



2024 Underveisevaluering

Felles modell for innføring og nettverk e-helse

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
1 Innledning og bakgrunn	5
1.1 Mål med arbeidet	5
1.2 Finansiering	5
1.3 Oppdragsbrev fra KS til Diginettverkene	5
1.4 Om underveisevalueringen	6
2 Tiltak 1: Felles innføringsløp	7
2.1 Om felles innføringsløp	7
2.2 Status felles innføringsløp	9
2.2.1 Kjernejournal	10
2.2.2 Digihelsestasjon	10
2.2.3 Digihelse	11
2.2.4 Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	11
2.2.5 Helhetlig tjenestemodell (HTM)	12
2.3 Hovedfunn: erfaringer med felles innføringsløp	12
3 Tiltak 2: KS nettverk e-helse	15
3.1 Om KS Nettverk e-helse	15
3.2 Status KS nettverk e-helse	15
3.3 Hovedfunn: erfaringer med KS nettverk e-helse	16
4 Gjennomføring og forvaltning av felles modell for innføring og nettverk	19
4.1 KS sin rolle	19
4.1.1 Sentral koordinering	20
5 Forslag til justeringer og tiltak for videreutvikling	21
5.1 Forslag til tiltak knyttet til felles innføringsløp	21
5.1.1 Roller, ansvar og oppgaver i arbeidsgruppene i felles innføringsløp	21
5.1.2 Justere og forbedre metodikk for gjennomføring av innføringsløp	22
5.1.3 Sikre en bedre overgang fra utvikling og utprøving til innføring	23
5.1.4 Sikre en bedre prosess for overgang fra innføring til forvaltning og gevinstrealisering	23
5.2 Forslag til tiltak knyttet til KS nettverk e-helse	24
5.2.1 Tydeliggjøre roller og aktivisere ressursene i nettverkene	24
5.2.2 Mer fokus på velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging	24

5.2.3	Videreutvikle samarbeidet og delingskulturen i nettverket	25
5.2.4	Kompetanseheving – særlig knyttet til endringsledelse og gevinstarbeid.....	25
5.3	Finansiering	25
5.4	Kommunikasjon og informasjon	26
5.5	Tiltak knyttet til forvaltning og sentral koordinering	26
6	Anbefaling for veien videre	27
VEDLEGG A: Deltakende kommuners tilbakemeldinger på innføringsløp for Kjernejournal		28
A.1	Hva har gått bra i prosessen/gjennomføringsfasen?	28
A.2	Hva har vært utfordrende i prosessen/gjennomførings-fasen?	28
VEDLEGG B: Eksempler på organisering av nettverkene		29
B.1	Eksempler på organisering av regional gruppe e-helse.....	29
B.2	Anonymisert oversikt over andel frikjøp per rolle i nettverkene	30
VEDLEGG C: Aktører og roller tilknyttet forvaltningen av felles innføringsløp og KS nettverk e-helse.....		31
C.1	Roller og overordnede oppgaver for aktører i modellen	31
C.2	Illustrasjon av organiseringen av modellen og styringsstrukturer	32
C.3	Møter og fora med mulige justeringer for 2025.....	33
VEDLEGG D: Faser for e-helseløsning		34
D.1	Detaljer av de ulike fasene	34
D.3	Innspill til overgangen fra innføring til forvaltnings- og gevinstrealiseringsfasen.....	35

Sammendrag

Ny felles modell for innføring og nettverk innen e-helse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten består i hovedsak av to tiltak: felles innføringsløp og KS nettverk e-helse. Målet med den nye modellen er å sikre raskere innføring av helseteknologi, bedre koordinering av nettverksressurser, og fremme innovasjon og gevinstrealisering gjennom erfaringsdeling og beste praksis.

Denne underveisevalueringen gir en oversikt over det pågående arbeidet, en vurdering av foreløpig måloppnåelse samt forslag til tiltak for forbedring, som har kommet gjennom samtaler med involverte parter.

Et etableringsår med gode resultater

2024 har vært et etableringsår for de nye nettverkene og oppstart av felles innføringsløp. I løpet av året har det vært påbegynt/fullført felles innføringsløp for de fire e-helseløsningene Kjernejournal, Digihelse, Digihelsestasjon, og Velferdsteknologisk knutepunkt. I tillegg er det i slutten av året startet opp en felles implementeringsprosess for verktøyet Helhetlig tjenestemodell. Tilbakemeldingene fra deltagende kommuner i felles innføringsløp og KS nettverk e-helse, viser at felles innføringsløp har bidratt til økt samarbeid, nasjonal likhet og mer effektiv ressursbruk.

Den nye nettverksstrukturen består av tre ulike roller og er tilknyttet de fylkesvise Diginettverkene. Gjennom året har det vært arrangert flere samlinger for deltakerne i nettverket der deltakerne har utvekslet erfaringer, blitt kjent med hverandre og diskutert viktige e-helsetemaer. Evalueringen viser at den nye nettverksstrukturen bidrar til god kunnskaps- og erfaringsdeling, økt samarbeid og utvidet kollegafellesskap samt nasjonal likhet og forutsigbarhet.

Behov for videreutvikling i 2025

Tross kort virketid viser tilbakemeldingene at KS, Diginettverkene og kommunene har oppnådd mye på kort tid. Det er likevel en del områder som det må jobbes videre med i det kommende året for å sikre økt måloppnåelse og effektiv bruk av ressurser. Overordnet er disse:

- Tydeliggjøring av roller, oppgaver og ansvar
- Økt standardisering og forbedret metodikk for gjennomføring av felles innføringsløp
- Avklare og forbedre overgangene mellom utprøving av en e-helseløsning og innføring, samt overgangen fra innføring til forvaltning
- Mer fokus på velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
- Videreutvikling av samarbeidet og delingskulturen i nettverket
- Kompetanseheving særlig knyttet til endringsledelse og gevinstarbeid
- Bedre kommunikasjon og informasjon
- Økt sentral koordinering og bistand

1 Innledning og bakgrunn

Som en del av samarbeidsavtalen med Helse- og omsorgsdepartementet om utbredelse av nasjonale e-helseløsninger og velferdsteknologi, fikk KS i samarbeid med Norsk helsenett SF (NHN), vinter 2023/2024 tilslutning til en ny felles modell for innføring og nettverk innen e-helse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.¹

Den kommunale samstyrisstruktur støttet realiseringen av modellen, samt en anbefaling om en evaluering innen januar 2025. Innspillene i underveisevalueringen danner grunnlaget for justeringer og eventuelle endringer, som følges opp av KS.

Følgende tiltak er igangsatt i 2024:

1. Felles innføringsløp for nasjonale e-helseløsninger
2. KS nettverk e-helse

1.1 Mål med arbeidet

Følgende overordnede mål for arbeidet har vært²:

- Raskere utbredelse og bedre bruk av helseteknologi.
- Benytte frikjøpte nettverksressurser mer effektivt og koordinert til både felles innføringsprosesser og relevant støtte til kommunene innen e-helseområdet.
- Legge til rette for at de regionale nettverkene kan sikre forankring og beslutningsprosesser, som fremmer innføringsprosesser.
- Legge til rette for faglig forankring, erfaringsdeling og beste praksis som fremmer innovasjon, bærekraft og gevinstrealisering.

1.2 Finansiering

Arbeidet med å realisere felles modell for innføring og nettverksorganisering er finansiert over Helseteknologiordningen. Tilskuddsordningen skal bidra til at helseteknologi blir tatt i bruk, nyttiggjort og bidra til at effekter fra investeringer i teknologi og digitale løsninger blir realisert raskere. I 2024 mottok KS kr 49 019 551 til dette arbeidet. Dette omfatter tilskudd på kr 43 225 000 fra Helseteknologiordningen i henhold til statsbudsjett 2024 og overførte ubrukte midler fra 2023 fra KS e-Komp og KS Kommunenetttverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging på kr 5 794 551.

1.3 Oppdragsbrev fra KS til Diginettverkene

Oppdragsbrev ble sendt fra KS til de 11 Diginettverkene med formål å etablere ny regional gruppe e-helse med dedikerte roller, samt bidra inn i arbeidet med felles

¹ [Sluttrapport](#) fra prosjektet Felles modell for innføring og organisering av nettverk innen e-helse oppsummerer arbeidet, bakgrunnen, behovene og de sentrale anbefalingene fra prosjektet, som det er gitt tilslutning til.

² <https://www.ks.no/contentassets/160a289e66e04e5886166b9dc7cbe2b9/Sluttrapport-Felles-modell-for-innforing-og-nettverk-e-helse-i-kommunal-sektor-16022024.pdf>

innføringsløp. Med oppdraget fulgte øremerkede midler fra Helseteknologiordningen (Statsbudsjettet 2024). Midlene ble fordelt etter en fordelingsnøkkel³.

1.4 Om underveisevalueringen

Denne evalueringen gjennomføres underveis i realiseringen av ny felles modell for innføring og nettverk. En slik evaluering gjør det mulig å endre kurs og gjøre justeringer på et forholdsvis tidlig stadium. Formålet med denne evalueringen er dermed å vurdere hvorvidt tiltaket gjennomføres som planlagt, identifisere utfordringer og forbedringsområder og gi mulighet for gjennomtenkte og forankrende justeringer av modellen for bedre måloppnåelse i tiden fremover.

Innspillene i underveisevalueringen danner grunnlag for justeringer og eventuelle endringer, som følges opp av KS.

Underveisevalueringen har hatt fokus på å gi:

- En beskrivelse av status og fremdrift for felles innføringsløp og ny nettverksorganisering.
- Innhente innspill fra interessenter for å kunne gi vurderinger, herunder positive og negative.
- En kort vurdering av gjennomføringen og organiseringen av prosjektet, herunder særlig roller/ansvar/oppgaver, styring og forankring, kommunikasjon og finansiering.

Informasjonsgrunnlag

Underveisevaluering er utarbeidet utfra fra dialog med følgende respondenter:

- Spørreundersøkelse til Diginettverkene juni 2024 i forbindelse med halvårsrapporteringen til Helsedirektoratet
- Rapportering fra innføringsløpene ved innføringsledere
- Diginettverksledere, regional gruppe e-helse (regional kontaktperson, innføringsledere og nettverksressurser)
- Nasjonal koordineringsgruppe (NKG)
- KS FPU e-helse
- Helsedirektoratet
- Norsk helsenett SF (NHN)

Diginettverkene har blitt kjent med innholdet og fått mulighet til å gi tilbakemeldinger både på samlingen 26. – 27. november og i utkastet til rapporten i desember 2024.

Det første felles innføringsløpet ble avsluttet ved utgangen av 2024, hvor arbeidsgruppen utarbeidet en erfaringsrapport «Erferinger fra felles innføringsløp for kjernejournal. Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjeneste». Erfaringsrapporten inngår også som en del av informasjonsgrunnlaget i denne underveisevalueringen.

³ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/ks-nettverk-e-helse/oppdragsbrev-til-Diginettverkene-2024/>

2 Tiltak 1: Felles innføringsløp

2.1 Om felles innføringsløp

Innføringsklare løsninger

Innføringsklare løsninger er digitale løsninger i helse- og omsorgssektoren som KS i samråd med kommuner anbefaler sektoren å innføre⁴. Kort forklart betyr det løsninger som er pilotert og testet ut i tilstrekkelig grad i kommunal sektor. En innføringsklar løsning kan realiseres gjennom en innføringsmodell. Innføringsmodellen består av tre ulike typer felles innføringsløp:

- a) **Felles nasjonale innføringsløp:** løsningen/tjenesten er tilgjengelig for alle kommuner.
- b) **Felles regionale innføringsløp:** løsningen/tjenesten er tilgjengelig for alle kommuner i en region.
- c) **Delvis nasjonale innføringsløp:** begrenset eller tilpasset innføringsløp grunnet leverandør, tjeneste eller ny funksjonalitet for noen begrensede mottagere.

Det har vært en grunnleggende forutsetning at innføringsklare løsninger er tilpasset kommunenes og helsepersonellens behov. Dette har ikke vært fullt ut oppnådd da blant annet nasjonale e-helseløsninger fortsatt krever tilpasning for å utløse forventede gevinster. Dette forutsetter KS gjennomføres av statlige aktører i form av stegvis utvikling, etter innspill fra sektoren selv.

