

Felles kommunal journal interim AS

# **Styringsdokument ver. 0.8**

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

Versjon 0.8

18.11.2022

## FORORD

Dette forslaget til styringsdokument (versjon 0.8) er svar på oppdrag gitt i St. Prop. 1S (2020-2021) og St. Prop. 1S (2021-2022).

Oppdraget er knyttet til å beskrive et oppdatert styringsdokument for felles kommunal journalløsning. Styringsdokumentet skal underlegges ekstern kvalitetssikring, men det stilles ikke krav om bruk av statens kvalitetssikringsordning (KS2).

Styringsdokumentet er bygget opp etter mal fra prosjektveiviseren med hovedområdene «Mål og rammer», «Strategier» og «Planer». Dette er strukturert i ti kapitler og videre underbygget og utdypet i sju vedlegg med bilag.

Samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal<sup>1</sup> har utført oppdraget sammen med kommunesektoren, utøvende helsepersonell, pasient- og brukerforeninger og nasjonale helsemyndigheter. Fra 2020 ble arbeidet ledet av en styringsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet. Høsten 2020 overtok kommunene ledelsen av den felles styringsgruppen og i oktober 2021 opprettet KS, etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet og samarbeidskommunene, selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI). Selskapet har vært juridisk vertsorganisasjon for samarbeidsprosjektet, tilskuddsmottager og har hatt prosjekteierskapet.

Regjeringen har startet arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan, som vurderes som et sentralt verktøy for en bærekraftig helsetjeneste. Meldingen skal dekke både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har varslet at samhandling for å skape gode pasientforløp og likeverdige tjenester i hele landet vil være et sentralt tema. Vi vurderer at realiseringen av regjeringens ambisjoner ikke vil være mulig uten at det tas nødvendige grep for å løfte journal- og samhandling for alle kommuner, og at dette ikke kan realiseres gjennom støtte til enkeltprosjekter alene. Vedlagte løsningsforslag kan være et bidrag til hvordan regjeringens målbilde kan realiseres gjennom et felles arbeid som kan komme hele kommunefellesskapet til gode, og dermed også bærekraften i en samlet helsetjeneste.

Etter at selskapet ble stiftet, har sentrale rammebetingelser og bestillinger flere ganger blitt grunnleggende endret. Et så komplekst og krevende prosjekt som dette forutsetter i utgangspunktet stabile rammer. I sum har dette vært en krevende situasjon som i realiteten har gjort det nødvendig å revidere innretning på arbeidet flere ganger underveis i en allerede svært stram tidsplan.

Konsekvensen av endringene i rammebetingelser er blant annet at vi i august/september i år endret innretning, med fokus på å starte en realisering av målbildet gjennom konkrete utprøvningsprosjekt fra og med sommeren 2023. Løsningsbeskrivelsen for plattformen ble ferdigstilt, men markedsplassen

### Fra St. Prop. 1S (2020-2021)

*«Det videre arbeidet med å realisere felles kommunal journalløsning skal legges til et selskap med kommunalt majoritetseierskap. Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og et utvalg kommuner, forbereder etablering av dette selskapet som vil gjennomføre anskaffelser, forvalte og videreutvikle felles kommunal journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal legges til rette for innovasjon i form av nye tjenester og konkurranse mellom flere aktører i helsenæringen. Det tas sikte på å etablere selskapet innen 1. juli 2021. Statens videre rolle i selskapet utredes nærmere før forslaget legges fram for Stortinget.*

*Regjeringen mener en stegvis utvikling og flere stoppunkter underveis vil bidra til at tiltaket ikke gjennomføres uten tilstrekkelig forpliktelse om deltakelse og finansiering fra aktørene.»*

<sup>1</sup> Felles kommunal journal (FKJ) er et samarbeidsprosjekt mellom Bergen, Bodø, Bærum, Hammerfest, Kristiansand, Ringsaker, Stavanger og Vinje (samarbeidskommunene), KS og staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet

beskrives i denne omgang kun på et konseptuelt nivå. Videre konkretisering vil fortsette frem mot prosjektavslutning. Dette bekreftes også av de eksterne miljøene som har fulgt oss gjennom hele prosessen.

*«Så langt i mine ti år som kvalitetssikrer av store statlige digitaliseringsprosjekter har jeg aldri sett tilsvarende ustabile rammebetingelser.»*

Yngve Olsen, A2-Norge, ekstern kvalitetssikrer

*«Betydningen av å sikre gode rammebetingelser for gjennomføring av en grundig og gjennomarbeidet «tidligfasevurdering» i store offentlige digitaliseringsprosjekt kan knapt overvurderes. Jeg har sett få prosjekt med så ustabile rammebetingelser. Organisasjonen har til tross for det utvist en særegen evne til å omstille og tilpasse seg, og til å innta en agil tilnærming til svært skiftende omstendigheter.»*

Morten Duesund, Director Metier OEC (interntrevisor FKJI)

## SAMMENDRAG

### Behov

Det begynner og slutter alltid med innbyggeren, og alle innbyggere bor i en kommune. Om vi blir syke eller behøver ulik bistand blir vi brukere eller pasienter. Noe av det viktigste vi har med oss i møte med helsevesenet er informasjonen om hvem vi er og vår helsetilstand, om undersøkelser og funn, samt om tidligere eller pågående behandling.

Kommunene leverer et bredt spekter av tjenester. Flere av disse tjenestene bruker ulike løsninger, og gjennomgående snakker ikke disse systemene med hverandre. Det er ineffektivt, det stjeler verdifull tid som skulle vært brukt til å yte gode tjenester til brukere og pasienter og i verste og siste instans utfordrer det pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenestene til innbyggere. Kommunene tar også ansvaret for innbyggernes ve og vel på en rekke andre områder, og helse og omsorgstjenestene må derfor kommunisere og samhandle med kommunens øvrige tjenesteområder.

Det er godt dokumentert at den demografiske utviklingen allerede representerer en trussel for bærekraften i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette er i tillegg en utvikling som forsterkes og forverres betydelig i de kommende årene. Dagens løsninger representerer ikke en vei ut av dette uføret. Skal vi løse utfordringene må vi få på plass løsninger som på en fundamentalt annen måte legger til rette for tjenesteutvikling, -samordning og effektivisering.

### Informasjon

Pasientinformasjonen gir behandlerne grunnlag for å ta beslutning om hva som skal gjøres og er selve drivkraften i pasientforløpene. Brudd i informasjonskjeden representerer alltid risiko for brudd i behandlingskjeden – med de farer det medfører. Det betyr at tilgang til helhetlig og korrekt pasientinformasjon er helt avgjørende for pasientsikkerheten. Derfor sier vi at kjernen i arbeidet med felles kommunal journal er tilgang til relevant pasientinformasjon.

Informasjon har imidlertid liten verdi i seg selv, det er når vi deler informasjon at den får mening. Informasjon om innbygger, pasienter og brukere må altså være tilgjengelig – der og når man har behov for den. Samtidig som vi sikrer tilgang for dem som skal ha det, må vi også ivareta krav til konfidensialitet og personvern. Dette sikres gjennom det grunnleggende løsningsdesignet.

## Løsning

Tilgang til relevant informasjon om pasienter og brukere fordrer en felles logisk informasjonskilde (det betyr en kilde som oppfattes som helhetlig for helsearbeideren, men som faktisk kan sammenstille informasjon fra flere uavhengige kilder). Det er dette vi har kalt plattform. Denne plattformen skal lagre og sammenstille informasjon slik at aktørene (helsepersonell, innbyggere og leverandører) kan sikres lik tilgang og grunnlag for samhandling. Det endelige målbildet representerer en situasjon hvor alt helsepersonell og alle innbyggere i en kommune har tilgang til helhetlig, oppdatert og korrekt informasjon der og når behovet oppstår.

I tillegg til plattformen består målbildet av en «markeds plass» som skal bidra på tre hovedområder:

- Samarbeidsarena for å samle kundekraft ved å samordne behov, erfaringer og krav i møte med leverandører.
- Innkjøpsamarbeid eller felles anskaffelser slik at parallelle prosesser unngås og at kommunene selv velger løsning ut fra egne behov.
- Test- og utprøvningsarena for leverandørene.

Vi skal ikke utvikle nye løsninger som skal stå i veien for, eller være i konkurranse med leverandørmarkedet – vi er tvert om helt avhengig av næringslivet for å nå målbildet. Vi vil bidra til å endre grunnleggende forutsetninger for å få markedet til å fungere bedre enn i dag.

## Gjennomføring

Det er en forutsetning i oppdragsbeskrivelsen at prosjektet og realiseringen av målbildet skal skje stegvis og gradvis. I arbeidet med å realisere målbildet har vi valgt å anbefale en start med små, konkrete utprøvningsprosjekt med lav kostnad og risiko, men konkret og målbar effekt og nytte. Dette arbeidet foreslås startet fra og med sommeren 2023 og går i første omgang ut 2024.

En sentral føring for oppdraget har vært gjenbruk av nasjonale løsninger. Vi foreslår som startpunkt å bruke eksisterende løsningsmønstre for «Pasientens prøvesvar» og «Velferdsteknologisk knutepunkt» til å dele informasjon internt i en kommune i første omgang. Utprøvingene skal også teste og verifisere løsningskonseptet. Dette må skje i et nært samarbeid mellom kommune(r), KS, leverandør(er), NHN og prosjektet. Vi legger også til grunn at disse tjenestene skal leveres av NHN som en nasjonal tjeneste på linje med eksempelvis Helsenetten.

## Organisering

Selskapet FKJI AS skal iht. opprinnelig plan utvikles frem mot sommeren 2023. Vi anbefaler at prosjektet videreføres som et prosjekt, eventuelt en egen avdeling, i selskapet KS Digitale Fellestjenester (DIF). Dette er et selskap som KS, etter samråd med medlemmene, har besluttet å opprette på basis av dagens avdeling for Digitale fellestjenester.

## Finansiering

Prosjektet er foreløpig uten sikker finansiering fra og med sommeren 2023, både den sentrale prosjektorganisasjonen og hva gjelder konkrete utprøvningsprosjekt. Det er vår anbefaling at man i 2023 sikrer finansiering via kommunal medfinansiering og at man fra og med 2024 ser på former for kommunal medfinansiering og mulighet for å benytte Helseteknologiordningen. Spørsmålet om videre finansiering er i øyeblikket den største risikoen for prosjektets videre fremdrift.

## **Risiko**

Prosjektet er komplekst og ikke uten risiko. Samtidig er de tiltakene som foreslås konkrete og håndterbare. Det er også viktig å minne om at risiko ikke kan vurderes isolert for prosjektet, men at det må ses i sammenheng med risiko ved alternativene. I dag er det to mulige alternativ, enten å fortsette som nå (null-alternativet) eller å velge en løsning hvor en leverandør leverer og kontrollerer alt. Det er vår oppfatning at risiko ved disse to alternativene i sum er vesentlig høyere enn for det foreslåtte konseptet.

## **Involvering og forankring**

Vi har lagt betydelig vekt på involvering og forankring gjennom hele prosessen. Vi har løpende og gjennom flere ulike arenaer og møteplasser involvert kommuner og kommunesektorens ulike organer, inkl. samstyringsmodellen for digitalisering, representanter for bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner, RHF, leverandører, Nasjonalt program for leverandørutvikling (LUP og akademia. I tillegg har vi hatt dialog med nasjonale myndigheter og aktører.

Prosjektet ønsker å rette en stor takk til alle som har tatt seg tid til å delta i arbeidet. I tillegg ønskes det å rette en spesiell takk til samarbeidskommunene, KS, Direktoratet for e-helse og NHN.

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD .....</b>	<b>I</b>
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>II</b>
<b>OM STYRINGSDOKUMENTET .....</b>	<b>1</b>
<b>1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE .....</b>	<b>4</b>
1.1. Bakgrunn.....	4
1.2. Begrunnelse for utprøvsperioden .....	6
1.3. Begrunnelse for realisering av målbildet .....	7
1.4. Begrepsbruk .....	9
<b>2. MÅL OG SUKSESSFÅKTORER .....</b>	<b>10</b>
2.1. Samfunnsml .....	11
2.2. Effektmål .....	11
2.3. Resultatml .....	12
2.4. Suksessfaktorer .....	14
<b>3. HENSIKT OG HOVEDKONSEPT .....</b>	<b>15</b>
3.1. Utdrdrng og hensikt.....	15
3.2. Hovedkonsept.....	17
<b>4. INTERESSETER .....</b>	<b>23</b>
<b>5. RAMMEBETINGELSER OG AVHENGIGHETER.....</b>	<b>25</b>
5.1. Juridiske vurderinger .....	26
5.2. Sentrale rammebetingelser for prosjektet.....	26
5.3. Sentrale avhengigheter for prosjektet.....	28
<b>6. GJENNOMFØRING .....</b>	<b>30</b>
6.1. ProsjektgjennomfØring - overordnet .....	30
6.2. Utprøvsperioden – overordnede rammer.....	33

6.3.	Videre utprøvinger .....	38
<b>7.</b>	<b>STYRING OG ORGANISERING.....</b>	<b>41</b>
7.1.	Kommunal og statlig samstyringsmodell .....	41
7.2.	Etablering av KS digitale fellestjenester AS .....	45
7.3.	Styringsmodell .....	46
7.4.	Prosjektorganisering .....	49
7.5.	Samspill med Norsk helsenett SF (NHN) .....	52
7.6.	Risikoregister for utprøvsperioden.....	55
<b>8.</b>	<b>PROSJEKTOMFANG .....</b>	<b>60</b>
<b>9.</b>	<b>TIDSPLAN .....</b>	<b>62</b>
9.1.	Overordnet tidsplan .....	62
<b>10.</b>	<b>BUDSJETT OG FINANSIERING.....</b>	<b>63</b>
10.1.	Finansiering .....	63
10.2.	Kostnadsbildet .....	66
10.3.	Nytteeffekter.....	69
10.4.	Samfunnsøkonomiske betraktninger .....	72

**Vedlegg:**

Vedlegg 1: Ytre rammer

Vedlegg 2: Behov og nytte

Vedlegg 3: Markedsplassen – konsept

Vedlegg 4: Plattform – konsept og målilde

Vedlegg 5: Informasjonssikkerhet og personvern

Vedlegg 6: Utprøving og gjennomføring

Vedlegg 7: Økonomisk underlag og vurdering

**Bilag:**

Bilag 2.1: Gjennomføring og resultat

Bilag 2.2: Beskrivelse av informasjonskategorier og elementer

Bilag 2.3: Utfordringsbildet i kommunene: Samhandling og informasjonsdeling – dagens situasjon

Bilag 2.4: Alternative journalstrategier – muligheter og utfordringer

Bilag 2.5: Vurdering av realismen i overordnet løsningsforslag

Bilag 5.1: Overordnet personvern vurdering

Bilag 5.2: Overordnet risikovurdering

Bilag 6.1: Sluttrapport samarbeid FKJI og NHN

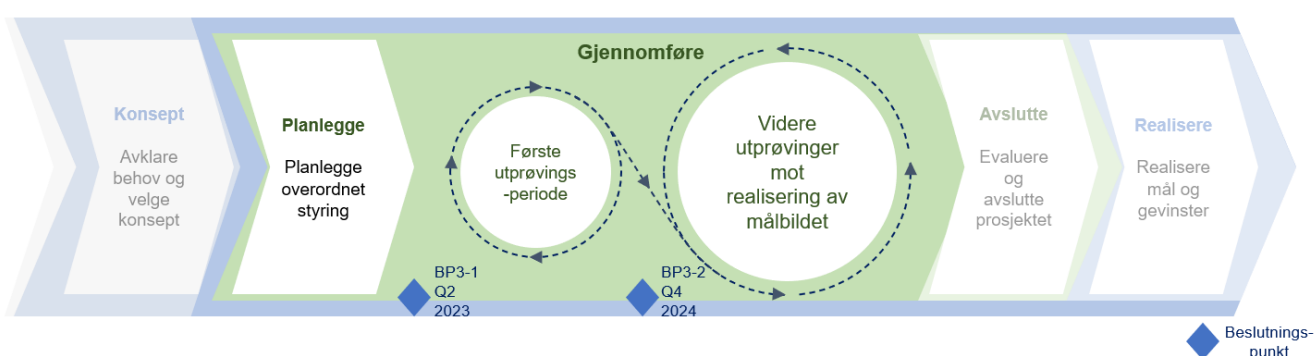
Bilag 7.1: Kostnadsmodell



## OM STYRINGSdokUMENTET

Felles kommunal journal (FKJ) er et samarbeidsprosjekt mellom kommuner<sup>2</sup>, KS og Staten v/Helse og Omsorgsdepartementet<sup>3</sup> (HOD). Samarbeidsprosjektet er organisert under selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI), som er heleid av KS. Styringsdokumentet er utarbeidet av administrasjonen i tråd med selskapets formål, og i henhold til oppdrag og rammebetingelsene satt av Stortinget.

Gjennomføring av prosjektet er delt i to perioder; første periode for konkrete utprøvinger som er foreslått fra juli 2023 og ut kalenderåret 2024, og neste periode er videre utprøvinger og arbeid med realisering av det helhetlige målbildet. Dette utgjør i sum gjennomføringsfasen, i henhold til Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser<sup>4</sup>.



Figur 1: Prosjektveiviseren - oversikt over faser

Vurderingen bak å dele gjennomføringen i to perioder handler i stor grad om å skape et skille for å kunne konkretisere og differensiere aktiviteter, kostnader, nytte og risiko på kort- og mellomlang sikt. I tillegg gir det en kortere og mer realistisk planleggingshorisont. Det gir også en mulighet til å vurdere den reelle nytten av de tiltak som er prøvd ut underveis, og dermed grunnlaget for en videreføring av arbeidet med å realisere målbildet. Det er viktig å understreke at gjennomføringsstrategien og målbildet som beskrives er en utviklingsretning som ikke vil ha et definert slutt punkt.

