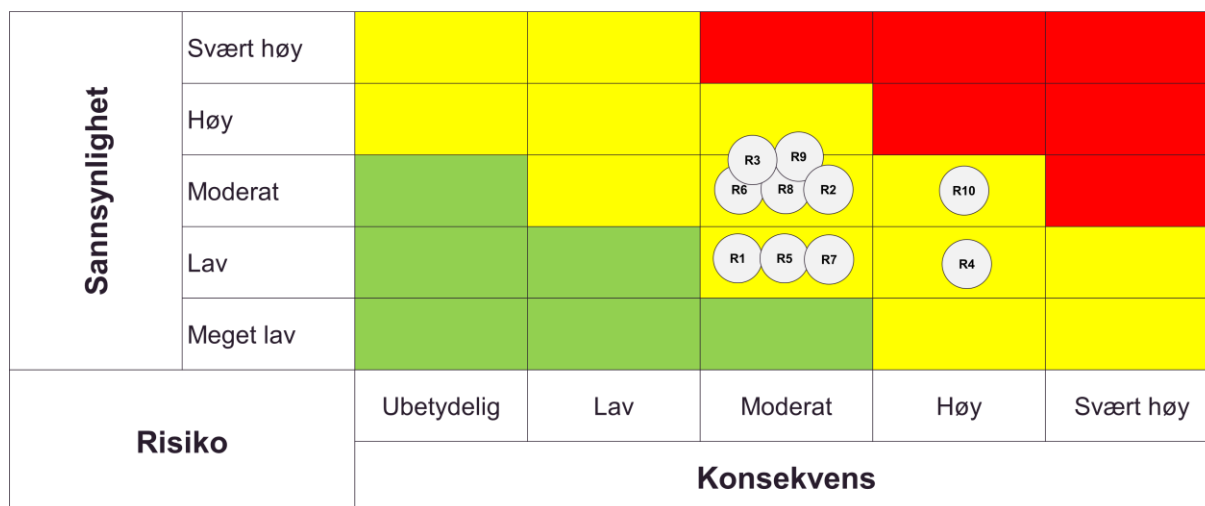
Tabell 19 Skala for konsekvensvurdering for muligheter

Konsekvens	Beskrivelse
Ubetydelig	Muligheten har begrenset betydning for programmets kostnad, fremdrift eller leveranse kvalitet.
Lav	Muligheten påvirker ikke totalrammen, men vil medføre at fremdriften og planer påvirkes.
Moderat	Muligheten har moderat betydning for kostnad, fremdrift og/eller planer for gjennomføringen.
Fordelaktig	Muligheten vil føre til at programmets planer for gjennomføring må endres.
Svært fordelaktig	Muligheten vil føre til at hele gjennomføringen av programmet må endres.

3.2.1 Risiko- og mulighetsvurdering av program digital samhandling

3.2.1.1 Risikoer

Figur 10 viser overordnet risikobilde for program digital samhandling forutsatt gjennomføring som beskrevet i dette styringsdokumentet.



Figur 10 Overordnet risikobilde for program digital samhandling

Tabell 20 beskriver risiko med tilhørende tiltak for å håndtere de. Risikovurderingen forutsetter gjennomførte planer og tiltak slik det er beskrevet i kapittel 2 prosjektstrategi.

Tabell 20 Risikovurdering for program digital samhandling og tiltak

#	Risikobeskrivelse	Tiltak	S	K
R1	Manglende styringsmekanismer i programmet til å håndtere avhengigheter på tvers av andre programmer og strategiske initiativ	Direktoratet for e-helse er eier av flere av programmene som programmet har avhengigheter til. Etablere avtaler og felles planer mellom programmer som har leveranser som avhenger av hverandre, eksempelvis med Nasjonalt velferdsteknologiprogram.	Lav	Moderat
R2	Leveranser i nullalternativet blir forsinket	Tydlig kommunikasjon rundt planer og nødvendige tilpasninger. Styring av avhengigheter internt i programmet (mellom steg 1 og steg 2) skal følge opp forsinkelser. Videreføring av programstyret for steg 1 som programstyret for steg 2.	Moderat	Moderat

		Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.		
R3	Manglende kapasitet og ressurser i programmet fører til forsinkelse	<p>Tidlig avklaring av behov for kompetanse og kapasitet, og sette av tilstrekkelig tid til mobiliseringsfase for å forberede eventuelle anskaffelser, og avtaler med Norsk helsenett SF.</p> <p>Løpende oppfølging av behov fra både Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse sin side.</p> <p>Forutsigbarhet knyttet til behov for deltakelse og kapasitet fra ressurser.</p> <p>Sikre kontinuitet i kompetanse og ressurser.</p> <p>Synliggjøre ansvar og innflytelse som ligger i rollene for å gjøre det attraktivt å delta og attraktivt for virksomhetene (Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse) å bidra med ressurser.</p>	Moderat	Moderat
R4	Uklare ansvarsforhold og mandat mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF gjør at viktige beslutninger blir forsinket	<p>Tydlig mandat og beskrivelse av roller og ansvar.</p> <p>Tydlig ansvarsdeling mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.</p> <p>Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.</p>	Lav	Høy
R5	Uenighet rundt prioritering av samhandlingsbehovene som skal realiseres i steg 3 fører til forsinket leveranse av forprosjekt steg 3	<p>Gjenbruk av etablerte strukturer og prosesser.</p> <p>Ansvarliggjøring av interessenter og aktører gjennom formell deltakelse, forankring og involvering.</p> <p>Bruk av programmets styringsmodell, nasjonal styringsmodell for e-helse og kommunal samstyringsmodell.</p> <p>Tydlig mandat og beskrivelse av roller og ansvar.</p> <p>Utarbeide krav til beslutningsunderlag.</p>	Lav	Moderat

R6	Manglende enighet i programstyret knyttet til prioritering og gjennomføring	<p>Ansvarliggjøring av interessenter og aktører gjennom formell deltakelse og involvering.</p> <p>Styringsmodell som ivaretar helheten.</p> <p>Tydelig mandat og beskrivelse av roller og ansvar.</p> <p>Utarbeide krav til beslutningsunderlag.</p>	Moderat	Moderat
R7	Manglende evne til å konkretisere og detaljere en behovskø som vil kunne gjennomføres	<p>Involvering og deltakelse fra sektoren.</p> <p>Riktig kompetanse.</p> <p>Tydelig mandat og beskrivelse av roller og ansvar mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.</p>	Lav	Moderat
R8	Manglende enighet om hvilke aktører som skal dele dokumenter (danne samarbeidsområder) vil kunne føre til at det kun er spesialisthelsetjenesten som deler dokumenter	<p>Styringsmodell som ivaretar helheten.</p> <p>Tydeliggjort som egen aktivitet og satt opp som milepæl i fremdriftsplan.</p> <p>Satt av ressurser til nasjonalt prosjekt for å gjennomføre denne aktiviteten</p>	Moderat	Moderat
R9	Forsinkelser og manglende prioritet knyttet til lokal utvikling og tilpasning	<p>Tydelig kommunikasjon rundt planer og nødvendige tilpasninger. Andre tiltak</p> <p>Bruk av kommunal samstyringsmodell og kommunenes etablerte strukturer, og samstyringsmodell for De regionale helseforetakene.</p> <p>Benytte EPJ-løftet, se kap. Strategi for styring og deltakelse.</p> <p>Stille tydelige krav til EPJ-leverandørene</p>	Moderat	Moderat
R10	Manglende kapasitet i sektoren knyttet til ibruttakelse og innføring av tiltak i steg 2	<p>Norsk helsenett vil ta et særskilt ansvar for å sørge for koordinert innføring i sektoren.</p> <p>Styring- og gjennomføringsmodell skal ivareta behovet for fleksibilitet knyttet til kapasitet i sektoren.</p>	Moderat	Høy

3.2.1.2 Muligheter

Figur 11 viser overordnet mulighetsbilde for program digital samhandling forutsatt gjennomføring som beskrevet i dette styringsdokumentet.