Arbeidsgrupper for felles innføringsløp

Arbeidsgruppen er ansvarlig for å planlegge og gjennomføre innføringsløpet for den aktuelle løsningen. Arbeidsgruppene ledes av kommunale innføringsledere og består av deltakere fra regional gruppe e-helse, og NHN.

Gjennomføring av felles innføringsløp består av følgende faser:

- **Planlegging:** Her planlegges gjennomføringen i detalj, med utarbeidelse av fremdriftsplaner, ressursallokering og nødvendige forberedelser for å sikre en vellykket implementering.
- **Gjennomføring:** Felles innføringsløp gjennomføres etter «standardiserte» felles fremdriftsplaner og består av informasjonsmøter, oppstartsmøter, opplæring i Teams, webinarer om aktuelle temaer, fellesmøter om risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) og utredning av konsekvenser for personvern (DPIA), samt gevinstarbeid. I gjennomføringen gis støtte og oppfølging mellom arbeidsgruppen og de påmeldte kommunene. Det gjennomføres midtveis- og avslutningssamling, med tilhørende evaluering, læring og forbedring av modellen.

⁴ <https://www.ks.no/faqomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgssektoren-e-helse/innforingsklare-losninger/>

Arbeidsgruppen har følgende kjerneoppgaver:

- Kartlegge kommuner som ikke har tatt i bruk løsningene og dermed er aktuelle for deltakelse
- Etablere fremdriftsplan for det aktuelle innføringsløpet
- Planlegge og gjennomføre selve innføringsløpet, herunder ROS, DPIA og gevinstarbeid
- Utarbeide veiledning, dokumentasjon og erfaringsdeling
- Gjennomføre midtveis- og sluttevaluering
- Rapportere på status underveis i innføringsløpet til NKG og KS FPU e-helse
- Evaluere innføringsløpet og innhente tilbakemeldinger fra deltagende kommuner
- Fylle ut sluttrapport

Nasjonal koordineringsgruppe for felles innføringsløp (NKG)

NKG er etablert, for å samordne og koordinere felles innføringsløp. Gruppen består av representanter fra KS, regional gruppe e-helse, NHN og Helsedirektoratet.

NKG har følgende kjerneoppgaver⁵:

- Koordinere og samordne felles innføringsløp innen e-helse
- Forankring og drøfting med KS FPU om forslag til felles innføringsløp
- Avklare innføringsleder for de valgte innføringsløp og nedsette arbeidsgrupper (fra regional gruppe e-helse), som vil detaljplanlegge og gjennomføre innføringsløpene
- Forankre og godkjenne fremdriftsplaner fra arbeidsgruppene.
- Holde overordnet oversikt over fremdrift og status i de ulike innføringsløpene
- Legge til rette for standardisering av prosesser i innføringsløpene
- Sikre evaluering av innføringsløpene og foreslå tiltak for å redusere risiko og øke gjennomføringstakten
- Oppsummere og formidle erfaring og tilbakemeldinger fra pågående og gjennomførte felles innføringsløp

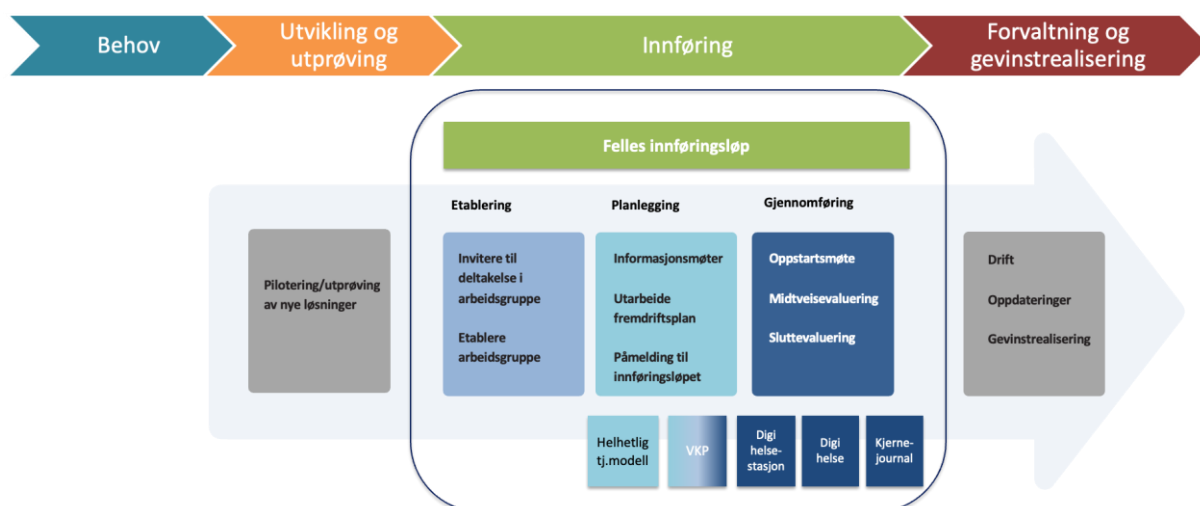
⁵ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/innforing-av-helseteknologi2/felles-innforingslop/>

2.2 Status felles innføringsløp

Per desember 2024 er det fire løsninger i felles innføringsløp. Dette er Kjernejournal, Digi helse, Digi helsestasjon og Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Det er i tillegg igangsatt planlegging for en felles implementering av helhetlig tjenestemodell (HTM)⁶.

Figuren under illustrerer felles innføringsløp og tilhørende faser for hvert løp per desember 2024⁷. Se vedlegg D for beskrivelse av fasene for e-helseløsninger.

Figur 2-1 Illustrasjon av felles innføringsløp og de ulike fasene for e-helseløsninger. Figuren illustrerer også hvilken fase i felles innføringsløp de fem løsningene/prosessene er i.



Tabellen under viser hvilken fase de ulike løsningene er i og statistikk knyttet til innføringsløpene. I tillegg til disse er HTM, som nevnt, under planlegging. HTM ikke en teknisk løsning, men mer et verktøy eller en metode å arbeide på. Derfor vil gjennomføringen av dette innføringsløpet bli noe annerledes, sammenlignet med de andre løsningene.

Tabell 2-1 Statistikk knyttet til de ulike innføringsløpene per desember 2024⁸.

Innføringsløp	Fase per desember 2024	Potensielle kommuner*	Påmeldte kommuner
Kjernejournal	Forvaltning og gevinstrealisering	90	48
Digi helse	Gjennomføring	195	12
Digi helsestasjon	Gjennomføring	157	45
Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	Planlegging/gjennomføring	313	21

⁶ Informasjon om løsningene finnes på KS sine nettsider.

⁷ Mer informasjon om fasene før og etter innføringsløpene, hhv. «utvikling og utprøving» og «forvaltning og gevinstrealisering» finnes i vedlegg C.

⁸ På KS sine nettsider ligger det en oppdatert oversikt over påmeldte kommuner:

<https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/oversikt-over-kommuner-som-er-pameldt-felles-innføringslop/>

** Summen av kommuner som ikke har tatt i bruk løsningen og som er påmeldt. Oversikt over antall kommuner som ikke er tilkoblet løsningen er hentet fra NHN, merk at det er noe usikkerhet knyttet til kvaliteten rundt dataen og at det kan forekomme feil.*

2.2.1 Kjernejournal

Felles innføringsløp for Kjernejournal ble gjennomført i perioden 23.04.24 til 11.11.24. 48 kommuner var påmeldt, og rundt 40 kommuner har fullført innføringsløpet. Innføringsløpet ble gjennomført i henhold til planen og innenfor de fastsatte tidsrammene. Arbeidsgruppen for Kjernejournal bestod av 8 personer, inkludert innføringsleder. Innføringsleder var frikjøpt 50 prosent.

Arbeidsgruppen erfarer at deltakende kommuner fikk høyest nytte av samlinger, der ressurskommuner (kommuner med erfaring) delte praktiske erfaringer og virkelighetsnær informasjon om beste praksis knyttet til løsningen og bruken av Kjernejournal. Se vedlegg A for kommunenes tilbakemeldinger på innføringsløpet fra sluttevalueringen.

Det er besluttet at det ikke skal igangsettes et nytt innføringsløp for Kjernejournal på bakgrunn av anbefalinger fra arbeidsgruppen og NKG, og støtte fra KS FPU. Løsningen går derfor over til forvaltningsfasen.⁹ Kommuner som fremdeles ikke har tatt i bruk Kjernejournal, oppfordres til å følge NHNs veiledning for kommuner¹⁰ som skal ta i bruk Kjernejournal, og vil få støtte til innføring fra diginettverkene.

2.2.2 Digi helsestasjon

Per desember 2024 er det 45 kommuner som deltar på innføringsløpet for Digi helsestasjon. Innføringsløpet er planlagt gjennomført fra 29.08.24 til 11.03.2025. Foruten noen justeringer av samlinger og fellesmøter med leverandører, er innføringsløpet blitt gjennomført i henhold til plan.

Arbeidsgruppen for Digi helsestasjon består av 7 personer, inkludert innføringsleder. Innføringsleder er frikjøpt 100 prosent til og med 31.12.24.

I oppstarten av innføringsløpet ble det gjennomført et omfattende kartleggingsarbeid for å identifisere hvilke kommuner som er tilknyttet hvilke leverandører av elektroniske pasientjournaler (EPJ). Arbeidsgruppen har hatt én-til-én-samtaler med de ulike leverandørene og deltatt i oppstartsmøter mellom leverandører og kommunene. I tillegg er det arrangert to informasjonsmøter, en midtveissamling med gjennomgang av redaktørløsningen på HelseNorge, samt en felles samling for ROS og DPIA. Når det gjelder ROS/DPIA-samlingen, har enkelte kommuner gitt tilbakemelding om at innholdet opplevdes som noe komplisert.

Det er gjennomført en samling der deltakende kommuner ble introdusert til gevinstarbeid. Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i en samfunnsøkonomisk analyse

⁹ Se vedlegg D for beskrivelse av fasene.

¹⁰ Følg lenke for NHNs veileder <https://www.nhn.no/tjenester/kjernejournal/kjernejournal-for-kommuner/oppstartsinformasjon-til-kommunene>.

av innbyggertjenester i helsestasjons- og skolehelsetjenesten¹¹. Kommunene ble oppfordret til å starte nullpunktsmålinger i egen kommune. For å sikre ønsket oppfølging av gevinstarbeidet, planlegger arbeidsgruppen å følge opp kommunene etter innføringsløpet, våren 2025.

NKG har bedt arbeidsgruppen om å planlegge for innføringsløp pulje 2 Digihelsestasjon, med ventet oppstart i første kvartal 2025.

2.2.3 Digihelse

Opprinnelig var innføringsløpene for Digihelse planlagt gjennomført i tre puljer. Innføringsløpet for pulje 1 pågår fra 29.08.2024 til 11.03.2025, med 3 kommuner som deltakere. Totalt er 11 kommuner påmeldt innføringsløpene for Digihelse. Til nå har arbeidet blitt utført i henhold til planen. Arbeidsgruppen for Digihelse består av 8 personer, inkludert innføringsleder – som er frikjøpt 50 prosent.

På grunn av lav påmelding til pulje 2 og 3 ble de besluttet å slå sammen disse til ett samlet innføringsløp. Dette innføringsløpet vil pågå fra 19.03.2025 til 25.09.2025, og per nå er 8 kommuner påmeldt. Antallet er foreløpig, ettersom påmeldingen fortsatt er åpen. Kommuner som ikke har tatt i bruk Digihelse rapporterte at mangel på kapasitet i kommunen, utfordringer med å se gevinster med løsningen, prioritering av andre innføringsprosjekter eller pågående anskaffelser av EPJ-er er årsaker til at de ikke deltar på innføringsløpet. Med dagens påmelding er det 112 kommuner som fortsatt ikke har tatt i bruk Digihelse etter at innføringsløpene er fullført. KS og kommunene viderefører satsningen for innføring av Digihelse, parallelt med å informere bredere og dokumentere gevinster ved bruk av løsningen.