Styringsdokumentet kan i hovedsak deles inn i tre nivåer, og de forskjellige kapitlene er understøttet av flere vedlegg. Nivåene er som følger:

- Nivå 1 – Mål og rammer - beskriver både utprøvningsperioden og realisering av målbildet
  - Kapitlene 1-5
- Nivå 2 – Strategier - gir en mer detaljert beskrivelse av styring og gjennomføring i utprøvningsperioden samt en overordnet beskrivelse av de viktigste linjene i realisering av målbildet
  - Kapitlene 6-7

<sup>2</sup> Bergen, Bodø, Bærum, Hammerfest, Kristiansand, Ringsaker, Stavanger og Vinje er medlemmer, mens Oslo og Trondheim har observatørstatus i prosjektrådet.

<sup>3</sup> Norsk helsenett SF (NHN) og Direktoratet for e-helse deltar på statens vegne i prosjektet.

<sup>4</sup> [Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser | Digitaliseringsdirektoratet.](#)

- Nivå 3 – Planer - beskriver plan, budsjett og omfang kun for utprøvsperioden, men omtaler også realisering av målbildet kort for å belyse sammenhengen mellom de to periodene
  - Kapitlene 8-10

Styringsdokumentet er overordnet og vil jevnlig revideres ved større endringer i rammebetingelser, styringssignaler eller beslutninger gjennom fasene i prosjektet.

Arbeidet med å lage strategier og planer for realisering av målbildet er en del av prosjektomfanget i utprøvsperioden. Dette er fordi det er lite hensiktsmessig å beskrive detaljerte planer langt frem i tid og prosess, gitt de usikre rammene prosjektet må forholde seg til, og fordi aktivitetene i utprøvsperioden vil gi viktige innspill til den videre planleggingen. Av samme grunn, er det i denne versjonen av styringsdokumentet ikke utredet eller planlagt aktiviteter knyttet til forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU), annet enn der det er naturlig knyttet til videreføring av vellykkede utprøvsperioder og påfølgende driftssetting. Utarbeidelse av disse planene vil være en viktig del av planleggingen for realisering av målbildet.

Innholdet i de forskjellige kapitlene i dette dokumentet er som følger:

### **Kapittel 1 - Bakgrunn og begrunnelse**

Kapitlet beskriver bakgrunnen og begrunnelsen for både utprøvsperioden og realisering av målbildet.

### **Kapittel 2 - Mål og suksessfaktorer**

Kapitlet beskriver samfunns mål og effektmål. I tillegg er det definert egne resultatmål for de to periodene, der målene for første periode er detaljerte mens de er overordnet for den neste perioden.

Støttedokument:

- Vedlegg 1 – Ytre rammer
- Vedlegg 2 – Behov og nytte

### **Kapittel 3 - Hensikt og hovedkonsept**

Kapitlet beskriver hensikten med prosjektet, som er den samme gjennom hele prosjektets levetid. Hvert konkret utprøvsprosjekt vil ha en definert hensikt. Dette utdypes i kap. 6.2.

Hovedkonseptet beskrives separat for de to periodene.

Støttedokument:

- Vedlegg 3 – Markeds plassen – konsept
- Vedlegg 4 – Plattform – konsept og målbilde
- Vedlegg 5 – Informasjonssikkerhet og personvern

### **Kapittel 4 - Interessenter**

Kapitlet beskriver de viktigste interessentene og deres relasjon til prosjektet, og deler inn interessentene etter prioritet.

### **Kapittel 5 - Rammebetingelser og avhengigheter**

Kapitlet beskriver de viktigste rammene prosjektet må forholde seg til. Rammene er foreløpig beskrevet likt gjennom hele prosjektet, men vil kunne endres underveis.

Prosjektets sentrale avhengigheter beskrives samlet for hele prosjektets levetid. Her beskrives også juridiske vurderinger.

Støttedokument:

- Vedlegg 1 – Ytre rammer

## **Kapittel 6 – Gjennomføring**

Kapitlet beskriver gjennomføringsmodell for perioden 2023-2024, og realisering av målbildet separat, i tillegg til at risikobildet og -håndtering beskrives.

For perioden 2023-2024 foreligger en gjennomføringsstrategi med forslag til utprøvinger prosjektet anser som realistiske og viktige for å nærme seg målbildet. For videre prosjektgjennomføring består beskrivelsen av overordnede føringer og forutsetninger knyttet til gjennomføringen.

Støttedokument:

- Vedlegg 6 – Utprøving og gjennomføring

## **Kapittel 7 - Styring og organisering**

Kapitlet beskriver utprøvingsorganisasjonen med utgangspunkt i dagens organisering av prosjektet.

Styring og organisering for realisering målbildet er beskrevet på overordnet nivå.

## **Kapittel 8 – Prosjektomfang**

Kapitlet beskriver kun prosjektomfanget for perioden 2023-2024. Utarbeidelse av tilsvarende planer for videre arbeid med realisering av målbildet må gjøres fortløpende som en del av arbeidet som skal gjøres i utprøvingsperioden.

## **Kapittel 9 – Tidsplan**

Kapitlet beskriver kun en overordnet tidsplan for perioden 2023-2024 og tilsvarende som for kapittel 8 vil beskrivelse av omfanget for videre arbeid med realisering av målbildet være en del av arbeidet.

## **Kapittel 10 – Budsjett og finansiering**

Kapitlet inneholder beskrivelse av kostnader og finansiering for perioden 2023-2024.

I tillegg er nytte og samfunnsøkonomiske betraktninger for et endelig realisert målbilde beskrevet på overordnet nivå.

Støttedokument:

- Vedlegg 7 – Økonomisk underlag og vurdering

I tillegg er det gjort utdypinger i bilag, ref. oversikt i innholdsfortegnelsen.

# 1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE

## 1.1. Bakgrunn

Samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal (FKJ) er et av flere tiltak for å realisere Stortingsmelding 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal<sup>5</sup>», som satte følgende overordnede mål for IT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

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

Det begynner og slutter alltid med innbyggeren, og alle innbyggere bor i en kommune. Om vi blir syke eller behøver ulik bistand blir vi brukere eller pasienter, og vi får hjelp av blant annet helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Noe av det viktigste vi har med oss som innbyggere i møte med helsevesenet er informasjonen om hvem vi er, vår tilstand, om undersøkelser og funn, samt tidligere eller pågående behandling. Pasientinformasjonen gir behandlerne grunnlag for å ta beslutning om hva som skal gjøres. Pasientinformasjon er drivkraften i pasientforløpene, selve motoren i helsesektoren. Brudd i informasjonskjeden representerer alltid risiko for brudd i behandlingsskjeden – med de farer det medfører.

Basert på utredning av «Én innbygger – én journal» (2015), oppdraget til Helse Midt-Norge RHF om Helseplattformen, strategier for samordning i spesialisthelsetjenesten i helseregionene Nord, Vest og Sør-Øst og Direktoratet for e-helse sitt samarbeid med fire kommunegrupper og 44 kommuner i 2017 ga Direktoratet for e-helse ut konseptvalgutredningen for «Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Én innbygger – én journal)». Det anbefalte konseptet var «Helhetlig samhandling og felles kommunal journal», der det var presisert at felles kommunal journal ikke dreide seg om et system, men kunne bestå av flere systemer. Arbeidet med å realisere de overordnede målene har dermed skjedd langs tre hovedakser:

- Anskaffelse og innføring av felles journal for primær- og spesialisthelsetjenesten i helseregion Midt-Norge – Helseplattformen.
- Videreutvikling av journalløsningene for spesialisthelsetjenesten, utenfor Midt-Norge.
- Arbeidet med (tidligere Akson helhetlig samhandling og felles kommunal journal):
  - Program digital samhandling (PDS) og Felles kommunal journal (FKJ)

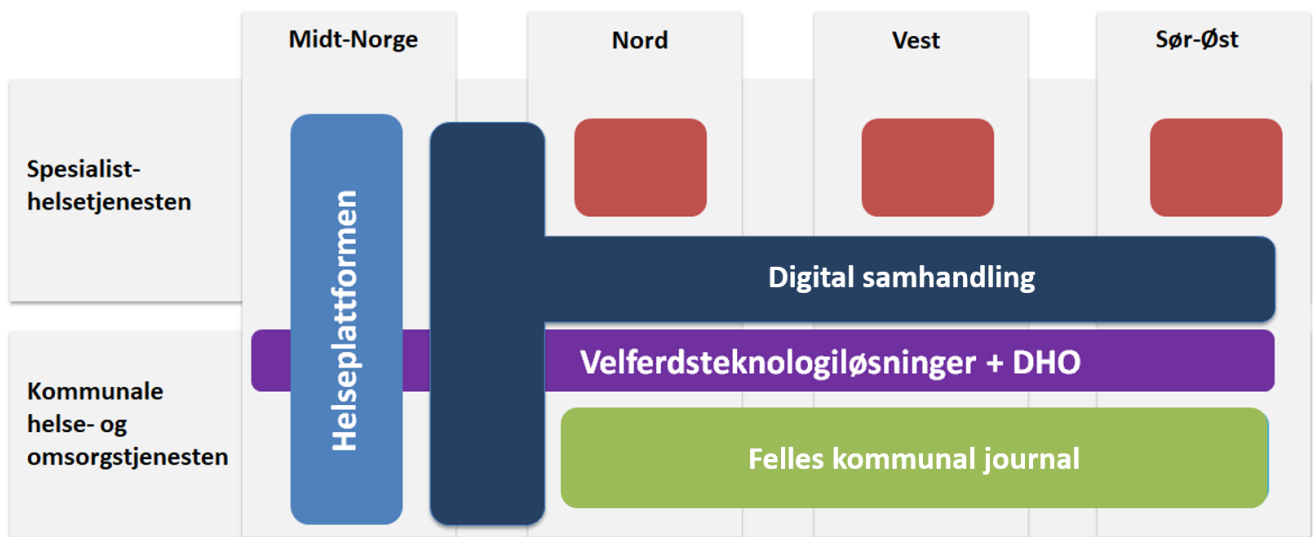
Direktoratet for e-helse anbefalte i forprosjekt Akson<sup>6</sup> at arbeidet realiseres gjennom to separate program: Ett for samhandling og ett for kommunal journal. Nasjonalt e-helsestyre behandlet anbefalingene 27.02.2020 og ga sin støtte til hovedinnretningen, men på noen klare felles premisser. Legeforeningen (DNLF) stilte seg ikke bak anbefalingen. Kommunal sektors representanter stilte seg bak hovedinnretning under forutsetning av NEHS egne premisser for sin støtte, samt en egen protokollført uttalelse de la til grunn måtte følges opp i fortsettelsen.

Prosjektet er, sammen med de øvrige initiativene nevnt ovenfor, dermed en sentral del av det nasjonale målbildet for e-helse, som vist i figur 2:

---

<sup>5</sup> "Én innbygger - én journal" | Regjeringen.

<sup>6</sup> [Veien til "Én innbygger - én journal" | Direktoratet for e-helse](#)



Figur 2: Nasjonalt målbilde for e-helseområdet.

I april 2020 ble det etablert et samarbeidsprosjekt mellom staten, KS og en gruppe samarbeidende kommuner<sup>7</sup>. Hensikten var å følge opp de påpekninger Nasjonalt e-helsestyre hadde trukket frem i sin behandling av styringsdokumentet, samt forberede etablering av et evt. felles selskap mellom stat og kommune. Den felles styringsgruppen for prosjektet ble ledet av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og inkluderte i tillegg Direktoratet for e-helse og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, mens Trondheim kommune var observatører. Samarbeidsprosjektet leverte 03.06.2020 et notat med foreløpige konklusjonspunkter til Helse- og omsorgsdepartementet som skulle danne utgangspunkt for det videre utredningsarbeidet. Fra 08.09.2020 overtok en kommunerepresentant ledelsen av styringsgruppen, og Norsk Helsenett SF (NHN) gikk inn som observator

I KS' hovedstyremøte 27.05.2021 ble det etter dialog med samarbeidskommunene og HOD besluttet å opprette en interimsorganisasjon gjennom et heleid aksjeselskap, med formål å være mottager av offentlige bevilgninger samt å være juridisk vertsorganisasjon for samarbeidsprosjektet mellom stat og kommune i fasen frem til beslutning om videre veivalg og organisering er foretatt. Vedtaket ble gjort under forutsetning av at det før selskapsetablering måtte være inngått samarbeidsavtaler mellom KS og HOD, samt KS og samarbeidskommunene<sup>8</sup> om selskapet og dets arbeid. 11.10.2021 ble selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI AS) stiftet. Mandatet for selskapet er å utarbeide et styringsdokument som del av et beslutningsunderlag for videre behandling i kommunene utenfor Midt-Norge, hos KS og Helse- og omsorgsdepartementet, og, i samarbeid med KS, sørge for at styringsdokumentet er forankret i de berørte kommunene.

Føringene fra St. Prop. 1 S 2020-2021<sup>9</sup> og St. Prop. 1 S 2021-2022<sup>10</sup> (forslagene til statsbudsjett)<sup>11</sup> har dannet grunnlaget for prosjektets forslåtte innretning og gir overordnede krav knyttet til løsning og gjennomføring, styring, organisering og finansiering. Et utdrag av føringene:

<sup>7</sup> Kommunene Bergen, Bodø, Bærum, Kristiansand, Oslo, Stavanger, og Vinje.

<sup>8</sup> Kommunene Bergen, Bodø, Bærum, Kristiansand, Ringsaker, Stavanger, Vinje, Hammerfest.

<sup>9</sup> Prop. 1 S (2020–2021) | Regjeringen.

<sup>10</sup> Prop. 1 S (2021–2022) | Regjeringen.

<sup>11</sup> Prop. 1 S (2021–2022). Hovedtrekk og prioriteringer i budsjettet for 2022 | Regjeringen

*Prop. 1S. 2020-2021:*

*«Arkitekturprinsippene som er lagt til grunn støttes av kvalitetssikringen og prinsippene vil kunne legge til rette for at journalløsningen kan bli en moderne plattformbasert løsning i et større økosystem som tilrettelegger for innovasjon og tjenesteutvikling.»*

*Prop 1S. 2021-2022:*

*«Felles kommunal journal innebærer en stegvis utvikling av fremtidens journalplattform for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, der ulike løsninger spiller sammen, og der brukerflatene skal kunne tilpasses den enkelte helsepersonells ulike behov. Målet er at helsepersonell i kommunene på sikt jobber mot en felles journalplattform slik at informasjon kan deles effektivt og ulike deler av løsningen kan gjenbrukes på tvers.»*

Prosjektet har innrettet konseptet basert et plattformbasert økosystem. Konseptet er mer utfyllende beskrevet i kap.3. For helsepersonell er journalløsningene og andre applikasjoner hverdagens viktigste arbeidsredskap, og helsepersonell har ulike behov. I årene som kommer antar vi en økende grad av individtilpassning i brukerflatene, og da er det viktig med mangfold. Det offentlige verken skal eller kan utvikle eller levere brukerløsninger, det er det markedet som skal gjøre. Prosjektet skal derfor ikke utvikle nye løsninger som skal stå i veien for, eller være i konkurranse med leverandørmarkedet. Næringslivet er avgjørende for å nå målbildet. Der er det investeringsvilje, ekspertise, skaperkraft og risikovilje – alt som må til for å skape og utvikle morgendagens løsninger.

En modell som legger til rette for kun én leverandør er kontraproduktiv i et sånt bilde. Prosjektet ønsker derfor en felles logisk informasjonskilde<sup>12</sup> som grunnlag for deling av informasjon, mellom et mangfold av leverandører – det er det vi har benevnt som «plattform» i prosjektet. Sluttbrukerne vil nå informasjonen via sine sluttbrukerløsninger, alt fra store løsninger som klassiske journalsystem ned til enkle og brukertilpassede applikasjoner eller hybride modeller. Alt i ett felles levende økosystem<sup>13</sup> av løsninger, leverandører, helsepersonell og innbyggere.

Kommunene har også vært opptatt av å tilrettelegge for samhandling med de øvrige tjenesteområdene helse- og omsorgstjenestene må samhandle med.

Styringsdokumentet har blitt utarbeidet i planleggings- og forankringsfasen, som varer frem til 30.06.2023. Første del av gjennomføringsfasen har planlagt oppstart 01.07.2023 og varighet ut 2024. I løpet av denne perioden vil prosjektet, hvis resultatene fra utprøvingene danner et godt nok grunnlag, starte opp neste gjennomføringsperiode – for å videreføre arbeidet med realisering av målbildet. Dette, inkludert de viktigste beslutningspunktene, beskrives i kapittel 6.

## **1.2. Begrunnelse for utprøvsperioden**

Prosjektmandatet for planleggingsfasen, vedtatt av styret i FKJI AS, beskriver rammene for hva prosjektet skal levere; listet i fire følgende mål:

- 1. Det foreligger et oppdatert og eksternt kvalitetssikret styringsdokument med en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for stegvis realisering av felles kommunal journal. Dette skal inngå som del av et fyllestgjørende beslutningsgrunnlag for administrativ og politisk behandling.*

---

<sup>12</sup> En logisk informasjonskilde er en løsning som samler og/eller lagrer informasjon fra flere kilder og presenterer dem samlet slik at det for sluttbruker fremstår som om informasjonen kom fra en og samme kilde. Dette i motsetning til «fysisk informasjonskilde» hvor all informasjon er lagret i samme løsning.

<sup>13</sup> Et digitalt økosystem for kommunene er et miljø der ulike aktører og løsninger er forbundet og samhandler over digitale plattformer for felles nytte gjennom bruk av delte ressurser innenfor definerte rammer.

2. *Det foreligger et komplett utkast til beslutningsunderlag/saksmateriale som kan benyttes i administrative og politiske prosesser i den enkelte kommune, hos KS og nasjonale myndigheter når det skal tas stilling til videre veivalg.*
3. *Det foreligger et forslag til mandat for videreføring av prosjektet.*
4. *I samarbeid med KS er det gjennomført kommunikasjons-, forankrings- og tilslutningsprosesser i kommunene utenfor Midt-Norge.*

Gitt usikkerhetene knyttet til programfinansiering samt signaler i politisk møte mellom KS og HOD 23. juni 2022 om endringer i prosjektets øvrige rammebetingelser med konsekvenser også for prosjektets første gjennomføringsperiode, besluttet styret i FKJI AS 01.09.2022, med bakgrunn i prosjektmandatet over, å justere innretningen på gjennomføringsstrategien.