Sannsynlighet	Svært høy					
	Høy					
	Moderat				M1	M3
	Lav			M2	M4	
	Meget lav					
Mulighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Fordelaktig	Svært fordelaktig
		Konsekvens				

Figur 11 Overordnet mulighetsbilde for program digital samhandling

Tabell 21 beskriver muligheter med tilhørende tiltak for å håndtere de. Mulighetsvurderingen forutsetter gjennomførte planer og tiltak slik det er beskrevet i kapittel 2 prosjektstrategi.

Tabell 21 Mulighetsvurdering av program digital samhandling

#	Mulighetsbeskrivelse	Tiltak	S	K
M1	Raskere leveranser og måloppnåelse enn forutsatt vil kunne bidra til realisering av tiltak på plussliste eller starte på steg 3 tidligere.	<p>Utnytte fleksibiliteten i gjennomføringsmodellen og evne å tilpasse planer ved endrede forutsetninger og nye muligheter som oppstår.</p> <p>Lære av erfaringer og bygge videre på etablerte prosesser og strukturer og prosesser i steg 1 for å sikre fart og kontinuitet.</p> <p>Ha tydelige styringslinjer som gjør at beslutninger kan fattes effektivt.</p>	Moderat	Fordelaktig
M2	Mindre omfattende innføring enn forutsatt i planer vil kunne bidra til å forsere tidslinjen	<p>God koordinering og avstemming av ulike innføringsløp iht. sektorens kapasitet.</p> <p>Tett dialog med sektoren og målrettet kommunikasjons- og opplæringsmateriell.</p> <p>Sikre at løsninger er så gode at aktører selv vil ønske å ta den i bruk.</p>	Lav	Moderat

		Lære av erfaringer og bygge videre på etablerte prosesser og strukturer.		
M3	Avdekker større nytte enn forutsatt i planer	Kontinuerlig fokus på nyttestyring, herunder identifisere nye gevinster eller avdekke høyere gevinster, f.eks pasientsikkerhet, ibruktakelse mv. Ta i bruk virkemidler som er beskrevet i kapittel 2.4.8 strategi for oppslutning og deltakelse.	Moderat	Svært fordelaktig
M4	Økt produktivitet og lavere ressurskostnad enn forutsatt i planer og estimater	Dialog mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF om timepriser. Profesjonelle og attraktive anskaffelsesprosesser. Redusere bruk av konsulenter.	Lav	Fordelaktig

3.2.2 Risiko- og mulighetsvurdering av program pasientens legemiddelliste

3.2.2.1 Risikoer

Figur 12 viser overordnet risikobilde for program pasientens legemiddelliste.

Sannsynlighet	Svært høy					
	Høy					
	Moderat			R6 R7 R9	R8 R10 R4 R2 R3 R5	
	Lav					
	Meget lav				R1	
Risiko		Ubetydelig	Lav	Moderat	Høy	Svært høy
		Konsekvens				

Figur 12 Overordnet risikobildet for program pasientens legemiddelliste

Tabell 22 beskriver risiko for program pasientens legemiddelliste med tilhørende tiltak for å redusere risiko ved gjennomføringen. Risikovurderingen forutsetter gjennomførte planer og tiltak slik det er beskrevet i kapittel 2 prosjektstrategi.

Tabell 22 Risikovurdering og risikoreducerende tiltak for program pasientens legemiddelliste

#	Risikobeskrivelse	Tiltak	S	K
R1	Redusert kvalitet i legemiddellisten grunnet manglende oppdateringer fra aktørene	Samtidig innføring hos alle de største aktørene. Kompensasjon til aktører som blir belastet. Felles funksjonalitet for legemiddelhåndtering i sentral forskrivningsmodul.	Lav	Høy
R2	Manglende kapasitet og/eller prioritering hos EPJ-leverandører medfører forsinkelser	Sentral forskrivningsmodul med brukergrensesnitt tilbys leverandørene. Leverandørene til fastleger og avtalespesialister deltar gjennom anskaffelse i EPJ-løftet. Leverandørene til sykehusene følges opp gjennom avtaler med de regionale helseforetakene. Programmet vil informere helsetjenesten om behovet for dialog med sine leverandører om pasientenes legemiddelliste. Helsetjenesten vil på et tidspunkt pålegges å melde inn pasientenes legemiddelliste. På sine pasienter.	Moderat	Høy
R3	Begrenset kapasitet hos Norsk helsenett og et økende behov for å videreutvikle sentral forskrivningsmodul og FM medfører forsinkelser	Norsk helsenett og deres underleverandør har oppbemannet i perioden, men det er usikkert om dette er tilstrekkelig. Forutsigbar finansiering for pleie- og omsorgstjenesten reduserer risikoen, men uavklart finansiering for sykehus og fastleger øker risikoen.	Moderat	Høy
R4	Manglende leveranser i nullalternativet knyttet til sentral forskrivningsmodul og nasjonal innføring medfører forsinkelser	Forutsigbar finansiering for pleie- og omsorgstjenesten reduserer risikoen, men uavklart finansiering for sykehus og fastleger øker risikoen.	Moderat	Høy
R5	Manglende forpliktelse til innføring medfører forsinkelser	Det skal etableres intensjonsavtaler. Inkludere og ansvarliggjøre aktørene i styringsmodell for innføring Skape forutsigbarhet gjennom tidlig og tydelig kommunikasjon.	Moderat	Høy

R6	Manglende styringsmekanismer i programmet til å håndtere avhengigheter på tvers av andre programmer og strategiske initiativ	Avdekke slike avhengigheter. Etablere avtaler, felles planer, rutiner og møtearenaer for å håndtere avhengighetene.	Lav	Moderat
R7	Manglende kapasitet og ressurser i programmet fører til forsinkelse	Tidlig avklaring av behov for kompetanse og kapasitet. Prioritering av interne ressurser. Rekruttere for varig økte behov. Innleie av konsulenter for spesialkompetanse og avlastning ved aktivitets-topper. Gjøre det attraktivt å jobbe i programmet.	Lav	Moderat
R8	Uklar ansvarsdeling og mandat mellom aktørene i styringsmodellen for program pasientens legemiddelliste fører til forsinkelser	Tydlig mandat og beskrivelse av roller og ansvar. Tydeliggjøring av ansvarsdeling mellom Norsk helsenett SF og Direktoratet for E-helse. Utarbeide felles beslutningsunderlag på tvers av aktørene.	Moderat	Høy
R9	Helseplattformen blir ikke innført hos tilstrekkelig antall aktører i helsetjenesten i Midt-Norge	Helseplattformen har mobilisert aktørene i Midt-Norge og har planer for innføring. Skulle risikoen slå til må det etableres et eget innføringsprosjekt for Pasientens legemiddelliste i Midt-Norge som dekker alle HF-områder.	Moderat	Moderat
R10	Ibruktakelse av sentral forskrivningsmodul går saktere enn planlagt og medfører forsinkelser	Tidlig utprøving. Tett dialog med leverandører og brukere. Forutsigbar finansiering for pleie- og omsorgstjenesten reduserer risikoen, men uavklart finansiering for sykehus og fastleger øker risikoen.	Moderat	Høy
R11	Pasientens legemiddelliste innføres ikke hos mange fastleger tidsnok	Tidlig utprøving, tett dialog og kontinuerlig forbedring. God funksjonalitet i EPJ/sentral forskrivningsmodul. Kompensasjon til fastleger for opprettelse av første legemiddelliste. Frikjøp av fastlegeambassadører. Tidlig og tydelig informasjon vil kunne skape forutsigbarhet.	Moderat	Høy