2.2.4 Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Høsten 2024 gjennomførte arbeidsgruppen for VKP en nasjonal kartlegging for å undersøke interessen blant kommuner for å delta i felles innføringsløp for VKP. 252 kommuner har meldt interesse i å delta i et eller flere innføringsløp for VKP. Basert på denne kartleggingen vil arbeidsgruppen fortløpende kontakte de aktuelle kommunene med tidspunktet de kan delta i innføringsløpene.

Innføringsløpene for VKP vil bli organisert som flere parallelle løp for å imøtekomme kommunenes ulike behov. Hvert innføringsløp vil i starten inkludere maksimalt 15-20 kommuner og ha en varighet på 6 til 8 uker. Det er planlagt to ulike typer innføringsløp for kommunene: 1) for kommuner som ikke har tatt i bruk VKP og 2) for kommuner som bruker VKP, men ønsker flere påkoblede teknologiløsninger.

Arbeidsgruppen for VKP vil bestå av 6 medlemmer fra 2025, inkludert innføringsleder. Innføringsleder er i dag frikjøpt 100 prosent.

¹¹ <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/digitalisering/Digihelsestasjon/innforingshandbok/Forenklet-samfunnsokonomisk-analyse-for-Helsestasjon-og-skolehelsetjenesten-v1-0.pdf>

Arbeidsgruppen har igangsatt to pilotprosjekter i 2024. Totalt deltar 21 kommuner i pilotene, med henholdsvis 13 kommuner i pilot 1 og 8 kommuner i pilot 2. Arbeidsgruppen rapporterer at pilotene så langt har gått etter planen, men de ser at det kan bli noen forsinkelser mot slutten av løpene. Her vil de jobbe for å sikre god koordinering mellom teknologileverandør og VKP-teamet i NHN fremover. I pilotene er det gjennomført møter der deltakerne har fått tilgang til delvis utfylte skjemaer for ROS, DPIA og gevinstvurdering. Kommuner som ønsker det, får også mulighet til å gjennomføre nullpunktsskartlegginger før innføringen av VKP. Økt kvalitet, tidsbesparelser, økt sikkerhet og bedre tilgjengelighet er noen av indikatorene for gevinster.

Arbeidsgruppen understreker at piloteringen av innføringsløpene har vært svært nyttig. Dette har gitt mulighet til å justere innføringsløpene og legge bedre til rette for gjennomføring av de planlagte innføringsløpene som starter i 2025. Kommunene som har deltatt i piloteringen, uttrykker at det oppleves trygt å være en del av et felles innføringsløp. De opplever også at løsningene implementeres mer effektivt i kommunen gjennom denne tilnærmingen, og at det er positivt å ha en fremdriftsplan å forholde seg til.

2.2.5 Helhetlig tjenestemodell (HTM)

Arbeidsgruppen for HTM er etablert og jobber med å utforme innføringsløpet. Arbeidsgruppen består av 11 personer, inkludert innføringsleder. I tillegg har to personer fra henholdsvis KS og Helsedirektoratet, vært noe involvert i arbeidet med å utforme innføringsløpet. Innføringsleder er høsten 2024 frikjøpt 100 prosent.

Nasjonalt informasjonsmøte om felles implementering av HTM, er planlagt i januar 2025.

2.3 Hovedfunn: erfaringer med felles innføringsløp

Det er svært mange **positive tilbakemeldinger** fra felles innføringsløp. Hovedfunnene listet opp under er en sammenstilling av tilbakemeldinger fra KS nettverk e-helse, relevante aktører og enkelte kommuner.

- **Felles utviklingsarbeid og fokus.** Felles innføringsløp har bidratt til et tettere samarbeid og et felles fokus, der alle involverte parter arbeider mot samme mål og drar nytte av felles løsninger. Den gir en tydelig metode og struktur som gjør det enklere for kommuner og regioner å delta i innføringsløpene.
- **Styrking av nasjonal likhet og samhold.** Modellen har lagt til rette for økt nasjonal likhet i hvordan innføringsløp organiseres og gjennomføres. Enkelte peker på at en felles enhetlig metode for gjennomføring gir økt forutsigbarhet og struktur for kommunene. Dette gir kommunene bedre oversikt, og styrker opplevelsen av å være del av en nasjonal satsing.

- **Kunnskaps- og erfaringsdeling.** Gjennom deling av erfaringer og kunnskap på tvers av regioner og kommuner, styrkes kompetansen og effektiviteten. Dette gir grunnlag for en erfaringsbasert tilnærming som letter implementeringen.
- **Effektivitet og ressursfordeling.** Felles innføringsløp bidrar til mer effektiv bruk av ressurser og raskere innføring av løsninger. Dette oppleves som profesjonalisering og legge opp til en bedre ressursfordeling enn tidligere. Flere oppgir også at de har hatt nytte av bistand i prosessen i form av både støtte og drahjelp fra andre deltakere og innføringsløpet generelt.

Det trekkes frem flere **forbedringsområder** ved felles innføringsløp:

- **Roller, ansvar og oppgaver må tydeliggjøres.** Flere påpeker at de trenger mer tydelighet i hva som kreves av ressursene særlig av tidsbruk. Det er behov for økt forutsigbarhet og tydelighet i rollene tilknyttet innføringsløpene. Dette innebærer blant annet bedre rollebeskrivelser for arbeidsgruppen, innføringsleder, ev. vara-innføringsleder og kommunene.
- **Tydeligere kriterier for når et felles innføringsløp skal igangsettes eller videreføres.** Det er ingen standardiserte vurderingskriterier for å vurdere hvorvidt innføringsløp skal igangsettes eller videreføres.
- **Tydeligere kriterier og felles prioritering rundt hvilke nye løsninger som kan være aktuelle for felles innføringsløp.** I dag foreligger det ikke analyser eller vurderingskriterier for utvelgelsen av hvilke løsninger som er aktuelle for felles innføringsløp. Det etterlyses tydeligere kriterier for når et produkt/løsning går fra utvikling- og utprøvingsfasen til innføringsklart. Dette inkluderer også at det er tydelig hva som må følge en løsning, som for eksempel veiledning- og opplæringsmateriell. Se vedlegg D.2 for detaljerte innspill fra Diginettverkene knyttet til dette.
- **Overgangen fra innføringsfasen til forvaltningsfasen bør tydeliggjøres og det bør legges til rette for bedre oppfølging med gevinstrealisering etter avsluttet innføringsløp.** Kommunene etterlyser bedre oppfølging i etterkant av innføringsløpene. Flere nettverksressurser forteller også at det er behov for bedre oppfølging av kommunene etter at løsninger er tatt i bruk. Det er i dag uklart hva som skjer når et innføringsløp er avsluttet. I dag er det ikke avklart hvilken støtte og oppfølging kommunene skal få i overgangen og i selve forvaltningsfasen. Dette skaper en usikkerhet for både kommunene og arbeidsgruppen som jobber med innføringsløpet. For arbeidsgruppen er det uklart hvilke oppgaver som bør overføres til forvaltningsfasen, og hvem som har ansvaret for videre oppfølging. Uklare prosesser og manglende støtte i overgangen til forvaltning kan føre til at gevinster ikke realiseres. Se vedlegg D.3 for detaljerte innspill fra Diginettverkene knyttet til denne problemstillingen.
- **Det ønskes mer maler og statistikk.** Særlig innføringsledere belyser nytten av maler, da det bidrar med å effektivisere arbeidet og standardisere innføringsløpene på tvers for kommunene. Det er også etterlyst mer statistikk om løsningene, enn det som er tilgjengelig i dag. Dette gjelder særlig statistikk om bruk.

- **Mer informasjonsdeling.** Flere etterlyser samlet kommunikasjon på nettsiden (til KS). Det ønskes også at det kommuniseres bedre rundt kostandene/nyttene ved løsningene og modellen i arbeidet fremover.

Erfaring og innspill viser at det er avgjørende at samtlige aktører i felles innføringsløp, prioriterer arbeidet og har tilstrekkelig kapasitet, for å lykkes.

Flere forteller at det kan være utfordrende å få tilstrekkelig med ressurser, budsjetter og kompetanse til å delta på felles innføringsløp. Mange kommuner rapporterer at anskaffelse av EPJ krever tid og ressurser, særlig i 2024 og 2025. Det er også flere som forteller at innføringsløpene og timingen av løpene ikke er tilpasset kommunale budsjettprosesser.

Innspill fra innføringsledere

Det er innhentet innspill knyttet til rollen som innføringsleder. Oppsummert gir innføringslederne følgende tilbakemeldinger:

- **Malverk og standardisering har vært nyttig:** Malverk og standardiserte verktøy har vært nyttige, og bidratt til å effektivisere arbeidet. Andre oppgaver, som å utforme presentasjoner, oppdatere informasjon på nettsider og administrere Teams-kanaler, kan være ressurskrevende. I tillegg får innføringslederne ofte spørsmål via e-post om løsninger og prosesser, noe som ytterligere understreker behovet for administrativ støtte. Det er et fortsatt stort behov for bistand til blant annet oppdatering på nettsider, utarbeidelse av skjemaer og spørreundersøkelser og andre administrative funksjoner.
- **Det kan være utfordrende med lav prosentandel frikjøp i rollen som innføringsleder.** Det er varierende hvor stort kapasitetsbehov det er har vært, og er, i de ulike innføringsløpene. I dag er det ikke fastsatt formelle krav til ressursomfang for de ulike rollene i arbeidsgruppen inkludert innføringsleder. Enkelt av deltakere i arbeidsgruppen er kun 10 prosent frikjøpt, og tilbakemeldingene indikerer at dette er for lite. Deltakerne rekker så vidt å sette seg inn i problemstillingene før tiden er brukt opp. I tillegg er ressursomfanget for innføringslederrollen også uavklart. Denne rollen er tidkrevende, og det er nødvendig og at rollen er stor nok for å oppnå ønsket fremdrift og effektivitet i innføringsløpet.
- **Flere ser et behov for vara/nestleder.** For å avlaste innføringslederne og sikre kontinuitet i tilfelle sykdom, permisjon eller annet fravær har rollen nest-innføringsleder vært ønsket. Det er også for å kunne delvis avlaste innføringsleder som i dag mottar mange henvendelser og deltar i flere fora for å formidle informasjon om innføringsløpet. Blant innføringslederne har det vært stor enighet om at denne rollen er nødvendig, men det har vært krevende å rekruttere. Behovet for rollen må også ses i sammenheng med hvor stor del innføringsleder er frikjøpt og kapasiteten til vedkommende.

3 Tiltak 2: KS nettverk e-helse

3.1 Om KS Nettverk e-helse

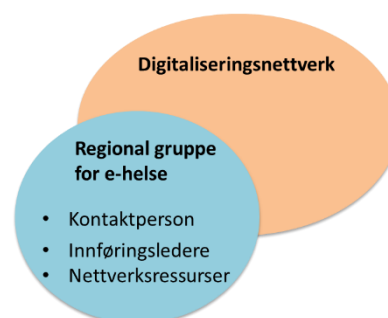
I 2024 (frist 01.09.24) ble det etablert en regional gruppe for e-helse i hvert fylke, tilknyttet Diginettverkene. Den nye strukturen erstattet de tidligere nettverkene *KS e-komp* og *KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging* ble slått sammen til den nye regionale gruppen for e-helse.

Formålet med regional gruppe for e-helse er å samle kompetanse og ressurser som jobber innen e-helse og med helseteknologi, samt bedre koordinering og forankring av felles innførløp og prosesser overfor kommunene. Videre skal den regionale gruppen bidra til effektiv innføring av løsninger, i tråd med kommunal sektors portefølje og behov i regionen (forankret hos helse- og oppvekstledere).

Regional gruppe e-helse består i 2024 av følgende roller/funksjoner:

- **Kontaktperson e-helse:** Hovedansvar for forankring, koordinering og oversikt over behov og prioriteringer på e-helse hos kommunene i regionen.
- **Innføringsleder(e):** Bidrar inn i og/eller kan lede regionale og nasjonale innførløp.
- **Nettverksressurser e-helse:** Støtte i innførløp (regionalt og nasjonalt), tilrettelegge for erfaringsdeling, samarbeid, og understøtte tjenesteutvikling og -innovasjon, innen nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Noe støtte til driftsrelaterte spørsmål.