I tråd med pkt. 1 over «...med en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for stegvis realisering ...» skal dette styringsdokumentet med tilhørende vedlegg beskrive første periode, i perioden fra 1.07.2023 til 31.12.2024, der prosjektet gjennom ulike utprøvningsaktiviteter vil arbeide for å dokumentere og demonstrere verdien av informasjonsdeling i helsesektoren, samtidig som man kan realisere løsninger som vil bidra til reell forbedring, spesielt gjennom økt grad av informasjonsdeling internt i den enkelte kommune. Dette skal være et samarbeid mellom leverandører, enkelte kommuner, NHN og prosjektet. Utprøvningsprosjektene skal ha lav kostnad og risiko, og skal gi konkret og raskt nytte. I perioden frem til oppstart av utprøvningsperioden vurderes det aktivt om gjennomføringsprosjektet skal legges helt eller delvis til det planlagt etablerte aksjeselskapet KS Digitale Fellestjenester (KS DIF). Dette er videre omtalt i delkapittel 7.2.

I tillegg beskriver styringsdokumentet en overordnet strategi og mekanismer for hvordan arbeidet kan innrettes i en bredere skalerings- og utbredingsperiode fra 2025.

### **1.3. Begrunnelse for realisering av målbildet**

Konseptet for realisering av målbildet, beskrevet i kapittel 3, er utarbeidet på bakgrunn av føringene i de foregående to års statsbudsjett (2021 og 2022), beskrevet i kapittel 5.

I tråd med dette, inkludert bakgrunnen i delkapittel 1.1 og 1.2, samt i tråd med føringene fra Stortinget, er det lagt opp til en stegvis realisering av målbildet, der man tenker stort, men starter smått. En stegvis og smidig realisering handler om å dele opp arbeidet i håndterlige deler, og starte med de første konkrete trinn, med antatt konkret nytte for aktørene og for realisering av målbildet. Man oppsummerer og lærer av erfaringer underveis og før de neste stegene meisles ut. Dette bidrar til at arbeidet er relevant over tid. Første steg for å realisere målbildet vil være perioden 2023-2024, utprøvningsperioden, som beskrives i neste delkapittel.

Prosjektet vil ha en pådriver- og koordineringsrolle for å bygge på og binde sammen eksisterende løsninger, samtidig som innovasjon kan skje i samspillet mellom kommunene og leverandørmarkedet og i samarbeid med nasjonale aktører som KS og Norsk Helsenett SF (NHN). Hovedvekten i prosjektet vil være å jobbe med konkrete behov som ulike aktører i kommunesektoren opplever i sitt daglige virke, med primær vekt på å styrke samhandlingen og prosesser internt i den enkelte kommunen, men der det er mulig også i samspillet mellom kommuner og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

På bakgrunn av rammer og forventninger beskrevet i de to års siste statsbudsjett (2020-2021 og 2021-2022), samt fra kommunesektorens innspill i Akson arbeidet<sup>14</sup> er det utarbeidet et forslag til føringer som prosjektet legger til grunn for videre arbeid med løsnings- og gjennomføringsstrategi. Disse er:

- **Løsningene realiseres stegvis og innføres gradvis:**  
Med stegvis realisering menes en utvikling basert på å dekke kjente og definerte behov gjennom små, kontrollerte og reversible steg. Hvert steg i utviklingen skal være oversiktlig, ha relativt lav kostnad og risiko, og som utgangspunkt være reverserbart.  
Gradvis innføring betyr at valg av løsning og tidspunkt for innføring vil være opp til de enkelte kommuner ut fra forutsetninger og behov.
- **Løsningene skal utvikles og tilrettelegges for digital samhandling:**  
Det forutsetter å sikre informasjonsdeling og samhandling på tvers av tjenestegrupper, tjenesteområder, kommuner, forvaltningsnivå og samfunnssektorer. Og det må skje i en stegvis utvikling og gradvis over tid.
- **Eksisterende felles nasjonale løsninger skal gjenbrukes:**  
Det er en absolutt forutsetning at vi gjenbraker eksisterende felles nasjonale løsninger for å unngå å utvikle parallelle eller konkurrerende løsninger, samt for å gi forutsigbarhet til kommuner som har brukt ressurser på å ta i bruk eller som planlegger å ta i bruk nasjonale løsninger. Informasjon fra nasjonale løsninger blir viktig i sammenstilling av informasjon for brukerne. I tillegg skal løsningen passe inn i et helhetlig arkitekturlandskap der den nasjonale samhandlingsplattformen og de nasjonale løsningene er helt sentrale, og prosjektet må derfor se disse løsningene i en sammenheng innledningsvis. I tråd med Digitaliseringsstrategien og økosystem for nasjonal samhandling i offentlig sektor der også den felleskommunale FIKS-plattformen inngår, skal vi også vurdere løsninger og rammeverk herfra for gjenbruk og ev. videreutvikling i denne sammenheng. Poenget er å se på potensialet i eksisterende løsninger for å løse behovet, og at løsningene blir så gode som mulig i en kommunal kontekst.
- **Realiseres gjennom en åpen plattformtilnærming:**  
Vi ser for oss en digital infrastruktur med tilhørende tjenester, basert på kjente, publiserte standarder som alle kan benytte for å nå informasjonen. Dette gjør det mulig å knytte sammen applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører, og understøtter deling av data på definerte, standardiserte formater – ved bruk av felles tillitstjenester og terminologi. Plattformen skal være nøytral og åpen ved at alle som kvalifiserer får adgang.
- **Etablere et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet:**  
Det skal være et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet, der relevant pasientinformasjon skal være felles og tilgjengelig for behandlere, innbyggere og for forskning og utvikling, og der de funksjonelle løsningene skal benytte den samme relevante pasientinformasjonen uavhengig av opprinnelig kilde. Det presiseres at de ulike funksjonelle løsningene fra leverandørmarkedet fortsatt kan inneholde data og informasjon, men at de utveksler data seg imellom gjennom plattformen.
- **Informasjon, løsninger, leverandører og alle typer brukere skal utgjøre et levende økosystem:**  
Et digitalt økosystem for kommunene er et miljø der ulike aktører og løsninger er forbundet og

---

<sup>14</sup> Blant annet uttrykt i SSD for Akson, vedlegg Q. Felles dokument utarbeidet av KS, utvalgte kommuner og Direktoratet for e-helse vedrørende arkitektur for Akson



samhandler over digitale plattformer for felles nytte gjennom bruk av delte ressurser innenfor definerte rammer.

## 1.4. Begrepsbruk

Styringsdokumentet omtaler mange ulike tjenesteområder og profesjoner. Innledningsvis i dokumentet velger vi derfor å etablere et sett med definerte samlebegrep.

I kommunale helse- og omsorgstjenester brukes både begrepet *bruker* og *pasient*. Disse begrepene gjenspeiles i styringsdokumentet. Der det kun står pasient eller bruker er det på bakgrunn av eksempler der vedkommende begrep passer alene. Innbygger er også brukt som en samlebetegnelse på *alle* innbyggere bosatt, eller med opphold i kommuner, uavhengig av sykdom eller behov for bistand mm.

I styringsdokumentet brukes også begrepet *helsepersonell*. Dette er brukt som et felles begrep for å omtale ansatte i kommunen som administrerer, planlegger, gjennomfører eller dokumenterer tjenestene, eller som har ansvar for helsefremmende og forbyggende tiltak. Det er heller ikke gjort skille på fagpersoner, assistenter eller ufaglærte i begrepsbruken, gitt at mange utfører pasientnære oppgaver og spiller en helt sentral rolle i daglig drift. I tillegg favner begrepet aktører som har avtaler med kommunen om leveranse av helse- og omsorgstjenester, f.eks. lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut eller psykolog. Alle disse gruppene leverer helsetjenester på vegne av det offentlige. De utfører lovpålagte tjeneste og representerer faggrupper loven krever at kommunen skal ha knyttet til seg.<sup>15</sup>

Offentlig tannhelsetjeneste er en fylkeskommunal helsetjeneste. Hvorvidt dette tiltaket skal støtte offentlig tannhelsetjeneste er ikke endelig avgjort, men fra prosjektets side anses det som naturlig at tannhelse inngår som en del av omfanget for et endelig målilde. Dette innebærer også andre aktører som gjennom avtaler med kommunene leverer ulike offentlige tjenester (eksempelvis private aktører). Disse omtales også som *helsepersonell*.

Med begrepet kommunale helse- og omsorgstjenester menes alle tjenester kommunene er ansvarlig for å tilby etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester §3-1<sup>16</sup>.

*«... Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune».*

Tjenester som defineres i §3-2 er listet opp i fotnote.

Begrepet *relevant pasientinformasjon* er i endring blant annet fordi teknologi og digitalisering endrer seg. Gjennom å tilgjengeliggjøre ny informasjon for helsepersonell har man gjort informasjon mer tilgjengelig enn tidligere, og det endrer også betydningen av hva som er relevant informasjon fortløpende. Gjennom lover og forskrifter er også kravene til hva som er relevant informasjon blitt

---

<sup>15</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-2 sier at kommunene må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog for å oppfylle ansvaret etter § 3-1.

<sup>16</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-2 sier at kommunene skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste og svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososiale beredskap og oppfølging. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Andre helse og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og plass i institusjon, herunder sykehjem. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens.

tydeligere, alt som nå dokumenteres skal ha en relevans i forhold til innbyggerens helse. Relevant betyr ikke at vi skal dele alt som finnes av informasjon om den enkelte pasient eller bruker. Opplevelsen av hva som er relevant helseinformasjon vil variere mellom ulike tjenesteområder og profesjoner og i forhold til den enkelte innbygger.

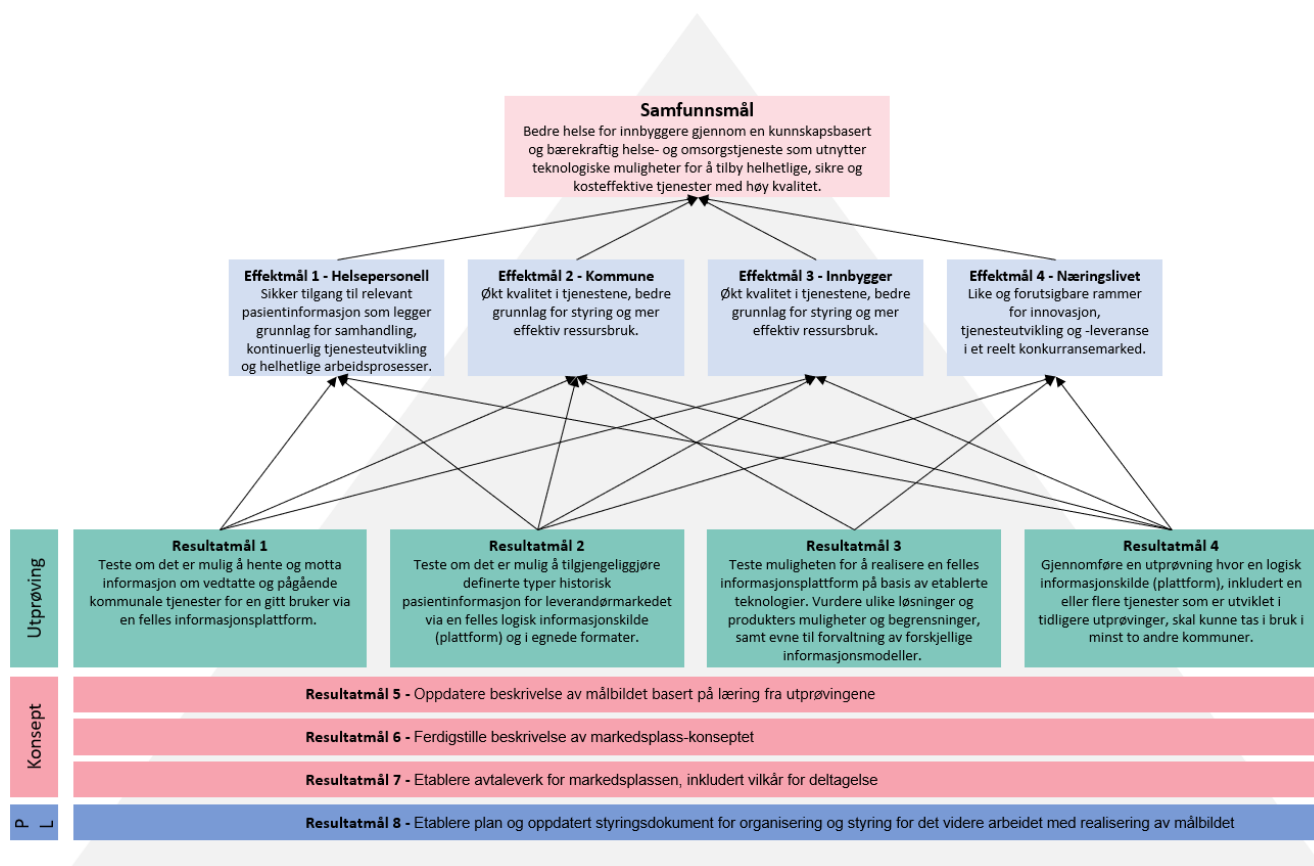
Dagens IT-løsninger omtales ofte som *applikasjoner*, *journalløsninger* og/eller *EPJ-systemer*. Med journalløsninger mener vi de IT-løsningene som benyttes til å føre journal, mens EPJ-systemer også inneholder mer funksjonalitet. Eksempler kan være administrative-, logistikk- eller andre støttefunksjoner for journalføring. Med *sluttbrukerløsninger* menes de IT-løsningene som sluttbruker benytter til å utføre sine arbeidsoppgaver. En sluttbrukerløsning inneholder derfor et brukergrensesnitt og funksjonalitet. Informasjon og tilkoblinger må ikke være inkludert i sluttbrukerløsningen, men kan løses ved at den kommuniserer med eller benytter annen funksjonalitet. Denne kan eksempelvis ligge i et sentralt register som folkeregisteret eller funksjonalitet som er en skytjeneste eller nasjonal felleskomponent, som e-resept eller Kjernejournal.

## 2. MÅL OG SUKSESSFaktorER

Samfunns målet følger visjonen fra Én innbygger – én journal om en sammenhengende og effektiv helsetjeneste der innbygger settes i sentrum. Effektmålene bygger på målbildet, men er videreutviklet gjennom prosjektet. Målene gjelder for hele gjennomføringsfasen, men veien til realisering vil være ulik over tid. Gjennomgående beskrives dette i styringsdokumentet med vedlegg. I tillegg har det vært særdeles viktig for prosjektet, og i tråd med oppdraget fra eier – at arbeidet skal tilrettelegge for innovasjon og næringsutvikling.

Resultatmålene er utviklet på bakgrunn av dialog og involvering gjennom hele prosjektperioden. Dette har inkludert representanter fra kommuner, fag- og profesjonsforeninger, bruker- og pasientforeninger, leverandørmarkedet og nasjonale aktører.

Resultatmålene er delt inn med detaljerte resultatmål for den første utprøvsperioden og overordnede resultatmål for videre arbeid med realisering av målbildet. Videre målformuleringer for arbeid med realisering av det overordnede målbildet vil være en del av arbeidet i utprøvsperioden, noe som også er reflektert i resultatmålene for den første perioden. Prosjektets mål er presentert i følgende målhierarki:



Figur 3: Målhierarki (PL = Prosjektledelse)

## 2.1. Samfunnsmål

Samfunnsmålet skal knyttes til målbildets virkning på samfunnet.

ID	Samfunnsmål
<b>Samfunnsmål</b>	Bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige, sikre og kosteffektive tjenester med høy kvalitet.

Tabell 1: Samfunnsmål

## 2.2. Effektmål

Effektmålene skal knyttes til prosjektets virkninger for brukerne, og er delt inn etter de fire primære brukergruppene som er identifisert i prosjektet.

ID	Effektmål
----	-----------

<b>Effektmål 1</b> Helsepersonell	Sikker tilgang til relevant pasientinformasjon som legger grunnlag for samhandling, kontinuerlig tjenesteutvikling <sup>17</sup> og helhetlige arbeidsprosesser.
<b>Effektmål 2</b> Kommunene	Økt kvalitet i tjenestene, bedre grunnlag for styring og mer effektiv ressursbruk.
<b>Effektmål 3</b> Innbygger	Pasientsikkerheten, og innbyggers opplevelse av trygghet øker. Innbygger får tilgang til egen informasjon og oversikt over bruken av den.
<b>Effektmål 4</b> Næringslivet	Like og forutsigbare rammer for innovasjon, tjenesteutvikling og -leveranse i et reelt konkurransemarked.

Tabell 2: Effektmål

## 2.3. Resultatmål

### 2.3.1. Resultatmål for første gjennomføringsperiode

Resultatmålene skal knyttes til målbildet for løsningen som skal realiseres og skal være klare og retningsgivende. Resultatmålene i denne første gjennomføringsperiode har tre hensikter:

1. Prøve ut løsninger og konsepter som viser vei mot realisering av målbildet
2. Lære hva som fungerer og hva som ikke fungerer, i tillegg til hvilke effekter som kan oppnås
3. Gi innsikt i videre planleggingsarbeid

Resultatmålene er delt inn på samme måte; utprøving, konseptutvikling og prosjekt- og planarbeid. Alle er planlagt oppnådd i 2023 og 2024.

Det samlede suksesskriteriet for utprøvsperioden er at løsningskonseptet som brukes i de forskjellige utprøvingene gir nytte for de fire primære brukergruppene identifisert i prosjektets effektmål.