R12	Pasientens legemiddelliste innføres ikke i mange nok kommuner for å realisere nytte	Tidlig utprøving, tett dialog og kontinuerlig forbedring. Sentral forskrivningsmodul etableres for pleie- og omsorgstjenesten. God funksjonalitet i EPJ/Kurve. Tidlig og tydelig informasjon vil kunne skape forutsigbarhet.	Moderat	Høy
R13	Pasientens legemiddelliste innføres ikke i mange nok sykehus for å realisere nytte	Tidlig utprøving, tett dialog og kontinuerlig forbedring. God funksjonalitet i EPJ/Kurve. Intensjonsavtaler. Oppdrag i foretaksprotokoll. Tidlig og tydelig informasjon vil kunne skape forutsigbarhet.	Moderat	Høy

3.2.2.2 Muligheter

Figur 13 viser overordnet mulighetsbilde for program pasientens legemiddelliste forutsatt gjennomføring som beskrevet i dette styringsdokumentet.

Sannsynlighet	Svært høy					
	Høy					
	Moderat			M1	M2 M6	M3
	Lav				M4 M5	
	Meget lav					
Mulighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Fordelaktig	Svært fordelaktig
Konsekvens						

Figur 13 Overordnet mulighetsbilde for program pasientens legemiddelliste

Tabell 23 Tabell 21 Mulighetsvurdering av program digital samhandling beskriver muligheter med tilhørende tiltak for å håndtere de. Mulighetsvurderingen forutsetter gjennomførte planer og tiltak slik det er beskrevet i kapittel 2 prosjektstrategi.

Tabell 23 Mulighetsvurdering av program pasientens legemiddelliste

#	Mulighetsbeskrivelse	Tiltak	S	K
M1	Flere aktører tar i bruk pasientens legemiddelliste enn forutsatt i planer og estimater	<p>Utnytte fleksibiliteten i gjennomføringsmodellen og evne å tilpasse planer ved endrede forutsetninger og nye muligheter som oppstår.</p> <p>Lære av erfaringer og bygge videre på etablerte prosesser og strukturer og prosesser i steg 1 for å sikre fart og kontinuitet.</p> <p>Ha tydelige styringslinjer som gjør at beslutninger kan fattes effektivt.</p>	Moderat	Moderat
M2	Mindre omfattende innføring enn forutsatt i planer vil kunne bidra til å forserer tidslinjen ved at innføringen skjer raskere eller mer ressurseffektivt	<p>God koordinering og avstemming av ulike innføringsløp iht sektorens kapasitet.</p> <p>Tett dialog med sektoren og målrettet kommunikasjons- og opplæringsmateriell.</p> <p>Sikre at løsninger er så gode at aktører selv vil ønske å ta den i bruk.</p> <p>Lære av erfaringer og bygge videre på etablerte prosesser og strukturer.</p>	Moderat	Fordelaktig
M3	Avdekker større nytte enn forutsatt i planer	<p>Kontinuerlig fokus på nyttestyring, herunder identifisere nye gevinster eller avdekke høyere gevinster, f.eks pasientsikkerhet, ibruktagelse.</p> <p>Ta i bruk virkemidler som er beskrevet i kapittel 2.4.8.1.</p>	Moderat	Svært fordelaktig
M4	Økt produktivitet og lavere ressurskostnad enn forutsatt i planer og estimater	<p>Dialog mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF om timepriser.</p> <p>Profesjonelle og attraktive anskaffelsesprosesser.</p> <p>Redusere bruk av konsulenter.</p>	Lav	Fordelaktig
M5	Merarbeid hos fastleger blir mindre enn antatt ifbm initieell opprettelse av pasientens legemiddelliste	<p>Ta i bruk virkemidler som er beskrevet i kap 2.4.8.1.</p> <p>Tilrettelegge for god erfaringsoverføring, opplæring og dele beste praksis.</p>	Lav	Fordelaktig
M6	Ny teknologi blir tilgjengelig og kan tas i bruk	<p>Følge med på teknologiutviklingen og teknologivalg for å være forberedt, utnytte mulighetene i ny teknologi og tilpasse innføringen i område for område.</p>	Moderat	Fordelaktig

		Være smidige og utnytte fleksibiliteten i gjennomføringsmodellen.		
--	--	---	--	--

3.3 Arbeidsnedbrytningsstruktur

I dette delkapittelet beskrives foreløpige skisser til arbeidsnedbrytningsstruktur for program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.

3.3.1 Program digital samhandling

Program digital samhandling vil være ansvarlig for gjennomføringen av samhandlingsområdene dokumentdeling, kritisk informasjon, datadeling for digital hjemmeoppfølging og forprosjekt for steg 3. Arbeidsomfanget er delt opp i en arbeidsnedbrytningsstruktur som beskriver aktiviteter knyttet til hvert av samhandlingsområdene og forprosjekt steg 3. Programmet vil være ansvarlig for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter og virksomhetene i sektoren vil være ansvarlig for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter. Kostnadsestimatene er fordelt etter denne strukturen, slik at det skal være mulig å spore faktiske kostnader tilbake til estimeringen i gjennomføringen.

Overordnet arbeidsnedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringskostnader for program digital samhandling er illustrert i Figur 14.

Program digital samhandling				
Programaktiviteter	Dokumentdeling	Kritisk informasjon	Datadeling for DHO	Forberedelse steg 3
Programledelse	Avklare samarbeidsområder	Normeringsaktiviteter	Normeringsaktiviteter og informasjonsmodell	Prosjektledelse
	Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	Utviklingsaktiviteter og tilpasninger	
	Innføringsaktiviteter	Innføringsaktiviteter		

Figur 14 Skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter for program digital samhandling

Overordnet arbeidsnedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringskostnadene for er illustrert i Figur 15.

Lokal innføring	
Dokumentdeling	Kritisk informasjon
Begrenset bredding	Lokal og regional prosjektledelse
Opplæring og tilrettelegging	Begrenset bredding
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	Opplæring og tilrettelegging
	Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser

