



Direktoratet for
e-helse

Utforming av en helseteknologiordning

Utredning på oppdrag fra Helse- og
omsorgsdepartementet

Versjon 1.01



IE-1110

Publikasjonens tittel:

Utforming av en helseteknologiordning

Rapportnummer

IE-1110

Utgitt:

12/2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130
OSLO

Besøksadresse:

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

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

Innhold.....	3
SAMMENDRAG	5
1 INNLEDNING	8
1.1 Nærmere om omfang og avgrensninger	9
1.2 Metode og gjennomføring	10
1.3 Tidligere utredninger knyttet til visjonen Én innbygger - én journal.....	11
1.4 Definisjoner og begrepsavklaringer.....	12
2 DAGENS SITUASJON OG PROBLEMBESKRIVELSE.....	14
2.1 Utilstrekkelig støtte for utførelse av helsehjelp	14
2.2 Manglende standardisering og normering	17
2.3 utfordringer ved anskaffelse og innføring	19
3 MÅL	22
3.1 Samfunns mål og effektmål.....	22
4 TILTAK KNYTTET TIL VELFERDSTEKNOLOGI	25
4.1 Tiltak som inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram	25
4.2 Evaluering av Nasjonalt velferdsteknologiprogram	27
4.3 Mulige nye tiltak innen velferdsteknologiområdet	28
4.4 Ulike ambisjonsnivåer for velferdsteknologiområdet	30
5 TILTAK KNYTTET TIL JOURNALLØSNINGER	31
5.1 Nedvalg av tiltak	31
5.2 Beskrivelse av de ulike tiltakene	32
5.3 De ulike ambisjonsnivåene.....	38
6 JOURNALLØSNINGER: SAMFUNNSØKONOMISK VERDI.....	40
6.1 Grunnleggende forutsetninger	40
6.2 Samfunnsøkonomiske virkninger	45
6.3 Kostnadsvirkninger	48
6.4 Prissatte virkninger	49
6.5 Ikke-prissatte virkninger	55
6.6 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet.....	61
6.7 Fordelingsvirkninger	63
6.8 Usikkerhetsanalyse	64
6.9 Måloppnåelse	64
7 SAMLET VURDERING OG ANBEFALING	70
7.1 Anbefaling.....	70

7.2	Forberedelser for helseteknologiordning	72
8	REFERANSER	76
9	VEDLEGG	80
	Vedlegg 1: Krav og prosess for standardisering og normering	81
	Vedlegg 2: utfordringer med dagens journalløsninger	83
	Vedlegg 3: Brukerbehov innad i kommunene	87
	Vedlegg 4: Oversikt over interessentgrupper	92
	Vedlegg 5: Erfaringer fra insentivbruk fra andre land og sektorer	96
	Vedlegg 6: Usikkerhet i den samfunnsøkonomiske analysen.....	98
	Vedlegg 7: Metode for vurdering av virkninger	103
	Vedlegg 8: Pågående aktuelle tiltak.....	105
	Vedlegg 9: Velferdsteknologi: Kostnadsestimat for de ulike ambisjonsnivåene	111
	Vedlegg 10: KS' tillegg til protokoll i nasjonalt e-helseråd 2. desember 2022	113

SAMMENDRAG

Den demografiske utviklingen med flere eldre og mangel på helsepersonell gjør at vi må levere helse- og omsorgstjenester på nye måter. Digitalisering og økt utnyttelse av teknologi vil spille en sentral rolle i å bygge en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste gjennom å styrke pasientsikkerhet, informasjonsdeling, samarbeid og mer sammenhengende tjenester.

Direktoratet for e-helse har fått oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet om å utrede innholdet i en helseteknologiordning, i samarbeid med Helsedirektoratet og KS. KS har presisert at deres rolle har vært å ha gitt innspill underveis i prosessen. Ordningen skal gjennomfinnes gjennom finansielle og andre virkemidler og insentiver for kommunene til å igangsette anskaffelser av bedre journalløsninger og innføre velferdsteknologi.

Formålet med ordningen er å avlaste risiko for kommuner som går foran, stimulere kommunene til å samordne seg, bidra til mer forutsigbarhet for leverandørene og legge til rette for investeringer og innovasjon. Standardisering, normering og veiledning skal bidra til at kommuner og leverandører har tydelige krav og rammer å forholde seg til.

Oppdraget setter noen rammebetingelser for helseteknologiordningen. Den skal kunne bygges ut over tid, og den skal sikre at helseteknologi kommer i drift heller enn å starte nye piloteringer. Tilskudd skal forutsette samsvar med gjeldende rett og at personvern og informasjonssikkerhet ivaretas på en god måte. Det skal legges til grunn en tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom myndigheter, helseforetak, kommuner, leverandører og standardiseringsorganisasjoner.

Dagens situasjon for kommunal helse- og omsorgstjeneste preges av utilstrekkelige og fragmenterte journalløsninger og mangelfull samhandling. Potensialet i journalløsningene og for velferdsteknologi er ikke tatt ut. Velferdsteknologi er heller ikke i tilstrekkelig grad integrert med dagens journalløsninger.

Gitt oppdraget og rammevilkårene, setter utredningen fokus på følgende problemområder i dagens situasjon:

- Journalløsningene gir ikke tilstrekkelig støtte for utførelse av helsehjelp, er fragmenterte og samhandlingen i kommunene er mangelfull
- Det er krevende anskaffelsesprosesser for velferdsteknologi og journalløsninger
- Det er mangelfull dekning for kostnadene som er forbundet med implementering og innføring av velferdsteknologi og journalløsninger
- Dagens standarder er ikke dekkende for behovene, og det er for lite bruk av standardene som finnes

Fra 2023 kommer det en ny nasjonal e-helsestrategi. Strategiens overordnede mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren er kvalitet og sammenheng i tjenestene, en bærekraftig helse- og omsorgssektor og økt innovasjonskraft i sektoren. Utredningen har hatt dette som utgangspunkt ved utformingen av samfunns målet for helseteknologiordningen:

Helseteknologiordningen skal understøtte kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til innbyggerne ved å bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Direktoratet for e-helse har hatt hovedansvaret for den delen av utredningen som omhandler journalløsninger, mens Helsedirektoratet har hatt hovedansvaret for vurdering av tiltak innen velferdsteknologi. KS har gitt innspill på begge områdene.

Velferdsteknologi og journalløsninger er to ulike teknologier, og den nasjonale oppfølgingen av disse har ulik historie og er i ulike faser. Områdene er derfor behandlet ulikt i utredningen, enkelte steder hver for seg og med hvert sitt ambisjonsnivå og anbefaling.

På *journalområdet* anbefales det å etablere en tilskuddsordning til samordning av anskaffelser og innføring av journalløsninger, og tilskudd til kommunale nettverk for kompetanseløft og nasjonal koordinering og samordning. Dette er hovedtiltakene som skal stimulere til rikere funksjonalitet og gi økt kvalitet i journalløsningene. Det anbefales videre tre supplerende tiltak som vil kunne støtte opp om måloppnåelsen: Etablering av en godkjenningsordning, bistand til kommunenes arbeid med standardisering og prosessveiledning og faglig bistand til kommunene.

Direktoratet for e-helse vurderer at tiltakene kan bidra til at oppdaterte journalløsninger blir mer utbredt og brukes bedre, ved at samhandlingen internt i en kommune fungerer bedre der en kommune konsoliderer journalløsninger eller tar i bruk mulighetene som finnes for å støtte samhandling. Helseteknologiordningen kan også bidra til bedre journalløsninger gjennom styrket innovasjon og næringsutvikling og raskere utvikling og innføring av nye standarder. På lengre sikt kan den også støtte opp under samhandling mellom enkeltkommuner og den øvrige helsetjenesten.

Vi vurderer at Helseteknologiordningen vil kunne være et bidrag til å løse noen av journalutfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men det vil ikke løse alle utfordringene i dagens situasjon. Ordningen vil bare i begrenset grad løse utfordringene med samhandling i og mellom kommunene, og graden av måloppnåelse vil avhenge av størrelsen både på tilskuddsordningen og på tilskuddet til den enkelte kommune, hvilke anskaffelser kommunene prioriterer å gjennomføre og investeringsviljen i kommunene.

Det vil være viktig med ytterligere innsats knyttet til samhandling fremover. KS, kommunene og øvrige aktører i rådsmodellen for e-helse har i sin behandling av helseteknologiordningen, understreket betydningen av samhandlingsbehovene og behovet for en samhandlingsplattform. KS og kommunene har i sin tilleggsprotokoll fremhevet at ordningen bør gi støtte til utvikling av funksjonalitet for informasjonsdeling mellom kommunenes løsninger og til å støtte lokale utprøvinger og investeringer. Dette vil ikke løses gjennom ordningen gitt oppdraget og de rammebetingelsene som er satt for ordningen. Direktoratet for e-helse støtter disse synspunktene, og anbefaler at det jobbes videre med dette i 2023.

For *velferdsteknologiområdet* er det anbefalt følgende nye tiltak for 2024:

1. Utredning av en test-, godkjennings-, og sertifiseringsordning for velferdsteknologi
2. Tilskudd til følgeforskning initiert av kommunene
3. Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene

4. Utrede og iverksette ulike finansierings- og insentivordninger for å ta i bruk velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
5. Insentiver for innføring av digitale behandling- og egenbehandlingsplaner

Nasjonalt velferdsteknologiprogram er pågående, og vil i løpet av 2023 gjennomføre en evaluering av tiltakene i programmet. Det er derfor ikke gjennomført en nedvalgsprosess eller prioritering av de foreslåtte tiltakene for velferdsteknologiområdet som fremkommer i denne utredningen. Prioriteringen vil avhenge av utfallet av evalueringen. Helsedirektoratet foreslår at nåværende tiltak i Nasjonalt velferdsteknologiprogram videreføres fra og med 2025, avhengig av utfallet av den planlagte evalueringen i 2023.

Tiltakene som anbefales er beskrevet på et overordnet nivå for både journalområdet og velferdsteknologi, og de må detaljeres videre i 2023 før en helseteknologiordning kan starte fra 2024. Det foreslås at det for hvert av tiltakene innhentes kunnskap og erfaring som vil gjøre det mulig å justere utformingen av tiltakene underveis. I det videre arbeidet med å forberede en helseteknologiordning fra 2024 blir det viktig med en god prosess, slik at ordningen møter kommunenes behov. Det blir sentralt å sørge for at ordningen bidrar til helhet og sammenheng for de ulike sporene for modernisering av pasientjournaler, herunder KS' og kommunenes ambisjoner på e-helseområdet.

1 INNLEDNING

Direktoratet for e-helse har ved tilleggsoppdrag nr. 10 til tildelingsbrevet for 2022 [1] fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede innholdet i en helseteknologiordning. Direktoratet er bedt om å samarbeide med Helsedirektoratet og KS om en ordning som gjennom finansielle og andre virkemidler gir incentiver for kommunene til å sette i gang med anskaffelser av bedre journalløsninger og til innføring av velferdsteknologi. KS har presisert at deres rolle har vært å gi innspill underveis i prosessen. Formålet med ordningen skal være å avlaste risiko for kommuner som går foran, stimulere kommunene til å samordne seg, og bidra til mer forutsigbarhet for leverandører. Helseteknologiordningen skal kunne bygges ut over tid, men startpunktet skal være kommunal helse- og omsorgstjeneste sitt arbeid med journalløsninger og velferdsteknologi.

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

Nedenfor følger rammebetingelser for utredningen, som er gitt i oppdraget:

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

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

1.1 Nærmere om omfang og avgrensninger

Direktoratet har i dialog med oppdragsgiver og samarbeidspartnerne identifisert ytterligere rammebetingelser for utredningen:

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

Begrepet helseteknologi er i denne utredningen avgrenset til journalfunksjonalitet og velferdsteknologi. Velferdsteknologi er, i henhold til ordlyden i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, her definert som teknologi for trygghet, mestring og digital hjemmeoppfølging mv. Skal helseteknologiordningen på et tidspunkt utvides til å inkludere spesialisthelsetjenesten, kan det være aktuelt å gi begrepet et videre innhold. Der det i utredningen vises til helseteknologi, dekker dette altså både journalområdet og velferdsteknologiområdet.

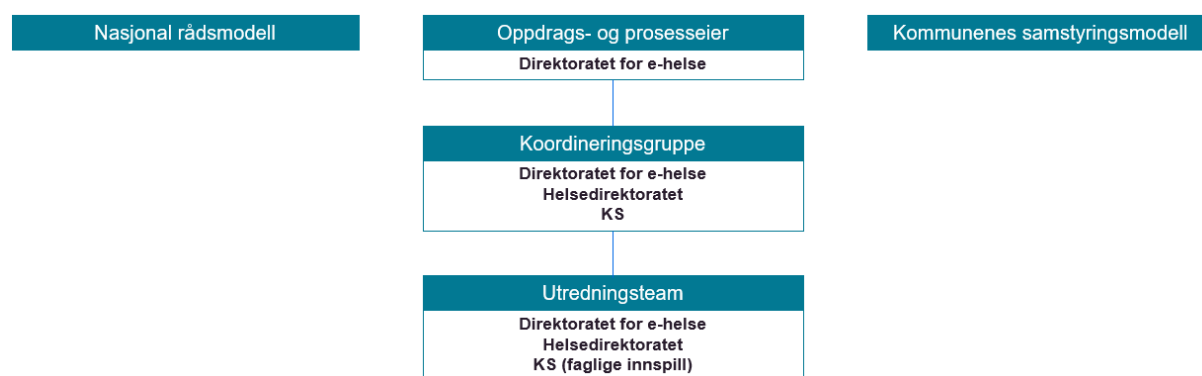
Det er forskjellige erfaringer med virkemidler rettet mot utvikling og innføring av henholdsvis journalløsninger og velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester (jf. Nasjonalt velferdsteknologiprogram [2]). Dette er ulike typer løsninger, og det er ulik historikk på de to områdene. Gitt utredningens rammebetingelser og stramme tidsramme, har det noen steder i dokumentet vært nødvendig å behandle områdene hver for seg. Deler av utredningsarbeidet i dette dokumentet er også fordelt i henhold til fagdirektoratenes kompetanseområder. Direktoratet for e-helse har hatt hovedansvaret for helheten og for den delen av utredningen som omhandler journalløsninger, mens Helsedirektoratet er gitt hovedansvaret for å vurdere tiltak innen velferdsteknologiområdet. KS har bidratt med innspill til begge områdene.

1.2 Metode og gjennomføring

Utredningsteamet har bestått av tverrfaglige ressurser i Direktoratet for e-helse. Som eier av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, har Helsedirektoratet hatt hovedansvaret for den delen av utredningen som angår velferdsteknologi. KS har bidratt med faglige innspill.

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

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



Figur 1 Organiseringen av utredningen av helseteknologiordningen

KS har hatt ansvaret for forankringsprosessen i samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor. Videre har utredningen vært drøftet i den nasjonale rådsmodellen for e-helse.

Utredningsinstruksen har blitt lagt til grunn for arbeidet, og det har blitt gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse for tiltakene knyttet til journalområdet. Rammebetingelsene for utredningen og føringene i oppdraget har imidlertid satt begrensninger for arbeidet med å identifisere tiltak på noen områder, for eksempel organisatoriske og regulatoriske virkemidler. Det er heller ikke gjort samfunnsøkonomiske analyser av tiltakene for velferdsteknologiområdet.

Forslag til tiltak har blitt utarbeidet av utredningsteamet og presentert for og diskutert i arbeidsmøter med Helsedirektoratet og KS, der sistnevnte har bidratt med faglige innspill. Oppdraget og mulige tiltak har vært diskutert med representanter for helsenæringen fra Abelia, IKT-Norge, Aleap og journalleverandører til kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Oppdraget og mulige tiltak er også diskutert med Innovasjon Norge, fag- og profesjonsforeninger og pasient- og brukerorganisasjoner. Kommuneperspektivet har vært ivarettatt gjennom involvering av KS og gjennom flere møter med innkjøpssamarbeidet IKT Nordhordland.

Oppdaterte situasjons- og behovsbeskrivelser for velferdsteknologi er innhentet fra bransjen gjennom egne møter med referansegruppen for det nasjonale velferdsteknologiprogrammet,

som inkluderer representanter fra leverandørsiden; Norwegian Smart Care Cluster og Norway Health Tech.

1.3 Tidligere utredninger knyttet til visjonen Én innbygger - én journal

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

Direktoratet for e-helse har tidligere utredet ulike konsepter for etablering av en sammenhengende journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. I 2018 anbefalte Direktoratet for e-helse at behovet i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Midt-Norge burde løses gjennom etablering av en felles kommunal løsning for pasientjournal (del av utredningens konsept 7). Tiltaket var ett av fire strategiske tiltak som sammen skulle realisere målbildet om en helhetlig løsning for dokumentasjon av helsehjelp og pasientadministrasjon, en visjon som hadde sitt utspring i Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal» [3].

I mars 2020 ferdigstilte Direktoratet for e-helse en forprosjektrapport for anskaffelser til og etablering og innføring av en slik løsning. Direktoratet anbefalte blant annet at ansvaret for gjennomføringen av prosjektet og forvaltningsansvaret for løsningen skulle legges til en virksomhet med kommunalt majoritetseierskap. Stortinget gav i 2021 kommunene et oppdrag om å oppdatere gjennomføringsstrategien i styringsdokumentet [4] basert på prinsipper om plattformtilnærming, samhandling og stegvis gjennomføring. Det ble bevilget midler til og etablert en statlig tilskuddsordning for å dekke de kommunale programkostnadene knyttet til etableringen av en felles løsning for kommunale journaler. Denne ordningen er imidlertid ikke videreført i forslaget til statsbudsjett for 2023. Dette medfører en risiko for at tiltaket vil bli avvirket, og dermed risiko for at målbildet for dokumentasjon av helsehjelp og pasientadministrasjon i kommunene ikke nås. Rammebetingelsene for helseteknologiordningen tilsier at ordningen ikke fullt ut kan bli en erstatning for arbeidet med en felles kommunal journalløsning. Dersom ambisjonsnivået om en felles nasjonal løsning for dokumentasjon av helsehjelp og pasientadministrasjon skal kunne nås, må det iverksettes ytterligere tiltak for å realisere ambisjonene for samhandling mellom aktørene i helsesektoren.

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

1.4 Definisjoner og begrepsavklaringer

I dette dokumentet skal begrepene oppgitt nedenfor forstås som følger:

Begrep	Forklaring
Anskaffelsesprosess	Prosesen fra kommuner identifiserer og beskriver behov, planlegger innkjøp i dialog med markedet, og samordner seg med andre kommuner, til de gjennomfører innkjøp av nye løsninger eller videreutvikling på eksisterende løsninger.
Datadeling	Deling av strukturerte data mellom helseaktører gjennom felles ressurser eller tjenester i sanntid [5] [6].
Dokumentdeling	En samhandlingsmodell hvor en konsument kan søke etter publiserte dokumenter fra andre produsenter og laste ned dokumenter fra et dokumentlager [7] [6].
Elektronisk pasientjournal (EPJ)	Elektronisk ført samling eller sammenstilling av opplysninger om en pasient som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp.
Elektronisk pasientjournalløsning	En teknisk løsning bestående av ett eller flere systemer som legger til rette for å føre elektroniske pasientjournaler.
Implementering	Det tekniske arbeidet knyttet til å ta i bruk IKT-løsninger. Inkluderer utplassering og oppkobling av maskinvare, installasjon av programvare og etablering av et regime for kontinuerlig drift og overvåking av løsningen.
Innføring	Det organisatoriske arbeidet knyttet til å ta i bruk nye IKT-løsninger og ny funksjonalitet. Inkluderer prosessendringer, informasjonsarbeid, forankring og opplæring.
Normering	Å bringe i overensstemmelse med en norm eller å fastsette som norm. Direktoratet for e-helse har en faglig normerende rolle innen e-helse og utgir normerende produkter om ulike temaer. Eksempler er kodeverk, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet og bruk av internasjonale standarder. Dette kan omfatte internasjonale standarder som er tilpasset nasjonale forhold.
Pasientjournal	Samling eller sammenstilling av de opplysninger om en pasient som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 40 første ledd og forskrift om pasientjournal § 4. Dette omfatter både somatisk og psykiatrisk journal o.a., hver for seg eller samlet.
Samhandling	All form for kontakt, samarbeid og informasjonsutveksling på tvers av virksomheter med mål om å sikre riktig behandling og koordinerte tjenester. Samhandling kan skje på ulike måter, for eksempel gjennom elektroniske meldinger, datadeling, telefon, direkte kontakt, brev eller papirutskrifter som sendes med innbyggeren [4].
Samordning	Aktører som inngår et samarbeid og samler ressurser og kompetanse for å oppnå felles mål.
Standardisering	En standard er en felles oppskrift på hvordan noe skal lages eller gjennomføres, og standardisering er prosessen fra behov til ferdig utviklet standard. Standarder utarbeides i en standardiseringsprosess, der ulike aktører kommer med innspill og bidrar til å utarbeide standarden. Standardene vil som regel utarbeides i regi av en standardiseringsorganisasjon internasjonalt eller nasjonalt (eksempelvis HL7, ISO, CEN, Standard Norge).
Velferdsteknologi	Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og som styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og

	<p>ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet.</p> <p>Denne definisjonen er hentet fra Norges offentlige utredninger, Innovasjon i omsorg (NOU - snl.no), og blir lagt til grunn både av forvaltningsorganer på ulike nivåer og av utdannings- og forskningsinstitusjoner.</p> <p>I oppdragsbrevet for helseteknologiordningen, nevnes digital hjemmeoppfølging (DHO) som del av velferdsteknologibegrepet, og det er også lagt til grunn i denne utredningen.</p>
--	--

Tabell 1 Sentrale begreper og forståelsen slik den er brukt i utredningen

2 DAGENS SITUASJON OG PROBLEMBESKRIVELSE

Kommunal helse- og omsorgstjeneste har i lang tid gitt uttrykk for at de har behov for bedre journalløsninger og mer effektiv samhandling. Dette kom til uttrykk allerede i Meld. St. 9 (2012-2013) «En innbygger – én journal» [3]. Konseptvalgutredningen for «Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste» (KVU) [8] i 2018 inkluderte en omfattende behovsanalyse, hvor resultater fra flere andre undersøkelser [9] [10] [11] [12] ble innarbeidet (se Vedlegg 3: Brukerbehov innad i kommunene). Behovsanalysen pekte på trender som vil medføre en kraftig økning i behovet for helse- og omsorgstjenester i kommunene i nær fremtid, samtidig som muligheten til å ansette mer helsepersonell vil være begrenset.

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

2.1 Utilstrekkelig støtte for utførelse av helsehjelp

I dag opplever helsepersonell og andre ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester at de ikke har tilstrekkelig støtte i digitale verktøy for å utføre sitt arbeid. Det er en utfordring at helseopplysninger om innbyggerne ligger lagret i forskjellige digitale løsninger som ikke snakker sammen eller kan samhandle. Dette gjelder både mellom tjenesteområder i kommunen og mellom kommunale helsetjenester og andre helseaktører. Mye tid går med på å samle og sammenstille informasjon om pasienter og brukere. Behovet for mer effektiv tilgang til relevant pasientinformasjon er stort, samtidig som hensynet til informasjonssikkerhet og personvern må ivaretas. Direktoratet for e-helse har tidligere pekt på at ulik tolkning av krav på dette området og manglende kontroll av etterlevelse gjør at faren for å gjøre feil er til stede. Stor variasjon i kravstilling av leverandører medfører lite effektive anskaffelser og reduserer sektorens evne til å ta i bruk ny teknologi [15].

2.1.1 Journalløsningene støtter ikke i tilstrekkelig grad arbeidsprosessene

I KVUen [8] fremgikk det at det er vesentlige utfordringer med dagens journalløsninger, se også Vedlegg 2: Utfordringer med dagens journalløsninger og Vedlegg 3: Brukerbehov innad i kommunene. Følgende utfordringer ble identifisert:

1. Utfordringer knyttet til arbeid med pasienter:
 - a. Manglende tilgang på vesentlige deler av pasientjournaler og nødvendig informasjon for å ivareta kontinuitet, pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp
 - b. Manglende oversikt over informasjonen som er tilgjengelig, utilstrekkelig støtte for arbeidsprosesser, og manglende funksjonalitet for flere helsefaglige områder
 - c. Manglende tilgang på kunnskaps- og beslutningsstøtte. Manglende tilgang på informasjon, og kunnskaps-, prosess- og beslutningsstøtte i dagens

journalløsninger bidrar til feil, svikt og skader, uønsket klinisk variasjon og ineffektiv ressursbruk..

- d. Utilstrekkelig brukervennlighet og mangelfull opplæring. Det er behov for journalløsninger som er brukervennlige og muliggjør effektiv helsehjelp og tilgang til informasjon
 - e. Programvarefeil og hyppig nedetid
2. Behov for å utnytte helsedata bedre til styring, kvalitetsforbedring og forskning utledet av dagens situasjon. Det er behov for et tiltak for styring og kvalitetsforbedring gjennom systematisk tilgjengeliggjøring av data.
 3. Behov for bedre informasjonssikkerhet ved behandling av helseopplysninger i pasientjournalen, blant annet ved å sørge for bedre løsninger for tilgangsstyring og etterfølgende kontroll.

2.1.2 Fragmenterte journalløsninger og mangelfull samhandling

Det er et omfattende behov for samhandling mellom ulike helsetjenesteområder innenfor en og samme kommune [16]. Det er i tillegg et stort behov for samhandling med spesialisthelsetjenesten og med innbyggerne [8]. KS og Felles kommunal journal interim AS utførte i 2022 en analyse av samhandlingsbehovet mellom helsetjenesteområder internt i en kommune, hvor disse funnene blir bekreftet [16].

Systemlandskapet for pasientjournalløsningene i kommunal helse- og omsorgstjeneste er fragmentert, og hver kommune har ofte flere ulike løsninger som ikke kommuniserer godt nok med hverandre [8]. Ulike helsetjenesteområder bruker egne tilpassede journalløsninger (i Midt-Norge innføres én felles journalløsning, Helseplattformen). Disse kan deles inn i pleie og omsorg (PLO), fastleger, helsestasjon/skolehelsetjeneste, legevakt, øyeblikkelig hjelp døgnplasser (ØHD), og andre (habilitering/rehabilitering, psykisk helsevern, fengselshelsetjeneste mv.). Samhandling mellom journalløsninger innad i kommunen er avgjørende for å sikre kontinuitet i helsehjelpen til pasienten. De eksisterende verktøy for samhandling er imidlertid ikke godt nok utviklet for å tilfredsstille behovet for samhandling. I tillegg bruker ofte en og samme kommune flere journalløsninger innenfor samme helsetjenesteområde, og dette gjør samhandling enda mer krevende [8] [16].