De fire resultatmålene hører til hver av de fire utprøvingene prosjektet foreslår å gjennomføre. De er planlagt sekvensielt i tid basert på omfang og kompleksitet, der de utprøvingene med relativt sett minst omfang og lavest kompleksitet kommer før de mer kompliserte. Det er ikke prioritert på kostnad, og det er prosjektets ansvar å legge til rette for og koordinere de nødvendige aktivitetene knyttet til å gjennomføre målene. Hver utprøving er beskrevet i kapittel 6, og mer detaljert i vedlegg 2 og 6.

ID	Resultatmål: Utprøving	Indikator
U-1	Teste om det er mulig å hente og motta informasjon om vedtatte og pågående kommunale tjenester for en gitt bruker via en felles informasjonsplattform.	1: Antall ganger informasjon er utlevert 2: Opplevd nytte for brukere (brukerundersøkelser)

<sup>17</sup> Kontinuerlig tjenesteutvikling er en kontinuerlig, brukerorientert, tverrfaglig og eksperimenterende utviklingsprosess som har til hensikt å skape og forbedre tjenester som ivaretar brukernes behov.

<b>U-2</b>	Teste om det er mulig å tilgjengeliggjøre definerte typer historisk pasientinformasjon for leverandørmarkedet via en felles logisk informasjonskilde (plattform) og i egnede formater.	1: Blir historiske pasientinformasjon gjort tilgjengelige? 2: Opplevd nytte for brukere (brukerundersøkelser)
<b>U-3</b>	Teste muligheten for å realisere en felles informasjonsplattform på basis av etablerte teknologier. Vurdere ulike løsninger og produkters muligheter og begrensninger, samt evne til forvaltning av forskjellige informasjonsmodeller.	1: Antall initiativ og andel løsninger med positivt resultat av utprøving?
<b>U-4</b>	Gjennomføre en utprøving hvor en logisk informasjonskilde (plattform), inkludert en eller flere tjenester som er utviklet i tidligere utprøvinger, skal kunne tas i bruk i minst to andre kommuner.	1: I hvor stor grad fungerer tjenestene på informasjonsplattformen? 2: Opplevd nytte for brukere (brukerundersøkelser)

Tabell 3: Resultatmål - Utprøving

De fire resultatmålene hører til hver av de fire utprøvingene prosjektet foreslår å gjennomføre. De er planlagt sekvensielt i tid basert på kompleksitet, der de utprøvingene med relativt sett minst omfang og lavest kompleksitet kommer før de mer kompliserte. Det er ikke prioritert på kostnad, og det er prosjektets ansvar å legge til rette for og koordinere de nødvendige aktivitetene knyttet til å gjennomføre målene. Hver utprøving er beskrevet i kapittel 6, og mer detaljert i vedlegg 2 og 6.

ID	Resultatmål: Konsept
<b>U-5</b>	Oppdatere beskrivelse av målbildet basert på læring fra utprøvingene
<b>U-6</b>	Ferdigstille beskrivelse av markeds plass-konseptet <sup>18</sup>
<b>U-7</b>	Etablere avtaleverk for markeds plassen, inkludert vilkår for deltagelse

Tabell 4: Resultatmål - Konsept

De tre resultatmålene over beskriver videre utvikling av konseptet basert på læring fra de fire første utprøvingene. I tillegg skal det etableres planer, rammer og avtaleverk for hvordan disse skal innrettes i den videre realisering av målbildet.

ID	Resultatmål: Prosjektledelse og kommunikasjon
<b>U-8</b>	Etablere plan og oppdatert styringsdokument for organisering og styring for det videre arbeidet med realisering av målbildet

Tabell 5: Resultatmål - Prosjektledelse og kommunikasjon

<sup>18</sup> Markeds plassen beskrives i kapittel 3 og vedlegg 3

Resultatmålet for prosjektets ledelse handler om hvilke resultater prosjektet må oppnå for å kunne gå over i den påfølgende delen av gjennomføringsfasen. Dette handler om hva prosjektet må gjøre for å forberede neste periode.

### 2.3.2. Resultatmål for videre arbeid med realisering av målbildet

Prosjektet vil i første utprøvningsperiode ikke jobbe direkte for å oppnå målene knyttet til å realisere målbildet, men arbeidet vil være retningsgivende. Det er først og fremst viktig å sikre at de konkrete forsøkene ikke står i veien for en langsiktig realisering av målbildet. Resultatmålene er tatt med i dette kapitlet for å vise hvilken retning prosjektet kan følge, og fordi flere av aktivitetene som er foreslått gjennomført i utprøvningsperioden vil danne grunnlaget for det videre arbeidet med realisering av målbildet.

ID	Resultatmål: målbildet
M-1	En forvaltnings- og driftsorganisasjon for plattform og markeds plass er etablert
M-2	En prosess for styring og prioritering av behov og utvikling for felles plattform er definert og forankret
M-3	En styringsstruktur for økosystemet er definert og forankret
M-4	Et avtaleverk for regulering av behandlingsansvar er etablert
M-5	Plan for håndtering av relevant historisk informasjon (migrering) er utarbeidet og iverksatt
M-6	Det er definert en oversikt over relevant og delingsverdig informasjon, og hvor den er lagret

Tabell 6: Resultatmål - Målbildet

## 2.4. Suksessfaktorer

Suksessfaktorene er hva prosjektet må lykkes med for å realisere målbildet og gjennomføre utprøvningsperioden.

#	Suksessfaktor	Beskrivelse
1	Effektiv eierstyring	En eierstyring som forener eiernes interesser og sikrer styring av prosjektet i henhold til de definerte målene. Eierstyringen må være tilpasset en smidig gjennomføringsmodell der kursen kan justeres raskt underveis. Eierstyringen må også sikre representativitet og legge til rette for involvering og effektiv kommunikasjon i kommune- og helsesektoren.
2	Forutsigbar finansiering	Finansieringsbeslutninger for prosjektet som er forutsigbare og som skal dekke planlagte kostnader. En finansiering som er robust for beslutningsprosesser i kommunene.
3	Konkret og opplevd nytte for aktørene	Både gjennom å møte konkrete behov for informasjon og helhetlige arbeidsprosesser for innbygger og helsepersonell, samt legge opp til gode og motiverende rammebetingelser og muligheter for leverandørmarkedet. Tilrettelegge for digital samhandling med andre nasjonale aktører.

4	Samarbeid med leverandørmarkedet	Et samarbeid med leverandørmarkedet som åpner muligheter og gir forutsigbarhet for leverandørmarkedet og dermed sikrer at journalløsninger og andre sluttbrukerapplikasjoner blir tilgjengelige sammen med plattformen, i tråd med deltagende kommuners behov og krav.
5	God ledelse og styring av prosjektet	Tydelig ansvarsdeling og god styring må etableres, inkludert entydige fullmakter og beslutningslinjer.
6	Prosjekt med smidighet og sterk gjennomføringsevne	Et prosjekt som arbeider smidig, har god kunnskapsdeling og som løpende gjør tilpasninger ut fra løpende erfaringer bl.a. med brukertesting og pilotering. Et prosjektteam som har solid erfaring, kompetanse og et godt samarbeid. Et prosjektteam som har god kompetanse og kapasitet for endringsledelse.
7	God koordinering med utvikling av samhandlingsløsninger	God koordinering av utvikling og test av samhandlingsløsninger i takt med prosjektets behov, for eksempel Program Digital Samhandling (se kapittel 5).
8	Kommunikasjon og forankring	I samarbeid med eier, skal prosjektet gjennomføre forankringsarbeid mot interessenter, inklusive kommuner, bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner og leverandørmarkedet.

Tabell 7: Suksessfaktorer

### 3. HENSIKT OG HOVEDKONSEPT

#### 3.1. Utfordring og hensikt

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1) forutsetter at kommunene sørger for at alle personer som oppholder seg i en kommune tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I tillegg sikrer lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) innbyggere lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet, når de trenger og ønsker det. Dette gjelder uavhengig av hvor du bor i landet og om hjelpen kommer fra primærhelsetjenesten (kommunal) eller spesialisthelsetjenesten (stat). Helsepersonelloven §4 stiller også krav til helsepersonellens utførelse av arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. Dette kan være utfordrende dersom man ikke har informasjon man behøver. Derfor er dette sentralt i et felles journalløft.

Det er et betydelig kommunikasjons- og samhandlingsbehov internt i kommunen i forbindelse med kartlegging, saksbehandling, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon. Det skaper også et stort behov for koordinering og samhandling på tvers av ulike helsetjenester, på tvers av kommuner og mellom kommuner og stat. Deling av relevante helseopplysninger mellom de ulike helsetjenestene og nivåene i offentlig forvaltning er avgjørende for at helsepersonell skal kunne gi nødvendige, riktige og tilpassede tjenester som innbyggerne har behov for og krav på.

For å løse oppgavene, har de fleste kommuner flere ulike journalløsninger og andre løsninger som dekker de ulike tjenesteområdene og pasient- og brukergruppene. Imidlertid er det liten eller ingen digital samhandling mellom disse løsningene. Samhandlingen skjer fortsatt muntlig, per telefon, i

møter, via e-meldinger eller på papir, og bare via journalsystemene der tjenestene som samhandler har samme løsning. Helsepersonell opplever dette gjennom å måtte logge inn i flere ulike og usammenhengende løsninger, samt at samme informasjon registreres og forvaltes i flere løsninger manuelt med de kvalitets- og effektivitetstapene det medfører.

Den kommunale legevakten har eksempelvis ikke oversikt over hvilke andre kommunale tjenester en pasient mottar.<sup>19</sup> Det innebærer at de oftest har et mangelfullt grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp og hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak.

Mangel på informasjon utfordrer kontinuitet og trygghet for tilstrekkelig innsikt i brukers eller pasientens situasjon, og dermed også riktig nivå på helsehjelp. Det kan forringe et allerede planlagt forløp og/eller true livssituasjonen til innbygger, og det kan i verste fall sykeliggjøre eller bidra til feilbehandling.

En stor andel av brukerne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mottar flere tjenester og har flere parallelle utfordringer, noe som gjør at intern samhandling og tilgang til relevant og oppdatert informasjon er svært viktig for å ivareta helhetlig perspektiv og tilnærming. Manglende tilgang til helhetlig informasjon utfordrer derfor pasientsikkerheten.

Det understrekes at i tillegg til samhandling mellom tjenesteområdene innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, trengs det også samhandling med andre kommunale tjenester. Barnevern, barnehage/skole og sosialtjenestene er blant disse tjenestene.

Informasjonen i dagens EPJ-systemer er for alle praktiske formål «låst inn» i hver løsning, og bruk og deling av informasjon skjer på leverandørens premisser. Utvikling av ny funksjonalitet er i tillegg krevende, kostbart og tar oftest lang tid. Dette låser i realiteten kommunene til gjeldende leverandører (leverandørrinnlåsing). Årsaken er at det er krevende og koster mye å bytte løsninger ettersom de er bygget opp med ulike standarder og ulik logikk. I tillegg er gevinsten ved å bytte som regel liten. Dermed har man i praksis en situasjon med bilaterale seriemonopoler mellom, der løsninger byttes veldig sjelden. «Innelåst» informasjon har ført til liten utvikling og innovasjon på journalområdet, samtidig som kommunene og helsepersonellet har presserende behov for bedre journalløsninger som understøtter deres prosesser på en god og effektiv måte.

Kommunene har historisk vært lite samordnet på kundesiden. Mangel på felles behovsbeskrivelser, med tilhørende krav til løsningene, har bidratt til å øke leverandørenes risiko ved nyutvikling fordi muligheten til å skalere løsninger mellom kundene har vært for liten.

Utviklings- og endringsbehovet er enormt – spesielt med tanke på utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor fremover<sup>20</sup>. Kommunene vil i årene fremover oppleve en sterk økning i etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester som følge av både eldrebølgen, økt spesialistbehandling i hjemmet og en forventet økning i andre grupper av omsorgstrengende. Økt alder betyr også økt behov for pleie. Statistisk sentralbyrå (SSB) beskriver i en fremskrivningsrapport<sup>21</sup> fra 2019 at vi allerede i 2035 risikerer en underdekning på 28 000 sykepleiere. Andre grupper av helsepersonell vil i varierende grad havne i samme uføre. Det er en drastisk økning på 14 år.

---

<sup>19</sup> Filmen «Hva er gevinstene ved å dele helseinformasjon» kan gi illustrasjon til problemstilling det vises til i teksten. [Hva er gevinstene ved å dele helseinformasjon? | KS](#)

<sup>20</sup> [NF Rapport 10/2021 - Årsakene til kostnadsveksten innen pleie- og omsorg | Nordlandsforskning](#)

<sup>21</sup> «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035» Geir Hjelmås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen – mars, 2019



Samtidig som utfordringene er felles, er kommunene ulike med tanke på størrelse og organisering. Det samme gjelder forskjellige grupper helsearbeidere. Derfor må fremtidens digitale løsninger være fleksible og kunne tilpasses brukernes behov. Kravene til tjenestene er imidlertid de samme, og de er i stor grad lovregulert. Tradisjonelt løses kommunenes ulike behov gjennom detaljerte kravspesifikasjoner og omfattende anbudsrunder. Løsninger tilpasses den enkelte kommune, noe som reduserer muligheten for gjenbruk og videre skalering. De fleste kommuner benytter seg av flere ulike systemer og dette er også ulikt på tvers av kommuner.

For å adressere denne utfordringen med mål om å lage løsninger som skalerer, innoverer og skaper gode arbeidsflater tilpasset den enkelte helsearbeider må omfanget på arbeidet være så lite som mulig, men basert på et tydelig definert behov. Utviklingen av løsninger må derimot ikke stoppe opp, men fortsette.

Gjennom å lage et rammeverk for mindre, kontrollerbare utprøvinger, som fokuserer på et tydelig begrenset omfang og behov, vil det være mulig å koordinere ulike aktører til å lage løsninger som passer sammen. Ved å etablere en felles nasjonal informasjonskilde/plattform, segregert per kommune, får alle utprøvinger og utviklingsarbeid et felles teknologisk utgangspunkt. Gjennom en rekke utprøvinger vil man utvikle løsninger som hver for seg og samlet tar oss i retning av å realisere målbildet, som det står mer om nedenfor.

Gjennomføring, fire forslag til konkrete utprøvinger og metodikk er beskrevet mer utfyllende i kapittel 6 og vedlegg 6. Gjennom vellykkede utprøvinger vil stegvis utvikling og en gradvis innføring av løsninger leverer nytte både på kort og mellomlang sikt til en vesentlig lavere kostnad og risiko enn dagens tilnærming.

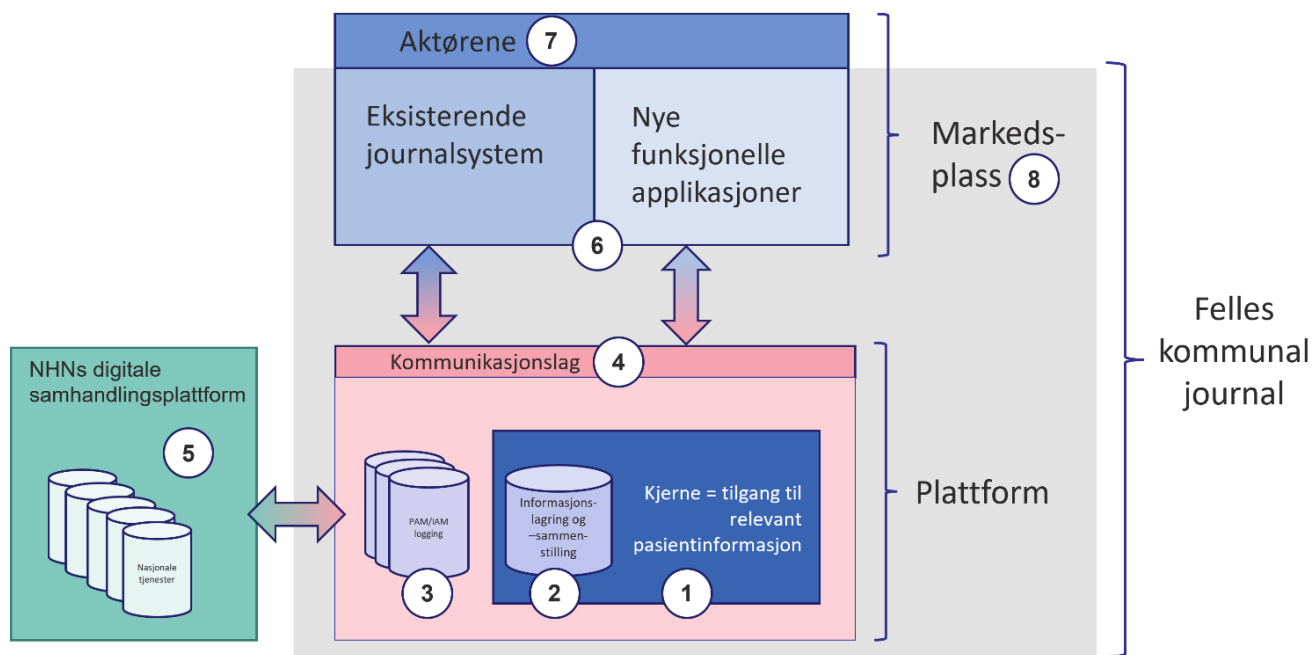
### **3.2. Hovedkonsept**

Hovedkonseptet er et plattformbasert økosystem hvor helsepersonell, innbyggere, kommunene og leverandørene får tilgang til relevant pasientinformasjon der og når behovet oppstår. Det vil representere en vesentlig bedret arbeidssituasjon for store grupper av helsepersonell. I tillegg vil det åpne for nye måter å samhandle og løse oppgaver, samt at det vil gi grunnlag for løsningsutvikling som det er vanskelig å se rekkevidden av i dag.