Figur 3-1 Ny regional nettverksorganisering e-helse



De ulike rollene fra nettverkene bidrar blant annet inn i arbeidsgruppene for ulike løsninger i felles innførløp. Kontaktperson e-helse er en del av KS Fag- og prioriteringsutvalg (FPU).

3.2 Status KS nettverk e-helse

Alle Diginettverkene etablerte innen 01.09.2024 regional gruppe e-helse¹². For å sikre fremdrift, ble det etablert en overgangsordning. Ordningen videreførte frikjøp av eksisterende nettverksressurser fra og med 01.01.2024 til en dato som Diginettverkene selv valgte som overgang til ny organisering (senest 01.09.2024).

¹² <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/ks-nettverk-e-helse/>

For å ivareta fleksibilitet og mulige lokale tilpasninger er det ikke satt noen føringer for antall ressurser for hver rolle eller hvor stort omfang (%) hver enkelt person skal frikjøpes fra sin stilling. Dette har gitt variasjon i sammensetningen. Det betyr blant annet at noen har valgt å ha samme person i flere roller, noen har valgt 10 % frikjøp og andre 100 % frikjøp. Noen har også valgt samme person i to ulike roller, eksempelvis med 50 % frikjøp som innføringsleder og 50 % som nettverksressurs. Enkelte har også valgt å bruke ressurser fra andre forum “ved behov”. Se vedlegg B for eksempel på organisering av nettverkene.

Usikkerhet rundt finansiering og organisering av nettverket, ulik organisering i Diginettverkene og kommuneøkonomi er grunner til at flere nettverk forteller at ressurspersoner fra de tidligere nettverkene ikke blir med videre i den nye riggen. Dette er uheldig da verdifull kompetanse og erfaring ikke blir videreført.

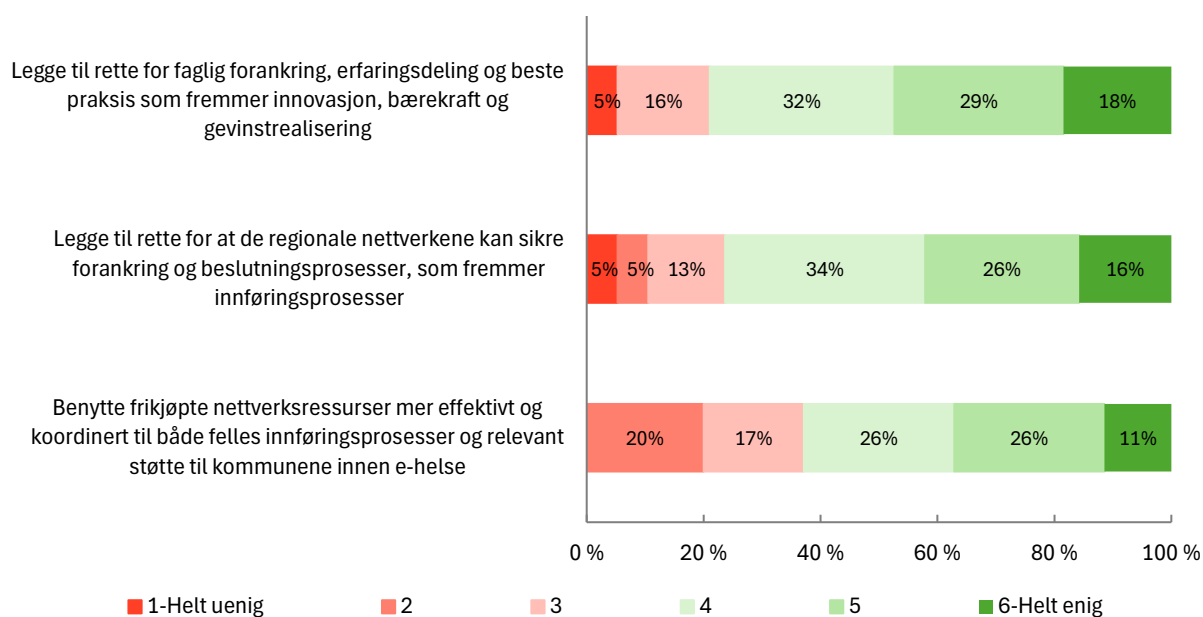
3.3 Hovedfunn: erfaringer med KS nettverk e-helse

Det er svært mange **positive erfaringer** med nåværende nettverksorganisering, til tross for kort virketid. Hovedfunnene under er en sammenstilling av tilbakemeldinger fra KS nettverk e-helse, relevante aktører og enkelte kommuner.

- **God kunnskap- og erfaringsdeling.** Nettverksorganiseringen styrker et faglig nasjonalt fellesskap, som fremmer kompetanse- og erfaringsutveksling på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Deling av erfaringer og kunnskap oppleves felles innføringsløfellesom en av modellens største styrker, og flere nettverksressurser rapporterer at de har fått faglig drahjelp og støtte gjennom KS nettverk e-helse.
- **Samarbeid og gjenbruk.** Økt samarbeid, teamarbeid og nettverksbygging på tvers av regioner er trukket frem som noe positivt av flere. Nettverksorganiseringen bidrar også til å samle ressurser og skape et felles fokus for e-helse. Det utvider kollegafellesskapet for ressurspersonene i kommunene, og anses som en avgjørende faktor for å lykkes med økt bruk av løsningene. Fellesskapsfølelsen trekkes frem som en positiv opplevelse fra organiseringen, og nye relasjoner og teamarbeid på tvers av regioner har oppstått. Det legger til rette for at gode løsninger kan gjenbrukes, og aktørene kan sparre med hverandre ved behov.
- **Nasjonal likhet, innsikt og forutsigbarhet for kommunene.** Modellen har lagt til rette for økt nasjonal likhet i hvordan innføringsløp organiseres og gjennomføres. Dette gir kommunene bedre oversikt og forutsigbarhet, og styrker opplevelsen av å være del av en nasjonal satsing. Særlig felles nasjonale innføringsløp bidrar til økt nasjonal likhet. Organiseringen gjør det lettere for kommunene å få oversikt over nasjonal og regional status i arbeidet med e-helse. I tillegg nevner flere at nettverksorganiseringen bidrar til både enklere og bredere forankring og bedre koordinering.

Deltakere på digital samling 12.10.24 ble bedt om å vurdere hvorvidt ny nettverksorganisering har bidrar til å realisere tre sentrale mål¹³. Figuren under viser hvordan respondentene har svart. Samlet sett har ny nettverksorganisering hatt en positiv innvirkning, spesielt når det gjelder faglig forankring, erfaringsdeling og beste praksis som fremmer innovasjon, bærekraft og gevinstrealisering. Over 60 prosent av deltakerne vurderer at organiseringen har bidratt i svært stor, stor eller moderat grad på disse områdene, noe som indikerer en høy grad av måloppnåelse. Det er imidlertid potensiale for forbedring når det gjelder å bruke ressurser mer effektivt og koordinert.

Figur 3-2 I hvilken grad har ny nettverksorganisering bidratt til følgende: ... (grad av måloppnåelse)
N=35-38



Det trekkes frem flere **forbedringsområder** ved KS nettverk e-helse. Disse er oppsummert under.

- **Ønske om mer forutsigbar finansiering.** Flere understreker viktigheten av mer forutsigbar finansiering. Dette inkluderer behovet for en tydeligere finansieringsmodell, samordnet og forpliktende finansiering uten avhengighet av lokal finansiering, og avklaring rundt ressursinnsats i nasjonale innføringssløp. Forutsigbar finansiering er spesielt viktig for prioritering av ressurser og muligheten for faste ansettelsesforhold, slik som frikjøp. Det er også behov for varige strukturer.
- **Økt rolletydelighet.** Det er behov for å tydeliggjøre rollene i regional gruppe e-helse, særlig nettverksressursrollen. I tillegg til en tydeligere definisjon av enkeltrollene i nettverkene, er det også behov for å tydeliggjøre nettverkets nasjonale rolle versus lokale/regionale rolle. Det er i dag stor variasjon mellom nettverkene når det gjelder bidrag inn til nasjonale versus regionale initiativ.

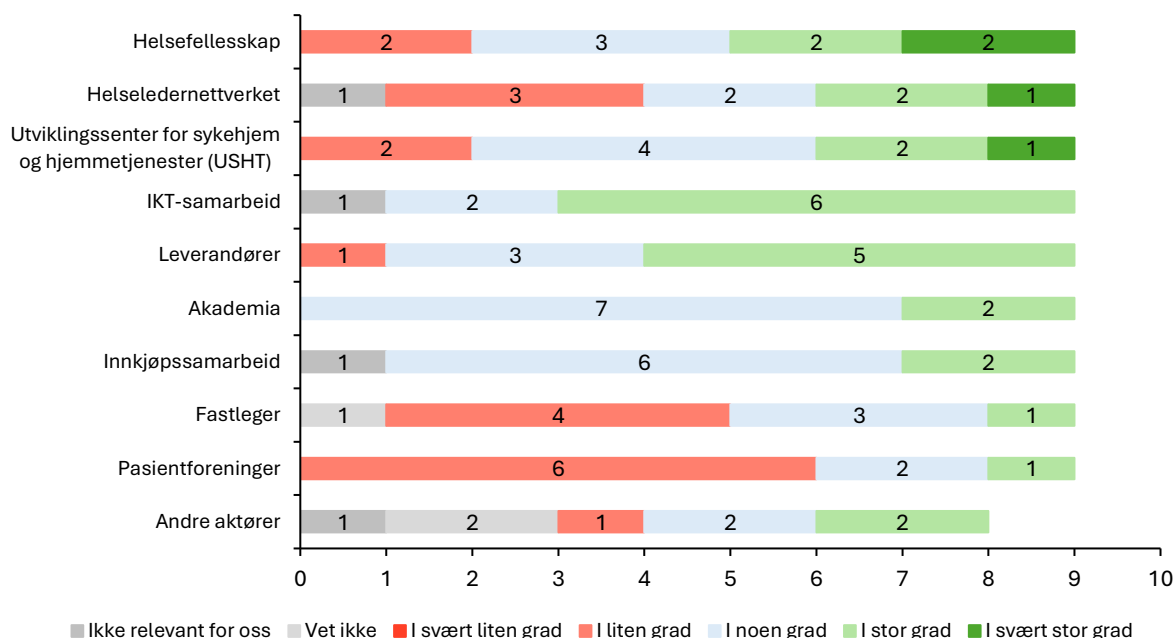
¹³ Se også målene i kapittel 1.