Utfordringene i journalløsningene er ikke de samme for alle helsetjenesteområdene. Fastlegene opplever å ha god funksjonalitet og støtte for samhandling, og journalløsningene byttes og oppgraderes relativt hyppig. Helsepersonell i kommunene ellers beskriver at de har behov for mer informasjon fra fastlegenes journalløsninger enn de får i dag [16]. Helsestasjonenes og legevaktenes journalløsninger har ofte god funksjonalitet, men kan ha begrenset støtte for samhandling. Journalløsninger som er i bruk innen pleie og omsorg har utilstrekkelig funksjonalitet på flere områder og vesentlige mangler knyttet til samhandling. Noen av behovene for samhandling kan dekkes ved å ta i bruk eksisterende meldingstyper, men flere av behovene dekkes best ved at helsepersonellet slår opp helseopplysninger i andre journalløsninger, eventuelt i Nasjonal kjernejournal.

Manglende samhandling medfører at helsepersonell må bruke tid på å innhente helseopplysninger, eller at helseopplysningene ikke er tilgjengelige i det hele tatt. Dette kan føre til ineffektiv ressursbruk, redusert pasientsikkerhet og økt forbruk av helsetjenester, og kan bidra til å skape usikkerhet hos helsepersonell [16]. Eksempler på økt forbruk av helsetjenester er unødvendige undersøkelser eller innleggelse på sykehus som ellers kunne ha vært unngått.

2.1.3 utfordringer med implementering og skalering av velferdsteknologi i kommunene

Kommunene som har deltatt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram rapporterer at velferdsteknologi gir gevinster. Gevinstene er i hovedsak å finne langs tre akser: Spart tid, unngåtte kostnader og økt kvalitet. Tall fra kommunenes gevinstrapportering til velferdsteknologiprogrammet viser at bruk av elektronisk medisineringsstøtte står for 48 prosent av gevinstene knyttet til spart tid. Tiden som frigis kan knyttes til færre besøk og mindre kjøring i hjemmetjenesten. 47 prosent av de innrapporterte gevinstene som kan knyttes til unngåtte kostnader er relatert til bruk av digitalt tilsyn som medfører redusert bemanning på natt. Kommunene rapporterer også om økt kvalitet for både brukere, ansatte og pårørende:

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

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

2.1.4 utfordringer i markedene for journalløsninger og velferdsteknologi

Journalløsninger

Leverandørmarkedet for journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste domineres av et fåtalls leverandører. Det har i flere tiår vært lite endring i dette markedet. De siste årene har det vært noe oppkjøpsvirksomhet og konsolidering, og noen nye leverandører har kommet til. Bortsett fra Helseplattformen, som planlegger å innføre samme system i kommunene i Midt-Norge (15 % av befolkningen), har imidlertid ikke de nye leverandører så langt tatt betydelige markedsandeler.

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

Kundene opplever å være i en fastlåst situasjon med en høy terskel for å bytte leverandør [17]. De ulike behandlernes journalløsninger er ikke utviklet med tilstrekkelig evne til å dele helseopplysninger med andre aktører, og heller ikke til å overføre større mengder helseopplysninger med bevart struktur. Dette gjør det kostbart og teknisk krevende å overføre pasientjournaler fra et journalsystem til et eventuelt nytt system. Det er ikke mulig å bytte journalsystem uten å legge betydelig innsats i både det å komme seg ut av forrige journalleverandør sitt produkt og å tilpasse og implementere det nye journalsystemet i sin virksomhet.

Leverandørene har hatt få insentiver for å utvikle løsningene. Kommunene har heller ikke i tilstrekkelig grad samlet seg i møte med leverandørene og fremsatt felles behov og krav slik at det har kunnet bidra til større eller mer enhetlige kontrakter. Etterspørselen er fragmentert. Større felles kontrakter antas å kunne ha bidratt til å finansiere nødvendig videreutvikling av løsningene.

Velferdsteknologi

Det norske velferdsteknologimarkedet vokser bortimot 20 prosent årlig, og denne veksten kommer stort sett gjennom anskaffelser med ordinære og forutsigbare innkjøpsprosedyrer.

Et knippe større leverandører kaller seg integratorer, og tilbyr velferdsteknologiske plattformer som kan samle informasjon fra en underskog av produkter fra mindre leverandører. Det er få leverandører som tilbyr helt åpne plattformer. Dette betyr at kommunene ofte binder seg til ett økosystem når de velger hovedleverandør, og opplever plattformene som til dels nedlåste og proprietære [18].

Velferdsteknologimarkedet har større omsetning enn journalmarkedet, men er likevel begrenset. Dette skyldes blant annet lav implementeringstakt. Leverandørene forteller at de har produkter og tjenester, men at disse ikke kjøpes. Det er få anskaffelser, og de anskaffelsene som kommer er gjennomgående små. I tillegg er det ikke uvanlig at de reelle kjøpene er langt lavere enn volumene som indikeres i anskaffelsesprosessen. Leverandørene opplever usikkerhet knyttet til kundegruppens behov og etterspørsel. De peker på at markedet oppleves som tregt, og at langsomme beslutningsprosesser forsinket implementering av teknologi. Det etterspørres også i stor grad skreddersøm fremfor standardiserte løsninger som enklere kan skalere.

2.2 Manglende standardisering og normering

Standardiseringslandskapet blir stadig mer komplekst, og det er flere behov som skal dekkes på tvers av bruksområder. Dette omfatter utveksling av informasjon mellom virksomheter, informasjon til innbyggere og *hjem til pasienten* (digital hjemmeoppfølging). Rapporten *Samarbeid med næringslivet på e-helseområdet* [17] viser at mange aktører understreker viktigheten av å etablere standarder. Dette er viktig både for utvikling av helsetjenesten og for næringsutvikling. Men i Norge har man ennå ikke landet en hensiktsmessig måte å jobbe med standarder på innen e-helseområdet. Det etterlyses en klarere rolleavklaring mellom ulike aktører i standardiseringsarbeidet. Et annet funn i denne rapporten er at aktørene uttrykker bekymring for manglende kompetanse i bestiller-/innkjøpsrollen knyttet til hvilke standarder og regulatoriske krav leverandørene må tilpasse sine produkter og tjenester til.

Det er etablert en rekke standarder og andre normerende produkter for dagens meldingsutveksling. Rask teknologisk utvikling medfører imidlertid behov for mer

standardisering og normering innen datadeling og dokumentdeling. Det er økt fokus på gjenbruk av informasjon og åpne løsninger for å unngå innlåsing av data. I tillegg er det behov for at journalldataene tilrettelegges for mer automatisert innrapportering av data til helseregistre. Den raske teknologiske utviklingen gir et økende behov for å bruke erfaringen og kompetansen som finnes i markedet i utviklingen av standarder. Dette legger til rette for en mer smidig utviklingsprosess for standarder og bedre utnyttelse av potensialet som ligger i helsenæringen, og gir digitale løsninger som er bedre tilpasset lokale behov og arbeidsprosesser.

Tydelige krav til bruk av felles standarder, kodeverk, terminologi og arkitektur er en forutsetning for å sikre god samhandlingsevne. For å kunne dele helseopplysninger og i større grad gjenbruke løsninger på tvers av virksomheter og nivåer i helse- og omsorgssektoren, er det avgjørende at aktørene i større grad bruker de samme standardene, og at de implementeres likt på tvers av løsninger. God og formålstjenlig normering er avgjørende for å oppnå dette. Vedlegg 1: Krav og prosess for standardisering og normering gir en ytterligere beskrivelse av prosesser for normering.

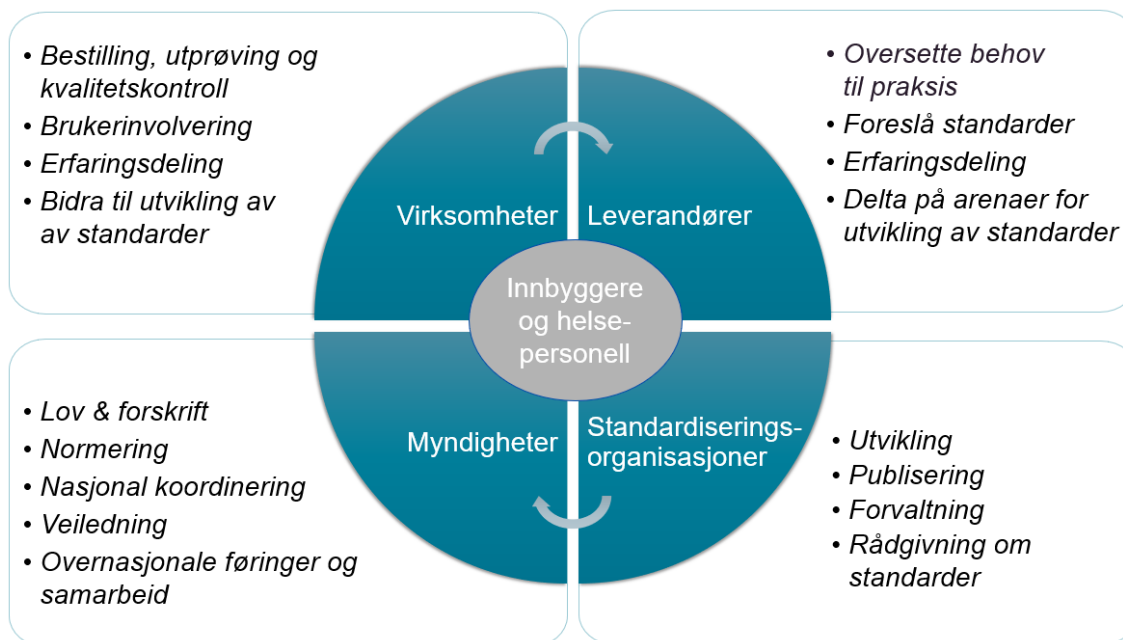
Internasjonalt standardiseringsarbeid

Deltakelse i internasjonalt standardiseringsarbeid er nødvendig for å sikre at sektoren får tidlig oversikt over relevante internasjonale krav og forordninger. Det vil framover være et særskilt behov for å følge EUs arbeid med forordningen om European Health Data Space (EHDS) [19], som skal legge til rette for utveksling av helsedata på tvers av land i EU. Europakommisjonen ser for seg at helsedataområdet er operativt i 2025. Forordningen kan føre til at virksomheter og leverandører i Norge må gjøre store endringer i systemene sine. Forordningen medfører samtidig en mulighet for norske leverandører til å kunne tilby sine produkter på et større marked, og for at internasjonale aktører kan tilby produkter i Norge.

Samarbeidsmodell for internasjonale standarder

Direktoratet for e-helse har i perioden 2021-2022 utarbeidet en samarbeidsmodell for internasjonale standarder i samråd med aktører i sektoren [20]. Modellen beskriver roller, ansvar og prosesser i arbeidet med å tilpasse og forvalte internasjonale e-helsestandarder i helse- og omsorgssektoren. Økt grad av samarbeid og erfaringsdeling og en mer tydelig rolleavklaring mellom ulike aktører i sektoren, skal bidra til raskere utvikling av nasjonale krav og rammer for bruk av standarder der det er behov. Samarbeidsmodellen legger opp til involvering og koordinering på tvers av aktører og aktiviteter. Se Figur 2 Oversikt over aktørgrupper med hovedansvarsområder for etablering av standarder.

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



Figur 2 Oversikt over aktørgrupper med hovedansvarsområder for etablering av standarder

Samarbeidsmodellen tar utgangspunkt i at Direktoratet for e-helse er premissgiver. Direktoratet opptretr nasjonalt faglig normerende med ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer, som gir føringer og rammer for utviklingen på e-helseområdet. Direktoratet gir også føringer for bruk av internasjonale standarder i Norge, samt innspill til regelverksendringer. Direktoratet skal også sørge for økt koordinering, kunnskapsdeling og veiledning i sektoren. Direktoratet skal framover styrke deltakelsen i relevant internasjonalt arbeid for å ivareta økt omfang av internasjonale krav og retningslinjer, spesielt fra EU.

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

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

2.3 utfordringer ved anskaffelse og innføring

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

2.3.1 Tilgang på kompetanse og ressurser

Mange kommuner har utilstrekkelig innkjøpskompetanse og mangel på ressurser til å gjennomføre kompliserte anskaffelser [17] [21]. Små kommuner har små innkjøpsmiljøer

med lite kapasitet til å samordne og spre beste praksis, og få muligheter til å knytte til seg flere ressurser [22]. Innkjøperne i disse kommunene mangler ofte kompetanse om krav og retningslinjer som leverandørene må tilpasse sine løsninger til, har føringer om å fokusere på pris, og velger ofte å beskrive spesifikke krav til løsningen fremfor behovet som skal dekkes. Kommunene har ofte få ressurser til å gjennomføre komplekse anskaffelser. Større kommuner har flere ressurser, men har ikke nødvendigvis dedikerte stillinger på området. Konsekvensen av manglende kompetanse og ressurser er lavere kvalitet på innkjøpet av journalløsninger enn ønskelig, og at anskaffelser utføres for sjeldent.

En kartlegging av offentlige innkjøpssamarbeid [21] viser at innkjøp av IKT oppleves som godt egnet for samarbeid. Særlig små kommuner anser økt tilgang til kapasitet og kompetanse som en viktig grunn til å delta i samarbeid. Majoriteten av kommunene oppgir at innkjøpssamarbeid gir større innkjøpsmakt, bedre kjøpsbetingelser og bedre kvalitet på anskaffelsen.

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

2.3.2 Krevende endrings- og omstillingsprosesser

En vellykket innføring av ny helseteknologi i helse- og omsorgstjenesten er krevende. I oppstartfasen kan nye løsninger gi merarbeid og økt tidsbruk for ansatte. Et stort antall ansatte må læres opp, og det må ofte skaffes vikarer for de som deltar i opplæringen. Det kan oppstå misnøye blant ansatte som følge av at endringene kommer i tillegg til vanlige oppgaver. For å få gevinster fra innføring av ny teknologi kreves det endring i dagens arbeidsprosesser. Gamle arbeidsmåter må fases ut, strukturer må endres og nye metoder må innføres. Innføring av ny helseteknologi vil i noen tilfeller kreve tjenesteinnovasjon, hvor helsetjenester kan leveres på nye måter gjennom teknologi.

Endrings- og omstillingskostnadene er ofte betydelig høyere enn innkjøpskostnadene [4]. Innføringen må skje samtidig som organisasjonen er i drift, noe som gir behov for å leie inn vikarer. Kartlegging og endring av arbeidsprosesser er tidkrevende, og krever spesialkompetanse. Videre vil det være behov for å tilpasse løsningen til lokale forhold, både til organisering og begrepsbruk. I de første ukene etter oppgraderingen, vil forekomsten av feil og ustabilitet være høyere enn ellers. Det kan også være behov for å gjøre ytterligere tilpasning av løsningen etter at virksomheten har gjort seg erfaringer med den nye løsningen.

Bestillere og leverandører i helse- og omsorgssektoren forteller at de fleste aktørene har evne til å initiere og iverksette utviklingsprosjekter innen digitalisering, men at de i stor grad mangler kompetansen og ressursene til å ta i bruk og innføre disse løsningene. Det gir seg eksempelvis utslag i at piloter ikke kommer forbi pilotstadiet, at det er krevende å gjennomføre oppgraderinger av journalsystemer og at det er utfordrende å gå over på konsolidert infrastruktur [17].

2.3.3 For svak og langsom gevinstrealisering

Kompetanse på digital transformasjon (å endre de grunnleggende måtene virksomhetene løser oppgavene på ved hjelp av teknologi) er avgjørende for å oppnå gevinst av velferdsteknologi og ny journalfunksjonalitet. En rapport fra Nasjonalt

velferdsteknologiprogram oppgir at mange kommuner har kommet relativt kort i arbeidet med digital transformasjon [18].

Riksrevisjonen fant i 2016 at 65 prosent av administrativ ledelse i kommunene ikke arbeider systematisk med gevinstrealisering ved digitalisering [23]. En mer oppdatert rapport fra KS fra 2021 gjennomført av Karabin [24] om gevinstrealisering i budsjettarbeidet i kommuner, adresserer disse utfordringene og peker på at en eventuell ressursmangel (både kapasitet, kompetanse og penger) må møtes med proaktive tiltak, som bidrar til å realisere mål, strategier og gevinster.

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

Villighet fra staten til å absorbere risikoen ved innovasjon, pekes på som en sentral forutsetning for gevinstrealisering [25]. Det er utfordrende å erstatte tjenester med teknologi, og hente effektivitetsgevinster i form av reduserte kostnader og behov for færre ressurser.

2.3.4 Finansieringsordninger som ikke stimulerer til investeringer

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

Eksisterende finansieringsordninger gir ikke insentiver til å investere i teknologi som tilrettelegger for digital samhandling på tvers av nivåer i helse- og omsorgssektoren. Digital transformasjon innebærer endringer hos mange av virksomhetene. Ofte må endringene skje i flere ledd av pasientforløp, og på tvers av både geografiske grenser og omsorgsnivåer, for å oppnå gevinster. Noen ganger vil gevinstene komme hos andre enn hos den som tar investeringen. For eksempel vil kommuner som investerer i teknologi som kan redusere sykehusinnleggelse, oppleve økte kostnader, mens eventuelle gevinster realiseres i sykehusene. Spesialisthelsetjenesten har på sin side få finansielle insentiver til å investere i oppfølging av pasienter etter utskrivelse.

3 MÅL

3.1 Samfunns mål og effektmål

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

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

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

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

Utredningsarbeidet har med dette som bakgrunn, etablert et målhierarki bestående av samfunns mål for helseteknologiordningen og effektmål for begge tiltaksområdene, henholdsvis journalløsninger og velferdsteknologi, som angir retningen for virkemiddelbruken innenfor tiltaksområdet. Effektmålene for ordningen kan oppdateres ved fremtidige justeringer av ordningen.

Samfunns mål for helseteknologiordningen

Helseteknologiordningen skal understøtte kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til innbyggerne ved å bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Det overordnede samfunns målet for Nasjonalt velferdsteknologiprogram for perioden 2022-2024 er: Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging bidrar til god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling.

Det kan være behov for å justere samfunns målet i helseteknologiordning fra 2025 når velferdsteknologi blir en integrert del av helseteknologiordningen.

Effektmålene: Effektmålene er avledet av samfunns målet og uttrykker den direkte effekten som ønskes oppnådd for brukerne av tiltaket. Basert på rammene for utredningen og problembeskrivelsen, er det utledet tre effektmål for journalområdet. Effektmålene for velferdsteknologiområdet er en videreføring av effektmålene fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Effektmålene er beskrevet i tabellene nedenfor.

Effekt mål journalløsninger
<p>Bedre journalløsninger og økt samhandling</p> <p>Effekt målet innebærer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Økt kvalitet på kommunal helse og omsorgstjeneste• Styrket samhandling og informasjonsdeling innad i og mellom kommuner, og med spesialisthelsetjenesten• Økt og mer koordinert bruk av standarder som gir tydeligere rammebetingelser i form av nasjonale krav og anbefalinger om bruk av standarder, for nye behov og økt semantisk samhandling. Dette legger til rette for at helseinformasjon enklere kan deles innad i kommunene og på tvers av virksomheter og nivåer i helse- og omsorgssektoren• Tydeligere rammebetingelser som leder til mer forutsigbarhet for leverandørene. Dette kan bidra til økte investeringer i markedet
<p>Mer effektive og bedre anskaffelsesprosesser for kommunene og leverandørene</p> <p>Effekt målet innebærer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Styrket anskaffelseskompetanse på tvers av kommunene• Økt tillit og omdømme for kommunene• Økt verdiskaping hos journalleverandørene• Samordnet dialog med leverandørene• Reduserer dobbeltarbeid for både innkjøpere og leverandører• Økt innkjøpsmakt for de kommunale helsevirksomhetene• Redusert tid på anskaffelser for kommuner og leverandører• Økt kvalitet på anskaffelser
<p>Mer effektive og bedre innførings- og endringsprosesser for journalløsninger</p> <p>Effekt målet innebærer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bedre og mer effektive innførings- og endringsprosesser i kommunene• Økt kompetanse i kommunene om innførings- og endringsprosesser• Økt ibrukttagelse av journalfunksjonalitet

Tabell 2: Tabellen viser identifiserte effekt mål journalløsninger. For fullstendig oversikt over effekter, se kapittel 6.

Effektmål velferdsteknologi

- Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet tilbys barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
- Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer
- Økt, bedre og sikker digital samhandling på tvers av tjenestenivåer og sektorer
- Mindre ensomhet og økt digital helsekompetanse blant eldre
- Økt brukermedvirkning i arbeidet med å innføre teknologi i helse- og omsorgstjenesten
- Et forutsigbart og bærekraftig leverandørmarked
- Økt kunnskap om velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, inkludert felles forståelse av begreper på tvers av tjenestenivåer og sektorer. Det er tilrettelagt for kunnskaps- og erfaringsdeling nasjonalt og internasjonalt
- Økt kunnskap om utbredelse/implementering av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, og hvilke gevinster og kvalitet dette gir i tjenestene

Tabell 3 Tabellen viser identifiserte effektmål for velferdsteknologi

Under hvert av effektmålene for velferdsteknologi er det også utarbeidet en rekke resultatmål. Disse gjengis ikke her, men framkommer i "Veien videre for Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Digi-hjem 2022-2024" [27].

4 TILTAK KNYTTET TIL VELFERDSTEKNOLOGI

Helsedirektoratets oppdaterte situasjons- og målbilde for implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester, slik det framkommer i dokumenter oversendt Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2021, er lagt til grunn for vurderingene og anbefalingene som følger i dette kapitlet [27, 28].

Videre vektlegges det at tiltak som er igangsatt som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) i 2022, trenger tid til å virke før effekten av disse kan vurderes. Evalueringen av disse tiltakene vil pågå gjennom 2023, og kan medføre endringer i hvilke stimulerings tiltak som anbefales fra og med 2025.

Siden velferdsteknologiområdet i denne utredningen i hovedsak bases på kunnskapsgrunnlaget fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, er det ikke gjort egne samfunnsøkonomiske analyser av de anbefalte tiltakene for velferdsteknologiområdet.

4.1 Tiltak som inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Tiltakene som inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram for perioden 2022-2024, følger av situasjonsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, slik det er presentert tidligere overfor Helse- og omsorgsdepartementet, blant annet i "Velferdsteknologi etter 2020. Anbefaling om strategi for veien videre" [29]. Tiltakene har nå vært aktive i 11 måneder, og er planlagt å pågå i to år til. De sju tiltakene som inngår i Nasjonalt velferdsteknologiprogram for perioden 2022-2024 er:

Tiltak 1: Videre spredning av digital hjemmeoppfølging (DHO) for kroniske syke

Formålet med å starte spredning av digital hjemmeoppfølging er å bidra til at kommuner, i samarbeid med fastleger og helseforetak/sykehus, tar i bruk digitale verktøy for å sikre bedre oppfølging av pasienter med kroniske lidelser.

Tiltak 2: Spredning av velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse

Barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse har behov for sammenhengende tjenester hele livet, og på alle arenaer. Ved å komme tidlig inn, utvikle nye helhetlige digitale løsninger og velferdsteknologi, vil gevinster vi kun ser konturer av kunne hentes ut både for bruker selv, men også for kommunen i form av spart tid og ressurser.

Tiltak 3: Etablering av varig struktur for kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi

Formålet med etablering av varig struktur for kommunenettverk er å bygge og sikre kompetanse og kompetansedeling i kommuner på tvers av landet.

Tiltak 4: Prosessveiledning for kommuner

En viktig suksessfaktor for å sikre fremdrift i prosjektene, er å tilby prosessveiledning til prosjektene/kommunene. Dette for å bygge varig kompetanse i eller nær de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Slik kan kommunene beholde kompetansen og bruke den til å gjennomføre nødvendige omstillingsprosesser i tjenestene.

Tiltak 5: Arkitektur og infrastruktur

Formålet med tiltaket er å sørge for at behovet for digital samhandling knyttet til oppfølging av innbyggere som benytter velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, blir ivarettatt i videreutviklingen av nasjonale samhandlingsløsninger og standardisering. Et slikt nasjonalt rammeverk for digital samhandling gir aktørene i helse- og omsorgssektoren og leverandørmarkedet mulighet til å tilrettelegge utvikling og anskaffelser. Prosjektleder for dette tiltaket sitter i Direktoratet for eHelse.

Tiltak 6: Sosial kontakt og økt digital helsekompetanse for eldre

Formålet med tilskuddsordningen for frivillig landsdekkende organisasjoner er å gi IKT-opplæring og veiledning som kan heve den digitale kompetansen i målgruppen for å:

- motvirke ensomhet og redusere digitalt utenforskap ved å tilrettelegge for møteplasser og samhandling som kan bidra til å vedlikeholde og styrke eldres muligheter for å opprettholde sosiale nettverk
- bedre den digitale helsekompetansen slik at eldre kan tilegne seg helseinformasjon på nett via pc, nettbrett, smarttelefon og annet
- gjøre eldre bedre i stand til å motta digitale helsetjenester, (f.eks. via videokonsultasjon og e-konsultasjon) gjennom økt mestring og brukeropplevelse

Med utgangspunktet i tilskuddsordningen vil Helsedirektoratet vurdere varige strukturer, som skal være på plass innen utgangen av 2024, hvor kommuner i samarbeid med frivillige organisasjoner, jobber aktivt for å rekruttere og tilby eldre IKT-opplæring. Helsedirektoratet vil i den forbindelse også ta stilling til om det kan være hensiktsmessig å videreføre tiltaket i helseteknologiordningen fra 2025.

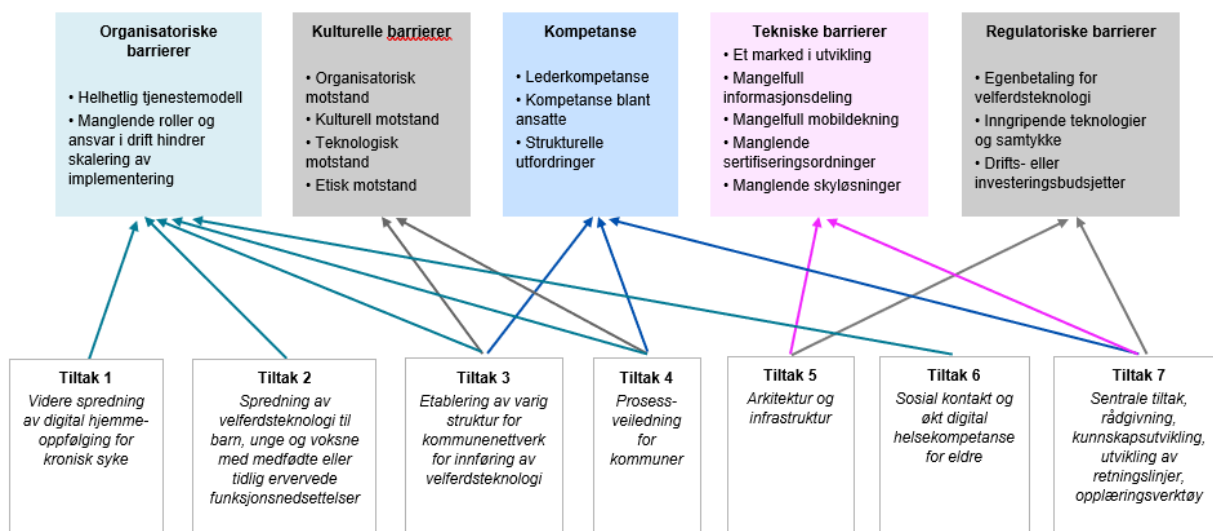
Tiltak 7: Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy

Formålet med tiltaket er at det etableres varige strukturer på tvers av Nasjonalt velferdsteknologiprogram og "Digi-Hjem" der det er nasjonale sammenfallende behovsområder. Digital hjemmeoppfølging er et område i utvikling og det er viktig å fange opp behov for å kunne utvikle virkemidler og strukturer som bidrar til å sikre god kvalitet i tjenesten og hindre uønsket variasjon. I dette tiltaket ligger også koordinering av alle tiltakene, arbeid opp mot akademia/forskningsmiljøer for å øke kunnskapsgrunnet, arbeid med å skaffe bedre oversikt over implementeringstakt og kvalitet i tjenester som gis ved hjelp av velferdsteknologi, opplæringstiltak og samarbeid på tvers av landegrenser knyttet til velferdsteknologi.