Det er utarbeidet en konseptuell skisse som illustrerer hovedkonseptet og hvordan det kan sameksistere med NHNs digitale samhandlingsplattform og dermed nasjonale e-helseløsninger. Konseptet består av to hovedelementer: plattform og markedsplass. I dette kapitlet beskrives hovedelementene gjennom en logisk oppbygning av hele løsningen. Det er valgt å bruke følgende nummerering i forklaringen:

1. Tilgang til relevant pasientinformasjon
2. Informasjonslagring og sammenstilling
3. Informasjonssikkerhet og personvern
4. Kommunikasjonslag
5. Samhandling med NHN sin digitale samhandlingsplattform
6. Sluttbrukerløsninger (eksisterende og nye løsninger)
7. Aktørene
8. Markedsplassen med tre hovedfunksjoner

## Kommunalt økosystem for pasientinformasjon



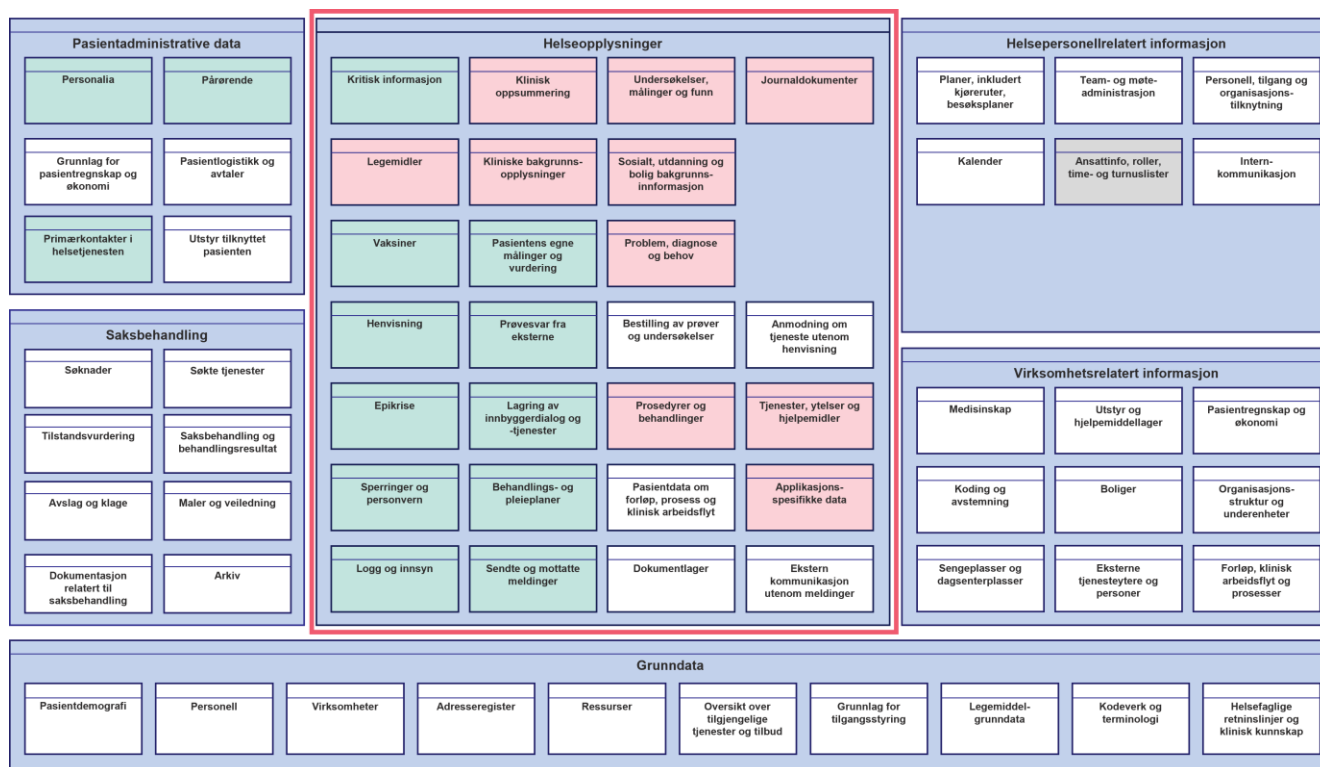
Figur 4: Konseptskisse som viser hovedkomponentene i løsningen og koblingen mot NHNs digitale samhandlingsplattform

### 3.2.1. Tilgang til relevant pasientinformasjon (1)

Det er når vi deler informasjon at den får mening. Utilgjengelig informasjon finnes ikke, og i helsesektoren er dette ekstra viktig. *Pasientinformasjon må være tilgjengelig* – der og når man har behov for den. Derfor er det også at «Tilgang til relevant pasientinformasjon» er kjernen i Felles kommunal journal.

For å definere et omfang og en avgrensning for relevant pasientinformasjon er det innledningsvis gjort en felles øvelse med blant annet Norsk helsenett. Vi har sett på hvilken informasjon som allerede finnes i eksisterende nasjonale løsninger (kjernejournal, PLL, e-resept etc.), eller som planlegges realisert i fremtidige løsninger. Det er også gjennomført arbeidsmøter med helsepersonell fra flere kommuner og ulike tjenesteområder for å kartlegge hvilke kategorier av informasjon det er viktig å prioritere. Det er tatt utgangspunkt i en felles informasjonsmodell (se figuren under) i alle disse møtene for å ha et felles grunnlag. Området helseinformasjon (rød innramming) er prioritert innledningsvis, og dette er også i tråd med tilbakemeldingene fra deltagende helsepersonell<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Mer utfyllende informasjon finnes i bilag 2.1 og 2.2.



Figur 5: Oversikt over avgrensning og omfang for kommunale plattformer

- Informasjonskategoriene som er farget rosa må håndteres gjennom den enkelte kommunes plattform.
- Informasjonskategoriene som er farget grønne dekkes av nasjonale e-helseløsninger (eksisterende og planlagte) og utveksling baseres på FHIR og evt. tilsvarende standarder.
- Informasjonskategoriene som er farget hvit er utenfor omfanget i første periode.

De rosa boksene representerer prosjektets forslag til initiell avgrensning og omfang knyttet til relevant pasientinformasjon. Figuren gir også et bilde av prosjektets relasjon til andre nasjonale løsninger og tiltak i realiseringen. Samspillet med nasjonale løsninger er grunnleggende viktig. Det er beskrevet mer om målbildet for informasjon i vedlegg 4.

### 3.2.2. Informasjonslagring og sammenstilling (2)

I målbildet finnes det en plattform som kan lagre og sammenstille relevant informasjon om mottagere<sup>23</sup> av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal ikke gjøres noen forskjell om informasjonen befinner seg lokalt i kommunen eller om den hentes inn via de nasjonale samhandlingsløsningene. På denne måten skal helsepersonell være trygge på at informasjonen de mottar er oppdatert, helhetlig og korrekt. Plattformen blir i praksis et behandlingsregister<sup>24</sup>, der informasjonen kan tas vare på og presenteres for helsearbeidere og innbyggere gjennom de ulike løsningene de benytter. Samtidig vil det være et grunnlag for at leverandørmarkedet kan utvikle og

<sup>23</sup> «Mottager» er i denne sammenheng innbyggere eller besøkende i kommunen som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester

<sup>24</sup> Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) §2d er et behandlingsrettet helseregister definert som pasientjournal og informasjonssystem eller annet register, fortegnelse eller lignende, der helseopplysninger er lagret systematisk, slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen, og som skal gi grunnlag for helsehjelp eller administrasjon av helsehjelp til enkeltpersoner

tilby et bredt spekter av løsninger i kontinuerlig utvikling. Sentralt i konseptet er det lagt et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet. Via en plattform skal berørte brukere med tjenstlig behov sikres tilgang til samme informasjonskilde, kun avhengig av hvem man er og hvilken rolle man besitter. Helsepersonell får tilgang til informasjonen gjennom sine sluttbrukerløsninger. Det er sluttbrukerløsningene som skal kommunisere med (hente fra og sende til) plattformen. Journalløsninger og andre applikasjoner kan fortsatt inneholde informasjon. Dette blir viktig for leverandørenes muligheter til å selge sine løsninger til andre kunder utenfor prosjektet. Løsningene må derimot tilgjengeliggjøre *relevant pasientinformasjon* til plattformen slik at det som skal deles er tilgjengelig for alle aktørene.

En plattform som kan lagre og sammenstille relevant pasientinformasjon for alle brukere i kommuner som omfattes av prosjektet kan ikke uten videre realiseres i dag. Dette handler i stor grad om juridiske utfordringer knyttet til å dele informasjon på tvers av mange virksomheter, samt manglende politiske, operasjonelle og økonomiske forutsetninger.

### **Juridiske rammer for deling av informasjon**

Pasientjournalloven regulerer muligheten for og plikten til å dele pasientinformasjon og §9 åpner for at to eller flere virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre, jf §8. Virksomhetene må i tilfelle inngå skriftlig avtale om hva samarbeidet omfatter, hvordan pasientens eller brukerens rettigheter skal ivaretas, hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres, og fordeling av dataansvar. En slik tilnærming *kan* sikre deling på tvers av tjenesteområder i to eller flere kommuner, også støttet opp av pasientjournalloven §19. Dette kan eksempelvis være dersom innbygger flytter til en annen kommune, eller når en kommune skal ivareta sørge for ansvaret for personer som oppholder seg i kommunen på ferie.

Dersom man ønsker samarbeid mellom mange kommuner og/eller helseforetak blir det svært krevende fordi lovverket fordrer at *hvert* juridiske subjekt (eks kommunene, fastlege mm) etablerer bilaterale avtaler. Så langt vi har bragt på det rene vurderte Helseplattformen å etablere en løsning basert på samarbeid etter §9 og §19, men fant at det ble for komplisert. For å sikre felles løsning valgte departementet i stedet å skrive et enkeltvedtak iht. Pasientjournallovens §9 andre ledd, som ble godkjent av Stortinget og som hjemler informasjonsdelingen mellom de ulike deltagerne, kommuner, helseforetak og andre.

Det grunnleggende målbildet er at alt helsepersonell og alle innbyggere skal ha tilgang til relevant pasientinformasjon der og når behovet oppstår. Vår konseptuelle beskrivelse representerer en idealisert modell, men det vil ta tid å realisere og det vil representere investeringer i en målestokk som det ikke er dekning for i dagens situasjon. På denne bakgrunn og med et ønske om å komme i gang raskt, foreslår vi en modell med konkrete og avgrensede utprøvinger basert på gjenbruk av etablerte nasjonale løsninger i første omgang i perioden 2023–2024. Dette skal skape verdi tidlig, men også ta oss i retning av et endelig målbilde. De ulike utprøvingene skal først og fremst bidra til å løse konkrete behov for helsepersonell. I parallell skal de bidra til å teste ut deler av målbildet for å verifisere at det kan realiseres. Utprøvingene er beskrevet i kapittel 6 og utdypet i vedlegg 6.

Gjenbruk av etablerte løsningsmønstre må gjøres i samarbeid med NHN. Prosjektet har sett på gjenbruk av løsningsmønstre som benyttes av «Pasientens prøvesvar» og «Velferdsteknologisk knutepunkt». Disse løsningsmønstrene vil utgjøre «plattformen» i tre av de fire foreslåtte utprøvingene. Det står ikke til hinder for å utforske andre «plattformer». Det legges også opp til en egen utprøving av ulike plattformløsninger. Hver utprøving baseres på at det etableres *en plattform* for den enkelte deltagende kommune («Kommunens hendelseslager»). Her lagres innholdet i utvalgte elektroniske meldinger som sendes til ulike aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik at det også kan deles med øvrige deler av kommunens tjenestetilbydere ved behov. I den grad det er ønskelig og mulig tilpasses lageret også til å lagre annen relevant pasientinformasjon. Ettersom delingen av informasjon skjer lokalt i den enkelte kommunen, og eventuelt overfor aktører med

kommunal driftsavtale<sup>25</sup>, vil det være mulig å etablere løsningen innenfor rammen av gjeldende lovverk.

En slik tilnærming vil være det første steget på veien fra dagens «en til en» kommunikasjon til en situasjon der relevant pasientinformasjon deles av mange.

### 3.2.3. Informasjonssikkerhet og personvern «by design» (3)

Informasjonssikkerhet skal ivaretas som en del av og et fundament for både plattformen og økosystemet som et hele. Vi må derfor sikre autentisering (hvem du er), autorisering (hvilke roller og rettigheter du har), og at all aktivitet loggføres. Dette er viktig for å oppfylle innbyggers rettigheter til innsyn og for å sikre at informasjonen kun behandles av de med tjenstlig behov.

Informasjonssikkerhet og personvern, samt anbefalte aktiviteter og tiltak beskrives mer utfyllende i Vedlegg 5, samt bilag 5.1 og 5.2.

### 3.2.4. Kommunikasjonslag (4)

For at informasjon skal kunne utveksles må det finnes et kommunikasjonslag, og det må være mest mulig standardisert og entydig. Lagring og utveksling av pasientinformasjon baseres på bruk av åpne internasjonale standarder (eksempelvis HL7 FHIR<sup>26</sup>, SNOMED CT<sup>27</sup> og openEHR<sup>28</sup>) der det er mulig og hensiktsmessig. Dagens sluttbrukerløsninger (med integrert lokal lagring), må kunne sende og motta pasientinformasjon til og fra plattformen. En første forutsetning for dette er en detaljert beskrivelse og avklaring av hvilken informasjon som er relevant og delingsverdig, samt hvilke kontekstuelle opplysninger som må inkluderes med de ulike informasjonselementene.

Til sammen utgjør nummer 1,2,3 og 4 i figur 4 det prosjektet omtaler som *plattformen*.

### 3.2.5. Samspill med nasjonale løsninger - NHNs digitale samhandlingsplattform (5)

Plattformen må samspille med de nasjonale tjenestene i NHN sitt økosystem; helsenettet, kjernejournal, e-resept, Helsenorger osv. Det foreligger også en uttalt forventning om at eksisterende eller planlagte nasjonale løsninger skal gjenbrukes inn mot plattformen. Program Digital Samhandling (PDS) i regi av Direktoratet for e-helse i samarbeid med NHN, er også en viktig del av dette samspillet.

Den felleskommunale FIKS-plattformen, som driftes av KS Digitale fellestjenester (DIF), leverer i dag mer enn 20 ulike fellestjenester til kommunene. Den har bla. vært viktig i arbeidet med pandemi-håndteringen og smittesporingsarbeidet. Det skal gjøres en felles vurdering av muligheten for å benytte også denne plattformen som ledd i realisering av målbildet. Dette arbeidet vil bli gjennomført i samarbeid med DIF og det legges til grunn at det er ferdig i løpet av januar 2023.

---

<sup>25</sup> Private virksomheter uten kommunal driftsavtale vil falle utenfor omfanget for våre utprøvinger.

<sup>26</sup> HL7 FHIR er en fritt tilgjengelig standard som ble utarbeidet for å møte krav til integrasjon mellom virksomheter og mot moderne teknologi som mobil- og skytjenester. Vil bli brukt i nasjonale e-helseløsninger og har god støtte for interoperabilitet mellom virksomheter

<sup>27</sup> SNOMED CT er en omfattende terminologi som brukes til å beskrive kliniske konsepter. Den er valgt som standard i Norge og brukes i Helseplattformen

<sup>28</sup> openEHR er en e-helseteknologi bestående av åpne spesifikasjoner, kliniske modeller og programvare, som kan brukes til å lage åpne informasjonsplattformer for helsevesenet

### **3.2.6. Leverandører skal levere sluttbrukerløsninger (6)**

Sluttbrukerløsningene (journalløsninger eller andre applikasjoner) som helsepersonellet bruker som arbeidsverktøy skal fortsatt leveres av markedet. Løsningene bør være gode på prosessering og presentasjon av informasjon, og støtte prosesser for dokumentasjon av bruker- og pasientinformasjon. Samtidig må løsningene på sikt utvikles for å sikre at relevant informasjon lagres til informasjonsplattformen, slik at de kan utveksles uavhengig av hvilken sluttbrukerløsning som benyttes.

Leverandørenes ulike løsninger skal benytte den samme informasjonen via plattformen. Det fjerner neppe behovet for lokal lagring, men relevant pasientinformasjon skal deles. Det forutsettes også at det på sikt utvikles og tilbys sømløse arbeidsflater, der helsepersonell kan bevege seg fra en løsning til en annen på en måte som gjør at det «oppleves» som om de fortsatt arbeider i samme løsning når de kommer inn i ny brukerflate. Pasientinformasjonen må være tilgjengelig uten ny pålogging (single sign-on). Pasient- eller brukerkonteksten beholdes over i nye arbeidsflater slik at helsepersonellet unngår nytt søk på pasient eller bruker. Dette sparer tid og minsker risiko for feilsituasjon ved uheldig sammenblanding av pasientinformasjon.

For å kunne gjennomføre utprøvinger må de eksisterende sluttbrukerløsningene videreutvikles og tilpasses slik at de kan nyttiggjøre den delte informasjonen. Det betinger at all utprøving må skje i samarbeid mellom kommune(r), næringsliv (leverandører av relevante sluttbrukerløsninger), NHN og prosjektet. Utprøvingene forutsetter aktiv deltagelse fra dagens leverandører av sluttbrukerløsninger gjennom alle prosjektfaser. I tillegg er det ønskelig å se på muligheten for å slippe til nye leverandører, som ikke nødvendigvis leverer hele journalsystem.

Prosjektet registrerer en svært positiv utvikling hvor leverandørene gir tydelig uttrykk for at de er beredt til å ta ansvar, til å delta i utvikling og at de har avsatt nødvendige ressurser for å levere på de behovene som sektoren har. Det er en åpen hånd som vi trenger og som vi med glede tar imot. Dersom noen i markedet i tillegg bidrar med løsninger som realiserer en reelt åpen plattform er det veldig fint. Spørsmålet er ikke hvem, men hva og hvordan. Stikkordet er en åpen plattform – for alle.

### **3.2.7. Aktørene i økosystemet (7)**

Økosystemet skal realiseres i et mangfoldig aktørlandskap. Det er tre hovedgrupper av aktører i økosystemet. Helsepersonell er helt sentrale brukere og premisgivere. En annen viktig gruppe er innbyggerne i kommunen. I tillegg vil leverandørene, både i det private markedet og offentlige tjenesteleverandører, spille en sentral rolle. Øvrige aktører i økosystemet kan være kommuneledelse inkludert interkommunal ledelse, aktører som utvikler digital støtte for tjenester, aktører som ønsker å bruke informasjon om/fra digitale tjenester for forbedring, analyse, forskning og lignende samt omkringliggende aktører som staten, interesseorganisasjoner (bla. KS) og lignende.