Figur 15 Skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter

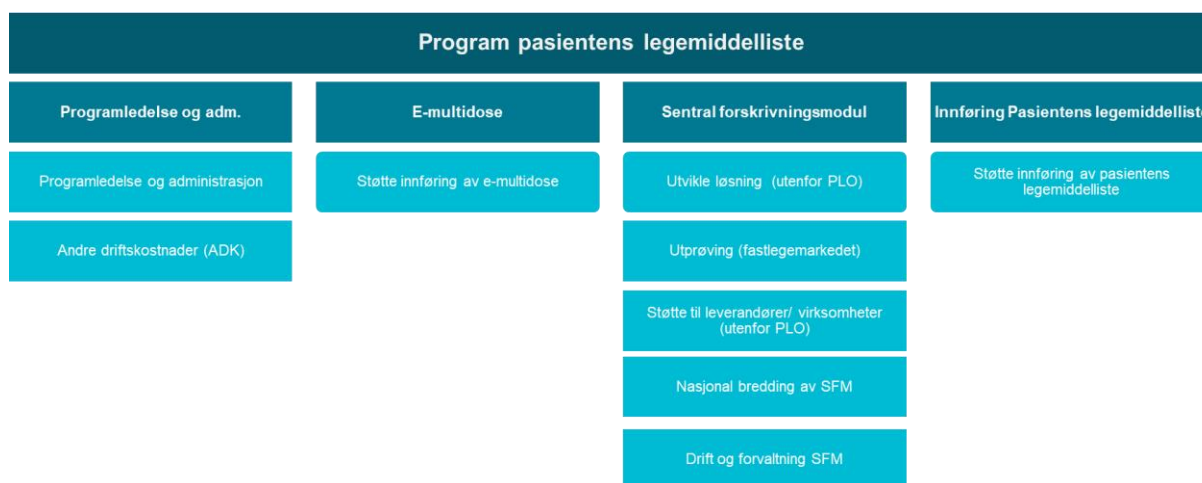
3.3.2 Program pasientens legemiddelliste

Program pasientens legemiddelliste vil være ansvarlig for gjennomføringen av pasientens legemiddelliste. Programmet vil ha to hovedoppgaver:

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

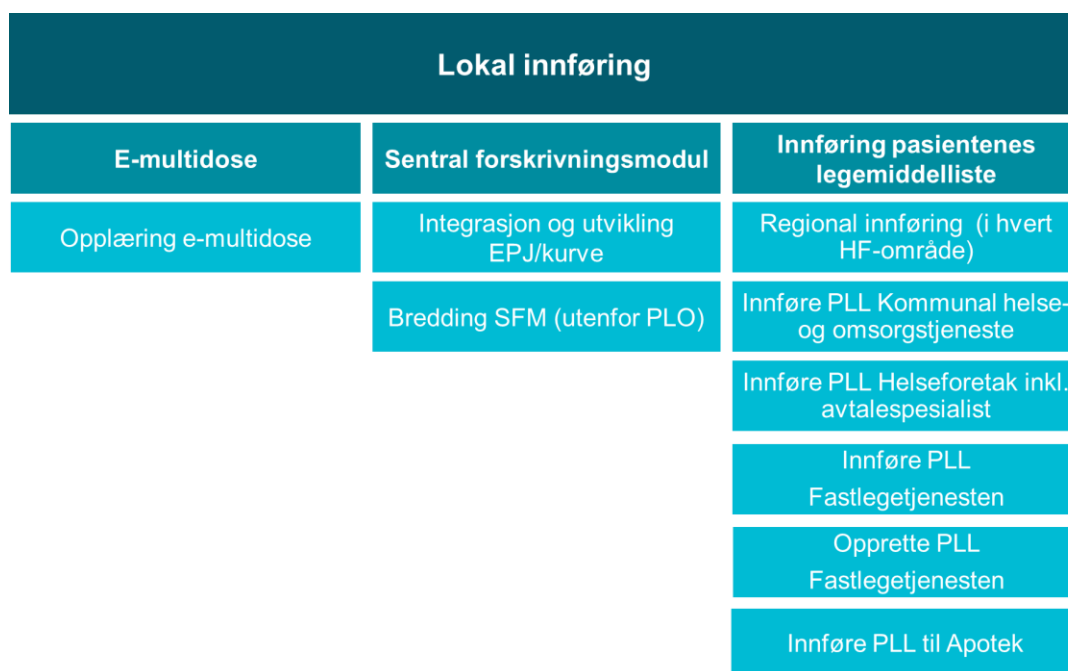
Programmet vil være ansvarlig for sentrale utviklingsaktiviteter og virksomhetene i sektoren vil være ansvarlig for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter. Kostnadsestimatene er fordelt etter denne strukturen, slik at det skal være mulig å spore faktiske kostnader tilbake til estimeringen i gjennomføringen.

Figur 16 gir en overordnet skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter i program pasientens legemiddelliste.



Figur 16 Skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter for program pasientens legemiddelliste.

Figur 17 gir en overordnet skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter i program pasientens legemiddelliste.



Figur 17 Skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter

3.4 Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan

I dette kapitlet presenteres investeringskostnadene uten neddiskontering, inkludert merverdiavgift for både grunnkalkyle, basisestimat, P50 og P85⁶ for de to programmene. Kostnadene er estimert basert på erfaringstall fra referanseprosjekter, samt estimater for arbeidsomfang for ulike kostnadskomponenter. Vedlegg E Kostnadsestimering redegjør for detaljerte forutsetninger for kostnadsestimatene, samt kostnadene lagt ut i tid og brutt ned på hvert enkelt underelement i arbeidsnedbrytningsstrukturen.

På oppdrag fra Direktoratet for e-helse har A-2 Norge gjennomført en usikkerhetsanalyse, se Vedlegg F 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). I tillegg er forventningsverdien estimert.

Vedlegg E Kostnadsestimater redegjør nærmere for kostnadsestimatenes nedbryting.

⁶ 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.

3.4.1 Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for program digital samhandling

Kostnadsrammen for programmet digital samhandling inkluderer kostnader til programledelse, videre dokumentdeling via kjernejournal, deling av kritisk informasjon via kjernejournal, datadeling for digital hjemmeoppfølging og forberedelser til steg 3, inkludert forprosjekt for steg 3.

- Kostnadsrammen for program digital samhandling settes til 1 422 millioner kroner (inkl. mva.), som tilsvarer P85.
- Styringsrammen for program digital samhandling settes til 1 123 millioner kroner (inkl. mva.), som tilsvarer P50.

Tabell 24 Kostnadsestimat for program digital samhandling med tilhørende lokale innføringsaktiviteter.

Kostnadsestimat	Hele tiltaket	Prioritert løsning	Kuttliste
Basisestimat¹	965	684	281
P50²	1 123	782	338
Forventningsverdi	1 153	802	351
P85³	1 422	989	453
Standardavvik	23 %	23%	28%
Sannsynlighet for basis	p25	p28	p26

Investeringsperiode er 2023-2027.

¹⁾ Basisestimat = grunnkalkyle + uspesifisert.

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

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

Tabell 25 Årlige drifts- og forvaltningskostnadene i programperioden for program digital samhandling, og årlig fra 2029.⁷

Kostnadsestimat	Beløp (Millioner 2021-kroner, eksklusiv mva., ikke nåverdijustert)							
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	SUM	2029→
Årlige drift og forvaltningskostnader	0	0	16	32	56	83	187	97

⁷ Analyseperioden er satt til 20 år.

3.4.1.1 Usikkerhet i kostnadsestimatet for program digital samhandling

Usikkerhetsanalysen viser at forventet tillegg er estimert til 158 millioner kroner og usikkerhetsavsetningen er estimert til 300 millioner kroner inkludert mva. Dette gir et P50-estimat på 1 123 millioner kroner, og et P85-estimat på 1 422 millioner kroner.