Det er også flere deltiltak i "Digi-Hjem", men disse repeteres ikke her, da helseteknologiordningen i sin første fase skal være rettet mot kommunene. Det vil likevel være relevant å se på samhandlingen mellom tjenestenivåene også i helseteknologiordningen.

Det er stor interesse for å ta i bruk digitale verktøy, både knyttet til tiltak om digital hjemmeoppfølging og tiltak 2 knyttet til barn, unge og voksne. Nasjonalt

velferdsteknologiprogram har imidlertid valgt å avgrense satsningen på digital hjemmeoppfølging til ett prosjekt pr. helsefelleskap for å sikre et minimum av tilskudd til hvert samarbeidsprosjekt. Lav finansiering gjør at det blir mindre ressurser avsatt til frikjøp i deltakerkommunene, noe som kan forsinke framdrift.



Figur 3 Sammenhenger mellom identifiserte barrierer innen velferdsteknologiområdet og tiltak (primærrelasjoner)

4.2 Evaluering av Nasjonalt velferdsteknologiprogram

I august 2021 besluttet daværende regjering at Nasjonalt velferdsteknologiprogram skulle forlenges ut 2024. Bakgrunnen for dette var i korte trekk at velferdsteknologi har bidratt til økt omsorgskapasitet og kvalitet på helse- og omsorgstjenestene i en rekke kommuner.

Formålet med en evaluering i 2023 av de iverksatte tiltakene som inngår i denne nye perioden av Nasjonalt velferdsteknologiprogram 2022-2024, er 1) å få kunnskap om hvordan de nåværende nasjonale tilretteleggingstiltak virker, og 2) benytte denne kunnskapen i utforming av nye tiltak innen velferdsteknologiområdet fra og med 2025.

Den forventede nytteverdien av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er:

- *For brukere og pasienter:* forbedret selvstendighet, egenmestring, trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet
- *For pårørende:* økt trygghet og avlastning
- *For tjenesten:* bedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller inn innleggelse i institusjon
- *For kommunene:* styrket innovasjonsevne
- *For velferdsteknologiprogrammet:* kunnskap om implementering av innovasjoner

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har gjennom 10 år utviklet og sammenstilt kunnskap som er blitt til nasjonale råd om implementering av velferdsteknologi. Rådene er gitt i form av råd om gevinstrealisering, råd om implementering av velferdsteknologi til barn og unge, og råd

om implementering av digital hjemmeoppfølging. Felles for rådene er at de bygger på kunnskap om oppnådde gevinster, og erfarte barrierer og drivere for implementering.

En evaluering av tiltakene for perioden 2022-2024 vil inneholde:

1. Status for implementering av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging i kommunene
2. Kunnskap om oppnådde gevinster
3. Vurdere de statlige tilretteleggingstiltakene (alle tiltak i Nasjonalt velferdsteknologiprogram og nasjonale råd) sin betydning for implementering av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Her vil det være av stor betydning at velferdsteknologiprogrammets tiltak i kommunene ses i sammenheng med arbeidet med å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi (Digi-Hjem). Evalueringen og effekten må vurderes på tvers av tjenestenivåer, som grunnlag for etablering av helseteknologiordningen.

Det anbefales også å vurdere om arbeidet som er gjort innen både kunstig intelligens [30] og tryggere helseapper [31] bør integreres i, eller koordineres særskilt med helseteknologiordningen.

4.3 Mulige nye tiltak innen velferdsteknologiområdet

4.3.1 Mulige nye tiltak innen velferdsteknologi fra 2024

Utredning av test-, godkjennings-, og sertifiseringsordning for velferdsteknologi

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

Tilskudd til følgeforskning initiert av kommunene

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

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

Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering er blitt evaluert [32], og det er konkludert med at det er behov for ytterligere tiltak på området. I tillegg viser erfaringene fra pandemien at rehabiliteringsvirksomheten i landet ble "satt på vent" når mulighetene for fysisk oppmøte

til behandling ble begrenset [33]. Behovet for å jobbe på nye måter kan synes ekstra påtrengende på dette feltet. Forskjellige tjenesteinnovasjoner er prøvd ut med stor politisk oppmerksomhet på feltet, herunder ParkinsonNet, innovativ rehabilitering i Østfold og Teknologisk innovasjonssenter på Sunnaas sykehus. Det foreslås at det i helseteknologiordningen igangsettes et utprøvningsprosjekt for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging innen rehabilitering. Det kan potensielt være stor merverdi knyttet til å modernisere og rasjonalisere rehabiliteringsoppfølgingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, basert på blant annet danske erfaringer og forskning på området [33].

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

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

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

Insentiver for innføring av digitale behandling- og egenbehandlingsplaner

Samhandling på tvers av tjenestenivå er viktig for å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Deling av behandlingsplaner kan bidra til å sikre god samhandling. Det er på nåværende tidspunkt krevende å dele behandlingsplaner på tvers. Behandlingsplanene er ofte lagret i lokale EPJ-systemer med begrenset mulighet for deling med andre.

Prosjekt digital behandlings- og egenbehandlingsplan, som eies av Helsedirektoratet, utvikler og prøver ut en løsning som skal gjøre det mulig å dele digitale behandlingsplaner på tvers av tjenestenivå. Løsningen baserer seg på sentral lagring i Nasjonal kjernejournal og utvikler API for lese- og skrivegang. API er hovedprioritet og prosjektet legger opp til at leverandører kan utvikle eller tilpasse egne løsninger for å dele data på tvers av behandlingssteder og med pasienter. Prosjektet utvikler også en portalløsning på Kjernejournal som kan benyttes frem til leverandørintegrasjoner er på plass. Løsningen vil være tilgjengelig for bruk i juni 2023.

Det foreslås at man i Helseteknologiordningen følger opp arbeidet med å kunne dele behandlingsplaner på tvers på et nasjonalt nivå. Spesielt er behovet for leverandørintegrasjon viktig for å sikre effektive arbeidsprosesser og unngå dobbeltføring. Behovet for deling av behandlingsplaner blir tydelig uttrykt i prosjekter som jobber med digital hjemmeoppfølging.

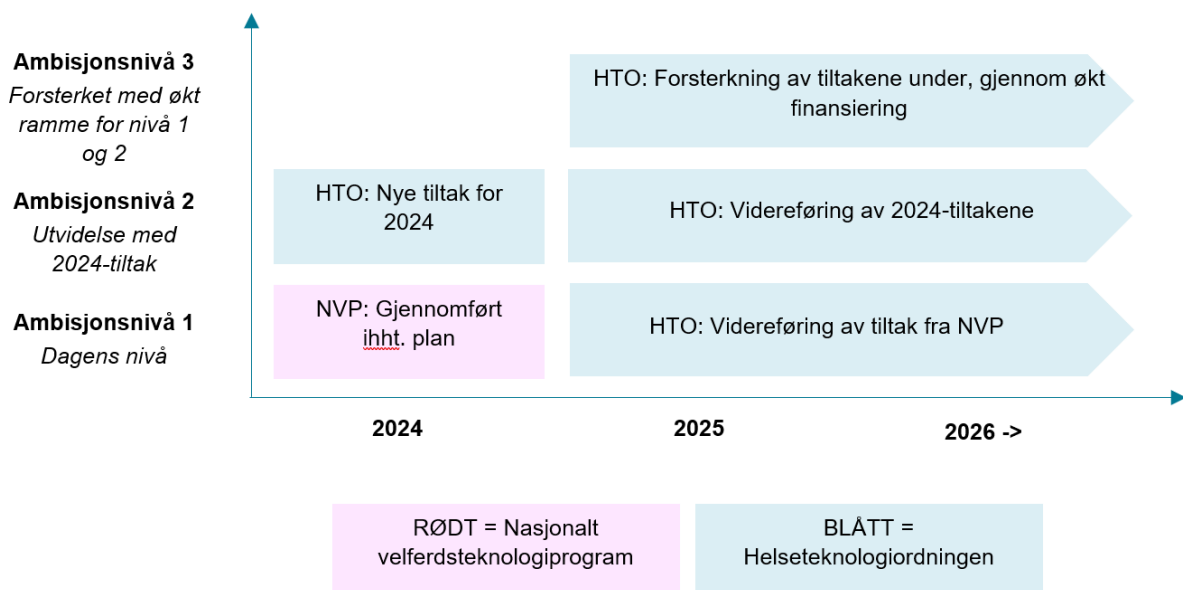
Et slikt integrasjonsarbeid har avhengighet til innsats og ressurser nasjonalt med tanke på å utvikle en nasjonal felleskomponent for deling av digitale behandlingsplaner på tvers. Dette ligger utenfor helseteknologiordningen. Det krever også innsats og ressurser fra EPJ- og DHO-leverandører i forbindelse med å utvikle løsninger og sørge for at leverandørene kan integreres med den nasjonale felleskomponenten. Dette arbeidet bør gjøres i samarbeid med HF og kommuner for å sikre at løsningene passer med behovene i tjenesten.

4.3.2 Mulige nye tiltak innen velferdsteknologiområdet fra 2025

Tiltak og virkemidler i Nasjonalt velferdsteknologiprogram for perioden 2022-2024, evalueres i løpet av 2023 og 2024. Virksomme tiltak som ennå ikke har hentet ut sitt fulle potensial, vil bli foreslått videreført i 2025 og framover, til tilsiktet effekt er oppnådd. Dette gjelder i utgangspunktet alle sju beskrevet i kapittel 4.1 tiltak inkludert i Nasjonalt velferdsteknologiprogram for perioden 2022-2024.

4.4 Ulike ambisjonsnivåer for velferdsteknologiområdet

Det foreslås tre ambisjonsnivåer for velferdsteknologi i Helseteknologiordningen (Figur 3). Nivå 1 er å videreføre samme ambisjonsnivå som i dag. Nivå 2 innebærer økt satsning gjennom igangsettelse av nye tiltak fra 2024 og framover, mens nivå 3 er en forsterkning av nivå 1 og nivå 2 gjennom økt finansiering.



Figur 4 Ulike ambisjonsnivåer for tiltak rettet mot velferdsteknologi

5 TILTAK KNYTTET TIL JOURNALLØSNINGER

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



Figur 5: Statlige virkemidler med aktuelle underpunkter. Dette viser hvilke virkemidler som er aktuelle til vurdering for en helseteknologiordning

I utredningen har Direktoratet for e-helse vurdert ulike tiltak innenfor en konseptuell retning, der staten støtter kommunene og leverandørmarkedet gjennom utvalgte tiltak, men innen rammene av dagens ansvars- og rollefordeling. De tidsmessige rammene for utredningen har imidlertid ikke gitt rom for på nytt å vurdere mer omfattende alternativer for hvordan kommunenes behov for bedre journalløsninger kan løses.

Tiltakene som er foreslått er i kategoriene finansielle og pedagogiske virkemidler:

- Tilskudd til samordning om anskaffelser av journalløsninger
- Tilskudd til samordning om innføring av ny journalfunksjonalitet
- Tilskudd til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering
- Etablering av en godkjenningsordning
- Bistand til kommunenes arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder
- Prosessveiledning og faglig bistand til kommunene

5.1 Nedvalg av tiltak

I utredningsarbeidet ble det kartlagt en omfattende kjede av problemer, årsaker og konsekvenser ut fra problembeskrivelsen og rammevilkårene i oppdraget. Ut fra disse ble det identifisert en rekke tiltak fra 2024. Ulike erfaringer fra insentivordninger i andre land ble lagt til grunn for utformingen av disse tiltakene, bl.a. fra «HITEC act» i USA (se Vedlegg 5:

Erfaringer fra insentivbruk fra andre land og sektorer). For eksempel er tiltak som innebærer sanksjoner forkastet tidlig i prosessen. Arbeidet med å identifisere tiltak er gjort i to omganger:

- 1) En liste over aktuelle tiltak ble først vurdert med hensyn til hvorvidt de falt innenfor ordningens rammebetingelser beskrevet i kapittel 1.1. Tiltakene som ble ansett som utenfor ordningens rammebetingelser ble forkastet.
- 2) Tiltakene som ble vurdert å falle innenfor rammebetingelsene for ordningen ble så vurdert opp mot vurderingskriteriene for prioritering av tiltak som er listet opp i tabellen nedenfor.

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

Tabell 4: Vurderingskriterier for prioritering av virkemidler

5.2 Beskrivelse av de ulike tiltakene

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

Tiltakene som anses som aktuelle for helseteknologiordningen er:

- Tilskudd til samordning for anskaffelse av journalløsninger
- Tilskudd til samordning om innføring av ny journalfunksjonalitet
- Tilskudd til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering
- Etablering av en godkjenningsordning
- Bistand til kommunenes arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder
- Prosessveiledning og faglig bistand til kommunene

Sammenheng med andre tiltak

Det finnes i dag flere tiltak som er rettet spesifikt mot helse- og omsorgssektoren og som skal støtte kommunal anskaffelse og innføring. To eksempler er Nasjonalt velferdsteknologi-program og Leverandørutviklingsprogrammet [34]. Tiltak som skal støtte anskaffelse, innføring og ibruktakelse av ny helseteknologi bør ikke fragmenteres unødig, slik at kommuner må søke flere ulike ordninger samtidig for å støtte opp om dette formålet. Spesielt vil det for mindre kommuner være utfordrende, da de har mindre kapasitet og kompetanse til å delta i de ulike ordningene [35].

Små distriktskommuner erfarer at mange og spesialiserte ordninger innen samme område gjør det vanskelig å få oversikt og å finne en bestemt ordning som passer kommunenes behov [35]. Det kan derfor være en fordel å samle noen av ordningene for å gi bedre oversikt, og for at de ulike ordningene i større grad kan dekke behovene. Behov for støtte fra ulike ordninger for gjennomføring av ett og samme prosjekt stiller ytterligere krav til kapasitet og kompetanse for gjennomføring av søknadsprosesser og rapportering. Samtidig er det hensiktsmessig at en tilskuddsordning ikke støtter flere formål, men heller har ett mål [36]. Innen enkelte områder vil det være hensiktsmessig å vurdere eventuelle justeringer av de eksisterende virkemidlene på dette området, fremfor å fremsette helt nye. Se også beskrivelse av pågående tiltak i vedlegg 8.

5.2.1 Tilskudd til samordning for anskaffelser av journalløsninger

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

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

- *Til beskrivelse av behov og gjennomføring av leverandørdialog (tidlig involvering om behov og utvikling) og anskaffelse*
- *Til kommuners arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder, jf. samarbeidsmodell for internasjonale standarder [20]*

Samarbeid mellom kommuner om behov, leverandørdialog og anskaffelse

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

Tanken om samarbeid om anskaffelser mellom kommuner er ikke ny. Den har vært drivende for utvikling av interkommunale nettverk på flere områder, og står sentralt i Felles kommunal journal sin beskrivelse av «markeds plass». Behovet er utdypet under beskrivelser av markeds plassens innovasjonsarena, erfaringsarena samt utvikling av felles vilkår og krav til journalløsningene [37]. Fastlegene får i dag sin støtte gjennom EPJ-løftet. EPJ-løftet er et prosjekt hvor myndigheter og brukere samarbeider om å kvalitetsheving av elektroniske pasientjournalssystemer for fastlege- og avtalespesialister, fysio- og manuellterapeuter. Prosjektet jobber brukernært på arbeidsprosessene, og involverer leverandører tidlig i behovskartleggingsprosessen, som erfaringsmessig gir forutsigbarhet for leverandørene [38].

HOD har bedt Direktoratet for e-helse om å utarbeide en situasjonsbeskrivelse for EPJ-løftets arbeid og tiltak for å øke gjennomføringskraften [39].

Tilskuddet kan bidra til at kommuner som har behov for oppgradering eller anskaffelse av ny journalløsning, gjennomfører felles prosesser for å beskrive behov og prioriteringer og gjennomfører en felles leverandørdialog og anskaffelse. Det vil være viktig at helsepersonell er involvert i beskrivelse av behov, slik at journalløsningene støtter kliniske behov og forenkler helsepersonellens arbeid. Dette er også aktuelt når en eller flere kommuner planlegger å konsolidere journalløsninger.

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

Det bør stilles som vilkår for tilskuddet at et minimum antall kommuner inngår i et samarbeid om beskrivelse av felles behov, dialog med markedet og anskaffelse. Det anbefales å bygge videre på erfaringer gjort med felles anskaffelser av velferdsteknologi gjennomført av kommuner i Nasjonalt velferdsteknologi-program med hjelp fra Leverandørutviklingsprogrammet, samt erfaringene fra utvikling av markedsplassen i Felles kommunal journal. Det bør i 2023 sees nærmere på hvordan tilskuddet eventuelt kan kombineres/og eller samordnes med tilskudd til leverandører fra Innovasjon Norge, eksempelvis gjennom innovasjonskontrakter. Dette omtales nærmere i kapittel 7.2 Forberedelser for helseteknologiordning. Det bør også konkretiseres videre hvordan dette tiltaket kan styrke samhandling mellom kommuner og helseforetak, samt løsninger for bedre samhandling innad i kommunen.

Arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder i kommunene

Standardisering er en forutsetning for digital samhandling. Når kommuner gjennomfører anskaffelser, må de bestille og utvikle løsninger i henhold til nasjonale krav og anbefalinger om bruk av standarder, for å ivareta samhandlingsbehov for helsepersonell og innbyggere. Tildeling av tilskudd til anskaffelser og innføring kan gå til arbeid med bruk og tilpasning av standarder med forutsetning om koordinering og deling i sektoren, i henhold til Samarbeidsmodell for internasjonale standarder [20]. Dette legger til rette for at de aktørene som får tildelt midler, kan jobbe smidig og innovere innenfor området, og at deres erfaringer med standarder og tilpasninger blir løftet nasjonalt og gir tydelige rammer for andre aktører i etterkant. Dette vil forenkle prosessene for aktører som følger etter. Det vil dessuten bidra til å utvikle nye standarder, og støtte opp under behovet for standardisering på nye områder.

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

For kommuner som får tilskudd innebærer dette at de må:

- Stille tydelige krav om bruk av og eventuelt utvikling eller tilpasning av standarder ved bestilling av ny funksjonalitet og nye systemer

- Involvere brukere, leverandører, standardiseringsorganisasjoner og myndigheter for å innhente nødvendig erfarings- og kunnskapsgrunnlag knyttet til valg og bruk av standarder
- Tilrettelegge for erfaringsdeling og gjenbruk i sektoren, som grunnlag for nasjonal normering

5.2.2 Tilskudd til samordning om innføring av journalløsninger

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

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

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

Innføring av ny helseteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste er et omfattende arbeid som krever god planlegging, og må ta utgangspunkt i eksisterende samstyrringsstrukturer og nettverk i kommunal sektor. EPJ-løftet peker i sin evaluering [38] på at verdien av gevinster realiseres når løsninger og ny funksjonalitet faktisk blir tatt i bruk. Eksisterende arbeidsprosesser og eventuelle endringer av disse skal beskrives, et stort antall ansatte skal læres opp og arbeidsprosessene skal endres samtidig som helsetjenestene ytes uten avbrudd. Ved konsolidering av journaløsninger vil det også være behov for å avgjøre hvilke arbeidsprosesser, tilpasninger og konfigurasjoner som skal bevares og hvilke som skal forkastes når ulike virksomheter skal begynne å bruke den samme journaløsningen.

Tilskuddet vil kunne bidra til å dekke kostnader som oppstår i forbindelse med innføring, inkludert endringsprosesser, arbeid med realisering av gevinster og opplæring. Tilskuddet kan dekke innleie av kompetanse knyttet til endrings- og omstillingsarbeid, utgifter til vikarer for de som deltar i opplæring og utgifter til selve omstillingsarbeidet. Tilskuddet skal ikke brukes til normal drift av løsningen eller daglig brukeropfølging.

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

Kunnskap fra innføring av e-helseløsninger bør benyttes for å identifisere en mulig beste praksis for innføring. Det bør tilstrebes å dele kunnskap og erfaringer fra teknisk

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

5.2.3 Tilskudd til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering

For å oppnå nytteverdi av tekniske investeringer er det nødvendig å legge til rette for at teknologi kan bli implementert og tatt i bruk. Dette dreier seg om å overvinne de barrierene som forhindrer at den teknologien som allerede er tilgjengelig, implementeres. Etablerte nettverk for kompetanseøkning og kunnskapsdeling på tvers av kommunene er sentrale i denne sammenheng. KS innovasjonsbarometer 2020 viser at kommunene bruker ulike kanaler for å spre innovasjoner, hvor den hyppigst brukte kanalen er gjennom nettverk [40].

Kommunenettverkene tilrettelegger for kompetanseøkning og kunnskapsdeling på tvers av kommuner. Nettverk er opprettet i forbindelse med eksempelvis Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det er behov for felles drøfting av problemstillinger som knytter seg til arkitektur og infrastruktur, dialog med markedet, endringsledelse og innføring mv. Direktoratet for e-helse forvalter tilskudd til nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene i regi av KS. Helsedirektoratet administrerer et tilskudd for oppbygging av varige kunnskapsnettverk på velferdsteknologiområdet. Det er behov for at dette også gjøres for journalområdet.

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

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

En tredjedel av bevilgningen kan gå til nasjonal koordinering og samordning for økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.

5.2.4 Etablering av en godkjenningsordning

Det foreslås å etablere en godkjenningsordning som kan bekrefte overensstemmelse med standarder, beste praksis i digitale løsninger og andre relevante krav. En slik ordning vil bidra til å bekrefte riktig bruk av standarder, og fungere som kvalitetssikring for påfølgende anskaffelsesprosesser. Den kan dermed fungere som et hjelpemiddel for kommunene i

anskaffelsesfasen, da det kan bidra til enklere forståelse av hvilke løsninger som møter kravene. Ordningen kan for eksempel utformes som en selvdeklareringsordning. En godkjeningsordning kan fungere som en måte å dokumentere norske helseteknologiselskapers egnethet, og kan bidra til å gjøre det enklere for norske helseteknologiselskaper å tilby hjemmemarkedsprodukter i et internasjonalt marked. Det kan på den måten være et virkemiddel som kan bidra til næringsutvikling. En godkjeningsordning vil kunne bidra til å synliggjøre standarder og krav til bruk av disse som allerede finnes i dag. Dette vil kunne bidra til mer forutsigbarhet for leverandørene.

Et tiltak knyttet til en selvdeklarerings-/godkjeningsordning, vil forutsette en ytterligere utredning. I forbindelse med høringen av forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten (nå forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger) i 2012/2013 ble det gjort en konsekvensutredning [41] av innføring av en sertifiseringsordning. Utredningen beskriver tre ulike typer av sertifiseringsordninger:

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

En ny utredning bør se til den tidligere konsekvensutredningen, men med utgangspunkt i dagens situasjon. Utredningen må sees i sammenheng med forslaget om krav til selvdeklarerering for journalleverandører i EHDS. Det må også sees hen til pågående nasjonale aktiviteter, for eksempel styringsdokument for felles kommunal journal. Helse- direktoratet har gjennomført et arbeid med utforming av godkjeningsordning for helseapper, hvor et evalueringsrammeverk er testet ut. Det foreligger også forslag om å etablere godkjeningsordning for løsninger innenfor velferdsteknologi.

5.2.5 Bistand til kommunenes arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder

Dette omfatter tiltak som skal dekke kommunenes oppgaver knyttet til standardisering beskrevet i Samarbeidsmodell for internasjonale standarder [20] i kapittel 2.2, og som skal legge til rette for at løsninger utviklet i tilskuddsordningen gir verdi for kommunene som kommer etter, og for samhandling med andre aktører. Det skal gi nytte direkte for kommunene i form av for eksempel:

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

Tiltakene skal samlet sett legge til rette for at kommunene og andre aktører får nødvendig bistand og kunnskapsgrunnlag til å beskrive behov for standarder og eventuell tilpasning i anskaffelses- og innføringsprosessene. Dette forenkler og styrker prosessene og gir nytte både for kommunene som går foran og for andre kommuner som kan dra nytte av arbeidet i ettertid. Foregangs kommunene som får tildelt tilskudd, tilpasser standarder som andre

kommuner og leverandører kan gjenbruke. Den faglige støtten som gis gjennom tiltakene, kan bidra til tydeligere bestillinger om bruk/tilpasning av standarder, og tilrettelegger dermed for økt kvalitet og løsninger tilpasset behov blant helsepersonell og innbyggere.