### **3.2.8. Markedsplassen skal bidra til å samordne kommunene og sikre kundemakt (8)**

Punkt 6 og 7 utgjør det prosjektet omtaler som markedsplassen.

Markedsplassen er en arena som skal bidra til større grad av samordning og samarbeid mellom leverandører og kommunene i økosystemet. Markedsplassen skal styrke arbeidet med et felles journalløft, men erstatter på ingen måte leverandørenes roller og ansvar i å levere velfungerende sluttbrukerløsninger.

Markedsplassen skal være en møteplass for kommuner, organisasjoner og leverandører, basert på frivillighet, det vi kaller innovasjonsarenaen. Her kan brukerbehov, ideer og forslag deles, foredles og eventuelt utvikles til grunnlag for utprøving og løsningsutvikling. Her kan man også dele og hente erfaringer knyttet til utvikling, implementering og drift av ulike løsninger. Til sist kan det også være en arena for vurdering av prosesser rundt avvikling av løsninger som nærmer seg «end of life».

Ved at enkeltaktører gis mulighet til å dele ideer og brukerbehov legges det til rette for samarbeid om utvikling av felles grunnlag for utvikling og fornyelse. Man skal også kunne «melde seg på», eller forespørre om aktive samarbeid med andre. Målet er et levende samarbeid om felles behovsgrunnlag og innsyn i nye muligheter, som utgangspunkt for evaluering og utvikling av sluttbrukerløsninger. Innovasjonsarenaen er helt sentral for å konsolidere kundemakt gjennom samarbeid. Tanken er at det også vil gi leverandørene økt brukerinnsikt og større trygghet for nytten i ulike utvikling- eller fornyingstiltak.

Det må etableres generelle vilkår for deltagelse i økosystemet og for bruk av tjenestene på markedsplassen, samt en prosess for å kvalifisere aktørene på bakgrunn av vilkårene. Økosystemet bør etableres som en tillitsmodell for eksempel etter modell av helsenettet. På den måten slipper man å etablere bilaterale avtaler, men kan forholde seg til felles avtaleverk mot ett definert tillitsanker.

Gjennom markedsplassen er målet at det gjennomføres felles anskaffelser, så langt det er ønskelig og hensiktsmessig og i den grad det er mulig innenfor rammene av gjeldende konkurranseregler. Dette kan eksempelvis være i forlengelsen av et forutgående kundesamarbeid om felles behovsbeskrivelser. Målet er å avlaste både kommuner og leverandører for ressurskrevende og enkeltvise anskaffelsesprosesser per kommune. Modellen for en slik løsning er ikke endelig på plass, og det må vurderes videre hvilke ulike former for samarbeid som vil være hensiktsmessig. Prosjektet har sett på bruk av rammeavtaler og «Dynamisk innkjøpsordning», men det er ikke landet en endelig løsning som også svarer tilstrekkelig på bredden av behov. Dette vil inngå i videre arbeid med oppdatering av plan for markedsplassen.

Målet er en modell hvor kommunene i så stor grad som mulig kan velge ønsket løsning ut fra en løpende oversikt over hvilke sluttbrukerløsninger økosystemet til enhver tid tilbyr. Kunde- og leverandørforholdet går fortsatt mellom den enkelte leverandøren og kommunen.

Markedsplassen skal også inkludere mulighet for test og utprøving av nye løsninger iht. rammeverket for økosystemet. Det skal etableres en sandkasse<sup>29</sup> for utvikling og utprøving av leverandørenes løsninger som gir leverandørene tilgang til enkle tjenester for verifisering av at sluttbrukerløsningene oppfyller vilkårene for økosystemet, for eksempel krav til informasjonsutveksling. Drift og forvaltning av sandkassen kan leveres av plattformleverandør.

## 4. INTERESSENER

Involvering og forankring av prosjektets arbeid er avgjørende for at prosjektet skal lykkes gjennom videre faser. Prosjektet vektlegger involvering og forankring mot definerte målgrupper (interessenter) i sitt arbeide. Hensikten er å bidra til en mest mulig felles forståelse for hva prosjektet skal levere, hvilken nytte det skal gi og hvordan arbeidet er tenkt gjennomført.

Prosjektet har identifisert de viktigste interessentgruppene i det videre arbeidet. Disse vil vi involvere direkte i prosjektet (eksempelvis samarbeidskommuner og KS), men involvering av andre interessentgrupper vil også ha stor betydning gjennom hele utprøvsperioden (2023-2024).

Det må gjøres fortløpende interessentanalyser gjennom hele prosjektets levetid. Interessentanalysen gir en beskrivelse av hvordan interessentene skal prioriteres, informeres og involveres på en god og tillitsskapende måte.

---

<sup>29</sup> «Sandkasse»: en felles utprøvs-løsning der applikasjonsleverandører kan gjennomføre smidig utvikling, testing og pilotering av nye løsninger, og de kan endre eller tilpasse eksisterende løsninger. Sandkassen er et kontrollert og isolert testmiljø og skal så langt det er praktisk mulig være en logisk kopi av et operativt driftsmiljø. Dette beskrives i vedlegg 3.

Samstyringsmodellen for digitalisering i kommunal sektor vil være sentral i prosjektets videre kommunikasjons- og forankringsarbeid. KS fag- og prioriteringsutvalg for e-helse vil stå særlig sentralt - samt de regionale digitaliseringsnettverk og nettverk for utbredelse av e-helseløsninger.

### Prioriterte interessentgrupper

Interessentlisten med underpunkter nedenfor er ikke uttømmende, men viser de mest sentrale interessentene. Enkelte interessenter/interessentgrupper vil kunne veksle mellom å være aktører (direkte involvert i prosjektet) eller interessenter gjennom ulike faser av prosjektet.<sup>30</sup>

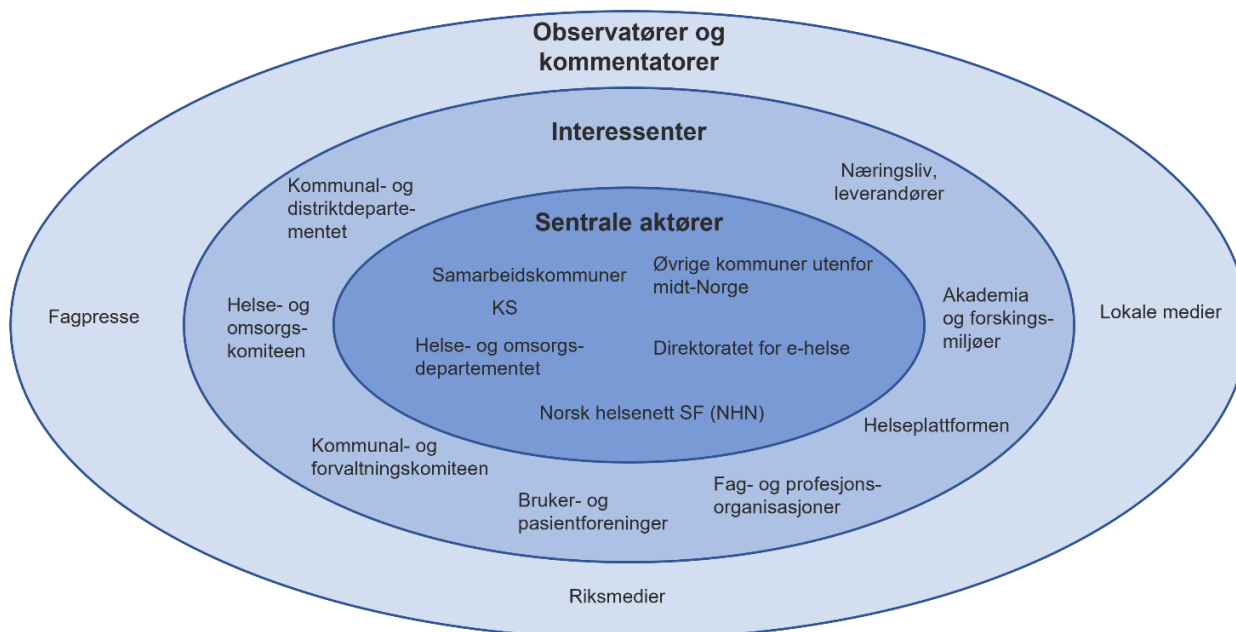
<b>Interessenter som er identifisert som mest relevante for det videre kommunikasjons- og forankringsarbeidet</b>	
Primære interessenter (direkte involvert i prosjektet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeidskommuner               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommunedirektørene/helse- og velferdsledere</li> <li>○ Ordførere og lokalpolitikere</li> </ul> </li> <li>• Utprøvningskommuner               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommunedirektørene/helse- og velferdsledere</li> <li>○ Ordførere og lokalpolitikere</li> </ul> </li> </ul>
	<p>I tillegg prosjektets øvrige samarbeidspartnere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KS</li> <li>• Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)</li> <li>• Direktoratet for e-helse</li> <li>• Norsk helsenett SF (NHN)</li> </ul>
Sekundære interessenter (vil påvirke eller kunne bli påvirket av prosjektet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Øvrige kommuner utenfor helseregion Midt-Norge               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommunedirektørene/helse- og velferdsledere</li> <li>○ Ordførere og lokalpolitikere</li> </ul> </li> <li>• Bruker- og pasientforeninger</li> <li>• Fag- og profesjonsorganisasjoner</li> <li>• Stortingets helse- og omsorgskomite</li> <li>• Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD)</li> <li>• Stortingets kommunal- og forvaltningskomite</li> <li>• Helse direktoratet</li> <li>• Universitets- og forskningsmiljøer</li> <li>• Næringslivet inkl. leverandørmarkedet</li> <li>• Regionale og lokale helseforetak (RHF-ene, HF-ene)</li> <li>• Helseplattformen AS</li> <li>• Media               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Riksmedier</li> <li>○ Regionale og lokale medier</li> <li>○ Fagpressen</li> </ul> </li> </ul>

Tabell 8: Prioriterte interessentgrupper

<sup>30</sup> Pasienter, innbyggere, sluttbrukere og enkeltstående fagpersoner er ikke tatt med i oversikten nedenfor, men blir involvert gjennom etablerte prosesser, samt i de enkelte utprøvningsprosjektene etter behov.



Relasjonen mellom de ulike interessentene i utprøvsperioden kan beskrives slik:



Figur 6 Interessent-oversikt

Så snart innholdet i den første perioden i gjennomføringsfasen er definert, vil det gjøres en ny interessentanalyse for å sikre involvering og forankring av aktuelle interessenter.

Leverandørmarkedet/næringslivet vil inngå i utprøvsperioden sammen med kommunene, prosjektorganisasjonen og NHN (se bilag 7, punkt 1).

Når prosjektet går over fra første utprøvsperiode til videre arbeid med å realisere målbildet, vil de øvrige kommunene utenfor helseregion Midt-Norge kunne bli primærinteressenter, avhengig av deres involvering i det videre arbeidet.

## 5. RAMMEBETINGELSER OG AVHENGIGHETER

Dette kapitlet beskriver de viktigste rammebetingelsene og avhengighetene som ligger til grunn for å nå målene beskrevet i kapitlene 1 og 2. De sentrale rammebetingelsene for prosjektet og løsningen er som tidligere omtalt gitt i St. Prop. 1S (2020-2021) og St. Prop. 1S (2021-2022), samt i de styrende dokumentene for selskapet Felles kommunal journal interim AS. I vedlegg 1 gis en grundigere gjennomgang av de viktigste lovene, forskriftene og annet relevant rammeverk for prosjektet og løsningen.

Prosjektet som skal lede gjennomføringsfasen må til enhver tid forholde seg til gjeldende rammer og retningslinjer. Prosjektet må også forholde seg til gjeldende samarbeids- og tjenesteavtaler, samt koordinering med virksomheter og programmer hvor det er viktige avhengigheter. Eksempler på slike områder kan være samarbeidskommuner, KS og KS digitale fellestjenester, Norsk helsenett SF, Direktoratet for e-helse eller programmene for digital samhandling og pasientens legemiddelliste.

Direktoratet for e-helse fikk i 2022 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede innholdet i en helseteknologiordning<sup>31</sup> i samarbeid med Helsedirektoratet og KS, og det forventes at ordningen vil utgjøre en viktig ramme og potensiell finansieringskilde for prosjektets utprøvningsprosjekt i gjennomføringsfasen.

Som kommunesektorens organisasjon, jobber KS blant annet for å samordne kommunenes interesser på helsefeltet med et særlig ansvar for digitaliseringsfeltet. Det er derfor viktig at aktiviteter, planer og dialog- og kommunikasjonsaktiviteter koordineres tett og fortløpende med KS.

## 5.1. Juridiske vurderinger

Som en del av arbeidet med Felles kommunal journal har det blitt innhentet noen juridiske vurderinger i forhold til konkurranseretten og regelverk for statsstøtte. Utredningsarbeidet har ikke identifisert noen hindre i disse regelverkene i forhold til å realisere prosjektet. Hvordan de juridiske rammevilkårene kan tilfredsstilles, avhenger av hvilken organisasjons- og finansieringsmodell som velges. Prosjektet beskriver på konseptuelt nivå en markeds plass som vil kunne endre hvordan kommunene kjøper digitale journalløsninger. Reglene om offentlige anskaffelser og statsstøtte vil uansett legge premisser for modellen som velges.

Et særskilt spørsmål i prosjektet er hvordan markeds plassen vil kunne tilfredsstillere kravene til konkurranse og kunngjøring i anskaffelsesregelverket. Vi har i samarbeid med innkjøpsfaglig kompetanse vurdert ulike modeller, spesielt bruk av rammeavtaler og Dynamisk innkjøpsordning (DPS), etter forskrift om offentlige anskaffelser §§ 26-4 til 26-7.

Utredningsarbeidet konkluderer så langt med at rammeavtaler fremstår som uhensiktsmessige, og at det er en del uavklarte spørsmål knyttet til en felles innkjøpsordning som må vurderes nærmere i den videre konkretiseringen av markeds plassen.

Plattformen må kunne ivareta sentrale oppgaver som å lagre, dele og sammenstille informasjon. Dette er fullt mulig så lenge delingen skjer innenfor samme juridiske subjekt (dvs. virksomhet). Det samme er ikke tilfelle når det gjelder deling mellom ulike juridiske subjekt (eksempelvis mellom kommuner, eller mellom kommuner og helseforetak). Deling av informasjon mellom to eller flere virksomheter forutsetter egne bilaterale avtaler mellom partene. Det er en modell som er grei for mindre og bilaterale samarbeid, men som fort blir svært kompleks og krevende med økende antall deltagere. Eksempelvis valgte departementet å utarbeide et enkeltvedtak for Helseplattformen som hjemler informasjonsdeling mellom de berørte virksomhetene. Hvis man skal oppnå et målbilde der informasjon kan deles internt i en kommune og på tvers av alle 291 kommuner i prosjektets omfang og også med relevante berørte helseforetak, vil det enten forde et tilsvarende enkeltvedtak, eller eventuelt endringer i det juridiske rammeverket. Utfordringene knyttet til dette er beskrevet videre i vedlegg 4 og det er verdt å presisere at det uansett er utfordringer som vil ligge et stykke frem i tid.

## 5.2. Sentrale rammebetingelser for prosjektet

Rammebetingelser defineres som summen av de ulike forholdene som legger begrensninger eller åpner for prosjektets mulighet til å kontrollere/styre og realisere sitt virke og dermed sin løsningstilnærming.

---

<sup>31</sup> Helseteknologiordningen er et initiativ fra Støre-regjeringen som skal bidra til å avlaste risiko og stimulere kommunene til å investere i bedre journalløsninger og velferdsteknologi. Direktoratet for e-helse skal i samarbeid med KS og Helsedirektoratet utarbeide forslag til rammer for ordningen som forventes iverksatt tidligst fra og med budsjettåret 2024.

<b>Gjeldende lover, forskrifter og regelverk</b>	Prosjektet skal til enhver tid operere innenfor rammene av gjeldende lover, forskrifter og regelverk, herunder også bransjenormen Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren.
--	---

Tabell 9: Gjeldende lover, forskrifter og regelverk

<b>Statsbudsjettet 2021 St. prop. 1 S (2020-2021), side 28</b>	<i>«Regjeringen foreslår en bevilgning i 2021 til programaktiviteter i felles kommunal journalløsning for kommunene utenom helseregion Midt-Norge og samhandlingsløsninger mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Tiltaket vil gi bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige tjenester av høy kvalitet.»</i>
--	---

Tabell 10: Statsbudsjettet 2021

<b>Statsbudsjettet 2022 St. prop. 1 S (2021-2022), side 30</b>	<i>«Felles kommunal journal er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom KS, kommunesektoren og staten. KS vil høsten 2021 etablere et heleid aksjeselskap som vil ivareta videre programaktiviteter og utredningsarbeid frem til et beslutningsgrunnlag legges frem for kommuner for videre veivalg. Regjeringen har satset på å forbedre og styrke de nasjonale samhandlingsløsningene for å bidra til at nødvendig informasjon om pasienten er tilgjengelig for helsepersonell på en trygg, rask og effektiv måte.»</i>
--	--

Tabell 11: Statsbudsjettet 2022

<b>Vedtekter for Felles Kommunal Journal Interim AS 11.10.2021 § 4 – Realisering av formål</b>	<p>Selskapet skal utøve sin virksomhet på en måte som realiserer følgende formål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreføre prosjektarbeidet med å etablere grunnlaget for stegvis realisering av Felles kommunal journal inklusive anskaffelses-, løsnings- og gjennomføringsstrategi. Prosjektarbeidet skal tydeliggjøre hvordan realiseringen av FKJ skal organiseres, finansieres og styres, herunder utrede selskapskonstruksjoner samt former for fremtidig virksomhet samt øvrige gjenstående punkter påpekt av KS og kommuner gjennom vedtak i Nasjonalt e-helsestyre. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med foregangskommuner, KS, Direktoratet for e-Helse og Norsk helsenett SF. Målet er å utvikle et oppdatert og eksternt kvalitetssikret styringsdokument med klare anbefalinger til veien videre iht. kravene i statsbudsjettet for 2021, samt et fyllestgjørende beslutningsgrunnlag for deltagende kommuner, KS og Helse- og omsorgsdepartementet for å ta stilling til videre veivalg</li> <li>• Gjennom samarbeidsprosjektet for FKJ sørge for utvikling av nødvendig grunnlag for den fremtidige organiseringen, herunder forberede etablering av et evt. nytt selskap med kommunalt majoritetseierskap, forutsatt at</li> </ul>
--	---

	<p>beslutningsgrunnlaget gir en positiv anbefaling om å videreføre arbeidet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I samarbeid med KS gjennomføre forankringsprosesser for FKJ mot alle interessenter, herunder også kommuner, fag- og interesseorganisasjoner og leverandørmarkedet.</li> </ul>
--	---

Tabell 12: Vedtekter for Felles Kommunal Journal Interim AS

I tillegg til ovennevnte rammer vil det også være andre forhold som kan påvirke hvordan løsningskonseptet må tilpasses de forventede omgivelsene når prosjektet realiseres. Dette gjelder både etablerte og kommende rammer. Det kan være internasjonalt og nasjonalt standardiseringsarbeid innenfor e-helse, føringer i form av internasjonale rammer og da kanskje særlig i forhold til EU/ EØS-systemet. Det vil også være nasjonale rammer som f.eks. KS og Regjeringens digitaliseringsstrategi Én digital offentlig sektor og føringene rundt det nasjonale økosystemet for digital samhandling, og sektorspesifikke strategier og planer innenfor e-helse nasjonalt og kommunalt som vil påvirke løsningskonseptet til prosjektet.