- **Bedre aktivisering av ressursene i felles prosesser:** Det er mye verdifull kompetanse i nettverkene som i dag ikke har blitt tilstrekkelig aktivisert, særlig i nasjonale felles prosesser. Det er fremmet ønske om at de ulike rollene i nettverket skal kunne samles og jobbe sammen både digitalt og fysisk. Dette gjelder både kontaktpersoner, innføringsledere og nettverksressurser.
- **Økt kommunikasjon om nettverkets rolle og økt bruk av nettverket som inngangsport til kommunene.** For at modellen skal lykkes, er vi avhengig av at aktører som ønsker dialog/innspill eller liknende fra kommunene i Norge bruker regional gruppe e-helse som inngangsport. Dette sikrer at strukturen som er bygget opp blir aktivt brukt og utnyttet på en effektiv måte. Diginettverkens rolle som mottagere av oppdragsbrevet, representerer en sentral aktør i å realisere arbeidet og bør videreutvikles for å fortsatt sikre en god gjennomføringsevne også i 2025 og fremover.
- **Økt samarbeid og koordinering om flere temaer og med flere aktører:** Flere av respondentene ønsker større grad av samarbeid og koordinering. Oppsummert etterspørres det samarbeid på følgende områder:
 - Større grad av *nasjonalt* samarbeid med bakgrunn i at nettverket har ansvar for mange kommuner
 - Samarbeid om særlig Pasientens Legemiddelliste (PLL) og Sentral forskrivingsmodul (SMF)
 - Samarbeid om løsninger ut over nasjonale løsninger. Eksempler er velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging og EPJ-løsninger
 - Større grad av koordinering mellom regioner i planlegging og gjennomføring av årlige fagdager. Det burde vært noe mer likhet i hvordan de forskjellige regioner gjør dette
 - Bedre digital struktur for samarbeid
 - Bistand fra KS nasjonalt for å hjelpe regionale e-helsegrupper med å få "innpass" hos helseledernetverket og ta en tydelig rolle. Enkelte ønsker også å få til bedre samarbeid med andre relevante nettverk og fora
 - Avklare samarbeid og relasjon til Helsefellesskap
 - Samarbeid med andre nasjonale fora for e-helse, eksempelvis SamUT

Flere gir tilbakemelding om ulik organisering og ulikt modenhetsnivå både i diginetttverkene og det regionale samarbeidet. I desember 2024 ble Diginettverkene ved kontaktperson i regional gruppe e-helse bedt om å svare på noen spørsmål knyttet til blant annet samarbeid. Figuren under gir en oversikt over hvilke aktører Diginettverkene samarbeider med, og i hvilken grad. Noen nettverk oppgir at de i svært stor grad samarbeider med Helsefellesskap, Helseledernetverket og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Andre svarer at de har i noen grad eller liten grad samarbeid med nevnte aktører. Fem av ni har i noen eller stor grad et samarbeid med leverandører mens alle ni nettverkene har i noen grad eller i stor grad et samarbeid med akademia. Innspill peker på viktigheten av at det er tett samarbeid mellom

diginettnettverkene og IKT-samarbeidene. Fem av Diginettverkene oppgir at de samarbeider med *andre aktører*, deriblant andre kommuner og andre Diginettverk.

Figur 3-3 I hvilken grad vurderer du at Diginettverket samarbeider med følgende aktører? (N=9)



*Følgende Diginettverk har besvart undersøkelsen: Troms og Finnmark, Nordland, Trøndelag, Møre og Romsdal, Vestland, Rogaland, Viken, Oslo og Innlandet.

4 Gjennomføring og forvaltning av felles modell for innføring og nettverk

I dette kapitlet beskrives og vurderes enkelte deler av forvaltningen, administrering og gjennomføring av arbeidet. Det er en rekke involverte aktører og fora, som er del av riggen rundt realiseringen av modellen. Se vedlegg C for detaljering av aktører og roller.

4.1 KS sin rolle

KS har hatt følgende resultatmål i 2024¹⁴:

- Etablering av felles modell og struktur for innføringsnettverk som er forankret i kommunene, herunder struktur for samarbeid med andre aktører og andre relevante nettverk.
- Etablering av felles innføringsløp i kommunal sektor.

¹⁴ Se tilskuddsregelverk for Helseteknologiordningen 2024.

- Etablering av struktur for erfarings- og kompetansedeling om felles anskaffelse, standardiseringsarbeid, innføring, endringsprosesser og tjenesteutvikling slik at helseteknologi og samhandlingstjenester tas i bruk og gevinster realiseres i kommunene.
- Utvikling av ny kunnskap og innsikt som bidrar til at helseteknologi tilpasses kommunenes behov og blir tatt i bruk og nyttiggjort.

4.1.1 Sentral koordinering

Tilbakemeldingene er tydelige på at det er et stort koordineringsbehov for å sikre vellykkede felles innføringsløp, samt en god og effektiv nettverksstruktur. KS har lagt til rette for og fasilitert fysiske og digitale samlinger på tvers av regionene. Sekretariat (innleide ressurser) har bistått med en rekke oppgaver innen kommunikasjon/visualisering, informasjon, Excel/databehandling, økonomioppfølging, fasilitering og planlegging av samlinger m.m.

Eksempler på oppgaver er:

- Lage felles påmeldingskjema og felles maler for informasjonsmøter
- Prosesstøtte og koordinering
- Bistand til informasjon og kommunikasjon om tjenestene og innføringsløpene
- Økonomioppfølging og -hjelp i forbindelse med budsjett, prognose og ev. spørsmål
- Utforming av standarder for presentasjoner, exceloversikter, informasjonsskriv, oppdatering av relevant materiale på nettsidene til KS
- PowerBI til å forenkle rutineoppgaver og gi statistikk over påmeldinger
- Planlegging og gjennomføring av nettverkssamlinger, webinarer og andre møtearenaer
- Kontinuerlig arbeid med å forbedre innføringsløpene og prosessene rundt basert på tilbakemeldinger
- Bistått med innhenting og analyse av innspill til evaluering og rapportering til tilskuddsmyndigheter

Det er et fortsatt stort behov for bistand til de nevnte oppgavene, og det er ønske om økt sentral støtte.

NKG skal legge til rette for koordinering og samordning av planer og igangsette noen utvalgte felles innføringsløp innen e-helse i kommunale sektor, med utgangspunkt i kommunal sektors portefølje. NKG-støtteressurser ble etablert i februar 2024 og hadde som hensikt å støtte arbeidet med realisering av modellen, spesielt knyttet til utarbeidelse av maler og rutiner for felles innføringsløp. De har også vært med på å gi tilbakemeldinger på ønskelige endringer i prosessene. Mai/juni 2024 ble et sekretariat

engasjert for å bistå i realiseringen av modellen. NKG-støtteressurser vil ikke videreføres som rolle etter 01.01.25.

Det er tilbakemeldinger om at det er behov for å se på hvordan man kan effektivisere rapporteringsstrukturen og omfanget av rapportering som i dag oppfattes av mange som svært omfattende. Se 0 Vedlegg B for enkelte justeringer som vil bli gjort i 2025.

5 Forslag til justeringer og tiltak for videreutvikling

Gjennom flere innspillsrunder med nettverkene har det kommet inn **forslag** til justeringer og tiltak. Dette kapitelet viser de foreslåtte tiltakene. Tiltakene er ikke detaljert ut eller prioritert for gjennomføring. Det betyr at det er ikke vedtatt hvilke som skal gjennomføres.

5.1 Forslag til tiltak knyttet til felles innføringsløp

5.1.1 Roller, ansvar og oppgaver i arbeidsgruppene i felles innføringsløp

Det er svært mange tilbakemeldinger om at det er behov for å tydeliggjøre roller, ansvar og oppgaver i innføringsløpene.

I høst har det vært drøftet to alternativer knyttet til finansiering av nasjonale innføringsledere. Det første har vært a) å videreføre dagens prinsipper for fordeling av midler (fordelingsnøkkel 60 % flat og 40 % vektet knyttet til antall kommuner og innbyggere) eller b) en egen pott til nasjonale innføringsledere som Diginettverkene kan søke på for å finansiere rollen. Saken ble drøftet i KS FPU e-helse 19.11.24, og i DU og KommIT 04.12.24 og alternativ b) ble vedtatt. Det vil gjøres en vurdering høsten 2025 på hvorvidt dette har fungert etter hensikten.

Foreslåtte tiltak:

- a) Egen finansieringspott til nasjonale innføringsledere.
- b) Formalisere rollen som nestleder i innføringsløpene. Vurdere hvordan denne skal finansieres – sett i lys av eventuelle endringer for innføringsleder.
- c) Kurs/opplæring for innføringsledere for å videreutvikle rollen og gi incentiver til å påta seg rollen.
- d) Utarbeide rollebeskrivelser for alle deltakere i arbeidsgruppene.
- e) Tydelig definere ansvarsområder og roller for alle involverte aktører, og grensesnittet mellom disse. Dette inkluderer blant annet leverandører og kommuner som deltar.
- f) Etablere veiledende minimum andel frikjøp (prosent) for nøkkelroller som innføringsleder, vara/nestleder og arbeidsgruppemedlemmer.
- g) Etablere støttefunksjoner, herunder organisere team rundt innføringsledere med støtte fra dedikerte kontaktpersoner og ressurser for å lette arbeidsbelastningen.
- h) Definere hvordan de regionale nettverkene skal bidra inn i regionale innføringsløp.

5.1.2 Justere og forbedre metodikk for gjennomføring av innføringsløp

Innholdet og oppgavene i innføringsløpene har tatt utgangspunkt i erfaringer fra innføringsløp i Digi Vestland. Basert på dette foreligger det en veiledende standard prosess/steg for gjennomføring av innføringsløp og tilhørende oppgaver. Dette har vært nyttig, men erfaringene viser at det er behov for enkelte tilpasninger. Innføringsløpene for kjernejournal, Digihelse og Digihelsestasjon har vært gjennomført forholdsvis likt, men ved oppstart av VKP høsten 2024 og HTM, så man fort behov for å gjøre noen tilpasninger. For VKP gjelder dette blant annet påmeldingsløsning, lengde på innføringsløpene, antall deltakere, oppgaver m.m. Løsningen har også svært mange avhengigheter opp mot leverandører som gjør det mer komplekst.

Erfaringene fra 2024 viser at det er behov for videreutvikling av metodikken. Herunder særlig arbeidet med beste praksis, gevinstrealisering, endringsledelse, digital transformasjon, samt kommunikasjonsmateriell.¹⁵

Foreslåtte tiltak:

- a) Effektivisere samhandling og samarbeid blant arbeidsgruppen og deltagende kommuner ved bruk av digitale verktøy, eksempelvis Startsmart, teamkontrakt, Planner og Plandisc.
- b) Mer erfaringsutveksling mellom arbeidsgruppene og innføringsledere om beste praksis
- c) Mer standardisering og utarbeidelse av maler der hvor dette er passende, med særlig fokus på gevinstrealisering og endringsledelse.
- d) Etablere tydeligere kriterier og felles prioritering for å kunne vurdere om det skal igangsettes nye runder med innføringsløp (for innføringsklare løsninger).
 - På enkelte innføringsløp har det vært få påmeldte kommuner (Digihelse). Dermed har det vært uklart om det skal igangsettes som planlagt. Etter gjennomføring av første innføringsløp med Kjernejournal har det også vært diskutert hvorvidt det skal igangsettes en ny runde eller om felles innføringsløp for Kjernejournal skal avsluttes¹⁶. Saken ble løftet fra arbeidsgruppene til NKG og deretter til KS FPU e-helse 22.10.24 og 19.11.24. Det ble presentert et forslag til justeringer i arbeidsgruppens oppgaver¹⁷ som fikk støtte. Endringene er særlig relevante for å kunne gjøre bedre vurderinger om det er aktuelt å gjennomføre nye runder/puljer med

¹⁵ Se særlig 5.2.4 og 5.4

¹⁶ Løsningen kan fortsatt tas i bruk selv om det ikke pågår felles innføringsløp.

¹⁷ Her er en liste over justeringene: 1) Få oversikt over kommuner som ikke har tatt i bruk den aktuelle løsningen - kartlegge hvor mange kommuner kan være aktuelle for et felles innføringsløp? 2) Informasjon/kommunikasjon til kommuner om den aktuelle løsningen. 3) For eksempel: Gjennomført to informasjonsmøter og sendt ut informasjon til alle kommuner som ikke har tilkoblet seg løsningen. 4) Kartlegge interesse hos aktuelle kommuner for å ta i bruk aktuell løsning. 5) Utarbeide forslag til fremdriftsplan (inklusive puljer). 6) Forslag til sammensetning og omfang av arbeidsgruppe til å gjennomføre felles innføringsløp.

innføringsløp. Enkelte av endringene er effektivert og noen vil bli tatt tak i 2025.

5.1.3 Sikre en bedre overgang fra utvikling og utprøving til innføring

Det er behov for å definere tydeligere kriterier når et produkt/løsning går fra utvikling- og utprøving fasen til innføringsklart. Det er i dag ikke utarbeidet slike kriterier, men det er påbegynt et arbeid med å innhente innspill fra kommunene om hva som er viktig når det skal vurderes hvilke løsninger som kan være med i felles innføringsløp. Det bør også utarbeides materiell i utviklings -og utprøvingsfasen som legger til rette for mer effektiv gjennomførsel av innføringsløp. Dette inkluderer også at det er tydelig hva som må følge løsning, for eksempel veiledning- og opplæringsmateriell.