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

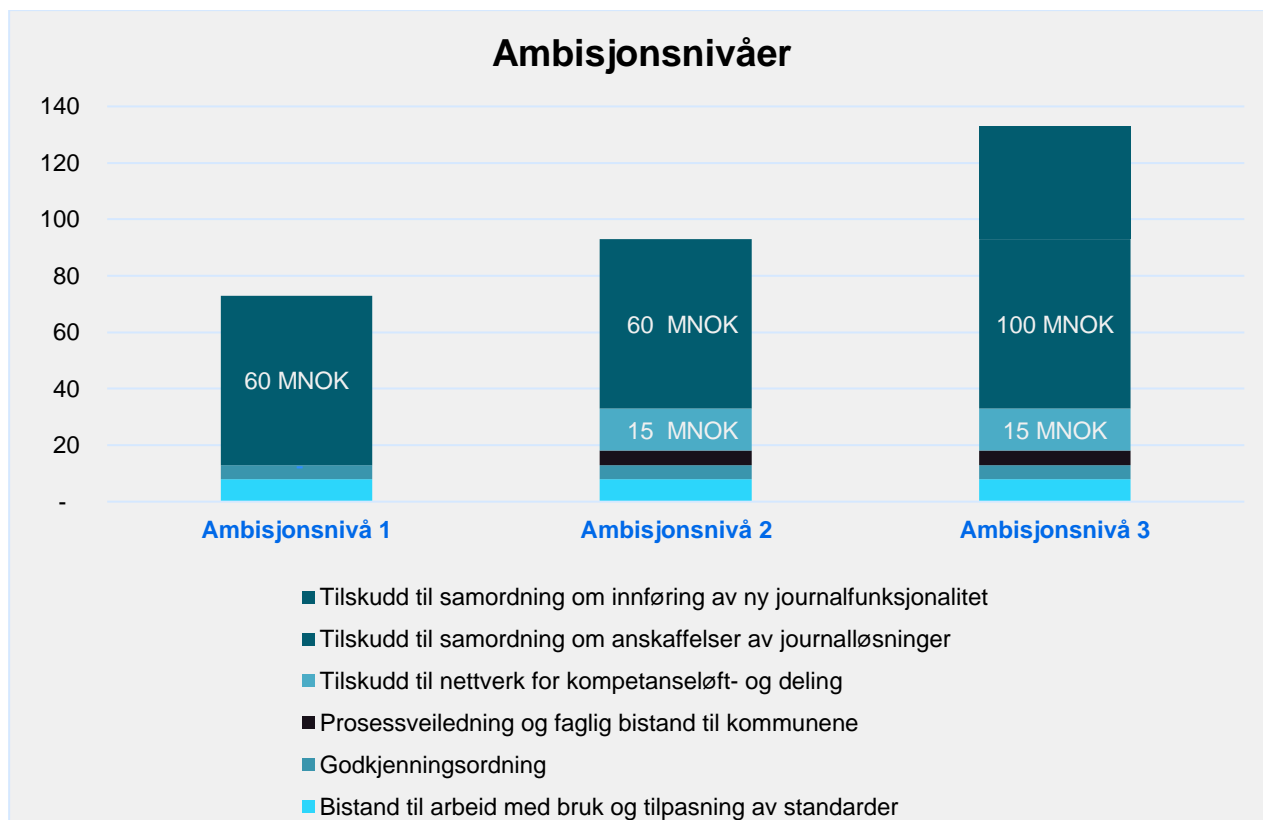
5.2.6 Prosessveiledning og faglig bistand til kommunene

Tiltaket er å tilby kommuner som har fått innvilget tilskuddsmidler, faglig bistand og prosessveiledning i tilskuddsperioden, noe tilsvarende det som gjøres i Nasjonalt velferdsteknologiprogram i dag. Tiltaket kan innebære at det blant annet utarbeides nasjonale verktøy, veiledninger og anbefalinger for å støtte kommunene i deres anskaffelse og innføringsprosess. Et aktuelt tema for veiledningen kan blant annet være informasjonssikkerhet og personvern.

Dette er for å bygge varig kompetanse i eller nær de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Slik skal kommunene beholde kompetansen og bruke den til å gjennomføre nødvendige omstillingsprosesser i tjenestene når den nye journalløsningen innføres.

5.3 De ulike ambisjonsnivåene

Figur 6 viser de tre ambisjonsnivåene som er vurdert for helseteknologiordningen i 2024. Det laveste ambisjonsnivået (ambisjonsnivå 1) omfatter tilskudd til samordning om anskaffelser av journalløsninger, bistand til kommunenes arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder, og en godkjenningsordning. Ambisjonsnivå 2 inkluderer i tillegg støtte til kompetansenettverkene, og ambisjonsnivå 3 inkluderer i tillegg tilskudd til innføring av journalløsninger.



Figur 6: Tre ambisjonsnivåer for helseteknologiordning i 2024

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

6 JOURNALLØSNINGER: SAMFUNNSØKONOMISK VERDI

I dette kapitlet synliggjøres nytte- og kostnadsvirkningene av de tre ambisjonsnivåene for tiltak knyttet til journalområdet (se kapittel5.3). Innledningsvis gis det en kort beskrivelse av forutsetningene og metodene som er benyttet i analysen og hvordan virkningene og nullalternativet er vurdert. Deretter følger en beskrivelse av tiltakene, etterfulgt av de prissatte kostnadene samt en beskrivelse av de prissatte og ikke-prissatte virkningene. Virkninger som berører kommunene, leverandørene, og på sikt også brukerne som helsepersonell og innbyggere, er identifisert.

6.1 Grunnleggende forutsetninger

6.1.1 Forutsetninger og antakelser i analysen

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

Begrep	Beregningsforutsetninger
Investeringsperiode	1 år (2023) for alle tiltakene
Levetid	7 år Tilskuddsperiode fra 2024-2028. Virkninger forventes i tilskuddsperioden og i to år etter avsluttet tilskuddsperiode
Analyseperiode	8 år (levetid i tillegg til investeringsperiode)
Kalkulasjonspriser	Brutto reallønn for henholdsvis kommuneansatte og ansatte i Direktoratet for e-helse er benyttet for å prissette verdien av endret tidsbruk. For øvrige virkninger er markedspriser benyttet.
Realprisjustering	All endring i tidsbruk realprisjusteres i henhold til R-109/21 da det forventes en årlig reallønnsvekst som følge av økt produktivitet. Med dette øker alternativkostnaden av tidsbruk.
Kalkulasjonsrente	I tråd med R-109/21 benyttes en kalkulasjonsrente lik 4,0 prosent
Nåverdi	Kontantstrømmene er neddiskontert til 2023 og presentert i 2022-kroner
Merverdi	De prissatte kostnadene inkluderer ikke merverdiavgift.
Skattefinansieringskostnad-/gevinst	Alle alternativer er planlagt finansiert over offentlige budsjetter og det beregnes en skattefinansieringskostnad på 20 prosent av investeringskostnadene. For effektiviseringsgevinster i offentlig sektor er det lagt på en skattefinansieringsgevinst på 20 prosent. Skattefinansieringskostnaden (- gevinsten) er den marginale kostnaden (nyttens) ved (å unngå) å hente inn en ekstra skattekrone.

Tabell 5 Begreper med forutsetninger for kost-nytteanalysen

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

Kommunene i Midt-Norge er tatt ut av analysen av virkninger for tiltak som kun dekker anskaffelsesprosessen, som følge av et politisk ønske om at disse kommunene skal ta i bruk Helseplattformen. Kommunene i Midt-Norge er inkludert i analysen der tilskuddsordningen dekker innføringsprosessen av Helseplattformen, men det gjenstår å endelig avklare om kommunene skal kunne søke om dette.

Tilskudd er en overføring mellom grupper, fra stat til kommune i dette tilfellet. Tilskuddet som bevilges til kommunene kan sees som en inntekt for kommunene og en kostnad for staten. Det vil si at det er en omfordeling som ikke påvirker den samfunnsøkonomiske lønnsomheten, men den har likevel en realøkonomisk virkning i form av den ekstra ressursbruken som tilskuddet medfører til forskjell fra nullalternativet. Tilskuddskostnaden er derfor inkludert i bruttoregnskapet, som en inntekt for kommunene og en kostnad for staten, samt de realøkonomiske virkningene som tilskuddet medfører sammenlignet med nullalternativet. Eksempelvis vil kommuner som ikke har ressursbruk i nullalternativet, men forventer økt ressursbruk som følge av tiltaket få en realøkonomisk kostnad i form av mer ressursbruk ved gjennomføring av anskaffelsesprosessen. Denne realkostnaden er inkludert i beregningene av effektivisering av ressursbruk i anskaffelses- og innføringsprosessen.

6.1.2 Berørte aktører

For en god samfunnsøkonomisk analyse er det avgjørende å identifisere alle de relevante virkningene, og vurdere disse på en god og konsistent måte. Derfor er først alle relevante berørte aktører kartlagt. Dette er skissert i tabellen under. Tabellen illustrerer de aktørene som kan påvirkes av de foreslåtte tiltakene og hvordan aktøren kan bli berørt. For full oversikt over interessentgrupper i kategorier, se Vedlegg 4: Oversikt over interessentgrupper.

Aktør	Hvordan aktøren kan bli berørt
Kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • Virkninger på ressursbruk i anskaffelsesprosesser • Virkninger på ressursbruk i innføringsprosessen • Virkninger på bedre kjøpsbetingelser • Virkninger på kvalitet på anskaffelsesprosessen • Virkninger på kvalitet på innføringsprosessen • Virkninger på ressursbruk forbundet med å utforme tilskuddssøknad • På sikt, økt tillit og omdømme • På sikt, enklere samhandling mellom kommunene og med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten. Kan også på enda lengre sikt bidra til innføring av nasjonale e-helseløsninger.
Leverandører og marked	<ul style="list-style-type: none"> • Virkninger på ressursbruk knyttet til å fremskaffe informasjon til anskaffelsesprosesser • På sikt, et mer velfungerende marked • På sikt, et økt overskudd
Brukere (helsepersonell og innbyggere)	<ul style="list-style-type: none"> • På sikt, økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten i kommunene • På sikt, enklere samhandling innenfor og mellom kommunene, og på enda lengre sikt helseforetakene og med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten • På sikt, økt tilfredshet blant innbyggere

Tabell 6 Relevante aktører og hvordan de kan bli berørt av helseteknologiordningen

6.1.3 Nullalternativet

Nullalternativet er referansen som de øvrige ambisjonsnivåene sammenlignes med.

Nullalternativet for kommunene antas følgende:

- Kommunene fortsetter som i dag og samordner i svært liten grad bestillinger av ny funksjonalitet i journalløsningene eller anskaffelser av nye journalløsninger.
- Den kommunale innkjøpskapasiteten og kompetansen er omtrent uendret og tilsvarende i problembeskrivelsen.
- I nullalternativet antas det at under halvparten av kommunene har planer om å anskaffe/oppgradere en eller flere av journalløsningene i løpet av tiltaksperioden, basert på innsikt fra kommunene. Små kommuner med lite innkjøpsmiljø og kapasitet planlegger å gjennomføre enkle ordinære anskaffelsesprosesser, mens noen mellomstore og store kommuner med mer kompetanse og kapasitet, i større grad planlegger mer omfattende anskaffelsesprosesser.
- I nullalternativet vil KS gjennom eksisterende nettverk og veiledningsmateriale støtte kommunene i innføring av nasjonale e-helseløsninger og bidra til å styrke kompetansen knyttet til innføring og gevinstrealisering blant kommunene i tiltaksperioden
- Samarbeidsmodellen for internasjonale standarder innføres, men uten økonomiske insentiver eller kompetansetiltak rettet mot kommunene. Dette kan medføre større grad av variasjon i digitale tjenester og svekket samhandlingsevne.
- Det er ingen endring i dagens finansieringsmodell.

Nullalternativet for leverandørene antas følgende:

- Journalleverandørenes transaksjonskostnader knyttet til bestilling eller anskaffelse fra kommunene er uendret i forhold til i dag.
- Utviklingen i journalmarkedet og investeringsnivået i markedet er som i dag. Lavt investeringsnivå i markedet gir leverandørene liten utviklingskapasitet og små muligheter til å videreutvikle løsningene sine.

Tabell 7 Antakelser i nullalternativet for kommuner og leverandører

6.1.4 Forutsetninger for de ulike ambisjonsnivåene

Hva ambisjonsnivå 1 Tilskudd til samordning av anskaffelse av journalløsninger innebærer:

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

Gjennomføringsrisiko

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

Tabell 8 Forutsetninger av ambisjonsnivå 1 og gjennomføringsrisiko

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

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

Gjennomføringsrisiko

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

Tabell 9 Forutsetninger av ambisjonsnivå 2 og gjennomføringsrisiko

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

- Det opprettes en tilskuddordning på 100 millioner årlig over 5 år til kommuner som samordner a) bestillinger ny funksjonalitet i journalløsningene og b) innføring av journalløsninger som kan søkes på av kommunesamarbeid. Det tilbys prosessveiledning og faglig bistand nasjonalt.
- Tiltaket innebærer bistand til kommunenes arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder, og at det etableres en godkjenningsordning.
- Tilskuddet til innføring kan bygges ut over tid og på sikt kan det for eksempel utvides slik at det kan dekke innføringskostnadene av nye nasjonale samhandlingstjenester.
- I tillegg gis den en overføring til KS på 15 millioner for å drive nettverk for kompetanseheving og kunnskapsdeling på tvers av kommunene.
- Det settes av midler til følgeforskning og evaluering av tiltaket.
- Tilskuddet skal gå til å dekke deler av kommunenes kostnader. Noe egeninnsats eller finansiering må kommunene samarbeid stille med selv. Disse kravene vil fremgå av tildelingskriteriene.
- Det antas at tilskuddet er ressursutløsende for kommuner som hadde planlagt en anskaffelse, samtidig som tilskuddet også motiverer kommuner som i utgangspunktet ikke hadde tenkt til å oppgradere funksjonalitet i journalløsningene sine eller anskaffelser av nye journalløsninger. Totalt anslås det at rundt 68 prosent av kommunene vil bli berørt av tiltaket i løpet av en 5 årsperiode. Det forventes at flere vil bli berørt fordi tilskuddet også dekker innføringsprosessen og fordi kommuner i Midt-Norge også kan søke om tilskudd til innføring av Helseplattformen
- Tildelingskriterier stiller flere overordne krav til anskaffelse - for eksempel krav til å støtte nasjonale e-helseløsninger, krav til å følge obligatoriske standarder mv.
- Tilskuddet gis slik at kommunenes arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder kan gi nytte også for aktører som følger etter, og bidra til å utvikle nye standarder og nasjonale normerende produkter, jf. Samarbeidsmodell for internasjonale standarder.
- Tilskuddsordningen kan bygges ut over tid til å inkludere flere tiltak.
- En tredjedel av bevilgningen kan gå til nasjonal koordinering og samordning for økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.

Gjennomføringsrisiko

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

Tabell 10 Forutsetninger av ambisjonsnivå 3 og gjennomføringsrisiko

6.2 Samfunnsøkonomiske virkninger

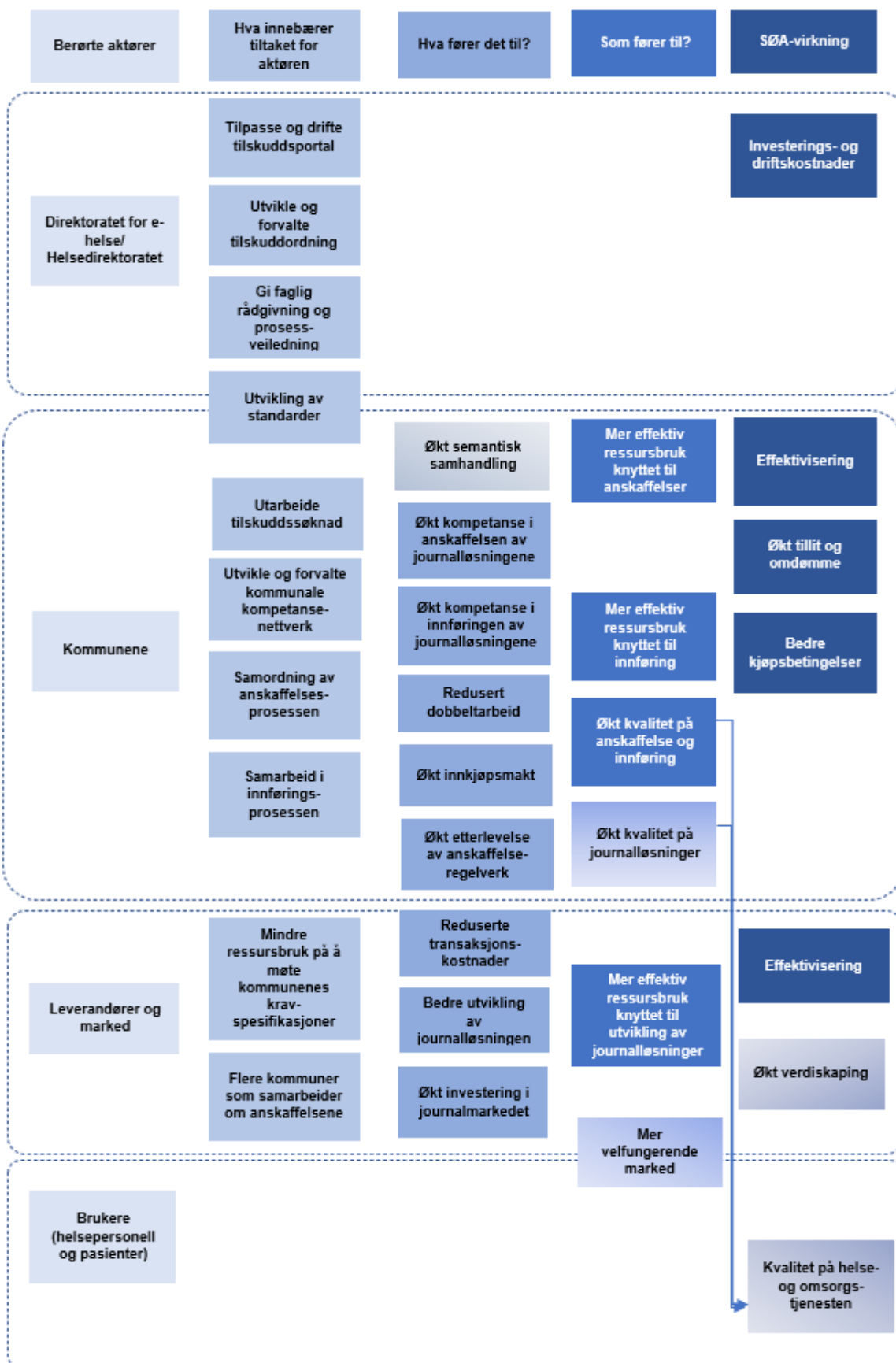
Virkninger av helseteknologiordningen er alle positive og negative effekter som oppstår som følge av tilskuddsordningene, med ulike ambisjonsnivå. Virkninger defineres som endringer sammenliknet med nullalternativet. Virkninger av vedtatt politikk eller endringer som ville ha oppstått også uten etableringen av helseteknologiordningen skal derfor ikke inkluderes. Det er krevende å identifisere virkninger av en tilskuddsordning, da det er forventet at tiltakene i liten grad vil gi direkte nytte, men stimulere til økt nytte gjennom atferdsendringer og andre investeringer. Kostnadene knyttet til selve kjøpet av journalløsningen er ikke en del av tilskuddet og dermed heller ikke en kostnadsvirkning i den samfunnsøkonomiske

analysen. Derfor kan heller ikke nyttevirkningene av en bedre journalløsning inngå i analysen.

De foreslåtte tiltakene i de ulike ambisjonsnivåene forventes å føre til nytte- og kostnadsvirkninger fordelt på ulike aktører. Overordnet forventes det at ordningen skal utløse samordning mellom kommuner i anskaffelsene, og at dette skal bidra til kompetansespredning og ressurspredning i anskaffelsesprosessene og i innføringsprosessene på tvers av kommunene. Som følge av samlede anskaffelser og samlet dialog med leverandørene, i kombinasjon med økte investeringer i journalmarkedet, forventes det også at journalmarkedet vil utvikles over tid.

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

Figuren under viser et årsaks-virkningsdiagram som illustrerer hvordan ambisjonsnivå 3 kan forventes å påvirke de ulike aktørene. Boksene som har en gradert farge, er virkninger som forventes lengre ut i tid. På kort sikt forventes hovedsakelig virkninger i anskaffelses- og innføringsprosessene. Virkninger som utvikling i markedet for journalløsninger og økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, forventes på lengre sikt.



Figur 7 Forventede virkninger av en helseteknologiordning

6.3 Kostnadsvirkninger

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

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

En sammenstilling av kostnadene i millioner kroner over analyseperiodens sju år er vist i tabellen under.

	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Investerings- og utviklingskostnader	9	12	12
Drifts-, forvaltnings- og tilskuddskostnader	326	410	582
Skattefinansieringskostnad	67	84	119
Sum prissatte kostnadsvirkninger	402	507	712

Tabell 11 Oversikt over kostnadsvirkninger som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene. Alle virkninger vises som forskjell fra nullalternativet og som nåverdi 2022-kroner

6.3.1 Investeringskostnader

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

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

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

Slik vi kan se av 48Tabell 11 over er de estimerte investeringskostnadene for Ambisjonsnivå 1 9 millioner kroner over analyseperioden, Ambisjonsnivå 2 12 millioner kroner over analyseperioden og Ambisjonsnivå 3 12 millioner kroner over analyseperioden. Den største delen av ressursbruken i investeringsperioden er årsverksressurser i alle tiltakene.

6.3.2 Drifts-, forvaltnings- og tilskuddskostnader

Drifts- og forvaltningskostnader omfatter hovedsakelig ressursbruk til tilskuddsforvaltningen og ressursbruk til prosessveiledning og faglig bistand til kommunene som mottar tilskuddet. I tillegg kommer den største kostnadsposten, som er selve tilskuddet.

Ambisjonsnivå 1 har de laveste drifts- og forvaltningskostnadene, fordi dette ambisjonsnivået ikke inkluderer prosess- og faglig veiledning. For ambisjonsnivå 2 og 3 inkluderer driftskostnadene i tillegg veiledning fra tilskuddsforvalter.

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

6.4 Prissatte virkninger

Det forventes flere virkninger av tiltakene. De prissatte virkningene i analysen er:

- Økt effektivisering hos kommunene i anskaffelsesprosessen
- Økt effektivisering hos leverandørene i anskaffelsesprosessen
- Økt effektivisering hos kommunene i innføringsprosessen
- Bedre kjøpsbetingelser
- Kostnader forbundet med utarbeidelse av søknad
- Skattefinansieringsgevinst
- Tilskudd som inntekt til kommunene

For alle nyttevirkningene forventes det at nyttevirkningene vil inntreffe når kommunene begynner samarbeidet, og treffe de kommunene og journalleverandørene som inngår i tilskuddsordningen allerede i 2024. Effektiviseringsgevinstene for anskaffelses- og innføringsprosessen vil inntreffe i perioden kommunene er involvert i samarbeidet med andre kommuner, og gevinstene som følge av bedre kjøpsbetingelser vil treffe dem i anskaffelsesprosessen. Når de har avsluttet samarbeidet om anskaffelsene og innføringen antas det at de prissatte effektiviseringsgevinstene ikke gjelder lenger for disse kommunene, men kan gjelde for andre kommuner som inngår i tilskuddsordningen i påfølgende år. En sammenstilling av de prissatte nyttevirkningene i millioner kroner over analyseperioden er vist i tabellen under.

	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Effektivisering forbundet med anskaffelse	14	26	16
Effektivisering for journalleverandørene	30	32	29
Effektivisering forbedret innføring	0	0	160
Bedre kjøpsbetingelser	12	15	15
Kostnader forbundet med utarbeidelse av søknad	-0,6	-0,6	-0,7

Skattefinansieringsgevinst	5	8	38
Tilskudd som inntekt til komme	257	321	492
Totale nyttevirkninger	317	401	750

Tabell 12 Prissatte nyttevirkninger som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene. Alle virkninger vises som forskjell fra nullalternativet og som nåverdi 2022-kroner

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

6.4.1 Økt effektivisering hos kommunene og leverandørene i anskaffelsesprosessen

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

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

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

De ulike forventningene til virkninger, avhengig av forventningene til kommunen i nullalternativet, er oppsummert i tabellen nedenfor. Som tabellen viser er det tre grupper som kan tenkes å bli berørt ulikt av tiltakene. Gruppene beskrives i kolonnen med «forventinger til kommunen i nullalternativet»

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

Tabell 13 Beskrivelse av forventninger til kommunenes anskaffelser av journalløsninger i nullalternativet og som følge av helseteknologiordningen

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

I beregninger av virkningene er det forventet at en stor andel av kommunene tilhører gruppen 3b, som er kommuner som ikke vil bli direkte berørt av tilskuddsordningen over tilskuddsperioden. Disse kommunene utgjør rundt 45 prosent. De får dermed heller ingen direkte effektiviseringsgevinster som følge av tilskuddet.

Basert på erfaringstall fra Statens innkjøpssenter [42] er det vurdert at kommunene gjennom samarbeidet, i gjennomsnitt kan effektivisere ressursbruken med mellom 5 til 15 ukesverk.

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

Sammenlignet med ambisjonsnivå 1, forventes det at både ambisjonsnivå 2 og 3 vil kunne bidra til ytterligere effektivisering grunnet faglig veiledning og kompetansedeling gjennom tilskudd til kommunale nettverk. Det forventes at faglig bistand og prosessveiledning vil kunne gi kommunene bedre nytte av tilskuddsordningene.

Tiltakene forventes å medføre økt samarbeid og samordning i anskaffelsesprosessene hos kommunene. Dette vil frigjøre noe kapasitet og tid hos leverandørene, ved at de må svare på færre, men større bestillinger, og eventuelt kan unngå skreddersøm for enkelte kommuner. Det er imidlertid naturlig å forvente at deler av tidsbesparelsene vil reflekteres i reduserte priser hos leverandørene (virkningen som her omtales som bedre kjøpsbetingelser i avsnitt 6.5.3). Implikasjonen av dette er at den samfunnsøkonomiske vurderingen i prinsippet ikke kan legge sammen alle tidsbesparelser for leverandørene og samtidig alle gevinstene i form av lavere priser. Dette ville medføre en dobbelttelling, da deler av priseffekten skyldes nettopp at vinnende leverandør har lavere transaksjonskostnader. For å korrigere for dette trekker vi fra tidsbesparelsene for én vinnende leverandør (der gevinsten antas reflektert i prisen). For tidsbesparelsene i konkurransen antar vi at hver leverandør vil bruke mer tid på å utforme et tilbud og følge opp en konkurranse når det er større konstellasjoner av kommuner, men at det er færre bestillinger. I sum vil dette medføre tidsbesparelser for leverandørene.

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

6.4.2 Økt effektivisering hos kommunene og leverandørene i innføringsprosessen

Innføringen av nye journalløsninger eller ny journalfunksjonalitet er ressurskrevende. Ikke alle kommuner har kompetanse eller ressurser til å gjennomføre disse prosessene på en god måte, noe som kommer fram i nullalternativet.

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

En analyse av kostnader for innføring av Helseplattformen fra Trøndelag sørvest/Lakseregionen viser at de forventede kostnadene ligger mellom 372 til 443 kroner per innbygger [43]. De tre største kommunene har estimert en kostnad under 400 kroner per innbygger, mens de øvrige kommunene har estimert en kostnad på over 400 kroner per innbygger. Vi har tatt utgangspunkt i kostnadsnivåene fra innføring av Helseplattformen i beregningen av mulige effektiviseringsvirkninger for innføringsprosessen som følge av samarbeid, ressurser til å drive en god innføringsprosess eller kompetansedeling. Det forventes at kostnadene per innbygger kan reduseres fra nullalternativet, til nivået i Helseplattformen som følge av tilskuddsordningen. Samarbeid om opplæringen av helsepersonell ved innføring av journaløsninger har vært særlig effektivt sammenlignet med nullalternativet. Denne erfaringen bekreftes av IKT Nord-Hordaland som ved felles anskaffelse og innføring av journalsystemer for 11 kommuner hadde store besparelser forbundet med felles opplæring.