<b>Strategi og plan e-helse nasjonalt og kommunalt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitaliseringsstrategien Én digital offentlig sektor</li> <li>• Nasjonal e-helsestrategi (nåværende 2017-2022, ny fra 2023)</li> <li>• Felles plan og rammeverk - Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet</li> <li>• Prinsipper for utbredelse og samstyring innen e-helse</li> <li>• Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helse løsninger 2021-2026</li> <li>• Plan for internasjonale standarder 2021 –2024</li> <li>• Plan for felles grunnmur for digitale tjenester 2019-2023</li> <li>• I tillegg til ulike aktører som f.eks. NHN, Helsenorge og KS Digitale Fellestjenester sine strategier og planer</li> </ul>
--	---

Tabell 13: Strategi og plan e-helse nasjonalt og kommunalt

### 5.3. Sentrale avhengigheter for prosjektet

Parallelt med arbeidet i Felles kommunal journal pågår det arbeid i Direktoratet for e-helse, NHN, kommuner og hos andre aktører som vil kunne ha betydning for det videre prosjektet. I samarbeid med KS vil prosjektet måtte tydeliggjøre krav og forventninger til disse tiltakene der det er relevant.

Prosjektet er også avhengig av de nasjonale samhandlingsløsningene som NHN eier og forvalter, og i tillegg vil det være grensesnitt, avhengigheter og/eller synergier mellom blant annet følgende program, prosjekter og interessenter:

<b>Nasjonal e-helseportefølje</b>	<p>Program kodeverk og terminologi - Fellesspråk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisert og samstemt bruk av terminologi og kodeverk for bedre semantisk samhandling mellom aktørene i sektoren</li> </ul> <p>PDS: Program digital samhandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelegge for bedre digital kommunikasjon mellom sykehus, kommunale helse- og omsorgstjenester og fastleger. Jobber i første fase med: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TAG – Tillits tjenester, API og grunndata</li> <li>○ Pasientens prøvesvar - nasjonal tjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar</li> </ul> </li> </ul>
-----------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kjernejournal og dokumentdeling i kjernejournal</li> </ul> <p>PLL: Program pasientens legemiddelliste</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legger til rette for at informasjon om legemidler kan deles mellom ulike pasientjournalssystemer slik at rekvisiter kan ta i bruk e-resept og helsepersonell med tjenstlig behov får tilgang til pasientens legemiddelliste. Innsyn gjennom Helsenorge.</li> </ul> <p>Helsenorge – Innbyggertjenester:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelegge for informasjonsutveksling og interaksjon mellom innbygger og helsetjenesten.</li> </ul> <p>EPJ-løftet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bidrar til forbedring av IKT-verktøy i pasientbehandling for fastleger, avtalespesialister, fysioterapeuter og manuellterapeuter.</li> </ul> <p>Helseplattformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles elektronisk pasientjournal for Midt-Norge for hele helsetjenesten (helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører).</li> </ul> <p>Spesialisthelsetjenesten – journaler utenom helseregion Midt Norge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreutvikling og i større grad samordning av eksisterende journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i helseregionene Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst.</li> </ul>
<b>Eksisterende og nye leverandører</b>	Dagens kommunale sluttbrukerløsninger, herunder også leverandørene
<b>Nasjonale felleskomponenter</b>	Folkeregisteret Felles infrastruktur for e-ID i offentlig sektor
<b>Interessentene i prosjektet</b>	Se kapittel 4

Tabell 14: Sentrale avhengigheter for prosjektet

Listene over rammebetingelser og avhengigheter er ikke uttømmende.

## 6. GJENNOMFØRING

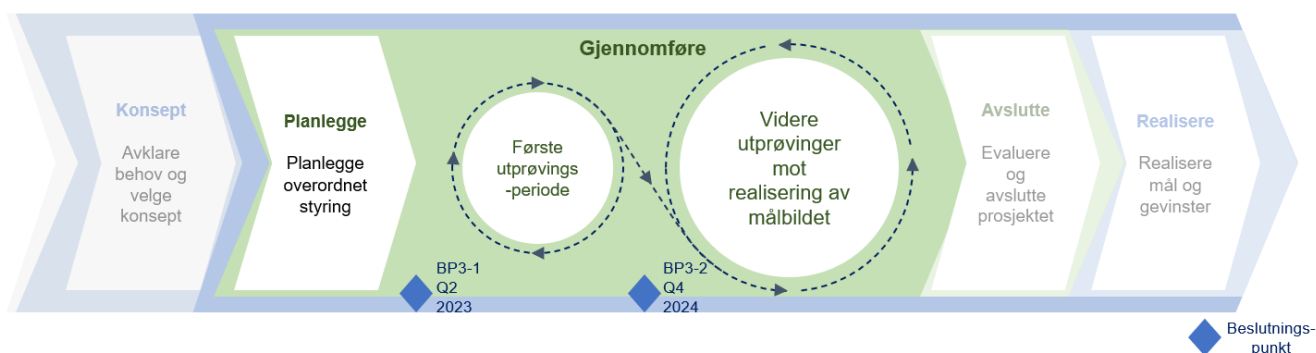
I dette kapitlet beskrives overordnet strategi for gjennomføring, for deretter å beskrive de to periodene i gjennomføringsfasen. Som tidligere beskrevet er det ikke noen grunnleggende skiller på de to periodene, men vi har sett det som hensiktsmessig med en milepæl underveis. Bakgrunnen er dels et behov for å beskrive en oversiktlig og håndterlig periode og dels at oppdelingen gir grunnlag for å vurdere om prosjektet skal videreføres eller ikke.

For den første perioden presenteres en relativt detaljert beskrivelse med fokus på noen foreslåtte utprøvinger. Utprøvingene i den første perioden beskrives med gjennomføringsmodell, plan for konkrete utprøvinger, skalering og utbredelse<sup>32</sup>, samt styring og oppfølging. Det beskrives også en prosess for evaluering og vurdering av grad av måloppnåelse og nytte per prosjekt, som grunnlag for en eventuell videreføring til neste periode.

For den andre perioden er beskrivelsen mer overordnet, men med fokus på videre arbeid med realisering av målbildet etter de første utprøvingene, samt forslag til arbeidsprosess.

### 6.1. Prosjektgjennomføring - overordnet

Styringsdokumentet er utarbeidet med bakgrunn i Prosjektveiviseren<sup>33</sup>, og fasene er inndelt som følger:



Figur 7: Prosjektveiviseren – faseplan

Dette styringsdokumentet har blitt utarbeidet i planleggingsfasen, som kulminerer i beslutningspunkt – BP3-1<sup>34</sup>, *Beslutte overgang til gjennomføringsfasene*. Der vil styret i FKJI AS ta stilling til om styringsdokumentet gir tilstrekkelig grunnlag for å anbefale oppstart av gjennomføringsfasen. Deretter er målet at styringsdokumentasjonen forankres gjennom prosesser i kommunene utenfor Midt-Norge og vedtak i kommunesektorens formelle organ, regionalt og nasjonalt.

Gjennomføringsfasen planlegges i to perioder, hvor første periode, utprøving, har planlagt oppstart i andre halvår 2023, med varighet ut 2024. Den påfølgende gjennomføringsperioden, er planlagt startet opp første halvår 2025. Planen for den andre perioden, vil bli utarbeidet gjennom 2023 og 2024, og oppdateres på bakgrunn av relevant erfaring fra utprøvinger. Den vil bestå av et oppdatert

<sup>32</sup> Med skalering og utbredelse mener vi tilgjengeliggjøring av allerede etablert løsning til nye kommuner.

<sup>33</sup> [Prosjektveiviseren | Digitaliseringsdirektoratet](#)

<sup>34</sup> [Prosjektveiviseren - Beslutte overgang til gjennomføringsfasene | Digitaliseringsdirektoratet](#)

styringsdokument, inkludert organisering, omfang, finansiering, strategier og planer beskrevet på et nivå som gjør at eieren kan ta stilling til om prosjektet skal fortsette.

I gjennomføringsfasen skal prosjektet gjennomføre planene og realisere strategiene som beskrives i dette styringsdokumentet. Hver utprøving representerer et isolert prosjekt, men legger samtidig i sum grunnlag for det som kommer etter, både hva gjelder nye utprøvinger og eventuelle etterfølgende perioder som skal bidra til å realisere målbildet. Mot slutten av hver utprøving og periode skal prosjektet sikre at prosjekteier får tilstrekkelig informasjon til å kunne evaluere arbeidet og resultatene. I tillegg skal det være et nytt beslutningspunkt (BP3-2) der prosjekteier tar stilling til om resultatene fra den første perioden, kombinert med det oppdaterte styringsdokumentet, gir godt nok grunnlag for å fortsette med realisering av målbildet.

Dette er et utviklingsarbeid som ikke har et endelig definert slutt punkt, men hvor evaluering og realisering av gevinster, både konkret for det enkelte prosjekt og i forhold til et endelig mål bilde, foregår kontinuerlig underveis i arbeidet. Dette vil ligge til grunn i alt arbeidet som gjennomføres stegvis i begge perioder.

Beskrivelse av de påfølgende fasene (Avslutning og Realisering, herunder også FDVU) gjøres ikke i denne versjonen av styringsdokumentet, men vil være en del av det videre arbeidet i gjennomføringsfasen.

### 6.1.1. Håndtering av risiko i prosjektet

Styring av risiko og usikkerhet skal legge vekt på identifikasjon og oppfølging av tiltak som bidrar til at prosjektet når sine mål. Risikobildet for første gjennomføringsperiode er beskrevet i delkapittel 7.6.

Styring av usikkerhet skal inngå i den regelmessige styringen av prosjektet på alle nivåer:

- Regelmessig planlegging og tilbakeblikk i teamene
- Oppfølging av leverandører
- Regelmessig håndtering av usikkerhet i ledelse av prosjektet
- Regelmessig oppfølging av usikkerhet i styringsgruppen

Risiko er forhold eller hendelser som kan inntreffe og påvirke oppnåelse av målsettinger for prosjektet. En risiko kan både være en trussel (negativ innvirkning) og en mulighet (positiv innvirkning).

Det overordnede målet for risikostyring i utprøvsperioden vil være å:

- Proaktivt (og så tidlig som mulig) forstå og adressere risikoer som interessenter identifiserer for programmets langsiktige samfunns mål
- Estimere og prise risikoer for å ivareta god finansiell usikkerhetsstyring
- Identifisere, klassifisere, analysere og håndtere risiko med tanke på å øke sannsynligheten for å levere på prosjektets resultat- og effektmål innenfor fastsatte rammebetingelser

Sannsynlighet		Beskrivelse
(0% - 5%)	<b>Meget liten</b>	Det er meget liten sannsynlighet for at situasjonen beskrevet i risikoområdet oppstår.
(6% - 24%)	<b>Liten</b>	Denne risikoen er mulig, men det har ikke oppstått før i lignende prosjekter av denne størrelsen, eller det har vært engangstilfeller der denne risikoen har oppstått.

(25% - 49%)	<b>Moderat</b>	Denne risikoen har oppstått noen få ganger med ujevne mellomrom før.
(50% - 74%)	<b>Stor</b>	Denne risikoen har oppstått flere ganger før.
(75% - 100%)	<b>Svært stor</b>	Denne risikoen oppstår som regel i denne type prosjekter, eller er en helt ny risiko som er overhengende for prosjektet.

Tabell 15: Risiko sannsynlighet

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

Tabell 16: Risiko konsekvens



## 6.2. Utprøvsperioden – overordnede rammer

I dette delkapitlet beskriver vi hvordan utprøvsaktiviteter i 2023 og 2024 kan benyttes i en stegvis gjennomføringsstrategi.

Basert på behovsbeskrivelsene i det tidligere Akson-prosjektet, samt innspill fra involvert helsepersonell, har prosjektet utarbeidet et sett med avgrensninger og rammer for utviklingen av konseptet. Disse rammene er etablert i tråd med Stortingets bestilling gjennom siste to års statsbudsjett (2021 og 2022).

En sentral forutsetning er at vi skal basere oss på en stegvis utvikling og en gradvis innføring. Det innebærer at vi så langt det er mulig skal utvikle løsninger i små, kontrollerte og reversible steg med relativt lav kostnad og tilsvarende risiko, og som skal gi konkret nytte for brukerne. Tilsvarende betyr det at nye løsninger kan innføres gradvis i takt med den enkelte kommunens behov og forutsetninger.

Et annet punkt i rammebeskrivelsen, med betydning for gjennomføring, er forutsetningen om gjenbruk av eksisterende løsninger og tjenester. Dette gjelder spesielt relevante nasjonale løsninger og infrastruktur. Her er NHN i en særstilling ettersom de allerede leverer flere grunnleggende nasjonale e-helse-tjenester<sup>35</sup> som benyttes av kommunene. Tilsvarende legger vi til grunn gjenbruk av sluttbrukerløsninger så lenge det er mulig og/eller nødvendig av hensyn til leverandørenes produktutvikling og kommunenes behov.

Samordning på tvers av kommuner, spesielt rundt behovet for tilpasninger og videreutvikling av sluttbrukerløsninger er stort. I dag er det i stor grad overlatt til dialog og samarbeid direkte mellom den enkelte kommune og dens leverandør. Gjennom markedsplassen har prosjektet beskrevet et konsept som kan bidra til økt samordning, bedre koordinering og økt innovasjonskraft i fellesskapet mellom leverandører og kommuner. Prosjektets rolle vil være tilretteleggende og bidra til koordinering og samordning av ulike initiativ på tvers av kommuner og leverandører, samt felles prioritering i samarbeid med KS, som allerede er gitt rollen med å ivareta dette. Etablering av en felles informasjonsskilde (det vi har kalt plattform) for deling av informasjon mellom ulike sluttbrukerløsninger er et viktig element for å bedre koordinering og videreutvikling av løsninger på tvers av kommuner og leverandører.

### 6.2.1. Anbefalt gjennomføringsmodell for utprøving

Hvert utprøvsprosjekt får en definert tidsperiode og en tydelig definert kostnadsramme. Det skal bidra til å skape forutsigbarhet, samt sikre riktig nivå, omfang og styring. Dette har vi definert som utprøvsperiodens ytre ramme. Den ytre ramme per utprøvsprosjekt er foreslått satt til 12 måneder, og 25 millioner kroner ( $\pm 50\%$ , varierende med omfang og kompleksitet). Ettersom utprøvsprosjektene

#### Avgrensninger

- Ivareta kommunenes behov for journalløsninger
- Bidra til sømløse arbeidsflater for helsepersonellet
- Utvikles og tilrettelegges for digital samhandling
- Understøtte helhetlige og gjennomgående arbeidsprosesser
- Gi kommunene reell valgfrihet
- Ivareta personvern og informasjonssikkerhet i løsningsdesign
- Gi innbygger en aktiv rolle i egen oppfølging og behandling
- Sikre leverandørene gode konkurransevilkår i et levende e-helsemarked

#### Rammer

- Realiseres gjennom en åpen plattformtilnærming
- Baseres på et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet
- Realiseres stegvis og innføres gradvis
- Gjenbruke felles nasjonale løsninger
- Inngå i et økosystem av løsninger, leverandører og alle typer brukere

<sup>35</sup> Tjenester som helsenettet, kjernejournal, e-resept, helsenorge.no samt tilgang til fysisk infrastruktur mv.

i all hovedsak må finansieres av deltagerne, vil dette bidra til å skape et realistisk bilde av hva man kan forventes å bidra med og hvor lenge.

Hvert utprøvningsprosjekt deles opp i tre faser:

- Forberedelser og innsikt
- Utvikling og utprøving
- Evaluering og videreføring

### **Forberedelser og innsikt**

Første fase er på maksimalt tre måneder. Hensikten er å konkretisere og forankre ett tydelig og felles mål hos de ulike prosjektdeltagerne. Intensjonen er å sikre optimale forutsetninger for å lykkes med prosjektet, og realisere forventet nytte. Det viktigste bør være å sikre tid til reelle utprøvinger og tilbakemeldinger. Brukerbehovene må være den sentrale, drivende kraften i utprøvningsperioden. Brukerbehovene må ivaretas gjennom en prosess der kommunene med sine helsefagmiljø definerer hva man skal oppnå i et bruker- og tjenesteperspektiv. Prosjektet må sørge for å gi tilstrekkelig tid og rom for å jobbe med innsikt i behov, og se på utvikling av arbeidsprosesser i et bruker- og tjenesteperspektiv. En kartlegging av det opplevde behovet hos sluttbrukerne, og hvilke de er, bør dokumenteres, slik at dette i evalueringsfasen kan danne et utgangspunkt for en brukerundersøkelse.