De viktigste driverne, som i størst grad bidrar til usikkerheten i kostnadsestimatet, er:

- **Aktører, interessenter og leverandører:** Ulike aktører og interessenter som skal ta i bruk løsningene vil kunne påvirke fremdrift, løsninger og grensesnitt i programmene. Dette kan gi et mer positivt utfall enn forventet, men det kan også innebære et mer negativt utfall med forsinkelser og høyere kostnader, avhengig av blant annet virksomhetenes evne og vilje til å innføre løsningene. Tjenesteleverandørenes evne til å inkorporere løsninger, samt ressurstilgang og kompetanse i markedet er også beheftet med usikkerhet og kan medføre økte kostnader.
- **Program- og leveransestyring:** Investeringskostnadene vil påvirkes av ledelse og eierstyring. Uklare ansvars- og rollefordelinger mellom de ulike aktørene kan bidra til å påvirke både fremdrift og kostnader. Fremdrift og kostnader vil også påvirkes av eiers evne til å ta riktige beslutninger til riktig tid. Sterk eierstyring, prosjektstyring og tydelige ansvarsområder er en forutsetning for en vellykket gjennomføring og kan gi muligheter for kostnadsbesparelser.
- **Modenhet i underlag og løsninger:** Prosjektunderlagets detaljeringsnivå og modenhet er en annen sentral kilde til usikkerhet. Basert på tidligere erfaringer vil det være en differanse mellom endelige leveranser og leveransene slik de er beskrevet i dag. Det er for eksempel usikkert hvilke samarbeidsområder som blir etablert i forbindelse med nasjonal bredding av dokumentdeling.

3.4.2 Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for program pasientens legemiddelliste

Kostnadsrammen for program pasientens legemiddelliste inkluderer kostnader til programledelse, videre innføring av e-multidose, bredding av sentral forskrivningsmodul og innføring av pasientens legemiddelliste.

- Kostnadsrammen for program pasientens legemiddelliste settes til 1 663 millioner kroner (inkl. mva.), som tilsvarer P85.
- Styringsrammen for i program pasientens legemiddelliste settes til 1 515 millioner kroner (inkl. mva.), som tilsvarer P50.

Tabell 26 Kostnadsestimat for pasientens legemiddelliste

Kostnadsestimat	Hele tiltaket	Prioritert løsning	Kuttliste
Basisestimat¹	1 302	1 215	87
P50²	1 515	1 406	108
Forventningsverdi	1 538	1 428	111
P85³	1 791	1 663	135
Standardavvik	16 %	16 %	21 %

Sannsynlighet for basis	p18	p19	p15
--------------------------------	-----	-----	-----

Investeringsperiode er 2023-2028.

¹⁾ Basisestimat = grunnkalkyle + uspesifisert.

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

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

Tabell 27 Årlige drifts- og forvaltningskostnadene i programperioden for program pasientens legemiddelliste, og årlig fra 2029.⁸

Kostnadsestimat	Beløp (Millioner 2021-kroner, eksklusiv mva., ikke nåverdijustert)							
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	SUM	2029→
Årlige drift og forvaltningskostnader	0	0	4	6	8	10	27	10

3.4.2.1 Drivere til usikkerhet i kostnadsestimatene i pasientens legemiddelliste

Usikkerhetsanalysen viser at forventet tillegg er estimert til 213 millioner kroner og usikkerhetsavsetningen er estimert til 276 millioner kroner inkludert mva. Dette gir et P50-estimat på 1 515 millioner kroner, og et P85-estimat på 1 791 millioner kroner.

De viktigste driverne til usikkerheten, som i størst grad bidrar til usikkerheten i kostnadsestimatet er:

- Aktører, interessenter og leverandører: se kapitel 3.4.1.1 for beskrivelse.
- Innføring pasientens legemiddelliste - Områdeprosjekt: Det vil være et stort antall områdeprosjekter og estimatene for kostnadene knyttet til disse er usikre.
- Modenhet i underlag og løsninger: se kapitel 3.4.1.1 for beskrivelse.

3.5 Gevinstrealiseringsplan

Det er gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av hele steg 2 (Vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse). Gevinstene er beskrevet i programmene gevinstrealiseringsplaner (Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner).

Arbeidet med endring og gevinstrealisering skal sikre at nødvendige endringer oppstår og iverksettes slik at gevinster faktisk kan realiseres og hentes ut.

3.5.1 Gevinstrealiseringsplaner for programmene

Gevinstrealiseringsplanene er detaljert ut i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner. Dette beskriver hvordan gevinster i program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste skal måles og følges opp. Programmene bør operasjonalisere planen på en

⁸ Analyseperioden er satt til 20 år.

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 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

3.5.2 Gevinster av program digital samhandling

De tre samhandlingsområdene dokumentdeling, kritisk informasjon og digital hjemmeoppfølging er beregnet å ha positive nyttevirkninger for samfunnet. Dette er beskrevet i den samfunnsøkonomiske analysen i Vedlegg C samfunnsøkonomisk analyse. Basert på virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen er det definert fire gevinster av de tre samhandlingsområdene. De fire gevinstene er:

- Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov
- Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten
- Økt innovasjon og tjenesteutvikling i virksomhetene og i Norsk helsenett SF, gjennom et bedre fungerende marked, i virksomhetene og i Norsk helsenett SF.

Disse er ytterligere beskrevet i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

3.5.2.1 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 28 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 D Gevinstrealiseringsplaner.

Tabell 28 Prioritering av gevinster i program digital samhandling, og hvem som får nytte av gevinstene

Gevinst	Prioritet i gevinstarbeidet	Hvem kan få nytte av gevinsten?
Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon	1	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov	2	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten	3	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked	4	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjenesten Leverandører Samfunnet

3.5.3 Gevinster av program pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste er beregnet å ha positive nyttevirksomheter for samfunnet. Dette er dokumentert i den samfunnsøkonomiske analysen i Vedlegg C Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. Basert på virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen er det definert tre gevinster av pasientens legemiddelliste. De tre gevinstene er:

- Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov
- Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten

Disse er ytterligere beskrevet i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

3.5.3.1 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 29 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 D Gevinstrealiseringsplaner.

Tabell 29 Prioritering av gevinster i program pasientens legemiddelliste, og hvem som får nytte av gevinstene

Gevinst	Prioritet i gevinstarbeidet	Hvem kan få nytte av gevinsten?
Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon	1	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov	2	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten	3	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet

3.6 Fremdriftsplan

Fremdriftsplanen tar utgangspunkt i overordnet plan for gjennomføring som ble beskrevet i kapittel 2.2.1. I tabellene under fremkommer de mest sentrale leveransene og milepælene i perioden 2023-2027. Planen oppdateres i tråd med evaluerings- og beslutningspunkter.