Estimeringen av nyttevirkningen viser at nåverdien av effektiviseringen i ambisjonsnivå 3 er 160 millioner kroner. Denne virkningen forventes ikke i ambisjonsnivå 1 og 2, ettersom disse ikke inkluderer innføringsprosessen.

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

6.4.3 Bedre kjøpsbetingelser

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

Det foreligger ikke erfaringstall om påvirkning på innkjøpspriser for journaløsninger av samlede innkjøp, men det finnes erfaringstall fra fellesavtaler for statelige virksomheter som forvaltes av Statens innkjøpssenter. Statens innkjøpssenter benytter en generisk modell ved beregning av prisgevinster for beregninger av gevinster fra fellesavtaler [42]. Det forventes prisreduksjoner mellom 2 og 38 prosent, gjennomsnittlig 16 prosent, avhengig av hvilken sektor fellesavtalene inngår i. I en rapport om innkjøpssamarbeid i kommunesektoren oppgir kommune i intervjuer at de får en prisreduksjon på mellom 20 til 30 prosent som følge av fellesavtaler [21]. For journalmarkedet forventes det at prisreduksjonene som følge av forhandlingsmakt, ligger i nedre sjiktet fordi det er et relativt lite modent marked der det gjenstår mye utvikling. I vår analyse forventer vi derfor bedre kjøpsbetingelser på mellom 10 til 20 prosent i gjennomsnitt for alle kommunene. Dette støttes av observasjoner av innkjøpssamarbeid for journaløsninger i IKT Nord-Hordaland.

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

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

6.4.4 Kostnader forbundet med utarbeidelse av søknad

Det forventes økt tidsbruk for kommunene forbundet med å utarbeide. Dette er en kostnad som ikke ville intruffet i fravær av helseteknologiordningen.

Basert på en spørreundersøkelse til kommunene gjennomført av DFØ i 2017 i forbindelse med områdegjennomgangen av tilskudd til kommunesektoren [44], samt en utredning om digitale fellesløsninger for tilskudd gjennomført av DFØ i 2018 [45] og oppdatert av Menon Economics i 2022 finner man at kommunene bruker gjennomsnittlig 31 timer per søknad om tilskudd i områdegjennomgangen og mellom 3,4 og 26 timer per søknad i de oppdaterte analysene.

Vi benytter oss av disse erfaringstallene for å estimere forventede kostnader for kommunene forbundet med utarbeidelse av søknader. Hvert år forventes at gjennomsnittlig 36 kommuner vil søke på tilskuddsordningen. I våre beregninger har vi lagt til grunn at hovedsøkeren vil ha en tidsbruk på 31 timer forbundet med søknaden, og at andre kommuner som er med i konstellasjonen vil ha en tidsbruk på 4 timer som da kommer i tillegg til de 31 timene for hovedsøkeren.

Samlet utgjør dette en forventet kostnad forbundet med utarbeidelse av tilskuddssøknaden på 0,6 millioner kroner i nåverdi for ambisjonsnivå 1, 0,6 millioner kroner for ambisjonsnivå 2 og 0,7 millioner kroner for ambisjonsnivå 3. Forskjellen mellom ambisjonsnivå kommer hovedsakelig av at man i ambisjonsnivå 2 og 3 får prosess- og faglig veiledning slik at søknadsprosessen blir enklere, men kostnaden øker i ambisjonsnivå 3 fordi det likevel er en mer komplisert søknad og det er i tillegg flere søkere fordi ambisjonsnivået inkluderer Midt-Norge.

6.4.5 Skattefinansieringsgevinst

På samme måte som det beregnes skattefinansieringskostnad beregnes det også skattefinansieringsgevinst der det inngår som en del av budsjettvirkningen. I likhet med skattefinansieringskostnaden beregnes skattefinansieringsgevinsten av alle gevinster som tilfaller offentlig sektor. Her vil det si redusert ressursbruk hos kommunene, samt gevinsten som følger av bedre kjøpsvilkår og dermed redusert pris for journalløsningene hos kommunen. Skattefinansieringsgevinsten er estimert en nåverdi på til 5 millioner for ambisjonsnivå 1, 8 millioner for ambisjonsnivå 2 og 8 for ambisjonsnivå 3.

Skattefinansieringsgevinsten størst i det tiltaket der det er størst effektiviseringsgevinster, altså i ambisjonsnivå 3.

6.5 Ikke-prissatte virkninger

Virkningene som er beskrevet som ikke-prissatte veier tungt i analysen og er en viktig del av begrunnelsen for helseteknologiordningen. Flere av virkningene som ikke er prissatte forventes relativt lenger ut i tid og som følge av at flere kommuner anskaffer og innfører journalløsninger i samarbeid og at markedet for journalløsninger utvikles. Se **Feil! Fant ikke referanse kilden.** vurdering av ikke-prissatte virkninger.

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

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

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

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

Tabell 14 Oversikt over ikke-prissatte nyttevirkninger som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene. Alle virkninger vises som forskjell fra nullalternativet og vurderes over hele analyseperioden.

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

6.5.1 Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten

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

Ambisjonsnivå 3, som inkluderer tilskudd til innføring, har størst påvirkning på arbeidsprosessene og dermed også de største forventede kvalitetsgevinstene. Det er også gjennom dette tiltaket man treffer flest kommuner. For både ambisjonsnivå 2 og ambisjonsnivå 3 forventes det virkninger gjennom spredning av kompetanse utover de kommunene som selv er direkte berørt av tilskuddsordningen gjennom kompetansenettverk og veiledning. Det forventes også at kvaliteten på innkjøpet, og dermed også kvaliteten på journalløsningen, og på sikt helse- og omsorgstjenesten blir bedre i tiltakene der det også er prosess- og faglig veiledning.

Til tross for at nyttevirkningen ikke prissettes i den samfunnsøkonomiske analysen, benyttes en eksempelberegning for å illustrere det mulige omfanget av denne nyttevirkningen. Eksempelberegningen bygger på analyser av virkninger fra KS 1 av Konseptvalgutredningen for Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste [46]. Økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten forventes som følge av reduserte feil, svikt og skader, og ikke-optimal behandling som igjen fører til bedre helse. Basert på denne tidligere utredningen forventes det at andel skader som kan forhindres til forskjell fra nullalternativet gitt felles journalløsninger er mellom 1 til 23 prosent avhengig av hvilken tjeneste og hvilket konsept. Dette medfører igjen en realøkonomisk effekt av unngåtte helseøkonomiske kostnader og produksjonstap. I tillegg til dette er det i både i KS1 og i KVUen estimert en tidsbesparelse for helsepersonell i ulike deler av helsetjenesten. Virkningene er oppsummert i tabellen under og kan gjenbrukes for å si noe om forventede virkninger av helseteknologiordningen. Det er verdt å merke seg at virkningene i denne tabellen er presentert over en lengre analyseperiode (19 år) og med andre forutsetninger enn for denne analysen. Konsept 1 fra KVU og KS1 er det som er nærmest helseteknologiordningen, men det legger til grunn et vesentlig høyere investeringsnivå enn helseteknologiordningen forslår. I konsept 1 har kommunene selv har ansvar for egne journalløsninger og det ikke er en felles nasjonal samhandlingsplattform. Under, i tabellen, vises virkningene for alle konseptene som ble vurdert i KVU og KS1.

	Konsept 1	Konsept 4	Konsept 7
Unngåtte realøkonomiske kostnader	3 459	4 932	7 864
Redusert tidsbruk	5 641	11 541	15 401
Summert	9 100	16 473	23 265

Tabell 15 Oppsummering av virkningene bedre helse, unngåtte realøkonomiske kostnader og redusert tidsbruk for helsepersonell per konsept i KS1 av KVU én innbygger- en journal. Virkningene er presentert som nåverdi over analyseperioden (2021-2040) i 2018-kroner, MNOK.

Med utgangspunkt i analysene gjort i KS1 av én innbygger – én journal kan virkningene som følge av ambisjonsnivå 3 tenkes å være størst og økende desto flere kommuner som inngår innkjøps- og innføringssamarbeid. For ambisjonsnivå 1 kan det ikke forventes at de samme virkningene oppnås i like stor grad. Ambisjonsnivåene forventes å påvirke pasientsikkerheten, optimal behandling og redusert tidsbruk for helsepersonell ulikt. For å illustrere virkningen kan det antas rundt 5-10 prosent av virkningen fra konsept 1 i KVU for ambisjonsnivå 1, rundt 6-12 prosent av virkningen fra konsept 1 i KVU for ambisjonsnivå 2 og rundt 15-20 prosent av virkningen fra konsept 1 i KVU for ambisjonsnivå 3 fordi det er sannsynlig at ambisjonsnivå 3 også i større grad påvirker tidsbruken til helsepersonell enn de andre ambisjonsnivåene. Prosentandelen av virkningene fra KVU korrigerer for at det er en kortere analyseperiode i denne analysen enn i én innbygger- én journal, samt at færre kommuner forventes å bli direkte berørt første år av analysen, men økende over tid og at det er usikkerhet rundt hvordan helseteknologiordningen vil treffe helse- og omsorgstjenesten på sikt.

Som en eksempelberegning for å illustrere størrelsen kan det da forventes at reduserte feil målt i unngåtte realøkonomiske kostnader kan forventes å være mellom 173- 345 MNOK (5-10 prosent av 3459) for ambisjonsnivå 1, og 208-415 MNOK (6-12 prosent av 3459) for ambisjonsnivå 2 og 519- 692 MNOK (15- 20 prosent av 3459) for ambisjonsnivå 3. For

redusert tidsbruk for helsepersonell kan størrelsesomfanget variere mellom 282-564 MNOK (5-10 prosent av 5641) for ambisjonsnivå 1, 339- 677 MNOK (6-12 prosent av 5641) for ambisjonsnivå 2 og 846-1128 MNOK (15-20 prosent av 5641) for ambisjonsnivå 3.

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

Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenesten	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Årsak til virkning	Forbedrede journalløsninger bidrar til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.	Forbedrede journalløsninger bidrar til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.	Forbedrede journalløsninger og innføringsprosesser fører til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.
Antall berørt	50 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden	58 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden	63 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden
Enhetsverdi	<ul style="list-style-type: none"> Unngåtte realøkonomiske kostnader som følge av reduserte feil Tidsbruk på å innhente riktig pasientinformasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> Unngåtte realøkonomiske kostnader som følge av reduserte feil Tidsbruk på å innhente riktig pasientinformasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> Unngåtte realøkonomiske kostnader som følge av reduserte feil Tidsbruk på å innhente riktig pasientinformasjon.
Eksempelberegning	Effektiv tilgang til riktig pasientinformasjon og færre feil. Eksempelberegninger viser rundt 173-345MNOK for bedre helse og rundt 282-564 MNOK for redusert tidsbruk.	Effektiv tilgang til riktig pasientinformasjon og færre feil. Eksempelberegninger viser rundt 208-415 MNOK for bedre helse og rundt 339-677 MNOK for redusert tidsbruk.	Effektiv tilgang til riktig pasientinformasjon og færre feil. Eksempelberegninger viser rundt 519-692 MNOK for bedre helse og rundt 846-1128 MNOK for redusert tidsbruk.
Samlet samfunnsøkonomisk konsekvens	Positiv Forventes å øke over tid fordi flere kommuner samordner innkjøpene	Stor Positiv Forventes å øke over tid fordi flere kommuner samordner innkjøpene	Svært stor positiv Forventes å øke over tid fordi flere kommuner samordner innkjøpene og innføringen

Tabell 16 Vurdering av økt kvalitet for helse- og omsorgstjenesten for de tre ambisjonsnivåene. Virkningene er vurdert til forskjell fra nullalternativet og over analyseperioden

6.5.2 Økt tillit og omdømme for kommunene

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

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

- Økt likebehandling
- Økt rettssikkerhet

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

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

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

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

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

For å illustrere størrelsen på virkningen benytter vi oss av en eksempelberegning som viser kostnadene forbundet med en hendelse av et dataangrep eller lekkasje av sensitive opplysninger. Østre Toten kommune hadde i 2021 et dataangrep der hele den kommunale tjenesteleveransen ble rammet [47]. Dette medførte en kostnad for kommunen på over 33 millioner kroner som dekket kostnader til tekniske undersøkelser, arbeid med varsling, erstatningskrav og foretaksbot fra Datatilsynet. I tillegg til kostnader for kommunen kommer kostnadene ved omdømmetapet som kommunen må bære. Sannsynligheten for denne type hendelser av større og mindre skala kan reduseres som følge av nye eller oppdaterte journalsystemer. Det er sannsynlig at en slik hendelse kan reduseres som følge av nye og økt kvalitet på journalsystemene som følge av tiltakene i ambisjonsnivåene. Virkningene vurderes derfor som unngåtte kostnader som følge av brudd på personvern, økt likebehandling og rettsikkerhet, og redusert sannsynlighet for omdømmetap knyttet til journalløsninger for kommunen. Dersom vi i nullalternativet antar 100% sannsynlighet for en hendelse i løpet av analyseperioden uten tiltak kan vi anta en unngått kostnad i størrelsesorden Østre Toten kommune. Det vil si mellom 33 MNOK og 25 MNOK i nåverdi avhengig av når hendelsen inntreffer. Dette vil da være en minimumskostnad ettersom den kun viser kostnaden med å håndtere lekkasjen eller bruddet på personvern. I tillegg kommer redusert risiko for omdømmetap og økt tillit som treffer innbyggerne i de berørte kommunene.

Med utgangspunkt i eksempelberegningene og vurderingene av årsaks- virkningssammenhengene vurderes det som at nåverdi for økt tillit og omdømme for

ambisjonsnivå 1 forventes å være *svært liten*, for ambisjonsnivå 2 *liten positiv*, og for ambisjonsnivå 3 *positiv* som følge av økt ambisjonsnivå på tiltakene og som følge av økt antall berørte. Uavhengig av ambisjonsnivå forventes virkningen å være økende over tid.

Økt tillit og omdømme	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Årsak til virkning	Bedre anskaffelsesprosesser med bedre løsninger. Økt likebehandling, rettssikkerhet og personvern.	Bedre anskaffelsesprosesser med bedre løsninger. Økt likebehandling, rettssikkerhet og personvern.	Bedre anskaffelses- og innføringsprosesser med bedre løsninger. Økt likebehandling, rettssikkerhet og personvern.
Antall berørt	50 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden	58 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden	63 prosent av alle kommuner forventes å bli berørt over analyseperioden
Enhetsverdi	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniske kostander, varsling, erstatningskrav og bøter • Opplevelse av tillit og omdømme 	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniske kostander, varsling, erstatningskrav og bøter • Opplevelse av tillit og omdømme 	<ul style="list-style-type: none"> • Tekniske kostander, varsling, erstatningskrav og bøter • Opplevelse av tillit og omdømme
Eksempel-beregning	Eksempelberegning viser mellom 25 -33 MNOK. I tillegg kommer redusert risiko for omdømmetap og økt tillit blant 50 av alle kommuners innbyggere.	Eksempelberegning viser mellom 25 -33 MNOK. I tillegg kommer redusert risiko for omdømmetap og økt tillit blant 58 av alle kommuners innbyggere.	Eksempelberegning viser mellom 25 -33 MNOK I tillegg kommer redusert risiko for omdømmetap og økt tillit blant 63 av alle kommuners innbyggere.
Samlet samfunnsøkonomisk konsekvens	Svært liten positiv	Liten positiv	Positiv

Tabell 17 Vurdering av økt tillit og omdømme for de tre ambisjonsnivåene. Virkningene er vurdert til forskjell fra nullalternativet og over analyseperioden

6.5.3 Økt verdiskaping blant journalleverandørene

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

Det kan også tenkes at helseteknologiordningen bidrar til optimisme og mer forutsigbarhet i markedet og at det øker sjansen for at private investorer satser på dette markedet. Den forventede økte verdiskapingen¹ representerer en forventning om at leverandørene blir mer

¹ ¹ Verdiskapingen i en bedrift er definert som summen av lønnskostnader og bedriftens driftsresultat, korrigert for kapitalslit og nedskrivninger. Med andre ord kan verdiskapingen forstås som summen av bedriftens avkastning som går til henholdsvis arbeidstakere (lønn), kapitaleiere (overskudd), kreditorer (renter) og stat og kommune (skatt). Dette er også

produktive som følge av økte investeringer. Den økte verdiskapingen forventes også som følge av at markedet modnes, fungerer bedre og blir mer innovativt sammenlignet med nullalternativet. Den økte verdiskapingen er i dette tilfellet et økt produsentoverskudd i samfunnsøkonomiske termer.

Regnskapstallene for de største journalleverandørene, samt leverandørene som er listet opp på Norsk Helsenetts liste over godkjente tredjepartsleverandører² viser at digital helse gjennomsnittlig omsatte for rundt 3 milliarder i 2020 [48], men journalløsninger er en svært liten del av dette. Dagens journalleverandører har hatt økende, men variabel vekst i omsetning og verdiskaping over de siste fem årene basert på offentlige regnskapstall avhengig av hvilken leverandør vi ser på. Gjennomsnittlig har leverandørene hatt årlig verdiskapingsvekst på over 100 prosent blant de minste aktørene, men gitt at det er relativt lave verdiskapingsstall er det ikke stort i omfang. Gitt at markedet er såpass lite som det er forventer vi i gjennomsnitt store prosentvise økninger i verdiskaping som følge av økte ressurser til anskaffelser. Basert på en forventning om at veksten i journalmarkedet vil treffe store, men også små og nye leverandører forventes en verdiskapingsvekst på mellom 20 og 60 prosentpoeng sammenlignet med veksten i nullalternativet avhengig av ambisjonsnivå og avhengig av om det treffer små leverandører med lite omsetning i dag eller store leverandører med relativt stor omsetning i dag. På lengre sikt kan det også tenkes at økt satsning på internasjonale standarder bidrar til økt næringsutvikling ved blant annet å tilgjengeliggjøre markeder utover Norge for leverandørene, og tilrettelegge for at markedet etter hvert går i retning av å følge potensielle krav fra EU (EHDS).

Gitt at ressursene som tilføres markedet er størst i ambisjonsnivå 3, kan det forventes at den største virkningen vil være der.

Forventet nåverdi for verdiskaping blant journalleverandørene for ambisjonsnivå 1 forventes å være *liten positiv*, for ambisjonsnivå 2 *liten positiv/positiv*, og for ambisjonsnivå 3 *positiv* som følge av økt ambisjonsnivå på tiltakene og som følge av økt antall berørte. Uavhengig av tiltak forventes virkningen å være økende over tid.

Det er stor usikkerhet forbundet med virkningen. Dersom det hovedsakelig er de store journalleverandørene som blir påvirket vil den forventede økningen i verdiskaping være mindre enn dersom tilskuddet også stimulerer til verdiskapingsvekst blant de små leverandørene som har lav omsetning i dag, og dermed kan forvente relativt store økninger i verdiskaping.

Noe av verdiskapingen er allerede identifisert som effektivitet blant journalleverandørene, og dette er hensyntatt i vurderingene.

Økt verdiskaping blant journalleverandørene	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Årsak til virkning	Tilskuddet utløser mer investering i journalmarkedet som bidrar til økt	Tilskuddet utløser mer investering i journalmarkedet som bidrar til økt verdiskaping i markedet	Tilskuddet utløser mer investering i journalmarkedet som bidrar til økt verdiskaping i

kjent som bruttoprodukt eller BNP. Verdiskaping er en av de mest sentrale samfunnsøkonomiske størrelser, fordi det er den som legger grunnlag for velferd gjennom forbruk og skatter.

	verdiskaping i markedet		markedet for utvikling og innføring
Antall berørt	7-10 journalleverandører	7-10 journalleverandører	7-10 journalleverandører
Enhetsverdi	Prosentvis økning i verdiskaping	Prosentvis økning i verdiskaping	Prosentvis økning i verdiskaping
Eksempelberegning	<i>Forventes gjennomsnittlig rundt 20-50 prosent økning i verdiskaping for leverandørene</i>	<i>Forventes gjennomsnittlig rundt 20-50 prosent økning i verdiskaping for leverandørene</i>	<i>Forventes gjennomsnittlig rundt 25-55 prosent økning i verdiskaping for leverandørene</i>
Samlet samfunnsøkonomisk konsekvens	Liten positiv	Liten positiv/Positiv	Positiv

Tabell 18 Vurdering av økt verdiskaping for de tre ambisjonsnivåene. Virkningene er vurdert til forskjell fra nullalternativet og over analyseperioden

6.6 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet

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

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

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

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

	Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Investeringskostnader	- 9	- 12	- 12
Drifts-, forvaltnings- og tilskuddskostnader	- 326	- 410	- 582
Skattefinansieringskostnad	- 67	- 85	- 119
Sum prissatte kostnadsvirkninger	- 402	- 507	- 712
Effektivisering for kommunene	14	26	177

Effektivisering for journalleverandørene	30	32	29
Bedre kjøpsbetingelser	12	15	15
Kostnader forbundet med å utarbeide søknad for kommunene	-0,6	-0,6	-0,7
<i>Tilskudd som inntekt for kommunene</i>	257	321	492
Skattefinansieringsgevinst	5	8	38
Sum prissatte nyttevirkninger	317	401	750
Prissatt netto nytte	- 85	- 106	37,5
Økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene	Positiv	Stor positiv	Svært stor positiv
Økt tillit og omdømme for kommunene	Svært liten positiv	Liten positiv	Positiv
Verdiskaping i journalmarkedet	Liten positiv	Liten positiv/ Positiv	Positiv
Rangering ikke prissatte	3	2	1
Rangering forventet samfunnsøkonomisk lønnsomhet inkludert prissatte og ikke-prissatte virkninger	3	2	1

Tabell 19 Samfunnsøkonomiske nytte- og kostnadsvirkninger som følge av tiltakene i de tre ambisjonsnivåene. Alle virkninger er presentert som forskjell fra nullalternativet og som nåverdi i 2022-kroner.

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

En break-even analyse sier noe om hvor store de ikke-prissatte virkningene må være for at ambisjonsnivået skal være lønnsomt. Ambisjonsnivå 1 og 2 er ikke lønnsomt dersom vi kun vurderer de prissatte virkningene og ambisjonsnivå 3 er marginalt lønnsomt. Det vurderes likevel som sannsynlig at alle tre ambisjonsnivå er samfunnsøkonomisk lønnsomme fordi det er forventet at de ikke-prissatte virkningene samlet er større enn henholdsvis 85 millioner i prissatt nåverdi for ambisjonsnivå 1 og 106 millioner i prissatt nåverdi for ambisjonsnivå 2, og positiv nåverdi for ambisjonsnivå 3. Dette vil tilsvare at tiltakene i ambisjonsnivå 1 og 2 må bidra til økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene, økt tillit og omdømme for kommunene, samt verdiskaping i journalmarkedet tilsvarende minst 21,2 millioner per år. Gitt antallet kommuner som forventes å bli berørt av tiltaket (rundt 50-60 prosent) vil dette si rundt 95 000 i samlet gevinst for alle de ikke-prissatte virkningene årlig per kommune i gjennomsnitt. Det

er grunn til å tro at tiltakene vil bidra til å realisere nytte over et slikt omfang i tillegg til de allerede prissatte virkningene. Dersom vi vurderer størrelsen på eksempelberegningene for de ikke-prissatte virkningene er det ytterligere sannsynlig at vi kan forvente større samfunnsøkonomiske nyttevirksomheter enn kostnadene forbundet med ambisjonsnivåene.

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

6.7 Fordelingsvirkninger

Selv om et ambisjonsnivå viser seg å være lønnsomt for samfunnet totalt sett, kan alternativet medføre at ulike grupper påvirkes på ulike måter i positiv og negativ forstand. Når ulike grupper i samfunnet berøres ulikt av et tiltak, snakker vi om fordelingsvirkninger. Dersom det viser seg at det er noen grupper som får store deler av kostnadsvirkningene og få nyttevirksomheter, kan det være et signal om at man bør gi en bedre beskrivelse av hvordan virkningene blir fordelt. I henhold til rundskriv R-109/21 skal det gis tilleggsinformasjon om fordelingsvirkninger av konseptene og vurderingene av eventuelle fordelingsvirkninger skal tas med i en egen analyse.

I dette tilfellet er det ingen grupper som samlet sett kan forventes å komme dårlig ut, men det er noen aktører innenfor gruppen som kan tenkes å måtte bruke mer ressurser enn planlagt i nullalternativet. Eksempelvis enkeltkommuner. Dette gjelder de kommunene som enten ikke hadde planer om å gjennomføre en anskaffelse eller de som hadde planer om å gjennomføre en enkel anskaffelse som nå kan være relativt mer ressurskrevende enn forventet. Det kan også mulig at enkelt av de større kommunene som søker om tilskuddet på vegne av samarbeidskonstellasjonen opplever at de får en økt arbeidsbyrde sammenlignet mot å gjøre anskaffelsen av alene. Larvik kommune gjennomførte en innovativ anskaffelse på vegne 25 andre kommuner og rapportere om at lang og tidkrevende prosess som krevde mer ressurser av kommunene enn planlagt [49].

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

En annen mulig fordelingseffekt er at felles innkjøpsprosesser kan kunne favorisere noen få og store leverandører. Dette kan være til hinder for et konkurrerende marked med rom for

innovative og nyskapende løsninger og bred konkurranse. Dette vurderes likevel ikke som en viktig fordelingsvirkning ettersom markedet i dag allerede domineres av få og store leverandører, og at en god anskaffelsesprosess og utvikling av standarder kan bidra til å redusere risiko for små leverandører. Markedsanalyser foretatt av Statens innkjøpscenter gir heller ikke støtte for at å samle tjenesteområder har en direkte negativ konkurranseeffekt i markedet gitt at man i gjennomføringen av konkurransen tar høyde for dette.

6.8 Usikkerhetsanalyse

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

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

De ikke prissatte virkningene påvirkes også av kvalitet på veiledning og standardisering for anskaffelses- og innføringsprosessen. Kommunene kan gjennomføre vellykkede anskaffelses- og innføringsprosesser og oppnå de prissatte virkningene, men kommunene kan på lengre sikt ikke oppnå de ikke-prissatte virkningene som økt samhandling på tvers av de kommunale samarbeid fordi de ikke i stor nok grad har benyttet de samme og relevante standardene på området, eller gjenbruke erfaringer fra andre kommuner som ønskes oppnådd gjennom nettverk.

Dersom usikkerhetene inntreffer fullt ut vil vi sannsynligvis ikke realisert verken prissatte og ikke-prissatte virkninger derfor vil det være viktig med god sikkerhetsstyring og tiltak særlig knyttet til å få kommunene til å benytte seg av tilskuddet. For ytterlige detaljering av usikkerhetsanalysen se Vedlegg 6: Usikkerhet i den samfunnsøkonomiske analysen

6.9 Måloppnåelse

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

6.9.1 Forventninger til måloppnåelse over tid

I den overordnede problembeskrivelsen er det listet opp mange utfordringer som treffer helse- og omsorgstjenesten i stort. Helseteknologiordningen løser ikke alle problemene beskrevet i kapittel 0. De foreslåtte tiltakene i helseteknologiordningen vil ikke realisere målbildet for felles kommunal journal, eller på annen måte sikre hele samhandlingskjeden internt i kommunene.