Foreslåtte tiltak:

- a) Utarbeide kriterier for å avgjøre om et felles innføringsløp skal planlegges for løsninger som er i utvikling/utprøving.
- b) I utprøvingsfasen bør det utarbeides veiledningsmateriell, kommunikasjonsmateriell, kost-nytte-analyse, ROS og DPIA.
- c) Rammer og strukturer på rekruttering av utprøvkommuner.
- d) Etablere nasjonal koordineringsgruppe utprøving.
- e) Etablere en oversikt over aktuelle utprøvkommuner og systemer.

5.1.4 Sikre en bedre prosess for overgang fra innføring til forvaltning og gevinstrealisering

Det er behov for å tydeligere definere hva som skjer i overgangsfasen fra innføring til forvaltning og gevinstrealisering, samt hvordan kommunene skal følges opp i den sistnevnte fasen. I dag er det ikke avklart hvilken støtte og oppfølging kommunene skal få i overgangen og i selve forvaltningsfasen. Uten en plan for denne overgangen risikerer man at viktige elementer fra innføringsfasen, som opplæring, støtte og gevinstrealisering, blir glemt eller nedprioritert.

Foreslåtte tiltak:

- a) Etablere en forvaltningsstruktur som kommunene kan henvende seg til, særlig knyttet til behov for videreutvikling av løsningene og nye funksjonaliteter.
- b) Vurdere felles prosesser som legger til rette for økt bruk av løsningen (ikke kun teknisk tilkobling) i forvaltningsfasen. Dette må vurderes nærmere før det eventuelt realiseres.
- c) Vurdere en modell for erfaringsdeling knyttet til nasjonale e-helseløsninger som er gått over til forvaltningsfasen.
- d) Vurdere mer systematisk arbeid med gevinstrealisering og tilhørende veiledning

5.2 Forslag til tiltak knyttet til KS nettverk e-helse

5.2.1 Tydeliggjøre roller og aktivisere ressursene i nettverkene

Det er et behov for å både tydeliggjøre roller og ansvar i nettverkene.

Foreslåtte tiltak:

- a) Utarbeide konkrete rollebeskrivelser. Utvikle standardiserte beskrivelser for nøkkelroller som innføringsleder, vara/nestleder og nettverksressurser. Dette vil skape klarhet og sikre enhetlig praksis på tvers av regioner.
- b) Definere ansvarsfordeling. Utarbeide tydelige retningslinjer som fordeler ansvar mellom nasjonale, regionale og lokale nivåer.
- c) Aktivisering av ressursene i fellesoppgaver. Med et økende koordineringsbehov vil det være aktuelt å kunne bruke flere regionale ressurser inn i arbeidsgrupper, innspillsprosesser eller planlegging av ulike fellesprosesser. Det er eksempelvis foreslått å opprette en egen arbeidsgruppe med ressurser i nettverket som kan bistå i videreutvikling av modellen.

I 2024 har vi prioritert etablering av felles innføringsløp og etablering av regional gruppe e-helse. Hittil har innføringsløpene vært av type nasjonale felles innføringsløp knyttet til nasjonale e-helseløsninger. Dermed har det vært naturlig at særlig innføringsleder har blitt aktivisert i større grad. I det videre arbeidet med særlig VKP og HTM ser det ut til at regional gruppe e-helse som helhet vil aktiviseres mer. Ved oppstart av nye innføringsløp og dermed rekruttering av ny innføringsleder, bør forespørsel sendes til diginettverk/regional gruppe e-helse.

5.2.2 Mer fokus på velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging skiller seg fra nasjonale e-helseløsninger blant annet i form av at innføringen er avhengig av beslutning om til dels betydelig investering i den enkelte kommune. Løsningene griper også direkte inn i arbeidshverdagen og endrer hvordan kommunen følger opp sine innbyggere, noe som øker kompleksiteten rundt innføring.

På velferdsteknologiområdet har flere kommuner utfordringer med å skalere teknologiene de har startet innføring av. Utfordringen for mange kommuner er å komme opp i tilstrekkelig implementert volum på teknologi som sikrer gevinstrealisering. I tillegg ferdigstilles det for lite av felles maler og støttemateriell (for eksempel ROS, DPIA, gevinstanalyser, gevinstindikatorer, opplæring, etc.) i utviklings- og utprøvingsfasen, som kan overleveres og gjenbrukes i en nasjonal innføring.

Foreslåtte tiltak:

- a) Vurdere felles innføringsløp for velferdsteknologi.
 - Det er igangsatt prosesser i nettverket for en strategi for felles innføringsløp for velferdsteknologi, hva som skal inngå i dette, hvilke måltall som er de riktige og hva som må utvikles for å støtte kommunene i arbeidet.

Strategien vil komme med anbefalinger som behandles i samstyringsmodellen.

- b) Bruke mer tid på samlingene på temaer knyttet til velferdsteknologi.

5.2.3 Videreutvikle samarbeidet og delingskulturen i nettverket

Erfaringsdeling er en svært viktig del av nettverksarbeidet og blir stadig trukket frem som en av de viktigste gevinstene med nettverksarbeid.

Foreslåtte tiltak:

- a) Fremover er det ønskelig at man legger til rette for mer faglig erfaringsdeling og læring på og utenfor samlinger/møter.
- b) Forbedre de digitale kanalene for erfaringsdeling. Dette gjelder særlig i etterkant av innføring av nye løsninger.
- c) Etablere tettere relasjon og samarbeid med pilotprosjekter (utviklings- og utprøvningsfasen).

5.2.4 Kompetanseheving – særlig knyttet til endringsledelse og gevinstarbeid

Det er behov for økt kompetanse knyttet til endringsledelse, gevinstarbeid og digital transformasjon. Dette bør sees i sammenheng med tiltak Diginettverkene også igangsetter, slik som: *Kompetanseløftet i digital transformasjon videreføres med en ny selvstudiepakke som vil være gratis tilgjengelig for alle kommuner¹⁸*. Det er ønskelig å bruke mye av den kompetansen som er i nettverket og som i dag ikke blir brukt.

Foreslåtte tiltak:

- a) Bruke samlinger i større grad til kompetanseheving og fagutvikling.
- b) Opplæring/kompetanseøkning for relevante ressurser i arbeidsgruppene knyttet til endringsledelse og gevinstarbeid.
- c) Etablere en digital database for deling og gjenbruk av metoder og relevante caser.
- d) Etablere faggrupper med ressurser fra nettverket som kan fordype seg i spesifikke temaer og dele kunnskapen videre med resten av KS nettverk for e-helse.

5.3 Finansiering

Det er tydelige tilbakemeldinger om behovet for mer forutsigbar og stabil finansiering for å sikre kontinuitet i ansettelsesforholdene.

Foreslåtte tiltak:

¹⁸ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/styring-og-organisering/regionale-digitaliseringsnettverk/Diginettverkene-gar-sammen-om-ny-selvstudiepakke/>

- a) Varig og forutsigbar finansering av felles modell for innføring og nettverk e-helse.

5.4 Kommunikasjon og informasjon

Flere kommunikasjon- og informasjonsaktiviteter er allerede gjennomført (oppdatering av nettsiden, kommunikasjonspakke og PowerBi- løsning på ks.no). Men det er likevel behov for kontinuerlig arbeid knyttet til kommunikasjon og informasjon.

Foreslåtte tiltak:

- a) Enklere oppdatering og sammenstilling av fremdriftsplanene for felles innføringsløp som planlegges/er i gang for å kunne kommunisere viktige datoer til kommunene.
- b) Sikre at arbeidsgruppen utarbeider godt informasjonsmateriale som kan brukes på ks.no. Dette inkluderer også å etablere rutiner for oppdatering av informasjon på nettsidene.
- c) Sikre at det utarbeides business case for både løsningene og felles prosesser spisset mot kommuner med hensikt om å øke interessen for løsningene og felles innføringsløp.
- d) Forbedre kommunikasjonsmateriell til kommunene inkludert videoer, opplæringsmateriell for ansatte og informasjonskampanjer for innbyggere.
- e) Vurdere å etablere en egen kommunikasjonsressurs som kan bidra med ekstern kommunikasjon, herunder både ks.no og SoMe.
- f) Etablere en kommunikasjonsplan som sikrer tydelig, oppdatert og samordnet informasjon.
- g) Felles kommunikasjonskanal for Digi-Norge for erfaringsdeling.

5.5 Tiltak knyttet til forvaltning og sentral koordinering

Tilbakemeldingene er tydelige på at det er et stort behov for sentral koordinering og fasilitering.

Forslag til tiltak:

- a) Sentral koordinering og forvaltning av felles modell for innføring og nettverk e-helse bør videreføres og forsterkes.
 - i. Sekretariatsfunksjon i KS bør utgjøre en fast og varig del av sentral koordinering.
 - ii. Vurdere fast prosjektkontor/programkontor.
- b) Vurdere opprettelse av et digitalt prosjektkontor.
- c) Etablere bedre rutiner for oppdatering av informasjon på KS sine nettsider.
- d) Publisere planer/årshjul til alle i nettverkene.

6 anbefaling for veien videre

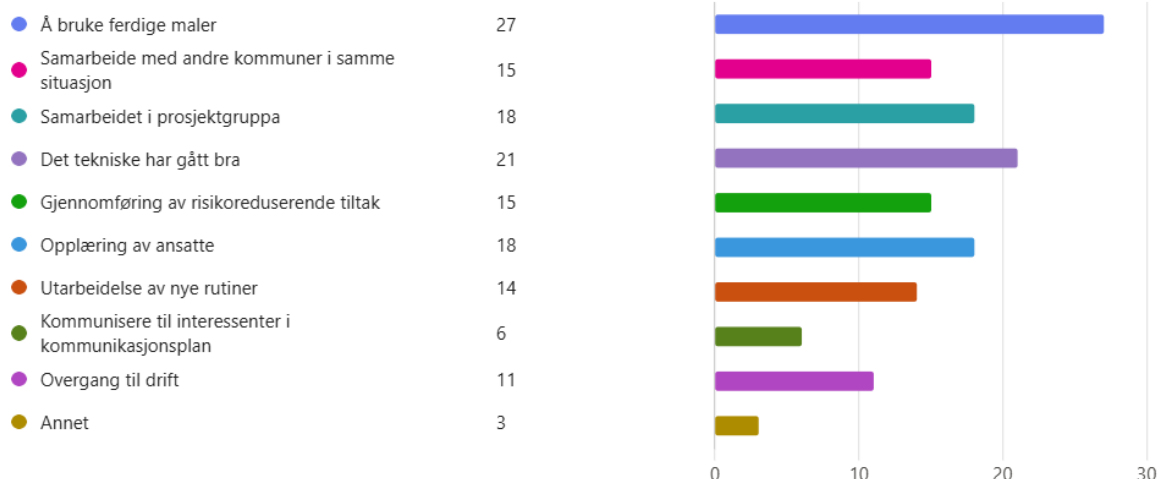
Det har kommet svært mange gode forslag til tiltak for å forbedre og videreutvikle både felles innføringsløp og KS nettverk e-helse. Flere av de foreslåtte tiltakene er allerede påbegynt høsten 2024 eller planlagt påbegynt i 2025. Enkelte av tiltakene er forholdsvis enkle og mulig å gjennomføre på kort tid, mens andre vil kreve økt ressursbruk og eventuelt forankring/beslutning i styringsstrukturen.

Gjennom samlingen i november 2024 har nettverkene fått anledning til å gi innspill til hvilke områder og tiltak de mener er viktigst å prioritere på kort sikt. På bakgrunn av dette og forslagene i underreisevalueringen, vil KS i samarbeid med Diginettverkene, KS FPU e-helse og relevante aktører, detaljere ut hvilke tiltak som anbefales for å videreutvikle felles modell for innføring og nettverk e-helse.