3.6.1 Program digital samhandling

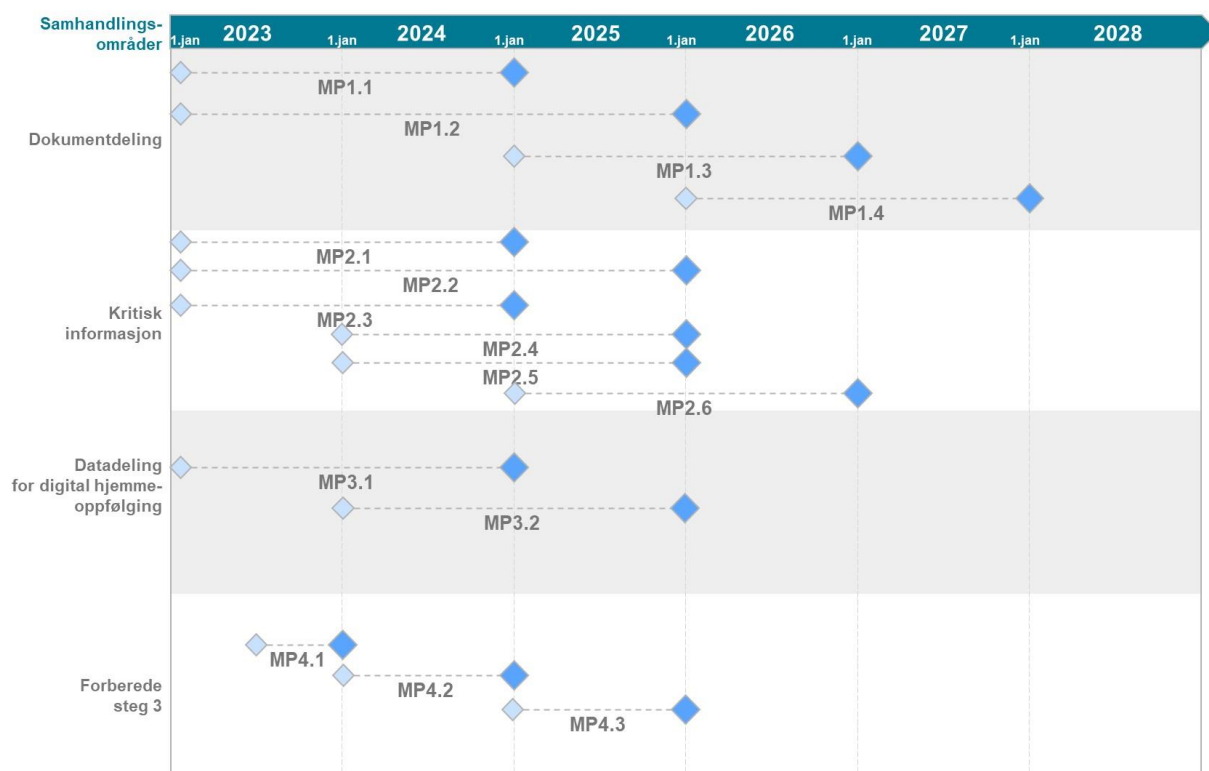
Tabell 30 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringen av program digital samhandling. Årstallene i tabellen indikerer når leveransen løper fra og når leveransen er planlagt ferdigstilt.⁹

⁹ Oversikten tar utgangspunkt i hele år, for eksempel vil til 2026 bety at det er ferdigstilt innen 31.12.2026.

Tabell 30 Fremdriftsplan for program digital samhandling.

Samhandlingsområde	ID	Milepæler	År (fra - til)
Dokumentdeling	MP1.1	Helseforetakene deler dokumenter via kjernejournal	2023 – 2024
	MP1.2	Det er avklart hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og hvilke typer dokumenter som skal deles	2023 - 2025
	MP1.3	Avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD har prøvd ut deling av dokumenter	2025 – 2026
	MP1.4	Avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD deler dokumenter via kjernejournal	2026 – 2027
Kritisk informasjon	MP2.1	Helseforetakene har prøvd ut API for kritisk informasjon	2023 – 2024
	MP2.2	Helseforetakene har innført API for kritisk informasjon	2023 – 2025
	MP2.3	Fastleger og avtalespesialister har prøvd ut API for kritisk informasjon	2023 – 2024
	MP2.4	Fastleger og avtalespesialister har innført API for kritisk informasjon	2024 – 2025
	MP2.5	Sykehjem og ØHD/KAD har prøvd ut API for kritisk informasjon	2024 – 2025
	MP2.6	Sykehjem og ØHD/KAD har innført API for kritisk informasjon	2025 - 2026
Datadeling for digital hjemmeoppfølging	MP3.1	Tjenester for datadeling er utviklet for å også dekke behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	2023 – 2024
	MP3.2	Tjenestene for datadeling er videreutviklet til å håndtere større grad av strukturert informasjon	2024 – 2025
Forberede steg 3	MP4.1	Forprosjekt for steg 3 er forberedt	2023 - 2023
	MP4.2	Forprosjekt for steg 3 er gjennomført	2024 – 2024
	MP4.3	Gjennomført ytterligere forberedelser for oppstart av steg 3	2025 - 2025

Figur 18 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringen av program digital samhandling presentert i en tidslinje.



Figur 18 Milepæler for de mest sentrale leveransene i program digital samhandling

Milepælsoversikten vil bearbeides ytterligere i 2022 De leveransene som er nærmest i tid vil detaljeres og planlegges, mens leveranser som ligger lengre ut i tid er mindre detaljert.

3.6.2 Program pasientens legemiddelliste

Tabell 31 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringen av program pasientens legemiddelliste. Årstallene i tabellen indikerer når leveransen løper fra og når leveransen er planlagt ferdigstilt.¹⁰

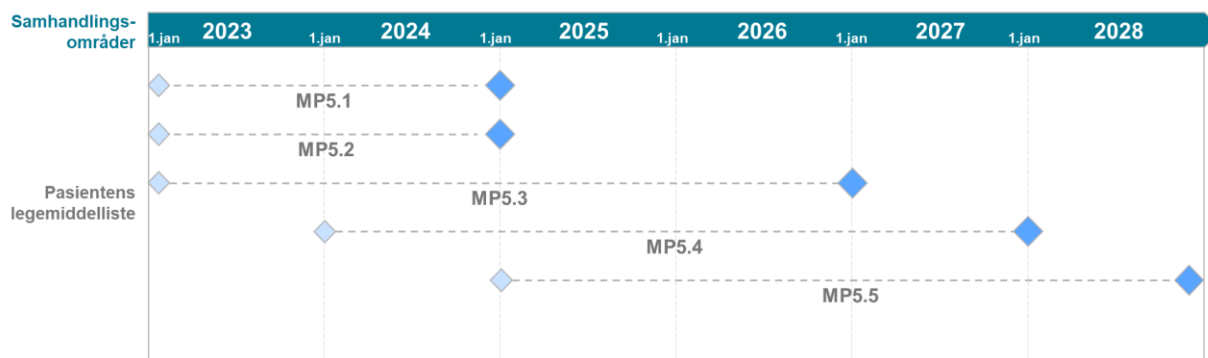
Tabell 31 Fremdriftsplan for pasientens legemiddelliste

Samhandlingsområde	ID	Milepæler	År (fra - til)
Pasientens legemiddelliste	MP5.1	E-multidose er innført hos fastleger i løpet av 2024	2023 - 2024
	MP5.2	Pasientens legemiddelliste er innført i område 1	2023 - 2024
	MP5.3	Pasientens legemiddelliste er innført i område 2-5	2023 - 2026
	MP5.4	Pasientens legemiddelliste er innført i område 6-14	2024 - 2027

¹⁰ Oversikten tar utgangspunkt i hele år, for eksempel vil til 2026 bety at det er ferdigstilt innen 31.12.2026.

Samhandlingsområde	ID	Milepæler	År (fra - til)
	MP5.5	Pasientens legemiddelliste er innført i område 15-16	2025 - 2028

Figur 19 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringen av program digital samhandling presentert i en tidslinje.



Figur 19 Milepæler de mest sentrale leveransene i pasientens legemiddelliste

Milepælsoversikten vil bearbeides ytterligere i 2022. De leveransene som er nærmest i tid vil detaljeres og planlegges, mens leveranser som ligger lengre ut i tid er mindre detaljert.

3.7 Kvalitetssikring

Begge programmene 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. Programmene 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 leveransestrømmene kan benytte prosesser for et sikkert og kontrollert gjennomføringsløp og at løsningene som produseres 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 kvalitetssikringsgjennomgang som programmet setter selv eller som programmet er underlagt gjennom krav som settes i Direktoratet for e-helse. 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.