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

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



Figur 8 Helseteknologiordningens virkninger på lengere sikt

Over tid forventes det at en samordnet anskaffelse av journalløsninger, og økt og mer koordinert bruk og utvikling av standarder, skal bidra til bedre kvalitet på journalløsningene. Det forventes også at det bidrar til en samordnet innføring av journalløsningene. Samlet bidrar dette til en utvikling av helsetjenesten. Kompetanse og spredning av arbeid og erfaringer til neste samordnede anskaffelse av journalløsninger, vil bidra til å ytterligere

forsterke kvaliteten for aktører som følger etter. På lengre sikt kan det også støtte bedre opp under samhandling, som problembeskrivelsen er tydelig på at er et stort problem.

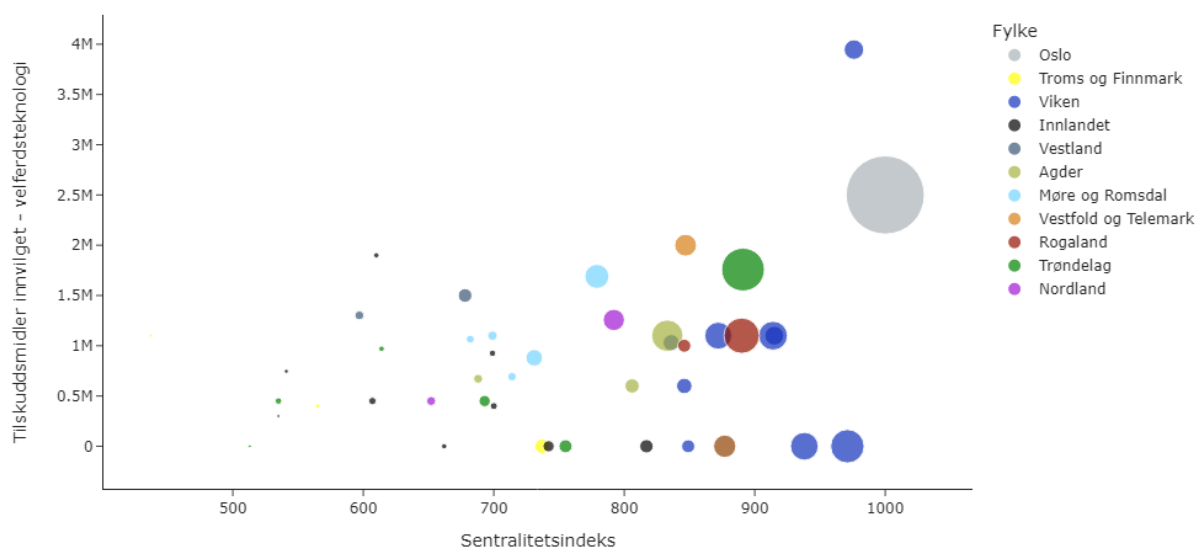
Over tid kan det også tenkes at helseteknologiordningen gjennom utvikling av standarder, utvikling av journalmarkedet, bedre kvalitet på løsningene og samordnet innføring, og på sikt samhandling også kan bidra til å redusere transaksjonskostnadene ved å bytte systemer.

6.9.2 Størrelsen på tilskuddsordningen påvirker måloppnåelse

En av forutsetningene som legges til grunn for forventede virkninger og måloppnåelse er at tilskuddet er ressursutløsende. Dette er også fanget opp i usikkerhetsanalysen og synliggjør at størrelsen på tilskuddet må være stor nok til at kommunene finner det attraktivt å bli med i helseteknologiordningen og ikke velger å stå utenfor et kommunalt samarbeid for å anskaffe på egenhånd.

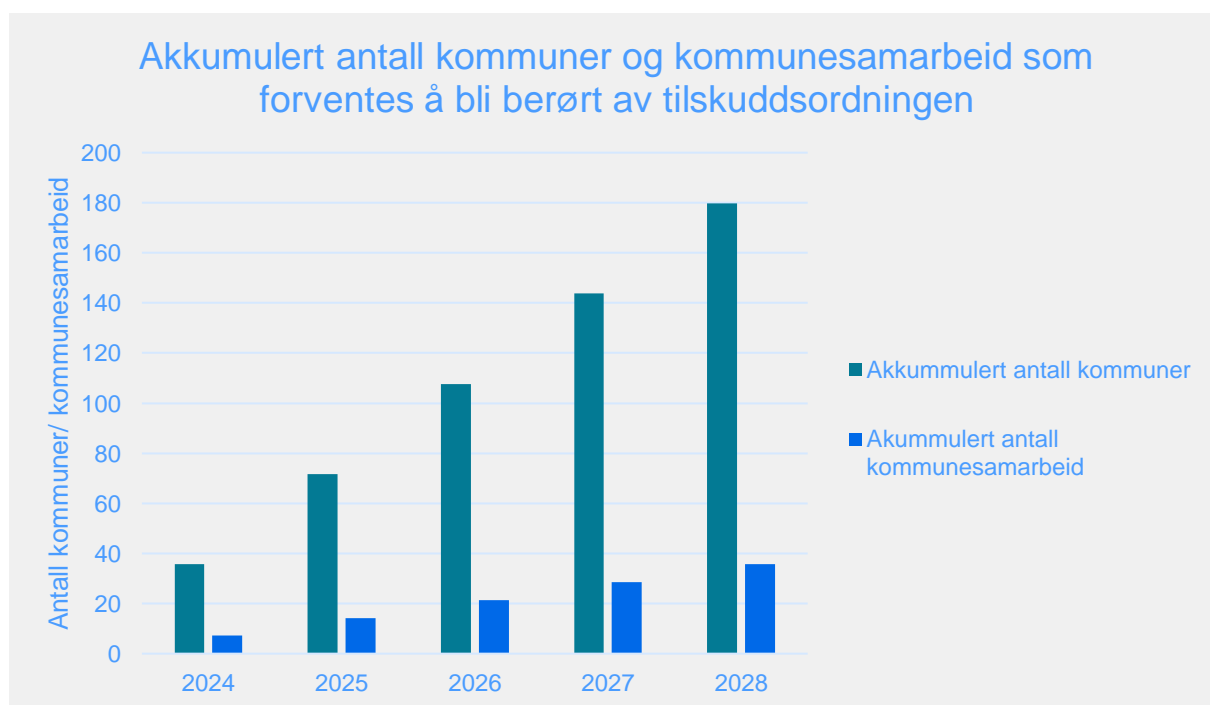
Størrelsen på tilskuddet vil påvirke atferden på to måter. For det første vil størrelsen på tilskuddet påvirke om kommunene søker på tilskuddsordningen. For det andre vil størrelsen på tilskuddet det søkes om og innvilges påvirke omfanget og kvaliteten på samordningen og kompetansedelingen, og dermed også de forventede virkningene. Størrelsen på selve tilskuddsordningen og de enkelte tilskuddene må være store nok til at de har en reell påvirkning og at de oppleves som reelt risikoreduerende. Størrelsen på tilskuddet påvirker derfor både virkningene og måloppnåelsen for helseteknologiordningen.

Det er også grunn til å forvente at størrelsen på tilskuddet som er ressursutløsende kan være ulike avhengig av kommune, hvordan samarbeidet skal gjennomføres og hvilke ambisjoner de har for samarbeidet. I figuren nedenfor vises alle tilskuddsmidler for alle tilskuddsordninger i velferdsteknologiprogrammet i 2022. På venstre akse vises størrelsen på tilskuddsmidler som ble innvilget og langs den horisontale akse vises grad av sentralitet. Størrelsen på boblene viser størrelsen på kommunen som sto som ansvarlig søker og fikk innvilget søknaden. Som vi kan se av figuren er det noe forskjell i størrelsen på tilskuddet som søkes om, men det ser ikke ut til å variere med grad av sentralitet. Det ser derimot ut til å variere noe med størrelsen på kommunen som leder samarbeidet. Det vil si at det er sannsynlig at beløpet kommunene vil søke på er avhengig av antall innbyggere i kommunen som står som tilskuddsansvarlig i tilskuddssøknaden. Det viser også at tilskuddet kan være av ulik størrelse og likevel antas å være ressursutløsende avhengig av kommunesamarbeidet og formålet.



Figur 9: Tilskuddsmidler i velferdsteknologiprogrammet på sentraliseringsindeks

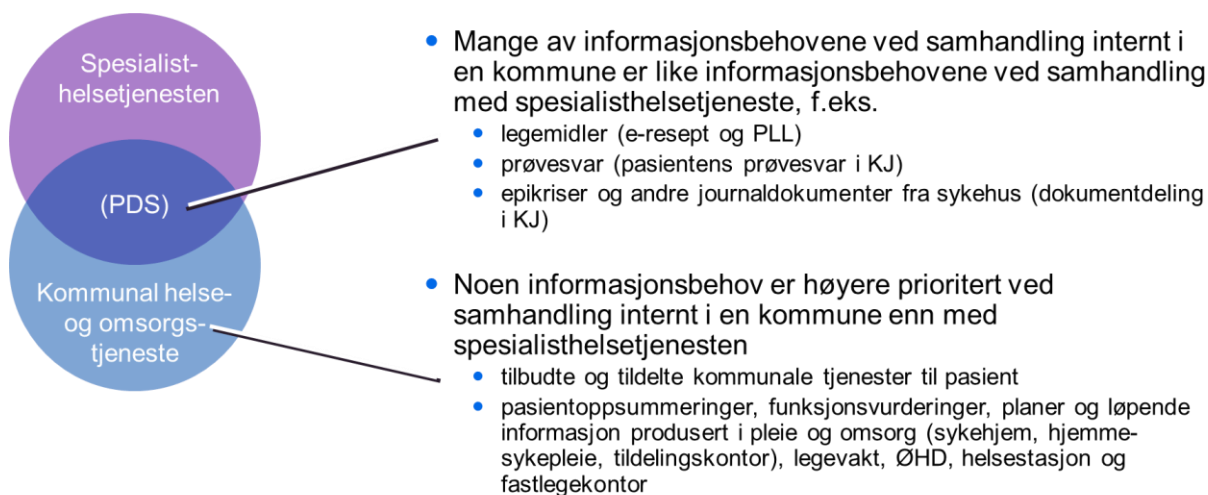
I vår analyse er det antatt et gjennomsnittlig antall direkte berørte kommuner som antas å bli påvirket over tilskuddsperioden. Dette kan og vil selvsagt variere, men forventet gjennomsnittet over perioden for å realisere de forventede gevinstene vises i figuren nedenfor.



Figur 10: Forventet antall berørte kommuner - akkumulert

6.9.3 Helseteknologiordningen alene løser ikke kommuners behov for samhandling

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



Figur 11: Ulike behov for samhandling

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

KS beskrev disse behovene nærmere i dokumentet «Utfordringsbilde i kommunene: Samhandling- og informasjonsdeling – dagens situasjon» [16] september 2022, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Her beskrives blant annet informasjonsbehovet i 12 eksempler på samhandling, med totalt 22 overordnede behov. Planlagte aktiviteter i PDS Steg 2 kan delvis dekke behovet i fire av disse eksemplene (7 av 22 behov), men majoriteten av eksemplene krever andre tiltak både sentralt og i de aktuelle journalløsningene.

Behovsbeskrivelsen fra KS [16] legger imidlertid stor vekt på at samhandling må være noe mer enn dagens meldingsformidling. Om de kommunale journalløsningene skal kunne utnytte mekanismer som datadeling eller dokumentdeling, er det behov for egne investeringer for å utvikle eller videreutvikle sentrale plattformer for samhandling. Helseteknologiordningen inneholder ingen tiltak som handler om å opprette en slik sentral plattform for samhandling.

Dette betyr at helseteknologiordningen slik den er formulert i oppdraget med tilhørende rammebetingelser ikke er tilstrekkelig i seg selv, og må suppleres for å nå målet om én innbygger – én journal slik det er beskrevet i Meld. St. 9.

7 SAMLET VURDERING OG ANBEFALING

7.1 Anbefaling

Konklusjonen av analysene for tiltak knyttet *til journalløsninger* er at ambisjonsnivå 3 (det mest omfattende) framstår som det mest samfunnsøkonomisk lønnsomme med netto nåverdi på 37,5 millioner kroner og den høyeste vurderingen av de ikke prissatte virkningene. Dette ambisjonsnivået er derfor anbefalt.

Ambisjonsnivå 3 omfatter tilskudd til både anskaffelses- og innføringsprosesser, og forventes derfor å kunne påvirke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene i størst grad. Dette alternativet forventes også å tilrettelegge noe mer for at oppdaterte løsninger settes i drift sammenlignet med ambisjonsnivå 1 og 2, som på sikt vil gi bedre støtte for samhandling i løsningene. Det forventes høyest grad av effektivisering hos kommuner og leverandører som følge av ambisjonsnivå 3. Ambisjonsnivå 3 forventes å gi størst påvirkning på kvaliteten i journalløsningene og bruken av dem. Tiltaket bidrar til størst endring i arbeidsprosesser, og treffer flest kommuner.

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

Måloppnåelse av tiltaket er avhengig av at størrelsen på tilskuddet er stort nok til at kommunene finner det attraktivt å bli med i helseteknologiordningen og ikke heller velger å anskaffe hver for seg. Hva kommunene prioriterer, og investeringsviljen påvirker grad av måloppnåelse med helseteknologiordningen. Størrelsen på tilskuddsordningen og de enkelte tilskuddene må være store nok til at det har en reell påvirkning, og at de oppleves som reelt risikoreduserende. Størrelsen på tilskuddene må også være store nok til at det medfører økt investering i journalmarkedet og videreutviklet funksjonalitet i journalløsningene.

Måloppnåelse er også avhengig av at samordningen av anskaffelser av journalfunksjonalitet og økt og mer koordinert utvikling og bruk av standarder, faktisk bidrar til bedre kvalitet på journalløsningene over tid, og på lengre sikt også støtter bedre opp under samhandling. Det er risiko for at man kun oppnår samordning internt i det kommunale fellesskapet, men ikke på tvers, hvis den økte satsningen på standardisering og normering ikke lykkes. Man vil da kunne oppnå de individuelle kommunale prissatte virkningene, men ikke de ikke-prissatte virkningene.

For *velferdsteknologiområdet* har utredningen identifisert følgende tiltak:

Fra og med 2024, foreslås fem nye tiltak som vil styrke innføringstakten av velferdsteknologi

1. Utredning av en test-, godkjenings-, og sertifiseringsordning for velferdsteknologi
2. Tilskudd til følgeforskning initiert av kommunene

3. Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene
4. Utrede og iverksette ulike finansierings- og insentivordninger for å ta i bruk velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
5. Innføring av digitale behandling- og egenbehandlingsplaner

Fra og med 2025, foreslår Helsedirektoratet at Nasjonalt velferdsteknologiprogram videreføres, avhengig av utfallet av den planlagte evalueringen i 2023.

Helsedirektoratets situasjons- og målbilde for implementering av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester er lagt til grunn for vurderingene og anbefalingene. Videre vektlegges det at tiltak som er igangsatt som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram i 2022, trenger tid til å virke før effekten av disse kan vurderes. Denne vurderingen kan være med på å endre hvilke stimuleringstiltak som anbefales fra og med 2025.

KS' merknader til anbefalingen

KS har følgende merknader til anbefalingen:

«KS har i bilateralt konsultasjonsmøte den 31. oktober, i seminar med HOD om Helseteknologiordningen og Felles kommunal journal den 23. november og i løpende dialog mellom KS og Direktoratet for e-helse vært tydelig på kommunal sektor sine forventninger til utvikling av en Helseteknologiordning. Dette er også formidlet og formalisert av kommunal sektors representanter i Nasjonalt e-helseråd som en del av behandlingen av Helseteknologiordningen i rådet den 2. desember 2022 (se Vedlegg 10: KS' tillegg til protokoll i nasjonalt e-helseråd 2. desember 2022) og oppsummert som følger:

- Ordningen bør forvaltes innen en ramme som bidrar til å gi et løft for alle der det også settes av ressurser/bevilgninger til nødvendig koordinering og samordning med den forutsigbarhet som er nødvendig for å realisere dette. Dette vil bidra til å dele kunnskap og kompetanse på viktige områder som informasjonssikkerhet og arkitektur, og ikke minst legge til rette for felles prioriteringer og samordning av krav inn mot journalmarkedet.
- Ordningen bør i tråd med anbefalingene i styringsdokumentet for felles kommunal journal, gi støtte til utvikling av funksjonalitet for helt nødvendig informasjonsdeling mellom kommunenes løsninger.
- Ordningen bør støtte opp under målsetningene i nasjonale e-helsestrategi, spesielt mål fire i strategien om tilgjengelig informasjon og styrket samhandling
- Ordningen bør gi støtte til utvikling og utprøving av felles initiativ, som bidrar til felles læring, deling av ressurser og kompetanse
- Ordningen bør gi støtte til lokale utprøvinger og investeringer, som gir ny kunnskap og som også legger til rette for samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Ordningen bør gi støtte til skalering og utbredelse etter vellykket utprøving, slik at alle deltakende kommuner kan dra nytte av nye løsninger og kunnskap

- Ordningen bør være formulert konkret og forståelig slik at ordningens formål blir ivaretatt. Det er her vesentlig å arbeide med kommunikasjonstiltak som sikrer at søknad om tilskudd kan effektueres uten vesentlig prosesseringstid.

Til tross for god prosess og dialog med Direktoratet for e-helse om utforming av Helseteknologiordningen, er ikke alle innspill hensyntatt eller tydeliggjort i dokumentet. Vi støtter allikevel ambisjonsnivå tre, som et utgangspunkt til ordningen. Den videre innretningen til og arbeidet med Helseteknologiordningen for kommunal sektor bør sees i sammenheng med kommunenes forventninger slik disse er gjengitt. »

7.2 Forberedelser for helseteknologiordning

Tiltakene som foreslås i utredningen må konkretiseres før oppstarten av helseteknologiordningen. Det vil være sentralt at kunnskap og beste praksiser fra arbeid med innføring av e-helseløsninger blir brukt i anskaffelses- og innføringsfasen. Det bør sees hen til, og bygges på, arbeid og erfaringer som kommer fra strukturene og nettverkene som er etablert i regi av KS på dette området, samt trekke lærdom fra innføring av Helseplattformen i Midt-Norge. Det er også flere områder hvor det er behov for mer arbeid før oppstarten av helseteknologiordningen fra 2024. Utredningen har ikke vurdert spesifikke metoder eller tilnærminger som vil kreves for å lykkes med gevinstrealisering av tiltakene. Dette kan for eksempel være:

- Beskrivelser av felles behov
- På hvilken måte leverandørdialoger bør gjennomføres for journalanskaffelser
- Hvilken samarbeidsform mellom kommuner som egner seg best for samordning av leverandøranskaffelser
- Hvilke kontraktsformer eller kontraktsstrategier som er de beste
- Hvilken metodikk eller modell som er best egnet for innføring av e-helseløsninger i kommunen, inkludert veiledning til gjennomføring av vellykket tjenesteinnovasjon

Det er identifisert kunnskapsbehov tilknyttet virkemiddelbruken som er foreslått i utredningen:

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

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

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

Det bør sees nærmere på hvordan tilskudd gitt til kommuner gjennom helseteknologiordningen eventuelt kan kombineres og/eller formidles i sammenheng med tilskudd administrert av Innovasjon Norge, eksempelvis tilskudd til innovasjonskontrakter eller

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

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

7.2.1 Konkretisering av tildelingskriterier

Tildelingskriteriene må utformes slik at de bidrar til målet med tilskuddsordningen. Kriteriene vil bli utformet med utgangspunkt i rammebetingelsene for ordningen, se kapittel 1.1. I 2023 må det, i samarbeid med KS, et utvalg kommuner og andre relevante aktører, jobbes med å utforme tildelingskriteriene på bakgrunn av problemanalysen. Tilskuddet skal gå til kommunesamarbeid, men det må utredes nærmere hvilke krav som bør stilles til slike samarbeid. Det er viktig at ordningen stimulerer kommuner med sammenfallende behov til å samordne seg, da det er det viktigste kriteriet for et vellykket innkjøpssamarbeid [21].

Det vil i 2023 bli endelig besluttet hvilke aktiviteter det kan søkes om tilskudd til, hvem som kan søke om disse og hvordan og når midler tildeles. Ut fra helseteknologiordningens rammevilkår, retter den seg mot kommunene og deres ansatte, ikke mot selvstendig næringsdrivende helsepersonell eller spesialisthelsetjenesten. Det gjenstår å avklare om kommunene i Midt-Norge skal kunne søke tilskudd til innføring av Helseplattformen eller ikke.

Nedenfor er det listet opp forhold som vil bli vurdert i det videre arbeid med å innrette en helseteknologiordning:

- Vil en modell som innebærer å gi insentiver til kommuner som velger å gå raskt i gang kunne medføre at de som går foran først får mest støtte?
- Hvordan kan ordningen innrettes slik at det stilles tydelige krav om bruk av og eventuelt utvikling eller tilpasning av standarder ved anskaffelse og videreutvikling av løsninger

- Vurdere å stille krav til kommunene om å legge til rette for samhandling med spesialisthelsetjenestene. Helsefellesskapene trekkes frem som eksempel på et slikt samarbeid.
- Vurdere om og hvordan helseteknologiordningen kan ta utgangspunkt i kommunal samstyringsmodell. Kommunal samstyringsmodell er etablert med nettverk, fora og utvalg i tillegg til at KS har en særskilt rolle med å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor. KS har sammen med medlemmene etablert Fag- og prioriteringsutvalg, KS eKomp og Kompetansenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging.
- Videre arbeid med planlegging av ordningen i 2023 bør sees i sammenheng med kommunenes planlagte arbeid for et felles journalløft.
- Det bør også vurderes hvilken type prosessveiledning som kan supplere den som allerede finnes i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

7.2.2 Evaluering og læring av tiltak i en helseteknologiordning

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

Det er også behov for:

Bedre kunnskapsgrunnlag om e-helseløsningers effekt

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

Evaluering av virkemidler for spredning og videreutvikling på e-helseområdet

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

Et bedret kunnskapsgrunnlag for å vurdere hvilke insentivordninger som kan øke investeringene i e-helseløsninger

Rammene for utredningen har gitt begrenset mulighet til å innhente erfaringer med insentivordninger fra andre land. Utredningen har oppsummert noen erfaringer fra USA og Storbritannia (se Vedlegg 5: Erfaringer fra insentivbruk fra andre land og sektorer). Det er behov for forskning som kan frembringe kunnskap om insentivordningers effekt for økning av investeringene i e-helseløsninger. Dette kan være et viktig grunnlag for

videreutvikling av helseteknologiordningens virkemidler. Det bør hentes inn kunnskap fra andre land om hvilke incentiver som har vært forsøkt der, for å legge til rette for økt tempo i innføringen av e-helseløsninger, eksempelvis Tyskland, Sverige, Frankrike og Belgia.

8 REFERANSER

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

- og mestringsteknologi og digital hjemmeoppfølging,» 2021.
- [19] EU Directorate-general for Health and Food Safety , «Proposal for a regulation - The European Health Data Space,» 2022. [Internett]. Available: https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-regulation-european-health-data-space_en.
- [20] Direktoratet for e-helse, «Samarbeidsmodell for internasjonale standarder,» 2022.
- [21] Oslo Economics, Inventura og NIVI Analyse, «Innkjøpssamarbeid i kommunesektoren. Rapport utarbeidet for Nærings- og fiskeridepartementet.,» 2021.
- [22] L.-E. Borge, B. Brandtzæg, V. Flatval, T. Kråkenes, J. Rattsø, R. Røtnes, R. Sørenesen og G. Vinsand, «Nullpunktsmåling: Hovedrapport,» Senter for økonomisk forskning AS, Trondheim, 2017.
- [23] Riksrevisjonen, «Riksrevisjonens undersøkelse av digitalisering av kommunale tjenester,» Riksrevisjonen, Oslo, 2016.
- [24] Karabin, «Gevinstarbeid som naturlig del av budsjett- og økonomiplanprosessen,» KS, 2021.
- [25] I. Mathiesen, L. N. Helli og S. Tornås, *Debattinnlegg: Sykehusenes finansieringsmodell hindrer innovasjon i helsesektoren*, 2021.
- [26] Direktoratet for e-helse, «Ny nasjonal e-helsestrategi på høring,» 2022. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/aktuelt/ny-nasjonal-e-helsestrategi-er-ute-pa-horing>.
- [27] Helsedirektoratet, «Veien videre for Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Digi-hjem 2022-2024,» Helsedirektoratet, Oslo, 2021.
- [28] Helsedirektoratet, «Gjennomføringsplan NVP 2022,» Helsedirektoratet, Oslo, 2021.
- [29] Helsedirektoratet, «Velferdsteknologi etter 2020. Anbefaling om strategi for veien videre,» Helsedirektoratet, Oslo, 2020.
- [30] «Helsedirektoratet Kunstig intelligens i helsetjenesten,» [Internett]. Available: Kunstig intelligens i helsetjenesten. [Funnet 2022].
- [31] «Tryggere helseapper,» 17 desember 2021. [Internett]. Available: https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/tryggere-helseapper/Oppdatert%20kunnskapsgrunnlag_Tryggere%20helseapper.pdf/_/attachm ent/inline/0a57c3da-58f5-42f6-ba0a-fb1f7ce9f2df:5a866f9fc20e2b066506b3df0a5c3e7d86e95eb7/Oppdatert%20 [Funnet 28 november 2022].
- [32] «Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering,» KPMG, Oslo, 2020.
- [33] Helsedirektoratet, «Rehabiliteringsaktivitet under pandemi i mai–august 2020 sammenlignet med samme periode i 2019,» Helsedirektoratet, Oslo, 2021.
- [34] Leverandørutviklingsprogrammet (LUP), «Leverandørutviklingsprogrammet,» 2022. [Internett]. Available: <https://innovativeanskaffelser.no/om-oss/>.
- [35] B. A. Brantzæg, T. E. Lunder, A. Aastvedt og G. K. A. Leikvoll, «Små distriktkommuners deltakelse i innovasjonsvirkemidler,» Telemarksforsking, 2020.
- [36] Direktoratet for økonomistyring (DFØ), «Hvordan er regelverket for statlig tilskudd utformet?,» Direktoratet for økonomistyring, 2017.
- [37] KS, Kommunesektorens organisasjon, «Hva er Felles kommunal journal?,» KS, 14 12 2021. [Internett]. Available: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/fkj/om-akson/>. [Funnet 04 11 2022].
- [38] «EPJ-løftet for fastleger og avtalespesialister,» 2018. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/programmer/epj-loftet/epj-loftet-for-fastleger-og-avtalespesialister>.
- [39] Helse- og omsorgsdepartementet, «Tillegg til tildelingsbrev 12,» 2022. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helse>.