VEDLEGG A: Deltakende kommuners tilbakemeldinger på innføringsløp for Kjernejournal

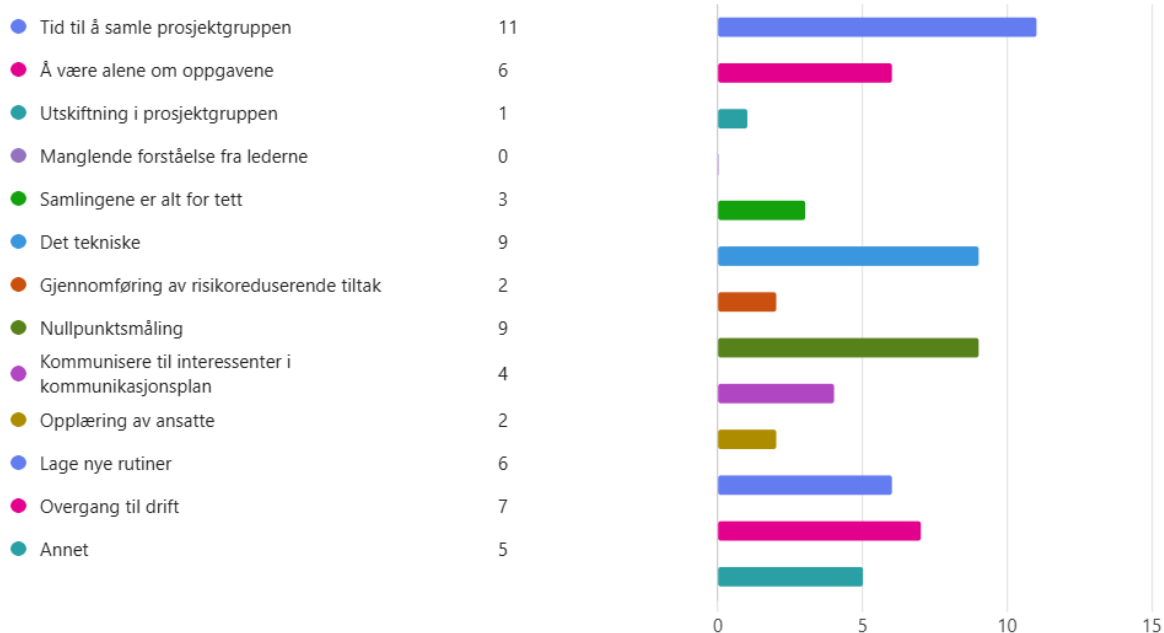
A.1 Hva har gått bra i prosessen/gjennomføringsfasen?

3. Hva har gått bra i prosessen/gjennomføringsfasen?



A.2 Hva har vært utfordrende i prosessen/gjennomføringsfasen?

4. Hva har vært utfordrende?



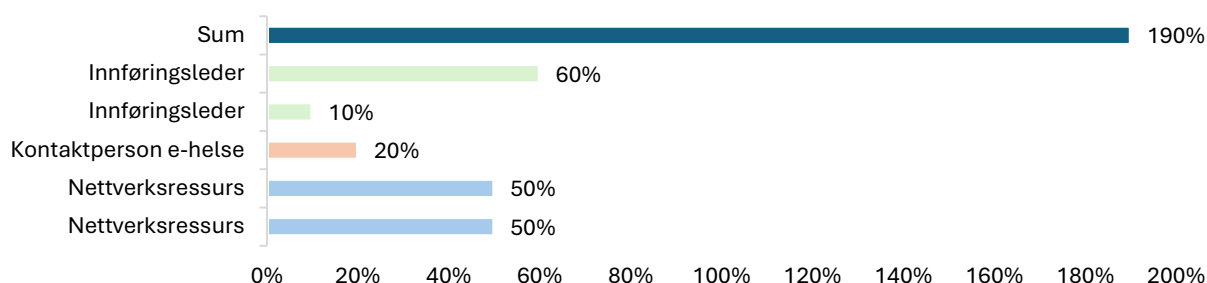
VEDLEGG B: Eksempler på organisering av nettverkene

B.1 Eksempler på organisering av regional gruppe e-helse

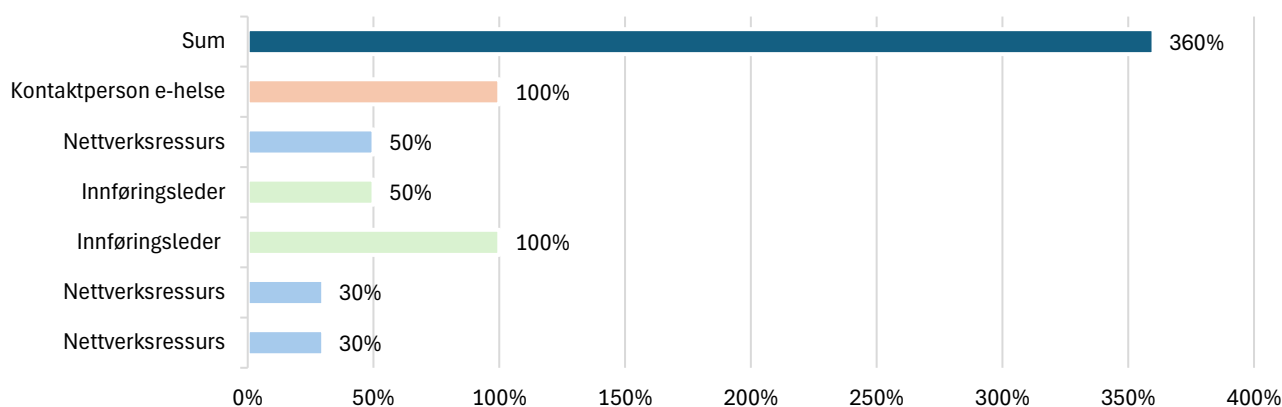
De tre eksemplene illustrere at det er variabel totalkapasitet og variasjoner mellom omfanget av hver rolle

Figur B1: Eksempler på organisering av regional gruppe e-helse fra tre utvalgte Diginettverk. Merk: Oversikt er basert på tidlig innrapportering fra Diginettverkene. Enkelte roller kan være finansiert av andre midler og står derfor ikke oppført. Det kan også forekomme feil.

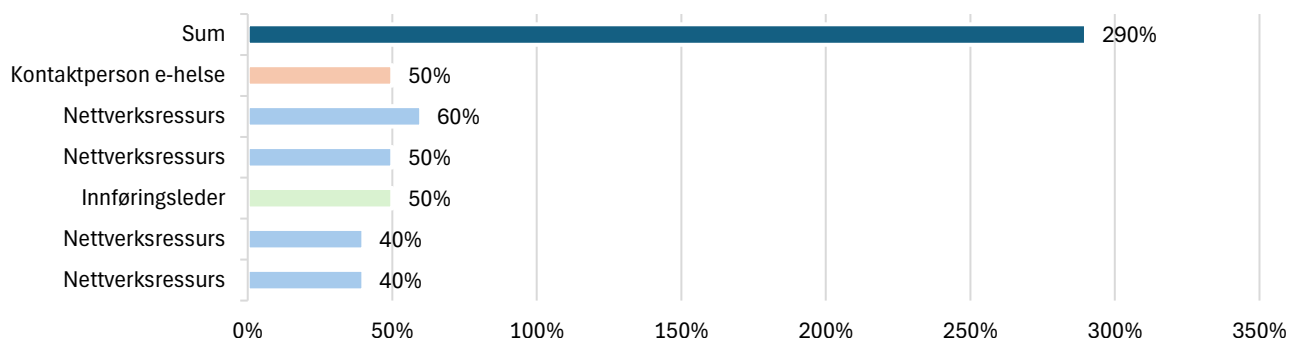
Eksempel 1: Totalkapasitet er 190%. Nettverket har fordelt rollene mellom fem personer.



Eksempel 2: Totalkapasitet er 360 %. Nettverket har fordelt rollene mellom syv ulike personer. Nettverket har også tre nettverksressurser ved andre forum som engasjeres ved behov (rapportert 0 %).



Eksempel 3: Totalkapasitet er 290 %. Nettverket har fordelt rollene mellom seks ulike personer. En person har 50 % rollen innføringsleder og 50 % rollen nettverksressurs.



B.2 Anonymisert oversikt over andel frikjøp per rolle i nettverkene

Tabellen viser en anonymisert oversikt over totalkapasiteten på hver rolle i de ulike nettverkene.

Tabell B2: Oversikt over ressursbidrag (i prosent) fra hvert Diginettverk, inklusive størrelse på samlet frikjøp i hver rolle. Merk: Oversikt er basert på tidlig innrapportering fra Diginettverkene. Enkelte roller kan være finansiert av andre midler og står derfor ikke oppført. Det kan også forekomme feil.

Nettverk	Kontaktperson e-helse	Nettverksressurs	Innføringsleder	Sum frikjøp
Diginettverk A	0 %	330 %	100 %	430 %
Diginettverk B	50 %	190 %	50 %	290 %
Diginettverk C	15 %	80 %	120 %	215 %
Diginettverk D	80 %	100 %	0 %	180 %
Diginettverk E	25 %	170 %	125 %	320 %
Diginettverk F	100 %	220 %	10 %	330 %
Diginettverk G	20 %	80 %	190 %	290 %
Diginettverk H	100 %	70 %	100 %	270 %
Diginettverk I	40 %	50 %	80 %	170 %
Diginettverk J	100 %	110 %	150 %	360 %
Diginettverk K	20 %	100 %	70 %	190 %

VEDLEGG C: Aktører og roller tilknyttet forvaltningen av felles innføringsløp og KS nettverk e-helse

C.1 Roller og overordnede oppgaver for aktører i modellen

Tabell C1: Aktører/interessenter som er involvert med tilhørende roller og overordnede oppgaver*.

Aktør/Fora	Roller	Overordnede oppgaver
KS “Prosjektgruppe” – sentrale ressurser som bidrar i realiseringen av felles modell	Sekretariat (innleid)	• Koordinering
	Sentrale ressurser KS avdeling e-helse	• Koordinering og overordnet ansvar for drift og videreutvikling av modellen • Lede NKG • Kunnskapsutvikling og erfaringsdeling • Økonomioppfølging • Oppfølging av innføringsledere og arbeidsgrupper • Planlegge og gjennomføre digitale og fysiske samlinger
Nasjonal koordineringsgruppe (NKG)	NKG medlemmer	• Deltakere fra Norsk helsenett (NHN), Helsedirektoratet og kommunale representanter • Ledes av KS/Kjetil Løyning
	NKG støtteressurser	• Medlytt
Arbeidsgruppe for felles innføringsløp	Innføringsleder	• Lede og gjennomføre innføringsløpet
	Deltaker i arbeidsgruppen	• Bidra med gjennomføring av innføringsløpet
	NHN.	• Bidra med gjennomføring av innføringsløpet
Påmeldte kommuner	Kommunal prosjekteier	• Koordinerer innføringsløpet i kommunen
	Kommunal prosjektdeltaker	• Bidra med gjennomføring av innføringsløpet i kommunen.
Diginettverk	Leder Diginettverk	• Mottager av oppdragsbrev • Løpende forankring og dialog • Deltager i møter med <i>Midlertidige kontaktpersoner</i>
Regional gruppe e-helse	Regional kontaktperson e-helse ¹⁹	• Hovedansvar for forankring, koordinering og oversikt over behov og prioriteringer på e-helse hos kommunene i regionen
	Innføringsleder	• Lede og gjennomføre innføringsløp

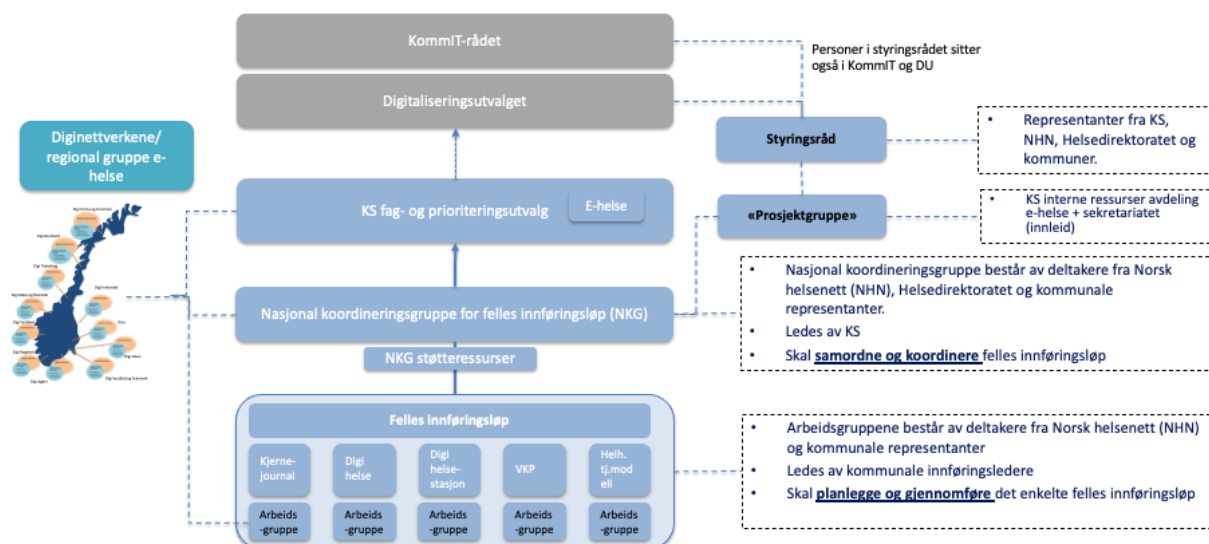
¹⁹ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/ks-nettverk-e-helse/oversikt-over-kontaktpersonene-for-e-helse-per-fylke/>