3.7.1 Kvalitetssikringsområder

Programmene skal fokusere på områdene forretningsverdi, prosesskvalitet og produktkvalitet:

- *Forretningsverdi:* Sikre at programmene 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 leveransestrømmene.
- *Produktkvalitet:* Sikre at leveransene oppfyller løsnings-spesifikasjon 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 alle nivåer i programmene. Følgende fem prinsipper legges til grunn for de to programmene:

- **Uavhengighet i kvalitetssikringen**

Kvalitetssikring skal gjennomføres av uavhengige og objektive parter som ikke har direkte tilknytning til programmene eller påvirkning på programmenes leveranser.

- **Integrert del av programmene**

Kvalitetssikring skal være en integrert del av programmene gjennom planer som indikerer til hvilken tid programmene skal planlegge, koordinere og gjennomføre kvalitetssikringsaktiviteter for å sikre tilfredsstillende produktkvalitet, lønnsomhet og at programmene er innenfor avtalte kostnadsrammer, samt for å kunne støtte beslutningsprosesser.

- **Kvalitetssikringen skal knyttes til kontrollpunkter i programmene**

Kvalitetssikringsaktiviteter skal knyttes til evaluerings- og beslutningspunktene i programmene og til de rapporteringene 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**

Programmene skal håndtere resultater fra kvalitetssikringsaktivitetene på en effektiv og konsistent måte for å sikre at nødvendige tiltak iverksettes, og ved behov eskaleres til programstyrene.

3.7.3 Ekstern kvalitetssikring

Forprosjekt for steg 3 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.

Programmene må legge til rette for at eksterne kvalitetssikrere effektivt får tilgang til nødvendig grunnlag for å utføre sine kvalitetssikringsgjennomganger.

4 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Den samfunnsøkonomiske analysen viser at samhandlingsområdene i steg 2 er samfunnsøkonomisk lønnsomt, med en netto nåverdi på 2 841 millioner kroner inkludert den prissatte nytten av bedre helse. I tillegg har steg 2 en rekke ikke-prissatte virkninger. Flere av disse er vurdert til å ha stor verdi for samfunnet og vil bidra til å styrke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten i steg 2.

Prissatte kostnader inkluderer investeringskostnader, og kostnader til drift og forvaltning. I tillegg er det lagt på en skattefinansieringskostnad på 20 prosent for alle kostnader som belastes offentlige budsjetter. De sentrale kostnadene består i hovedsak av kostnader knyttet til innføringsaktiviteter i sektoren, supplert med noe utprøving- og utviklingskostnader.

4.1 Program digital samhandling

Dokumentdeling fra helseforetakene medfører kostnader for helseforetakene, mens kommunehelsetjenestene får mesteparten av nytten. Dette gjelder særlig legevakt, ØHD/KAD, sykehjem og hjemmetjenesten. Erfaringene fra utprøvingen viser at disse aktørene opplever betydelige tidsgevinster gjennom redusert tidsbruk på pasienter som skrives ut fra sykehus for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten. Enklere og raskere tilgang på relevant informasjon øker kvaliteten ved at riktig behandling kan settes i gang tidligere. Bedre informasjonstilgang vil gi behandlerne større trygghet for at de gir riktig behandling. Dette er en ikke-prissatt virkning som er vesentlig for helsepersonell. Pasientene vil få den største nytten, både i form av bedre kvalitet, redusert risiko for feilbehandling, reinnleggelse og endret behandling etter de første dagene etter overføring fra spesialisthelsetjenesten til annet sted i behandlingsskjeden.

Kritisk informasjon har en kostnadsside, men nyttesiden er ikke prissatt i full grad, da det kun er beregnet prissatt nytte av bedre helse. Nyttens av kritisk informasjon er tidsbesparelser, kvalitet og helsegevinster for den delen av befolkningen som har kritisk informasjon lagret om seg. Utfordringen med verdsettingen er at deler av nytten realiseres gjennom dokumentdeling. Nyttens av kritisk informasjon er derfor kun behandlet som en ikke prissatt virkning, med unntak av økonomiske helsegevinster.

Nyttens av datadeling for digital hjemmeoppfølging er heller ikke prissatt. Datadeling retter seg mot en markedssvikt og vil generere nytte i form av økt gevinstrealisering av pågående og nye tiltak under velferdsprogrammet. Barrierene og kostnadene knyttet til digital hjemmeoppfølging vil reduseres, og med dette forventes det økt utbredelse.

4.2 Program pasientens legemiddelliste

Ved at flere får tilgang til en felles legemiddelliste med korrekte opplysninger over pasientens legemiddelbruk sammenlignet med nullalternativet, vil pasientens legemiddelliste kunne gi riktigere ordinasjon og administrasjon av legemidler, og dermed redusere sannsynligheten for feilbehandling.

Det er forventet at pasientens legemiddelliste vil øke kvaliteten på legemiddellistene, og at antall legemiddellister som inneholder feil og/eller mangler reduseres. Dette vil kunne gi riktigere ordinasjon av legemidler, og påfølgende bedre helse og reduserte samfunnskostnader. Tiden helsepersonell bruker på å samstemme vil reduseres.

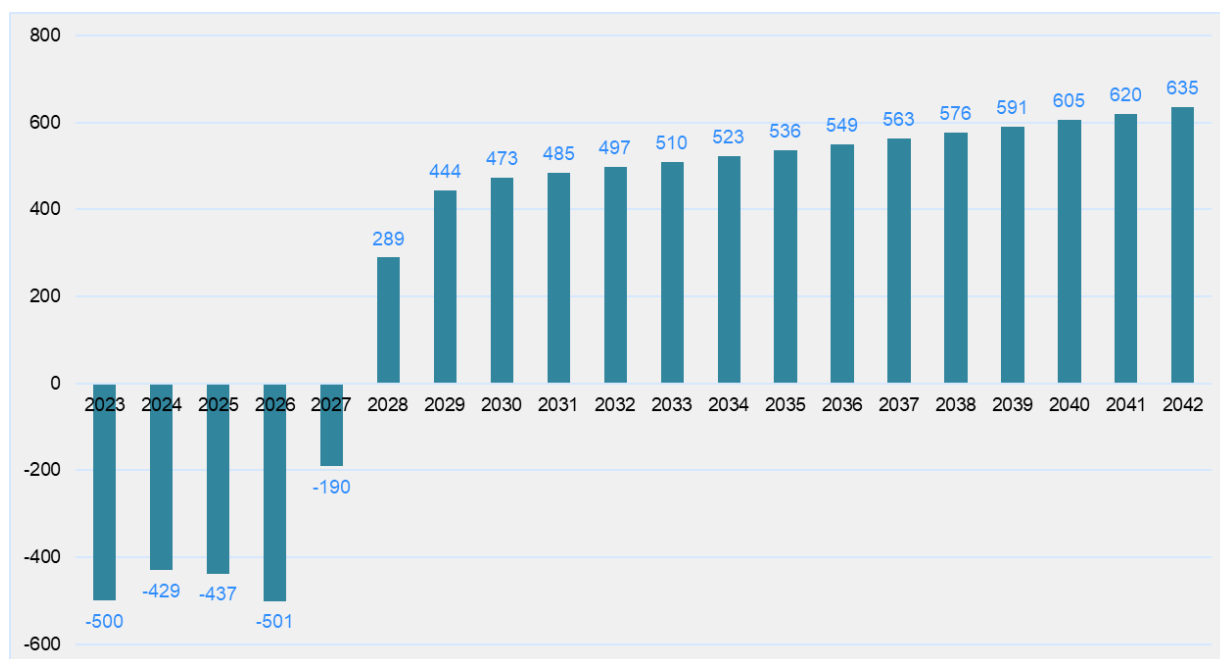
4.3 Samlet netto nåverdi for steg 2

Tabell 32 gir en oversikt over netto nåverdi for steg 2. For pasientens legemiddelliste og dokumentdeling er nytten prissatt, mens kostnadene for samtlige tiltak er inkludert i de prissatte virkningene.