- [40] KS, «KS Innovasjonsbarometer,» <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/innovasjonsbarometeret-2020/hoyt-innovasjonstrykk-i-kommunesektoren/>, 2020.
- [41] PwC, «Konsekvensutredning ved forslag til forskrift om krav til og sertifisering av IKT-systemer i helse- og omsorgssektoren. Økonomiske og administrative konsekvenser,» 2012.
- [42] «Evaluering av Statens innkjøpssenter,» Oslo Economics, Oslo, 2019.
- [43] Helseplattformen, «Prosjektplan Innføring av helseplattformen 2021-2022,» Trondheim, 2021.
- [44] DFØ, «Områdegjennomgang - Kartlegging av tilskudd til kommunesektoren,» DFØ og Difi, 2017.
- [45] DFØ, «Utredning om digitale fellesløsninger for tilskudd,» DFØ , 2018.
- [46] S. H. C. A2, «Ekstern kvalitetssikring KS1 av Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste,» Utarbeidet for Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet , 2018.
- [47] Ny versjon av sikkerhetsrapporten - Østre Toten kommune (ototen.no), [Internett]. Available: Ny versjon av sikkerhetsrapporten - Østre Toten kommune (ototen.no).
- [48] Menon, «Helsenæringens verdi 2022,» 2022.
- [49] Larvik kommune, «Innovative offentlig anskaffelse av elektronisk mediseringstøtteløsninger,» Larvik kommune, Larvik, 2019.
- [50] *Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger [FOR-2015-07-01-853]*.
- [51] Direktoratet for e-helse, «Referansekatalogen for e-helse,» [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/standardisering/om-standardisering/referansekatalogen-for-e-helse>.
- [52] « Normen - Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren,» [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/normen>.
- [53] Direktoratet for e-helse, «Tekniske anbefalinger ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging,» [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/velferdsteknologi/anbefalinger-om-bruk-av-velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfoelging>.
- [54] Digitaliseringsdirektoratet, «Referansekatalogen for IT-standarder,» [Internett]. Available: <https://www.digdir.no/standarder/referansekatalogen-it-standardar/1480>.
- [55] K. e. a. Goodman, «Impact of knowledge resources linked to an electronic health record on frequency of unnecessary tests and treatments,» *J Contin Educ Health Prof*, vol. 32, pp. 108-15, 2012.
- [56] C. P. e. al, «The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis,» *Eur J Public Health*, vol. 26, pp. 60-64, 2106.
- [57] e. a. Bates DW, «Ten Commandments for Effective Clinical Decision Support: Making the Practice of Evidence-based Medicine a Reality,» *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, vol. 10, pp. 523-530, 2003.
- [58] J. Levis, HIT Or Miss, 3rd Edition: Lessons Learned from Health Information Technology Projects, Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group, 2019.
- [59] HIPAA Journal, «What is the HITECH Act?,» HIPAA Journal, [Internett]. Available: <https://www.hipaajournal.com/what-is-the-hitech-act/#:~:text=The%20HITECH%20Act%20encouraged%20healthcare,HIPAA%20Privacy%20and%20Security%20Rules..> [Funnet 04 10 2022].
- [60] HL7 International, «HL7 Standards - Section 1b: EHR - Electronic Health Records,» [Internett]. Available: https://www.hl7.org/implement/standards/product_section.cfm?section=11. [Funnet 04 10 2022].

- [61] Centers for Medicare & Medicaid Services, «Promoting Interoperability Programs,» Centers for Medicare & Medicaid Services, [Internett]. Available: <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/legislation/ehrincentiveprograms?redirect=/ehrincentiveprograms/>. [Funnet 4 10 2022].
- [62] Office of National Coordination (ONC), «Electronic Capabilities for Patient Engagement among U.S. Non-Federal Acute Care Hospitals: 2012-2015,» 09 2016. [Internett]. Available: <https://www.healthit.gov/data/data-briefs/electronic-capabilities-patient-engagement-among-us-non-federal-acute-care-0>. [Funnet 04 10 2022].
- [63] ONC, «www.healthit.gov,» 2014. [Internett]. Available: <https://www.healthit.gov/data/quickstats/effects-meaningful-use-functionalities-health-care-quality-safety-and-efficiency-0>. [Funnet 04 10 2022].
- [64] A. Gettinger og T. Zayas-Caban, «HITECH to 21st century cures: clinician burden and evolving health IT policy,» *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, vol. 5, 2021.
- [65] T. Colicchio, J. Cimino og G. Del Fiore, «Unintended Consequences of Nationwide Electronic Health Record Adoption: Challenges and Opportunities in the Post-Meaningful Use Era,» *Journal of Medical Internet Research*, vol. 21, 2019.
- [66] The Guardian, «Abandoned NHS IT system has cost £10bn so far,» Guardian News & Media Limited, 18 09 2013. [Internett]. Available: <https://www.theguardian.com/society/2013/sep/18/nhs-records-system-10bn>.
- [67] «The Electronic Health Records System In the UK,» Centre for Public Impact, a BCG Foundation, 03 04 2017. [Internett]. Available: <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/electronic-health-records-system-uk>. [Funnet 04 10 2022].
- [68] Department of Health and Social Care, United Kingdom, «Policy paper: A plan for digital health and social care,» 22 06 2022. [Internett]. Available: <https://www.gov.uk/government/publications/a-plan-for-digital-health-and-social-care/a-plan-for-digital-health-and-social-care>. [Funnet 05 10 2022].
- [69] NHS England - Transformation Directorate, «Who Pays for What proposals,» 31 08 2021. [Internett]. Available: <https://transform.england.nhs.uk/digitise-connect-transform/who-pays-for-what/>. [Funnet 05 10 2022].
- [70] KS, «Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging,» [Internett]. Available: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/velferdsteknologi-og-digital-hjemmeoppfolging/>.
- [71] Direktoratet for e-helse, «Sentralt styringsdokument: Steg 2 for digital samhandling,» Januar 2022. [Internett]. Available: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-steg-2-for-digital-samhandling>. [Funnet 07 10 2022].
- [72] Helsedirektoratet, «Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd,» Helsedirektoratet, 2020. [Internett]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd#regelverk-tildelingskriterier>. [Funnet 29 11 2022].
- [73] KS, «Landstinget gir KS en tydelig rolle i arbeidet med digitalisering,» 2020. [Internett]. Available: <https://www.ks.no/om-ks/hva-gjor-vi/ks-toppmoter/landstinget-2020/landstinget-gir-ks-en-tydelig-rolle-i-arbeidet-med-digitalisering/>.
- [74] Helsedirektoratet og Nasjonalt velferdsteknologi-program, «Oppsummering underveis - om utprøving av medising avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten,» 2019.

9 VEDLEGG

Vedlegg 1: Krav og prosess for standardisering og normering

1. Anbefalte og obligatoriske standarder

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger [50] (tidligere forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten) angir krav til bruk av e-helsestandarder og nasjonale løsninger, og gjelder virksomheter som yter helsehjelp eller forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre. Hver enkelt virksomhet i helse- og omsorgstjenesten har ansvar for at IKT-systemene deres oppfyller kravene i forskriften.

Forskriften ble fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2015 og trådte i kraft 1. september samme år. Forskriften ble sist endret 1. juli 2022, og det forventes ytterligere endringer som vil medføre utvidelser i de obligatoriske kravene, i årene fremover. Ved forslag om endringer involveres berørte interessenter gjennom veldefinerte prosesser, inkludert høringer.

Forskriften angir blant annet hvilke e-helsestandarder det er obligatorisk for ulike virksomhetstyper å benytte. Referansekatalogen for e-helse [51] gir en oversikt over både obligatoriske og anbefalte e-helsestandarder.

Alle virksomheter som er tilknyttet Helsenettet er forpliktet til å følge Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen) [52]. For å kunne ta et journalsystem i bruk i produksjon, kreves det at leverandøren av journalsystemet har en godkjent 3. partsavtale for EDI tjenesten med Norsk helsenett, og dermed har tilfredsstilt krav satt i Normen.

For kommuner og leverandører som skal anskaffe, implementere eller levere løsninger innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging har Direktoratet for e-helse laget en samleside [53] med gjeldende tekniske anbefalinger og krav.

I tillegg til de sektorspesifikke kravene må offentlige virksomheter også ta hensyn til de anbefalte og obligatoriske IT-standardene som gjelder for hele offentlig sektor. Referansekatalogen for IT-standarder [54] som utgis av Digitaliseringsdirektoratet, gir en oversikt over disse.

Kravene er uavhengige av hvilke journalløsninger som brukes:

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

2. Veiledere og retningslinjer

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

3. Forutsetninger for normering

God og formålstjenlig normering forutsetter derfor at alle aktørene i sektoren setter seg inn i og følger opp de krav og den prosess som alle normeringsnivåene legger opp til. Overensstemmelse med kravene i normeringsnivåene må derfor være en naturlig del av bestillinger og utvikling av løsninger. Figur 12 viser de fire normeringsnivåene.



Figur 12 Normeringsnivåer

Alle de normerende produktene er tilgjengelige på ehelse.no.

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

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

4. Test og godkjenningsordning for meldingsstandarder

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

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

Vedlegg 2: utfordringer med dagens journalløsninger

Kommunal helse- og omsorgstjeneste har i lang tid gitt uttrykk for at de har behov for mer effektiv samhandling og bedre pasientjournalløsninger. Dette kom til uttrykk allerede i Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal» [3]. Konseptvalgutredningen «Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste» 2018 [8] inkluderte en omfattende behovsanalyse, hvor resultater fra flere andre undersøkelser [9] [10] [11] [12] ble inkludert. Her identifiseres trender som vil øke behovet for helsetjenester i kommunene i nær fremtid, samtidig som muligheten til å ansette flere helsepersonell begrenses. I tillegg beskrives et økt behov for kunnskapsoverføring, konsultering og deling av informasjon om innbygger på tvers av omsorgsnivåer og profesjoner.

Oppsummert avdekket analysen følgende prosjektutløsende behov:

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

Mer spesifikt beskrives følgende utfordringer i dagens journalløsninger:

- 1 Utfordringer knyttet til arbeid med pasienter:
 - 1.1 Manglende tilgang på vesentlige deler³ av pasientjournalen og nødvendig informasjon for å ivareta kontinuitet, pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp
 - 1.2 Manglende oversikt over informasjonen som er tilgjengelig, utilstrekkelig støtte av arbeidsprosesser⁴ og manglende støtte for grunnleggende funksjonalitet for flere av de helsefaglige områdene
 - 1.3 Manglende tilgang på kunnskaps- og beslutningsstøtte
 - 1.4 Utilstrekkelig brukervennlighet og mangelfull opplæring
 - 1.5 Programvarefeil og hyppig nedetid i pasientjournalløsningene
- 2 Behov for å utnytte helsedata bedre til styring, kvalitetsforbedring og forskning utledet av dagens situasjon.
- 3 Behov for bedre informasjonssikkerhet ved behandling av helseopplysninger i pasientjournalen.

³ Ved ØHD/KAD og kommunal legevakt beskrives at de ikke har tilgang til annen informasjon enn det de har registrert i egen pasientjournal.

⁴ Dobbeltføring av den samme informasjonen ved dokumentasjon, manglende oversikt over status for pasientens helse, mangelfulle og tungvinne legemiddelmoduler som delvis er papirbasert og mangler beslutningsstøtte, mangelfull integrasjon av velferdsteknologi og informasjon fra respsentre, ufullstendig støtte av digitaliserte søknadsprosesser for tjenestetildeling, utilstrekkelig støtte for henvisninger fra helsestasjon, manglende støtte for kommunikasjon mellom ulike profesjoner i en og samme pasientjournalløsning.

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

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

De fleste kommuner bruker ulike journalløsninger for ulike helsetjenesteområder. For eksempel bruker helsestasjoner og fastleger journalløsninger som er spesielt tilpasset deres behov. Innenfor pleie og omsorg er det utviklet journalløsninger som dekker flere helsetjenesteområder som institusjonsbaserte tjenester, hjemmebaserte tjenester og tjenestetildeling. I tillegg ble det beskrevet at en og samme kommune ofte bruker flere journalløsninger for de samme helsetjenesteområdene [8]. Dette ble bekreftet i en undersøkelse fra 2022 med 20 representanter fra ulike kommuner og helsetjenesteområder, utført av Felles kommunal journal interim AS [16].

I Én innbygger – én journal KVVU [8] ble det kartlagt et omfattende behov for samhandling mellom ulike helsetjenesteområder innenfor en og samme kommune, særlig mellom fastleger og andre helsetjenesteområder. Disse behovene var imidlertid ikke dekket med funksjonaliteten for samhandling i dagens journalløsninger [16]. Det var også et stort udekket behov for samhandling mellom alle helsetjenesteområder og spesialisthelsetjenesten, og med innbygger [8] [16].

Når behov for samhandling ikke blir dekket, medfører det at helsepersonell bruker mer tid på å innhente vesentlige helseopplysninger, eller at helseopplysningene ikke blir tilgjengelig i det hele tatt. Sistnevnte kan føre til redusert pasientsikkerhet og økt forbruk av tjenester, f.eks. unødvendige innleggelses fra kommunal legevakt [16]. Det skaper også usikkerhet hos helsepersonell. I Felles kommunal journal interims rapport fra 2022 beskrives dette slik:

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

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

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

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

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

I flere studier er det funnet at kunnskapsstøtte, beslutningsstøtte og prosessstøtte kan gi bedre etterlevelse av beste praksis og forhindre feil [55] [56], gitt riktige rammevilkår [57]. I tillegg kan det redusere tiden helsepersonellet bruker på å innhente kunnskap om hvilken utredning, pleie og behandling pasienten skal ha, og hvordan dette skal utføres. Behovet for å innhente kunnskap har økt i kommunene i takt med at de har fått nye oppgaver overfor nye pasientgrupper som tidligere er håndtert av spesialisthelsetjenesten. Her kan journal-løsningene gi vesentlig bedre støtte enn de har gjort til nå. Beslutningsstøtte og prosessstøtte er krevende funksjonalitet å lykkes med [58], men har et vesentlig potensial også i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg er god samhandling med spesialisthelsetjenesten og statlige og kommunale tjenester utenom helse viktig for å sørge for at helsepersonell får anledning til å innhente råd både fra kolleger og fra fagfolk på andre områder.

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

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

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

I enhver digitalisering skal ansatte begynne med nye arbeidsprosesser og rutiner, og avvikle gamle. Dette krever tillit til den nye måten arbeide på, god forankring i hele organisasjonen og tydelige signaler fra ledelsen. Organisasjoners naturlige motstand mot endring [58] kan medføre at nye rutiner ikke fester seg, og at de ansatte snart går tilbake til de gamle. I noen tilfeller [58] må tilgangen på utstyr og forbruksvarer knyttet til gamle rutiner (for eksempel papirskjema) begrenses. I tillegg må tilgangen til relevant IT-utstyr være dekkende for alle involverte, og datanettverket må være tilgjengelig og stabilt der arbeidet foregår, også hjemme hos pasienten. Mangler på disse områdene gir ofte opphav til midlertidige papirutiner, med behov for å overføre helseopplysninger i etterkant.

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

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

Vedlegg 3: Brukerbehov innad i kommunene

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

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

1. Brukerbehov som beskrevet i konseptvalgutredningen [8]

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

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

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

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

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

- Kapasiteten innad i kommunene presses av særlig tre sammenfallende forhold som a.) endringene i kjølvannet av Samhandlingsreformen der en større andel av brukerne er blitt kommunens ansvar, b.) at større andel av brukerne har sammensatte lidelser, c.) økning i befolkningens størrelse og sammensetning alene

vil i fremtiden gi behov for en betydelig kapasitetsøkning fra 150 000 årsverk i tjenesten i dag (2018) til 240 000 fram mot 2040 (SSB).

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

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

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

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

Tabell 20: Interessenter identifisert som mest relevante for tiltakene felles kommunal journal og digital samhandling

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

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

Tabell 21: Samhandlingsmønster kartlagt i KVVU-arbeidet

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

Vedlegg 4: Oversikt over interessentgrupper

Oversikten viser interessenter som er direkte eller indirekte berørt av helseteknologiordningen, eller er involvert i utredningen.

1. Befolkning med pasienter og pårørende

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

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

Tabell 22 Berørte gruppekategorier og beskrivelser

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

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

Gruppe	Beskrivelse	Karakteristika
Tildelings-/ forvaltningskontor	Benytter journalløsninger tilpasset pleie og omsorg (PLO)	Har god støtte for deler av prosessen for tildeling av tjenester, men bruker mye tid på å innhente helseopplysninger som skal brukes som grunnlag i vurderingen.

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

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

3. Aktører som representerer og påvirker

Denne kategorien omfatter aktører som har som sin oppgave å representere enkeltaktører, som finnes i andre interessentkategorier i modellen. Disse aktørene har også god kjennskap til helse- og omsorgstjenesten og for behovene disse gruppene representerer, og får dermed en todelt rolle i forhold til behovskartleggingen. Aktørene i denne kategorien interagerer også med aktører i de fleste andre interessentkategorier. Pasient-, frivillige og interesseorganisasjoner er i oversikten under presentert med et utvalg som har gitt innspill under utredningsarbeidet. Til sammen utgjør disse et stort antall, anslagsvis 150 organisasjoner, som det ikke er hensiktsmessig å gjengi i sin helhet her.

Gruppe	Beskrivelse	Karakteristika
Kommunale interesseorganisasjoner	KS	KS gir innspill i utredning av helseteknologiordning
Fag- og profesjonsforeninger	Legeforeningen, sykepleieforeningen og fagforbundet	Invitert og deltatt på 1:1-møter, mottatt tidligversjon for innspill.
Pasient- og brukerorganisasjoner	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Kreftforeningen	Invitert og deltatt på 1:1-møter, mottatt tidligversjon for innspill.

4. Utvalgte leverandører

Denne kategorien omfatter leverandører som tilbyr journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegetjenesten. På grunn av tids- og kapasitetsbegrensninger er kun leverandører for journalløsninger innen pleie og omsorg inkludert i denne fasen.

Gruppe	Beskrivelse	Karakteristika
Pleie og omsorg:	Inkluderer: <ul style="list-style-type: none"> • Visma AS • DIPS Front AS • Tietoevry Norway AS • Aidn (eid av Kernel) • Epic Systems Corporation [via Helseplattformen] 	Dette er leverandørene vi valgte å initiere dialog med.

5. Interessentgrupper som ikke er involvert i denne fasen

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

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

Vedlegg 5: Erfaringer fra insentivbruk fra andre land og sektorer

Det har vært sett på erfaringer fra insentivbruk med tilsvarende utfordringer fra USA og Storbritannia.

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

Da den amerikanske kongressen vedtok *Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act* (HITECH) i 2009 [59], var dette et ledd i *American Recovery and Reinvestment Act* (ARRA) etter den økonomiske resesjonen i 2008. Hensikten var både å styrke næringslivet og sørge for et teknologisk løft i helsetjenesten, som blant annet skulle gi mer effektiv helsehjelp av høyere kvalitet, bedre pasientsikkerhet, mer involvering av pasienter, bedre koordinering av aktører i helsetjenesten, bedre helse og samtidig sikre personvern og informasjonssikkerhet. HITECH satte makt bak kravene i *Health Information Portability and Accountability Act* (HIPAA) fra 1996 og tilbød insentiver til virksomheter som ville bytte ut papirutiner med elektronisk pasientjournal. Budsjettet for tiltaket var 25 milliarder USD. Virkemidlene inkluderte både gulrot og pisk. Virksomhetene som anskaffet tidlig, fikk mer omfattende støtte enn de som ventet. Etter et gitt årstall (2015), ble 1 % og deretter 3 % (2017) av refusjonene fra Medicare holdt igjen for de som ennå ikke hadde tatt i bruk en godkjent journalløsning. I tillegg ble det gitt bøter på inntil 1.8 millioner USD til virksomheter som ikke klarte å forhindre datainnbrudd med eksponering av helseopplysninger. De ansvarlige virksomhetene ble offentliggjort på *Department of Health & Human Services* (HHS) sine hjemmesider på en slik måte at andre beskrev det som «the HIPAA wall of shame» [59].

For å sikre at virksomhetene ville gå til innkjøp av gode journalløsninger og faktisk ta dem i bruk, opprettet HHS et eget program for sertifisering og tilskudd kalt *the Meaningful Use program* (MU). Initelt ble det blant annet satt 15 faste og 5 (av 10) valgbare minstekrav til hva en godkjent journalløsning konkret skulle brukes til ved et sykehus, og tilsvarende hos privatpraktiserende helsepersonell. Sammenlignet med andre samlinger av krav til journalløsninger, som kan inneholde flere tusen krav [60], var dette et svært begrenset utvalg. I tillegg skulle virksomhetene rapportere regelmessig på minst 6 kliniske kvalitetsindikatorer [61], og det ble satt krav til bruk av standarder for utveksling av data.

Effekten av lovene og programmet var enorm. Fra 2008 til 2017 gikk andelen av sykehus med elektronisk pasientjournal fra 10% til 96%, med størst økning de siste årene før de varslede reduksjonene i refusjoner tredde i kraft. Tilsvarende endring skjedde hos privatpraktiserende helsepersonell. Rapporteringen av kvalitetsindikatorer gikk opp, og langt flere pasienter fikk tilgang til egne helseopplysninger og andre tjenester [62]. I en omfattende litteraturstudie fra 2014 ble det funnet tegn på bedre kvalitet og effektivitet i helsehjelpen, og bedre pasientsikkerhet [63]. Imidlertid fikk dette en høy pris [64] [65]. Helsepersonell ga uttrykk for stor misnøye med journalløsningene som var blitt innført. Journalløsningene var vanskelige å bruke og tilsynelatende mer tilpasset finansiering og administrative krav enn til å behandle pasienter. Helsepersonellet pekte på journalløsningene som en av hovedårsakene til at de følte seg utbrente og frustrerte. Samhandlingen mellom virksomhetene var heller ikke blitt bedre, og noe av årsaken var svakheter i standardene som var valgt. I 2016

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

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

I perioden 2002-2013 tapte National Health Service (NHS) og *National Programme for Information Technology* (NPfIT) over 10 milliarder GBP i et forsøk på å innføre en felles nasjonal elektronisk pasientjournal i hele Storbritannia [66] [67]. Fortsatt mangler rundt 14% av virksomheter i helsetjenesten journaløsning, over 80% av virksomhetene regnes ikke som digitalt modne, og støtten for samhandling på tvers dekker ikke behovet. For å komme videre satte *Department of Health and Social Care* (DHSC) i den britiske regjeringen i gang et samlet initiativ for både helse- og sosialtjenesten i 2022, med stor vekt på å gjøre tjenestene mer digitalt tilgjengelig for innbygger [68]. Det settes av 2 milliarder GBP for blant annet å fullføre digitaliseringen av NHS England innen 2025, og 150 millioner av disse midlene skal gå til digitalisering av sosiale tjenester. Et sentralt mål er å knytte sammen virksomhetene nasjonalt, regionalt og lokalt, ikke minst enhetene i NHS som kombinerer primær- og sekundærhelsetjeneste lokalt, kalt *Integrated Care Systems* (ICS). Dette skal oppnås ved å dele data på en sikker måte for å støtte pasientrettet arbeid, folkehelsearbeid og forskning. Pasienten skal involveres og mobilappen NHS App skal være en felles inngang.

Så langt har DHSC og NHS England identifisert følgende barrierer: Utydelige styringssignaler fra regjeringen, at det er for komplisert for industrien å samarbeide med helsetjenesten om å utvikle nye løsninger og at de lokale virksomhetene (særlig ICS) har for liten innflytelse over investeringer i egen digitalisering. Det etterlyses mer langsiktige stimuleringsordninger som gir økt forutsigbarhet for både helsetjenesten og industrien, og NHS har allerede satt i gang tiltak på dette området [69]. Dette programmet er omfattende, og planlegger å gjennomføre en rekke tiltak. Et utvalg av tiltakene er som følger:

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

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

Vedlegg 6: Usikkerhet i den samfunnsøkonomiske analysen

Beregningene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet som er presentert i kapittel 6, baseres på en rekke forutsetninger med stor usikkerhet. Det er derfor gjennomført en rekke usikkerhetsanalyser, som belyser hvordan resultatene påvirkes av endringer i modellens inngangsparametere, nærmere bestemt kommunenes etterlevelse, ressursbruk, kostnader ved tiltakene og analyseperiode. Usikkerhetsanalysene gjennomføres partielt, det vil si at når det blir gjort endringer i én av parameterne, holdes alle andre likt.

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

3. Antall berørte kommuner

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

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

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

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

		Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Scenario 1-1	Prissatt nettonytte	-98 (-14)	-124 (-18)	-24 (-13)

	Ikke-prissatte virkninger	Noe, men lite, redusert sammenlignet med hovedestimatene	Noe, men lite, redusert sammenlignet med hovedestimatene	Noe, men lite, redusert sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-2	Prissatt nettonytte	-105 (-20)	-133 (-27)	-18 (-20)
	Ikke-prissatte virkninger	Noe redusert sammenlignet med hovedestimatene	Noe redusert sammenlignet med hovedestimatene	Noe redusert sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-3	Prissatt nettonytte	-119 (-34)	-151 (-45)	4 (-33)
	Ikke-prissatte virkninger	Betydelig redusert sammenlignet med hovedestimatene	Betydelig redusert sammenlignet med hovedestimatene	Betydelig redusert sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-4	Prissatt nettonytte	-78 (7)	-97 (9)	44 (7)
	Ikke-prissatte virkninger	Noe, men liten, økning sammenlignet med hovedestimatene	Noe, men liten, økning sammenlignet med hovedestimatene	Noe, men liten, økning sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-5	Prissatt nettonytte	-71 (13)	-88 (18)	51 (13)
	Ikke-prissatte virkninger	Noe økning sammenlignet med hovedestimatene	Noe økning sammenlignet med hovedestimatene	Noe økning sammenlignet med hovedestimatene
Scenario 1-6	Prissatt nettonytte	-89 (-5)	-112 (-6)	-18 (19)
	Ikke-prissatte virkninger	<i>Reduksjon i nnv som følge av forskyving over tid</i>	<i>Reduksjon i nnv som følge av forskyving over tid</i>	<i>Reduksjon i nnv som følge av forskyving over tid</i>

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

Det er først når det er svært få berørte kommuner det kan forventes at en ikke får det samlede løftet på kvalitet og samordning av journalløsninger.