	Nettverksressurs	Tilrettelegge for erfaringsdeling, samarbeid, og understøtte tjenesteutvikling og -innovasjon
KS Fag- og prioriteringsutvalg (FPU) e-helse	Del av samstyrisstruktur for digitalisering i kommunal sektor	KS forutsetter at representantene i utvalget benytter sine respektive regionale grupper for e-helse til forankring og for å få faglige råd samt innspill til bruk i FPU
Styringsråd	KS	Løpende forankring og dialog
	NHN	Løpende forankring og dialog
	Helsedirektoratet	Løpende forankring og dialog
	Representanter fra kommuner	Løpende forankring og dialog
KommiT	Del av samstyrisstruktur for digitalisering i kommunal sektor	Saker legges frem ved behov
Digitaliseringsutvalget (DU)	Del av samstyrisstruktur for digitalisering i kommunal sektor	Saker legges frem ved behov

* I det videre arbeidet er det behov for å avklare rollen til flere av aktørene, særlig under fasene utvikling og utprøving, innføring og forvaltning og gevinstrealisering. Aktuelle aktører er blant annet KS Digital, NHN og Digdir, andre leverandører, IKT-driftssamarbeid og helsefelleskap.

C.2 Illustrasjon av organiseringen av modellen og styringsstrukturer

Figur C2: Illustrasjon av organiseringen av arbeidet og styringsstrukturer i 2024.



C.3 Møter og fora med mulige justeringer for 2025

Tabellen under viser et utdrag av møter og samlinger i 2024 og vurderinger/justeringer som anbefales for 2025. Årshjul for 2025 er tilgjengelig på [ks.no](https://www.ks.no)²⁰.

Tabell C3: Møteforum i 2024 og forslag til mulige justeringer for 2025

Møteforum	2024	Vurderinger/mulige justeringer
Styringsråd	• Representanter fra KS, NHN, Hdir og kommuner • Løpende forankring og dialog	Videreføres i 2025. 2-3 møter per år
Samstyringsstrukturen i kommunal sektor	• KommIT • Digitaliseringsutvalget	Saker ved behov
KS FPU e-helse	• KS forutsetter at representantene i utvalget benytter sine respektive regionale grupper for e-helse til forankring og for å få faglige råd samt innspill til bruk i FPU • NKG rapporterer fast i disse møtene	NKG sin rapportering videreføres i 2025, men mer ved behov, enn fast
Nasjonal koordineringsgruppe (NKG)	• Deltakere fra Norsk helsenett (NHN), Helsedirektoratet og kommunale representanter. Ledes av KS	Videreføres. Legges i forkant av møtene i KS FPU e-helse, slik at anbefalinger fra NKG, presenteres for KS FPU e-helse
Møter med innføringsledere	• Jevnlige møter for å dele erfaringer og bistå med utarbeidelse av maler/forbedringer	Videreføres. Legges i forkant av NKG, møtene
Arbeidsgrupper for felles innføringsløp	• Ledes av kommunal innføringsleder • Deltagere fra kommuner og NHN	Videreføres
Samlinger med regional gruppe e-helse i regi av KS	• Digitale samlinger og fysiske samlinger	Videreføres (Se årshjul)
Møter med regional kontaktperson e-helse	• Ble sterkt ønsket etter etablering 01.09.24	Videreføres og vil benyttes mer i planlegging av samlinger osv
Midlertidige kontaktpersoner	• Diginettverksledere + regional kontaktperson e-helse • Ble etablert i des 2023, for å ivareta involvering og forankring i realiseringsfasen	Videreføres, men endrer «navn»: <i>Møte med Diginettverkslederne og regionale kontaktpersoner</i> . Reduserer antall møter. Trolig 2 x i 2025.
Nasjonal rådsmodell for e-helse	• Nasjonalt e-helseråd • NUIT • NUFA	Saker ved behov

²⁰ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/ks-nettverk-e-helse/arshjul/>

VEDLEGG D: Faser for e-helseløsning

D.1 Detaljering av de ulike fasene

Figuren under illustrerer forenklet ulike faser av en e-helseløsning. Det oppstår et behov som deretter følges av utviklings- og utprøvingsfasen. Deretter innføringsfasen og så en fase der løsningen er i forvaltning og det er arbeid med å følge opp gevinstene. Etter hvert kommer det nye behov og løsningen justeres og videreutvikles.

Figur D1: Illustrasjon av de ulike fasene for en e-helseløsning



D.2 Innspill til overgangen fra utvikling- og utprøving til innføringsfasen

Tabellen under oppsummerer innspillene vi har fått fra Diginettverkene knyttet til følgende spørsmål:

- Hvilke kriterier mener du bør vurderes før en løsning går fra utprøving til innføringsklar og kan være aktuell for felles innføringsløp?
- For at felles innføringsløp skal lykkes, hva må da sikres at blir gjort i utvikling/utprøvingsfasen?

Tabell D2: Innspill fra Diginettverkene knyttet til overgangen fra utvikling- og utprøvingsfasen til innføringsfasen

Tema	Detaljer
Teknisk klar	• Piloterende kommune(r) som har testet løsningen må «godkjenne» løsningen. • Løsningen bør være klar for bruk i alle de kommunale EPJ-ene og det er behov for avklaring angående hva som må være på plass i EPJ på forhånd. Det må også beskrives hva kommunene må ha på plass for øvrig. • Utprøvingsfasen må være ferdigstilt, ellers må det være tydelig beskrivelse av nivå for ferdigstilling og hva som ligger i videre utvikling.
Ressurser	• Behov for å sette av dedikerte ressurser som har ansvar for overgangen for den enkelte løsningen, med oppfølging på regionalt og nasjonalt nivå. Det vil kunne gi sterkere styring og større gjennomføringskraft, blant annet på grunn av enklere forankring. • Det bør være diskusjon og deling av informasjon og kunnskap underveis i utprøvingen. Enkelte foreslår en slags «bank» på nasjonalt nivå som kan brukes til det formålet.
Kost/nytte	• Det må være tydelig og troverdig informasjon om kost og nytte av løsningen. Prismodeller må være på plass. Dette gjelder også drift. • Det bør være dokumentert en klar gevinst for tjenestene på én eller flere områder (kvalitetsmessig, økonomisk og samfunnsøkonomisk analyse) før den aktuelle løsningen kan anses som innføringsklar.
Kommunikasjon	• Det er viktig å kommunisere godt om løsning, særlig kost og nytte. I den forbindelse vil det også være aktuelt å ufarliggjøre løsningene, eksempelvis med animasjonsfilmer, smakebiter på prosesser, og lignende. • Det er ønskelig med mer ressurser til KS og kommunikasjon, slik at formidlingen til kommunene blir enkel og oversiktlig.

	• Kan være sentralt for at fokuset på løsningene når ut til alle, og at alt ikke henger på én fagperson/ildsjel.
Veiledningsmaterieill	• Det er behov for at det utvikles enkle veiledere for teknisk gjennomføring, som er på plass til oppstart. En slags sjekkliste eller startpakke er også foreslått. Materiellet bør rettes mot alle målgrupper. Det er ønskelig at det utvikles veiledningsmaterieill nasjonalt.
ROS/DPIA	• Det vil være nyttig å utarbeide påbegynt ROS og DPIA som kan revideres av kommunene. Slike eksempelveiledere bør utarbeides for flere teknologier. Det foreslås at Datatilsynet kan bidra inn i en felles nasjonal plan for ROS og DPIA.
Fleksibilitet	• Det bør være mulighet for kommuner å velge å bli med i felles innføringsløp eller ha et eget innføringsløp.

D.3 Innspill til overgangen fra innføring til forvaltnings- og gevinstrealiseringsfasen

Tabellen under oppsummerer innspillene vi har fått fra Diginettverkene knyttet til følgende spørsmål:

- Hvilke behov har kommunene knyttet til **forvaltning (drift)** av de nasjonale e-helseløsningene, særlig sett i lys av felles innføringsløp?
- Hvilke behov har kommunene knyttet til **gevinstrealisering** av løsningene/tjenestene, særlig sett i lys av felles innføringsløp?
- Hva er viktig for å lykkes med gevinstrealisering?

Tabell D3: Innspill fra Diginettverkene knyttet til overgangen fra innføring til forvaltnings- og gevinstrealiseringsfasen

Tema	Detaljer
Ressurser	• Det bør være noen ressurser for å bidra med oppfølging sentralt. Uklart om det bør være nasjonalt eller regionalt. • Det kan være nyttig med sentrale ressurser til endringsledelse.
Statistikk og informasjonsdeling	• Det er et ønske om å få lett tilgjengelig og forståelig statistikk over bruk. • Ønsker bedre informasjon om ny funksjonalitet når den kommer, og om hva som er annerledes, hva er mulig i ny løsning, og lignende. Informasjonen bør være målrettet.
Erfaringsdeling	• Vil kunne være nyttig med en erfaringskanal eller et nettverk til sparring. I nettverk for erfaringsdeling kan en også drive oppfølging (med rapportering av bruk), og kompetanseheving. • Det kan eksempelvis være nyttig med deling av informasjon, tips og triks, oppdateringer og lignende i nettverk (gjørne nasjonalt) som gjør det mindre tidkrevende å sette seg inn i løsningen
Gevinster må være dokumentert på forhånd	• Enkelte mener at gevinstkartlegging før oppstart bør tillegges økt fokus, og at gevinstplanene bør være godt utprøvde. Det er sentralt for kommunene at gevinstene ved løsningene er nøye dokumentert. • Enkelte trekker frem at effektmålinger, gevinstrealiseringsplaner og lignende bør forankres på ledelsesnivå, og for at dette skal gjøres må resultatene etterspørres.

	Samfunnsøkonomiske analyser av løsningene (som eksempelvis er gjort for Digihelsestasjon), bør gjøres for alle løsningene på vegne av alle kommunene (slik at de ikke behøver å gjøre det selv).
Ansvar og roller	- Viktig med tydelig fordeling av ansvar og roller i oppfølgingen, og at dette er forankret. - Et annet forslag er i tillegg å utarbeide kompetansetilbud til mellomledere om hvordan gevinster realiseres. Mellomledere er særlig viktige for oppfølging, ettersom jevn bruk over tid er avgjørende for at gevinster kan oppnås.
Malverk og bistand sentralt	- Oppskrifter på nullpunktsmålinger er et eksempel hvor det er ønsket at det utarbeides grunnlag som kan tas i bruk før en går i gang, samt at løsninger for å følge gevinstrealiseringen bør automatiseres. - Bedre og enklere verktøy for eksempelvis gevinstkartlegging og oppfølging har blitt foreslått. Eksempelvis kan det være nyttig at KS holder enkle digitale kurs om gevinstrealisering for kommunene.
Data/statistikk	- Datadrevet gevinstrealisering hvor en kan ta i bruk digitale verktøy for uttrekk av data. - Det er ønskelig at det settes tydeligere mål for bruk av løsningene. NHN bør hjelpe til med målinger som henger sammen med bestemte måltall. Slik at eksempelvis den enkelte kommune kan sammenligne egen situasjon med andre kommuner.