Tabell 32 Netto nåverdi steg 2 (i millioner, 2021-kr)

Prissatte virkninger	Netto nåverdi mill. 2021-kr
Investeringskostnader	-2 120
Drift- og forvaltningskostnader	-1 127
Frigjort tid for helsepersonell	3 390
Færre uønskete hendelser som skyldes feil eller manglende informasjon	2 502
Skattefinansieringskostnad	196
Netto nåverdi	2 841

Figur 20 viser hvordan kostnader og nytte fases inn gjennom analyseperioden.



Figur 20 Fordeling av kostnader og nytte gjennom analyseperioden

Tabell 33 gir en oversikt over de vesentligste ikke-prissatte virkningene med beskrivelse. Samtlige ikke-prissatte virkninger er positive og bidrar til å styrke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten. Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse for en nærmere vurdering av ikke-prissatt nytte.

Tabell 33 Ikke-prissatte virkninger av steg 2

Ikke-prissatte nyttevirkninger	Beskrivelse:
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten	Ved at innbyggerne møter et mer koordinert helse- og omsorgstjenester, kan dette bidra til økt tilfredshet med tjenestene blant innbyggere og kan øke tilliten til tjenestene
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked	Datadeling for digital hjemmeoppfølging vil støtte enklere deling av data fra velferdsteknologi, som legger for til rette for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste gjennom tilretteleggelse i markedet. Tilretteleggelse i markedet vil også bidra til økt ibruktagelse og innovasjon.
Bedre ivaretagelse av personvern	Tilrettelagt deling av informasjon gjennom trygge kanaler skaper en bedre ivaretagelse av personvern.
Innbyggeren blir i mindre grad være bærer av egen informasjon	Innbyggere og pårørende blir i mindre grad bærer av egen informasjon, da den blir lettere tilgjengelig på tvers av tjenester. Dette vil spesielt gi nytte til innbyggere med komplekse sykdomsbilder.
Beslutningsstøtte gir økt trygghet blant behandlere i helse- og omsorgstjenester	Økt beslutningsstøtte grunnet bedre tilgjengelig informasjon om pasienter vil gi en økt trygghet for ansatte i helse- og omsorgstjenester.

5 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Arbeidsmarkedet frem mot 2035, Statistisk sentral byrå (2019).*
2. **Regjeringen.no.** *Hurdalsplattformen.* 2021.
3. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
4. —. *Sentralt styringsdokument - Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning .* 2020.
5. **Finansdepartementet.** *Finansdepartementet/Concept (2010), Nullalternativet – Veileder nr. 8 Kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjektalternativ.*
6. —. Rundskriv R-108/19. 2019.
7. **Digitaliseringsdirektoratet.** <https://www.digdir.no/>. *Rammeverk for digital samhandling.* [Internett] [Sitert: 26 November 2021.] <https://www.digdir.no/samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>.
8. **Digitliseringsdirektoratet.** [digdir.no/samhandling](https://www.digdir.no/samhandling). *Rammeverk for digital samhandling.* [Internett] [Sitert: 26 november 2021.] <https://www.digdir.no/samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>.
9. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld St 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.* Oktober 2019.

6 Figurliste

Figur 1 Oversikt over hvilke informasjonstjenester i målbilde for helhetlig samhandling steg 2 er med på å realisere (de grønne)	16
Figur 2 Målhierarki for steg 2.2.1	
Figur 3 Overordnet gjennomføringsplan for steg 2	36
Figur 4 Gjennomføringsmodell for steg 2	38
Figur 5 Evaluerings- og beslutningspunkter	39
Figur 6 Gjennomføring av steg 2	40
Figur 7 Operasjonell styringsmodell for program digital samhandling	49
Figur 8 Overordnet organisering av Pasientens legemiddelliste	50
Figur 9 Overordnet styring av forprosjekt steg 3 og bruk av nasjonal styringsmodell	58
Figur 10 Overordnet risikobilde for program digital samhandling	77
Figur 11 Overordnet mulighetsbilde for program digital samhandling	80
Figur 12 Overordnet risikobildet for program pasientens legemiddelliste	81
Figur 13 Overordnet mulighetsbilde for program pasientens legemiddelliste	84
Figur 14 Skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter for program digital samhandling	86
Figur 15 Skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter	86
Figur 16 Skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter for program pasientens legemiddelliste	87
Figur 17 Skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter	88
Figur 18 Milepæler for de mest sentrale leveransene i program digital samhandling	96
Figur 19 Milepæler de mest sentrale leveransene i pasientens legemiddelliste	97
Figur 20 Kostnader og nytte gjennom analyseperioden	Feil! Bokmerke er ikke definert.

7 Tabelliste

Tabell 1 Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål	12
Tabell 2 Krav utledet av andre viktige behov	13
Tabell 3 Sentrale Interessenter	17
Tabell 4 Kritiske suksessfaktorer for steg 2	22
Tabell 5 Føringer for forprosjektet fra Helse- og omsorgsdepartementet	23
Tabell 6 Organisatoriske grensesnitt for steg 2	30
Tabell 7 Tekniske grensesnitt for steg 2	32
Tabell 8 Kommersielle grensesnitt for steg 2	33
Tabell 9 Prinsipper for gjennomføringsstrategi i steg 2	37
Tabell 10 Anbefalt kontraktstrategi for anskaffelsesområdene for steg 2	47
Tabell 11 Anbefalt kontraktstrategi for anskaffelsesområdene for steg 2	47
Tabell 12 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program digital samhandling	52
Tabell 13 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program pasientens legemiddelliste	55
Tabell 14 Roller og ansvar i usikkerhetsstyringen	64
Tabell 15 Skala for sannsynlighetsvurderinger for både risiko og muligheter	75
Tabell 16 Skala for konsekvensvurdering for risiko	76
Tabell 17 Skala for konsekvensvurdering for muligheter	76
Tabell 18 Risikovurdering for program digital samhandling og tiltak	77
Tabell 19 Mulighetsvurdering av program digital samhandling	80
Tabell 20 Risikovurdering og risikoreduserende tiltak for program pasientens legemiddelliste	82
Tabell 21 Mulighetsvurdering av program pasientens legemiddelliste	85
Tabell 22 Kostnadsestimat for program digital samhandling med tilhørende lokale innføringsaktiviteter. Feil! Bokmerke er ikke definert.	
Tabell 23 Årlige drifts- og forvaltningskostnadene i programperioden for program digital samhandling, og årlig fra 2029.	89
Tabell 24 Kostnadsestimat for pasientens legemiddelliste Feil! Bokmerke er ikke definert.	
Tabell 25 Årlige drifts- og forvaltningskostnadene i programperioden for program pasientens legemiddelliste, og årlig fra 2029.	91
Tabell 26 Prioritering av gevinster i program digital samhandling, og hvem som får nytte av gevinstene	93
Tabell 27 Prioritering av gevinster i program pasientens legemiddelliste, og hvem som får nytte av gevinstene	94
Tabell 28 Fremdriftsplan for program digital samhandling.	95

Tabell 29 Fremdriftsplan for pasientens legemiddelliste 96

Tabell 30 Netto nåverdi steg 2. 100

Tabell 31 Ikke-prissatte virkninger av steg 2101

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no