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

4. Manglede kvalitet på veiledning og mindre god støtte for standardisering for anskaffelses- og innføringsprosessen

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

Det er usikkerhet knyttet til antakelsen om at veiledningen vil bidra til at kommunesamarbeidene vil heve kvaliteten og/eller øke effektiviteten på anskaffelses- eller innføringsprosessen, og på bedre journaløsninger. I tillegg er det usikkerhet knyttet til utviklingen av gode og felles standarder. Gode og felles standarder er viktig for at kommunene anskaffer og innfører gode løsninger som på sikt kan samhandle med hverandre, og dersom standardiseringsarbeidet ikke blir slik som ønsket og forutsatt kan dette påvirke virkningene.

Dersom disse usikkerhetene inntreffer fullt ut vil vi sannsynligvis ikke få realisert verken prissatte og ikke-prissatte virkninger. Men den kan også variere på tvers av kommunesamarbeid. Noen samarbeid kan ha relativt større nyttevirkninger enn andre. Utfordringen ved at noen samarbeid er mer vellykkede enn andre er at man kan få intern og god samordning innad i det kommunale samarbeidet, men ikke på tvers av andre kommunale samarbeid.

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

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

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

		Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Scenario 2-1	Prissatt nettonytte	-105 (-20)	-128 (-21)	-6 (-44)
	Ikke-prissatte virkninger	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet
Scenario 2-2	Prissatt nettonytte	-105 (-48)	-128 (-48)	-33 (-71)

	Ikke-prissatte virkninger	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet	Usikkert, men mest sannsynlig lavere enn hovedestimatet
Scenario 2-3	Prissatt nettonytte	-85 (0)	-106 (0)	38 (0)
	Ikke-prissatte virkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger
Scenario 2-4	Prissatt nettonytte	-65 (20)	-73 (33)	56 (18)
	Ikke-prissatte virkninger	Sannsynligvis høyere enn hovedestimatet	Sannsynligvis høyere enn hovedestimatet	Sannsynligvis høyere enn hovedestimatet

Viktigheten av god veiledning og gode beskrivelser av standarder, samt god oppfølging av kommunene for å realisere de forventede virkningene er tydelig i tabellen over. Det fremkommer at særlig de ikke-prissatte virkningene er særlig påvirket av dette. Eksempelvis kan scenario 2-3 få de forventede virkningene for de prissatte effektene fordi både anskaffelses- og innføringsprosessen har vært suksessfull, men kommunene har ikke samordnet seg på tvers av kommunale samarbeid, fordi det er for mange ulike beskrivelser av standarder. Dette gir derfor individuelle kommunale prissatte virkninger, men ikke de ikke-prissatte virkningene, som et resultat av at dette scenarioet realiseres. Mindre effektive samarbeid påvirker også nettonytten negativt sammenlignet med hovedestimatet i scenario 2-1 og 2-2.

På den andre side, dersom veiledningen og oppfølgingen av standardisering gir bedre resultater enn forventet i hovedestimatet påvirker dette positivt og gir økte prissatte og ikke-prissatte virkninger.

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

5. Manglende kvalitet i journalmarkedet

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

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

- Scenario 3-1: Kommunene har vellykkede samarbeid om anskaffelses- og innføringsprosessen, men journalleverandørene klarer ikke å levere på funksjonaliteten.
- Scenario 3-2: Kommunene har vellykkede samarbeid om anskaffelses- og innføringsprosessen, men journalleverandørene klarer bare delvis (30%) å levere på funksjonaliteten.

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

		Ambisjonsnivå 1	Ambisjonsnivå 2	Ambisjonsnivå 3
Scenario 3-1	Prissatt nettonytte	-85 (0)	-106 (0)	38 (0)
	Ikke-prissatte virkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Ingen, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger
Scenario 3-2	Prissatt nettonytte	-85 (0)	-106 (0)	38 (0)
	Ikke-prissatte virkninger	Få, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Få, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger	Få, eller betydelig reduserte kvalitetsvirkninger

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

Vedlegg 7: Metode for vurdering av virkninger

I en samfunnsøkonomisk analyse skal virkningene av tiltaket så langt det er mulig og hensiktsmessig tallfestes og verdsettes. Det er hva som er faglig forsvarlig og mulig innenfor analysens tids- og kostnadsrammer som styrer hvor langt en kan gå i denne verdsettingen. I dette tilfellet har vi hatt grunnlag for å prissette kostnadene knyttet til investering og drift for hvert tiltak, og tilhørende skattefinansieringskostnad. Vi har også hatt grunnlag for å prissette forventet effektivisering i anskaffelsesprosessen og innføringsprosessen for kommunene og for leverandørene, samt virkningene på pris av samordnet leverandørdialog og anskaffelse. Virkningene som ikke kan verdsettes behandles som ikke-prissatte virkninger, men vurderes likevel etter samme grunnleggende prinsipper som de prissatte virkningene.

I denne analysen er flere av de ikke-prissatte virkningene ansett som svært betydningsfulle for vurderingen av tiltaket, eksempelvis virkningen på kvaliteten på journalløsninger i helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer at selv om virkningene ikke beregnes i kroner og øre, er det de samfunnsøkonomiske effektene som vurderes også her, i form av endring i samfunnets ressursbruk eller endringen i samfunnets velferd/nytte. Årsakene til at noen av virkningene i analysen behandles som ikke-prissatte virkninger er:

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

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

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

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

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

Vedlegg 8: Pågående aktuelle tiltak

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

1. Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonalt Velferdsteknologiprogram har pågått siden 2014, og det ble i 2020 besluttet at programmet skulle forlenges ut 2024. Innrapporterte funn fra kommuner som har deltatt i programmet, viser at mange av dem oppgir å ha fått økt omsorgskapasitet gjennom implementering av velferdsteknologi i sine tjenester. I Nasjonalt Velferdsteknologiprogram er det benyttet virkemidler som tilskudd, prosessverktøy, møteplasser og nettverkssamlinger [70], samt nasjonale anbefalinger og felles innkjøpsprosesser. I forbindelse med forlengelsen av programmet for perioden 2022-2024 ble fokus skiftet fra trygghet- og mestringsteknologi til blant annet utvikling av nye, digitale hjemmebaserte oppfølgingstjenester. I gjennomføringsplanen er også arkitektur og infrastruktur for velferdsteknologi lagt inn som eget tiltak. Evalueringer av Nasjonalt Velferdsteknologiprogram har vist at programmet har vært en viktig motor for utprøving og spredning av velferdsteknologi på tvers av kommuner, men mange kommuner som har startet med spredning av trygghets- og mestringsteknologi, har ikke nådd det fulle potensialet. Det foreslås derfor at Nasjonalt velferdsteknologiprogram videreføres ut den planlagte programperioden til og med 2024, og at kommuner som deltar nå, tilbys å søke om deltakelse i en videreføring av programmet innenfor den nye helseteknologiordningen. Eventuelle supplerende eller justering av tiltak innenfor dette programmet må bygge på en dypere analyse og vurdering av virkemiddeleffekt.

Velferdsteknologisk knutepunkt

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

2. Program for digital samhandling og program for legemidler

Program for digital samhandling (PDS) [71] styres av Direktoratet for e-helse, og arbeider for samhandling i helsetjenesten på et nasjonalt nivå og på tvers av omsorgsnivåene. Programmet har ikke hatt fokus på samhandling innad i kommunene, fordi her har felles kommunal journal hatt en viktigere rolle. Programmet planlegges stegvis. Steg 1 er i gang i samarbeid med Norsk helsenett, og jobber med pasientens prøvesvar, dokumentdeling fra sykehus, samt ulike tiltak innen tillitsøkende tjenester, API-håndtering og grunndata. Steg 2 tar sikte på å ferdigstille påbegynte tiltak i veikart for nasjonale e-helseløsninger, som kritisk informasjon, dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten, datadeling for digital

hjemmeoppfølging, innføring av kjernejournal i resterende kommuner og pasientens legemiddelliste. Sistnevnte følges opp av program for pasientens legemiddelliste. Siden kritisk informasjon og oversikt over legemidler også er sentral informasjon å dele innad i en kommune, har innføring av kjernejournal og pasientens legemiddelliste vesentlig betydning for kommunal samhandling. På sikt vil deling av dokumenter fra sykehjem, helsestasjon, ØHD, legevakt og fastleger også kunne støtte intern samhandling innad i kommunen, men det er ikke avgjort når dette vil kunne utvikles.

3. Nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene

Statsbudsjettet for 2023 foreslår 20 millioner kroner til nettverksaktiviteter i regi av KS. Støtte til kommunale nettverk for innføring av e-helseløsninger i kommunene er et viktig virkemiddel for kommunenes arbeid med innføring av nasjonale e-helseløsninger og velferdsteknologi. Kommunesektoren forventes fremover å skulle ta i bruk flere digitale løsninger i takt med innføringen av nasjonale samhandlingsløsninger og med modernisering av IKT-systemer generelt. KS kompetansenettverk for e-helse (KS e-Komp) har i 2022 blant annet bidratt til innføring av kjernejournal i kommunene, gjort forberedelser til innføring av pasientens legemiddelliste og bidratt til innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging.

I 2023 skal nettverket bidra til å støtte opp under innføring av prioriterte e-helseløsninger, som pasientens legemiddelliste og kjernejournal i kommunene. Porteføljeprosessen leder til prioritert porteføljebeslutning i desember. Nettverket skal også støtte kommunenes arbeid med innføring av velferdsteknologi. Dette er løsninger som vil støtte en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse forvalter tilskuddet.

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

- Regionale digitaliseringsnettverk
- KS innkjøpsforum

Se KS hjemmesider for mer informasjon.

4. Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd

Helsedirektoratet administrerer et kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, som statsforvalteren forvalter, på 351 millioner kroner. Hovedmålet med denne ordningen er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester, og gi en tydelig prioritet til noen av de viktigste fremtidsutfordringene kommunene står overfor på helse- og omsorgsfeltet. Midlene skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov [72].

5. Felles kommunal journal

Felles kommunal journal (FKJ) er et av tiltakene for å realisere målbildet om Én innbygger - én journal. Tiltaket ledes av et selskap eiet av KS; Felles kommunal journal interim AS. Målet er at informasjonen det enkelte helsepersonell trenger blir lett tilgjengelig i de verktøyene de bruker til daglig. Dermed vil den samme informasjonen også kunne tilgjengeliggjøres for innbyggere, for leverandørmarkedet og for styringsformål og forskning. Prosjektet er fortsatt i en utredningsfase, men det er planer om at Felles kommunal journal skal realiseres som et økosystem for primærhelsetjenesten. Med økosystem menes i denne sammenheng en gruppe av aktører og de løsningene de benytter, som via en eller flere standardiserte digitale

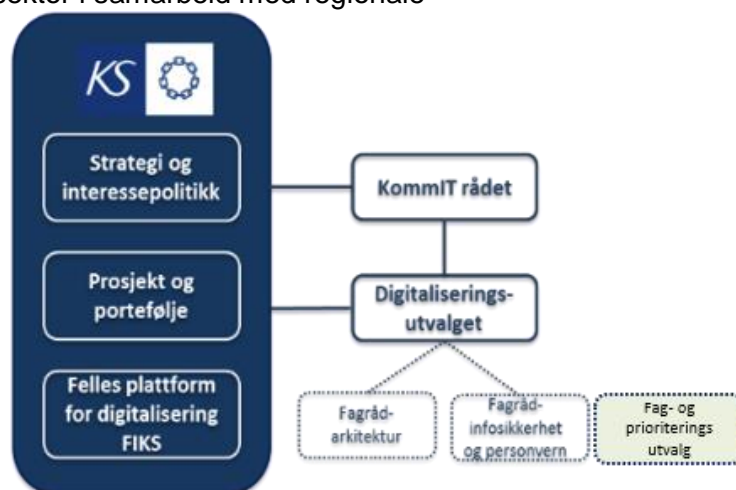
plattformer knyttes sammen i et nettverk. Prosjektet planlegger å anskaffe og etablere en plattform for informasjonsdeling- og lagring, for å sikre tilgang til og mulighet for å nyttiggjøre relevant helseinformasjon på tvers av sluttbrukerløsninger, tjenester og profesjoner.

6. Kommunal samstyringsmodell

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

Formålet med etablering av kommunal samstyringsmodell var å styrke kommunesektorens samlede gjennomføringskraft, legge grunnlag for felles utviklingsarbeid og for en aktiv interessepolitikk med reell innflytelse. KS sitt mandat i digitaliseringsarbeidet ble gjennom endrede vedtekter for KS og Landsstyrevedtak i 2020 formalisert og styrket, ved å få en tydelig rolle i å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor [73].

- ivareta og videreutvikle samordnings- og samstyringsstrukturen for digitalisering og smart bruk av teknologi i kommunal sektor i samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk
- representere sektoren og dens interesser overfor staten og andre nasjonale aktører, og oppnevne sektorens representanter til råd, utvalg og nasjonale prosjekter innen digitalisering
- være en pådriver for digital kompetanse, utvikling og utbredelse av sammenhengende tjenester og felles kommunale løsninger og komponenter i tett samarbeid med ressurser hos medlemmene og regionale digitaliseringsnettverk, og støtte opp om prosjekter som er strategisk viktige for kommunene
- i samspill med medlemmene være en pådriver for utvikling av digitaliseringsvennlig regelverk og premissleverandør for utvikling av felles standarder og virksomhetsarkitektur for kommunal sektor



Figur 13: Kommunal styringsmodell

Regjeringen og KS har i tillegg gått sammen om en strategi for digitalisering av offentlig sektor med formål om at brukerne skal oppleve én digital offentlig sektor og som retningsgivende for arbeidet også på e-helseområdet. Strategien slår fast samstyringsprinsippene for samhandling mellom stat og kommunal sektor, som også er nedfelt i regjeringens digitaliseringsrundskriv. Det er avgjørende at det strategiske og interessepolitiske arbeidet henger godt sammen med utviklingsarbeidet, og KS ønsker at medlemmene skal sikres og eierskap og medinnflytelse til dette. Målet med styringsmodell for samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor er at den skal føre til:

- Sterkere samarbeid

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

Samstyringsstrukturen består av medlemsutvalg på ulike nivåer:

- KommIT-rådet (kommune- og fylkesdirektører)
- Digitaliseringsutvalget (digitaliseringssjefer)
- Fag- og prioriteringsutvalg (fagekspertene og tjenesteledere) og
- Fagråd for henholdsvis IKT-arkitektur og informasjonssikkerhet og personvern (fagekspertene)

Formålet med KommIT-rådet, er å styrke KS' og dermed kommunesektorens samlede satsing på strategi og utviklingsarbeid og gi bedre grunnlag for en aktiv interessepolitikk innen digitalisering og smart bruk av teknologi. Det er avgjørende at det strategiske og interessepolitiske arbeidet henger godt sammen med utviklingsarbeidet, og KS ønsker at medlemmene skal ha eierskap til dette. For å nå målet om en samordnet kommunal sektor som leverer helhetlige og gode digitale tjenester til innbyggere og næringsliv, og som evner å utnytte teknologi i omstilling og videreutvikling av kommunale tjenester, er det sentralt at KS' arbeid med digitalisering, smart teknologi og IKT-samordning i kommunesektoren er godt forankret. KommIT-rådet skal bidra til dette.

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

- gi innspill og råd til pågående nasjonale e-helsetiltak og prioritering av nasjonal e-helseportefølje for utbredelse, sett i lys av regionale og lokale behov.
- være saksforberedende utvalg til Digitaliseringsutvalget, KommIT-rådet og til K-NEHS, KS sine faste e-helsemøter med kommunenes representanter i Nasjonalt e-helseråd og Nasjonalt porteføljestyre (NUIT).
- være rådgivende til KS på saksunderlag til utvalg innen nasjonal styringsmodell for e-helse og relevante nasjonale programmer og prosjekter.

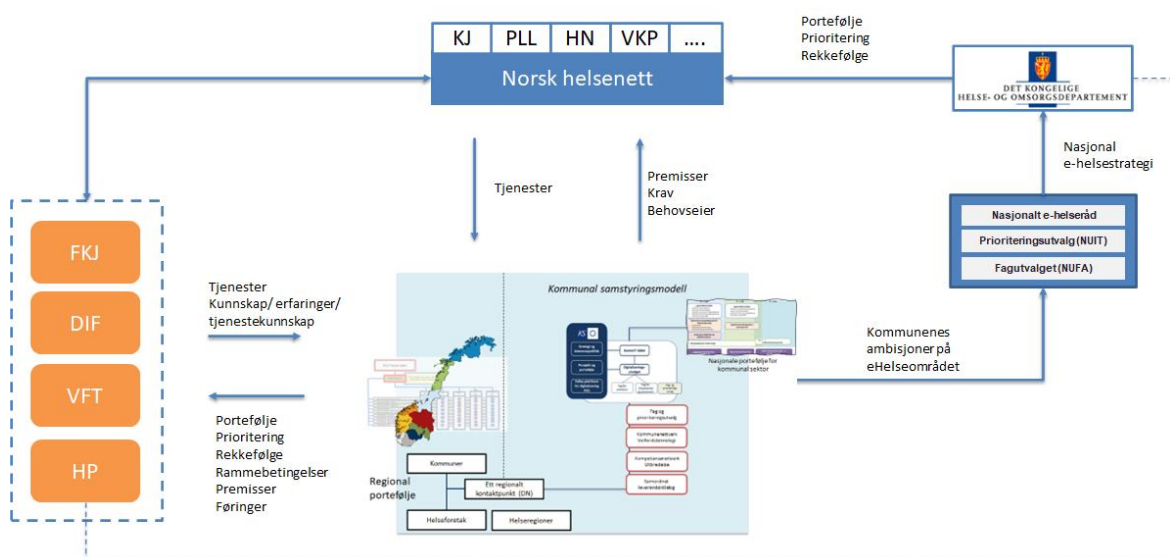
Felles prinsipper for utbredelse og samstyring i kommunal sektor

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

Prinsippene vil bidra til en enhetlig og gjenkjennbar samordnings- og samstyringsstruktur for kommunesektoren, som når helt ut til den enkelte kommune. For å understøtte utbredelse, og forutsigbarhet for involverte aktører er det viktig å fremstå koordinert og tydelig, samt å bidra til at tilgjengelig kompetanse og ressurser benyttes best mulig. Nasjonale ambisjoner og visjoner på e-helseområdet for kommunesektoren, fastsettes gjennom Felles plan og

rammeverk (Kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet) for kommunal sektor i den etablerte samstyringsstrukturen og politisk forankring i hovedstyret. Dette danner utgangspunktet for en nasjonal portefølje for kommunal sektor på e-helseområdet. Hver region (i hovedsak fylkesvis inndelt) skal etablere og forvalte egen portefølje og plan på e-helseområdet, dette med utgangspunkt den nasjonale porteføljen supplert med egne regionvis tiltak. Den nasjonale porteføljen behandles i den kommunale samstyringsmodellen for digitalisering, og forutsettes å ta utgangspunkt i føringene gitt i Felles plan og rammeverk for kommunal sektor. Det er et mål at digitaliseringsnettverkene i hver kommuneregion (i samarbeid med nasjonalt kompetansenettverk e-helse, velferdsteknologinettverk og helseforetak), skal være den regionale aktøren som tar det helhetlige strategiske ansvaret for å koordinere og samordne de fellesregionale aktivitetene i fylket på e-helseområdet. Dette vil omfatte alle områdene, prosjektene og oppgavene som inngår i Felles plan og rammeverk for e-helse.

Utøvelse av KS samstyringsmodell på e-helseområdet



Figur 14: KS samstyringsmodell på e-helseområdet

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

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

Leverandører av de ulike digitale fellesløsningene som Felles kommunal journal, Helseplattformen og KS Digitale fellestjenester forholder seg til den kommunale porteføljen med tilhørende prioriteringer, rekkefølge, rammebetingelser, premisser og føring. Helseplattformen som ved å også være et system for RHF'ene i Midt-Norge, står i en

særstilling, og forholder seg gjennom Helse Midt-Norge RHF også direkte til Helse og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse. Leverandørene av de digitale fellesløsningene skal bidra til å dele kunnskap og erfaringer i den kommunale samstyringsmodellen.

Leverandørdialog

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

Digitale fellesløsninger inn i samstyringsmodellen

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

Vedlegg 9: Velferdsteknologi: Kostnadsestimat for de ulike ambisjonsnivåene

Ambisjonsnivå 1 innebærer at tiltakene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram videreføres i helseteknologiordningen fra og med 2025.

Total kostnadsramme for programmet i 2023 er følgende: (i parentes etter tiltaksteksten):

- Tiltak 1: Videre spredning av digital hjemmeoppfølging (DHO) for kroniske syke (23,5 MNOK)
- Tiltak 2: Spredning av velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse (12,3 MNOK)
- Tiltak 3: Etablering av varig struktur for kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi (20,4 MNOK)
- Tiltak 4: Prosessveiledning for kommuner (5,1 MNOK)
- Tiltak 5: Arkitektur og infrastruktur (16,5 MNOK i rammen til Direktoratet for e-helse)
- Tiltak 6: Sosial kontakt og økt digital helsekompetanse for eldre (6,1 MNOK)
- Tiltak 7: Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy (5,1 MNOK)

Oppsummert blir dette 72,5 MNOK. Totalsummen ble indeksregulert fra 2022 til 2023 med 1,4 %. Dersom vi forutsetter samme regulering i 2024 og 2025 ender vi opp med en total på 74,5 MNOK i 2025. I tillegg har det vært satt av 5 MNOK ekstra (i tillegg til de allerede bevilgede 15 MNOK) til nettverket KS e-komp begrunnet med velferdsteknologi.

Ambisjonsnivå 2 består av ekstra tiltak som kan iverksettes i 2024 og/eller i 2025.

Kostnadsestimat for disse tiltakene er:

- Utredning av en test-, godkjenning-, og sertifiseringsordning for velferdsteknologi
Løses av oppdrag gitt til Helsedirektoratet, utredning vil gi svar på eventuelle videre kostnader
- Tilskudd til følgeforskning initiert av kommunene
Stimulering av følgeforskning, 5 MNOK årlig.
- Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling i habilitering- og rehabiliteringstjenestene
Her anbefales en utprøving i størrelsesordenen til utprøving digital hjemmeoppfølging kronisk syke. 23,5 MNOK årlig i en treårsperiode, før eventuell spredning iverksettes.
- Utrede og iverksette ulike incitamenter for bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
Løses av oppdrag gitt til Helsedirektoratet
- Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner
Behovet for å videreutvikle med tanke på leverandørintegrasjon og bredding vil utgjøre ca. 25 MNOK i året i 2024 og 2025
- Vurdere hvordan arbeid opp mot tryggere helseapper og kunstig intelligens skal samvirke med helseteknologiordningen

Ambisjonsnivå 3 vil bestå av mye av de samme tiltakene, men økte bevilgninger for å øke implementeringstakten – herunder også for trygghets- og mestringsteknologi. Eksakt størrelsesorden kan ligge på forskjellige nivåer, og hva som er mest realistisk og hensiktsmessig kan drøftes i eget møte mellom Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedlegg 10: KS' tillegg til protokoll i nasjonalt e-helseråd 2. desember 2022



Tillegg til protokoll fra møte om behandling av sak 41/22 Helseteknologiordningen i nasjonalt e-helseråd den 2. desember 2022


Kommunal sektors representanter i Nasjonalt e-helseråd vurderer at en helseteknologiordning gitt riktig innretning kan være velegnet til å støtte realisering av et journal- og samhandlingsløft for kommunene, der felles journalløft (FKJ) slik det er beskrevet i forslag til styringsdokument fra Felles kommunal journal interim A/S og som nå er på innspillsrunde og til ekstern kvalitetssikring - vil kunne danne grunnlaget for et felles initiativ sett inn mot ordningens formål. Blir helseteknologiordningen derimot kun en investeringsstøtte til lokale initiativ, uten at støtte til samordning og utvikling av felles funksjonalitet for helt nødvendig informasjonsdeling mellom kommunenes løsninger ivaretas, vil det være betydelig risiko for at ordningen kan bidra til å forsterke dagens fragmentering. Helseteknologiordningen kan slik ende opp som støtte til en serie enkeltsatsninger som ikke løser felles utfordringer, og som heller ikke støtter det videre arbeidet inn mot en sammenhengende helsetjeneste og Meld. St 9 Én innbygger – én journal. Det er også vanskelig å se for seg hvordan målbildet som legges til grunn for arbeidet med en ny nasjonal helse- og samhandlingsplan kan realiseres uten at helseteknologiordningen også støtter opp om felles utviklingsinitiativ, lokal utprøving av disse og den samordning og koordinering som også leverandørmarkedet er avhengig av.

Utkast til ordningen har inntatt flere av innspillene fra kommunal sektor, men den er fortsatt overordnet i sin form. Det er ikke lett å forstå hvilke konkrete områder den støtter. Den videre konkretiseringen av ambisjonsnivå 3 i ordningen, som rådet støttet, bør derfor innrettes slik at den stimulerer til en realisering av journal- samhandlingsløsninger i tråd med anbefalingene i et stegvis utviklet journalløft for kommunene (felles kommunal journal). Disse anbefalingene foreligger i dag i styringsdokument versjon 0.8 og planlegges ferdigstilt våren 2023. Administrasjonen i Felles kommunal journal interim A/S anbefaler utprøvinger allerede sommeren 2023, et halvt år før Helseteknologiordningen planlegges å tre i kraft. For at felles kommunal journal skal kunne realiseres fra 2023 er det vesentlig at Helseteknologiordningen gir en klar og konsis retning for hvordan denne vil understøtte et felles journalløft.

Kommunal sektors representanter ønsker med dette å fremheve følgende forventinger til videre konkretisering av helseteknologiordningen:

- Ordningen bør forvaltes innen en ramme som bidrar til å gi et løft for alle der det også settes av ressurser/bevilgninger til nødvendig koordinering og samordning med den forutsigbarhet som er nødvendig for å realisere dette. Dette vil bidra til å dele kunnskap og kompetanse på viktige områder som informasjonssikkerhet og arkitektur, og ikke minst legge til rette for felles prioriteringer og samordning av krav inn mot journalmarkedet.

- Ordningen bør i tråd med anbefalingene i styringsdokumentet for felles kommunal journal, gi støtte til utvikling av funksjonalitet for helt nødvendig informasjonsdeling mellom kommunenes løsninger.
- Ordningen bør støtte opp under målsetningene i nasjonale e-helsestrategi, spesielt mål fire i strategien om tilgjengelig informasjon og styrket samhandling
- Ordningen bør gi støtte til utvikling og utprøving av felles initiativ, som bidrar til felles læring, deling av ressurser og kompetanse
- Ordningen bør gi støtte til lokale utprøvinger og investeringer, som gir ny kunnskap og som også legger til rette for samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Ordningen bør gi støtte til skalering og utbredelse etter vellykket utprøving, slik at alle deltakende kommuner kan dra nytte av nye løsninger og kunnskap
- Ordningen bør være formulert konkret og forståelig slik at ordningens formål blir ivaretatt. Det er her vesentlig å arbeide med kommunikasjonstiltak som sikrer at søknad om tilskudd kan effektueres uten vesentlig prosesseringstid.

 Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70