### **Utvikling og utprøving**

Det er satt av inntil åtte måneder til denne fasen. Basert på behov, konkret innretning og forventede mål må prosjektet bemannes med egnet personell fra de ulike deltagerne. Det forutsettes deltagelse fra (minst én) kommune og leverandør, NHN og gjennomføringsprosjektet. Det er sentralt å teste løsninger som utvikles i «virkelig drift» for å avdekke eventuelle problem/utfordringer og forutsetninger for videre skalering og utbredelse så tidlig som mulig. Det anbefales å gjennomføre fortløpende evaluering og tilbakemelding annenhver uke.

### **Evaluering og videreføring**

For den siste fasen i utprøvningsprosjektet er det satt av inntil én måned til evaluering av prosjektet og eventuell anbefaling om videreføring. Det legges også opp til en løpende tilbakemelding fra brukere underveis. Hvis tilbakemeldingene viser at det ikke er mulig å realisere forventede effekter, bør en eventuell terminering vurderes og gjennomføres på et så tidlig tidspunkt som mulig og ikke avvente evalueringsfasen. Underveis-tilbakemeldinger vil også oppsummeres.

I siste fase gjøres en grundig evaluering av oppnådd resultat. Gitt at denne viser at tiltaket vil realisere forventede effekter, kan prosjektet klargjøres for videre skalering og utbredelse der det er mulig og naturlig å spre til andre kommuner. I de tilfeller hvor forventede effekter ikke lar seg realisere, er også evaluering viktig. Hva som hindret måloppnåelsen og eventuelt bristende forutsetninger, må beskrives tydelig. Evalueringsfasen bør inkludere en brukerundersøkelse som ser på opplevd nytte opp mot kartlagt brukerbehov (fra forberedelse- og innsiktsfasene) og definerte indikatorer<sup>36</sup>.

Utfallet av evalueringen skal være en anbefaling på videreføring og dermed tilgjengeliggjøring, skalering og spredning til andre kommuner og brukere, eller en anbefaling på avvikling. Da må kommunen utvikle løsninger og tjenester og løsninger tilbakeføres til opprinnelig arbeidsmetodikk.

---

<sup>36</sup> Se kapittel 2.



og sist være begrensninger på hvor mange utprøvinger som kan pågå i parallell ettersom det også vil kreve ressurser fra næringsliv og NHH, i tillegg til fra kommunene og prosjektet.

De kommunale plattformene vil kunne motta informasjon, lagre den på egnet format, og tilgjengeliggjøre informasjonen via de sluttbrukerløsningene som tilpasses plattformen. Plattformtjenestene som utvikles gjennom utprøvingene skal som utgangspunkt kunne gjenbrukes og tilgjengeliggjøres enkelt for andre plattformer basert på samme løsningsmønster. Dette gjelder også plattformtjenester utviklet hos én kommune, som kan brukes av andre kommuner. For gradvis gjennomføring, forutsettes det at plattformen og tjenestene blir gjort tilgjengelig for andre kommuner som ønsker å ta dem i bruk. Dette er i tråd med målsettingen om *gradvis innføring*.

En forutsetning for effektiv utbredelse og gjenbruk, er at samtlige tjenester baseres på bruk av samme løsningsmønster. I tillegg er det viktig at utprøvingene skjer i samarbeid med leverandørene av journalløsninger slik at de kan tilpasse og ta i bruk tjenestene. Dette vil også muliggjøre skalering og utbredelse av vellykkede utprøvinger til andre av leverandørenes kunder. Så langt som mulig bør tjenestene utvikles slik at leverandørene unngår skreddersømtilpasning i den enkelte kommune. Det forutsettes at nødvendig avtaleverk er på plass for å støtte opp under en gradvis innføring av mer moderne løsninger i kommunene.

Den informasjonen som lagres for den enkelte kommune vil være kommunens eget ansvar. Strukturer som informasjonsmodell, grensesnitt og protokoller, vil være like på tvers av de kommunale løsningene når de er basert på felles nasjonal programvareinfrastruktur. Der hvor det ikke eksisterer etablerte standarder eller definisjoner, må det etableres i et samarbeid mellom de involverte aktørene.

Overgangen fra én-til-én kommunikasjon, hvor informasjon sendes direkte mellom to spesifiserte aktører, til én-til-mange, er felles for utprøvingene. Det betyr ikke at informasjon sendes automatisk fra én til alle, men at andre aktører som har tjenstlig behov kan finne og hente informasjonen fra en felles informasjonsplattform i den enkelte kommunen, gjennom oppslag. Det er viktig at de tekniske løsningene som benyttes i utprøvingene legger til rette for denne overgangen gjennom sentral og felles lagring i kommunen, og informasjonsutveksling mellom sluttbrukerløsninger.

Det må avklares nærmere hvor store endringer som er nødvendige i de enkelte sluttbrukerløsningene. Spesielt viktig er det å avklare hvor omfattende utvikling<sup>38</sup> som må til for at de aktuelle sluttbrukerløsningene kan sende informasjon via en kommunal plattform, og ikke utelukkende direkte til mottager som i dag. For å sikre skalering og utbredelse må informasjonsflyten for en enkelt kommune eller et tjenesteområde tilpasses til den enkelte utprøvingen, og ikke forutsette endringer på nasjonalt nivå. Avgrensninger og ansvarsdeling mellom ulike nasjonale samhandlingsløsninger må avklares for den enkelte utprøvingen.

Ved å bruke flere mindre utprøvinger som gjennomføringsstrategi, er det mulig å begrense omfang, risiko og kostnader. Dette gir også større rom for justeringer og økt fleksibilitet underveis i gjennomføringen. Verdi- og nyttebetraktninger av utprøvingene er viktige faktorer for om løsningen skal gjøres tilgjengelig for øvrige kommuner.

Prosjektet vil tilrettelegge for og koordinere de ulike utprøvingene og de deltagende partene. Prosjektet er også en kilde til deling av erfaringer, justeringer og etablering av beste praksis for utprøvinger og læring, både for videre utprøvinger og for skalering og utbredelse.

Ytre ramme for hver enkelt utprøving er estimert til maksimalt 12 måneder og 25 millioner kroner ( $\pm$  50 % varierende med omfang og kompleksitet). Dette skal gi forutsigbarhet og vil sikre at den enkelte

---

<sup>38</sup> Eksempelvis må det innledningsvis vurderes om det må utvikles eller tilpasses nye e-meldinger for disse formålene.

utprøvingen får et egnet omfang. Det gir også de involverte bidragsyterne konkrete og like forutsetninger, slik at en enkelt utprøving ikke legger beslag på en for stor andel av de totale ressursene. Samtidig er hver utprøving unik, så kostnader og omfang vil variere. Det vil være nødvendig å definere kostnadsrammer og avklare nærmere fordeling og involvering mellom partene innenfor de ytre rammene. Hver utprøving må ha en troverdig plan, et realistisk budsjett og omforente forventninger til nytte- og læringseffekt.

Videre utprøvinger utover de fire som er beskrevet kan følge samme tilnærming og metodikk, som er utdypet i vedlegg 6. Tilnærmingen bør evalueres og justeres fortløpende basert på tilbakemeldinger og erfaringer fra de foregående utprøvingene.

Verdi- og nyttebetraktninger av utprøvingene er avgjørende for videre skalering og utbredelse. Innføring og bruk vil være opp til den enkelte kommunen i samspill med deres leverandør. Realisering av nytte vil avhenge av leverandørens evne til å tilpasse sluttbrukerløsningene slik at de nyttiggjør det som utvikles. NHN har også en sentral rolle i å etablere den enkelte kommunes plattform og oppkobling mot kommunens sluttbrukerløsninger.

I en videre skalering og utbredelse, kan prosjektet ha rollen som koordinator og tilrettelegger mellom NHN, kommunene og næringslivet. Dette kan gjøres i samarbeid med KS gitt deres nasjonale rolle på digitaliseringsområdet, samt kommunesektorens nettverk for utbredelse på e-helseområdet i samarbeid med regionale digitaliseringsnettverk. Det må etableres avtaler mellom de ulike deltagerne i utprøvingen. En fremtidig realisering av markedsplassen, som beskrevet i vedlegg 3, vil kunne bidra til å forenkle arbeidet med avtaler og anskaffelser. Gjennom innovasjons- og erfaringsarenaen, og aktivt innkjøpssamarbeid vil markedsplassen kunne styrke helhetlig og koordinert aktivitet og frita aktørene for unødig prosessarbeid.

Forberedelser til innføring krever innsats fra flere aktører, spesielt deltagende kommune(r) og løsningsleverandør(er). God innsikt i lokale forhold i den enkelte kommunen er avgjørende for å kunne avdekke eventuelle spesielle utfordringer. Forberedelsene vil variere fra kommune til kommune, avhengig av hvilket tjenesteområde som skal innføre nye løsninger. Det må forventes endringsarbeid på interne systemer og strukturer, samt tilpasning i arbeidsform. For hver tjeneste som utvikles og anbefales videreført, skal det utarbeides en beskrivelse av hva som forventes før videre innføring.

Samordning og prioritering av ulike innførings- og utprøvingstiltak blir svært viktig. Kapasitetsbegrensninger hos enkeltaktører vil fort kunne representere flaskehals i gjennomføring av tiltakene. Prosjektet, gitt rollen som koordinator, vil kunne avdekke dette i samarbeid med berørte aktører.

En optimal innføring og utbredelse skjer ikke øyeblikkelig, men stegvis og gradvis. Dette skaper rom for justeringer, erfaringsutveksling, forbedringer, bedre kapasitetsutnyttelse over tid og i siste instans også muligheten til å reversere feil valg. Det vil derfor være naturlig å etablere kø og planer for videre utprøvinger og innføring basert på tydelige og transparente kriterier for prioritering. Der det vil kreve vesentlig omstilling av kommunen/tjenesten, må det være gjennomført før oppstart for å redusere risiko for forsinkelser, kostnadsøkninger eller andre problemer.

### **6.2.3. Styring og oppfølging av utprøvingene**

Koordinering og styring av utprøvingene i perioden 2023 og 2024 er en oppgave som må håndteres i en sentralisert modell. Prosjektet vil kunne ivareta denne oppgaven overfor utprøvingene i sin helhet, og for hver enkelt utprøving. Utprøvingene foreslås organisert etter modell av programkontor i regi av prosjektet, ledet av en utprøvingsansvarlig. Hovedansvaret for den enkelte utprøvingen tillegges gjeldende kommune (vertskommune), men med nødvendig bistand fra prosjektet der det er hensiktsmessig. Dette beskrives nærmere i kapittel 7.

Den enkelte utprøving vil være et samarbeid mellom kommunale, statlige og næringslivs-aktører. En felles styring og koordinering av utprøvingen ivaretar forutsigbarhet og gode rammer for de involverte aktørene. Videre utbredelse og innføring fordrer også koordinering, spesielt når det skjer i parallell med utprøvingsaktiviteter. Felles tilrettelegging og koordinering fra prosjektet vil bidra til å skape et helhetlig bilde av aktivitetene og et felles perspektiv på effektivitet, risiko, omfang og kompleksitet.

Prosjektet har ikke mandat eller myndighet til å foreta beslutninger på vegne av de involverte aktørene, hverken samlet eller hver for seg. Hver aktør må foreta selvstendige beslutninger, men prosjektet kan bistå med å koordinere slike prosesser på vegne av samarbeidet og, i samarbeid med KS, sørge for at disse forankres i sektoren.

### 6.3. Videre utprøvinger

Prosjektet legger til grunn at målbildet for informasjonsplattformen realiseres gjennom stegvis utvikling av støtte for informasjon- og samhandlingsbehov gjennom mindre utprøvinger. I kapittel 2.3.2 er de ulike resultatmålene for det videre arbeidet med realisering av målbildet.

Det endelige målbildet for prosjektet er at relevant pasientinformasjon skal være tilgjengelig for helsepersonell, innbyggere og andre aktører med legitime behov, der og når behovet oppstår og uavhengig av kilde. Gjeldende juridisk forutsetninger (nærmere beskrevet i vedlegg 4) hindrer ikke en slik løsning, men det vil rent praktisk være tilnærmet umulig å realisere. For Helseplattformens del, hvor informasjon deles på tvers av alle deltagende kommuner, helseforetak og andre helseaktører i regionen, endte man med at departementet skrev et enkeltvedtak som ga de nødvendige rettigheter og som Stortinget godkjente våren 2022. Det kan være en aktuell tilnærming også for kommunene og helseforetakene utenfor helseregion Midt-Norge. Alternativt bør spørsmålet om tilpasninger i gjeldende regelverk reises overfor Helse- og omsorgsdepartementet.

Regelverket må også legge til rette for lagring av informasjon i lengre tidsperioder enn det de nasjonale samhandlingsløsningene tillates i dag. Norske kommuner er forpliktet<sup>39</sup> til å oppbevare innbyggers helseopplysninger så lenge det ikke antas å bli bruk for dem og minimum ti år etter en pasients død

I EU-systemet jobbes det nå med en forordning for et felles europeisk område for helsedata (European Health Data Space<sup>40</sup> (EHDS)). Tanken er at denne forordningen skal gjelde fra 2025. Forordningen legger tydelige føringer for deling og sammenstilling av helseopplysninger på tvers av aktører og land. Som alle EU-forordninger vil denne også måtte implementeres som norsk lov, men hvordan den konkret vil virke vet vi foreløpig ikke.

En videreføring av utprøvinger som beskrevet i delkapitlet over, vil bedre samhandling og informasjonsutveksling internt i en gitt kommune. Det vil også kunne forenkle deling av informasjon mellom ulike behandlere og tjenestenivå i kommunen. Det legger også til rette for utveksling av informasjon mellom ulike foretak (kommuner og helseforetak). Det er foreløpig ikke gitt at en videreføring av utprøvinger vil kunne realisere det endelige målbildet om en felles informasjonskilde som lagrer, sammenstiller og tilrettelegger for informasjonsdeling. Det er avgjørende at plattformen etableres så den har tilstrekkelig teknologisk fleksibilitet til å håndtere tilpasninger og tilstrekkelig forutsigbarhet for å kunne danne et solid grunnlag for varig informasjonsutveksling.

---

<sup>39</sup> Dette følger av pasientjournallovens §25 og helsearkivforskriftens §17. Dette er også beskrevet i bilag 5.1.

<sup>40</sup> European Health Data Space er en forordning for deling av helseopplysninger på tvers av EU-land. Forslaget til forordning.

### 6.3.1. Anbefalte gjennomføringsmodeller

Som utgangspunkt legges de samme forutsetninger, rammer og styringsmodeller som er beskrevet for første periode til grunn også for denne perioden. Der erfaring fra utprøvningsprosjekt, markeds- og teknologiutvikling eller andre forhold gir grunnlag for det vil prosjektet tilpasse rammene til dette. En ny og vesentlig oppgave i denne fasen er forvaltning av etablerte løsninger. Utviklingsarbeidet starter i første periode av gjennomføringsfasen, men vil ikke ha noen definert sluttdato før en eventuelt «end-of-life» situasjon.

Når plattformen inneholder informasjonselementer som omfatter hele primærhelsetjenesten, vil målbildet i realiteten være realisert. Det må likevel forventes videreutvikling av både informasjonsmodellen og tjenesteområdene, og ikke minst brukergrensesnittene (sluttbrukerløsningene). En slik utviklingen må skje i tett dialog med leverandørmarkedet. Et tett samarbeid med nasjonale myndigheter rundt bruk og implementering av ulike standarder vil bli viktig for å sikre interoperabilitet, spesielt der nåværende standarder ikke er tilstrekkelig dekkende for fremtidige behov. Markedsplassen legger til rette for at aktørene i økosystemet kan samhandle og samarbeide om denne utviklingen.

Journalløsninger vil fortsatt kunne lagre lokalt og benytte ulike informasjonskilder direkte for å presentere gode arbeidsflater til helsepersonell. Plattformen etableres som en kilde til informasjon, ikke som en erstatning for lokal lagring i helsepersonellens systemer.

Det er for tidlig å si sikkert om utprøvningsprosjekter alene er tilstrekkelig til å realisere det endelige målbildet, men det vil bevege oss i retning av målbildet og gi viktig læring om hva som eventuelt mangler.

### 6.3.2. Forutsetninger

For å realisere målbildet, er det mest hensiktsmessig at det etableres en konsolidert logisk informasjonskilde<sup>41</sup> for kommunene utenfor helseregion Midt-Norge. Det er også i tråd med og en beskrevet forutsetning for å realisere målene omtalt i forarbeidet til pasientjournalloven. Der legges følgende til grunn:

*«Utviklingen mot en løsning som oppfyller målene i Én innbygger – én journal skal realiseres gjennom flere parallelle spor: felles journalløsning i Midt-Norge, mer samordnet utvikling av pasientjournalløsningene i de tre øvrige regionale helseforetakene og felles journalløsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten utenfor helseregion Midt-Norge»*

(Fra Prop. 91 L (2021-2022) Endringer i pasientjournalloven - 08.04.2022) (Vår utheving)

Den underliggende teknologien til en konsolidert kilde kan baseres på gjenbruk av eksisterende løsninger<sup>42</sup>, utvikles, anskaffes i markedet eller realiseres i en kombinasjon av disse tilnærmingene. Store nasjonale teknologiprojekter som baseres på utvikling fra bunnen av bør kun vurderes dersom det verken er mulig å gjenbruke eksisterende eller lignende løsninger, eller eksisterer tilsvarende produkter tilgjengelig i markedet.

Våren 2022 gjennomførte prosjektet en markedsundersøkelse som viste at det allerede eksisterer relevante teknologier som benyttes i flere plattformsløsninger og -produkter i andre lands

---

<sup>41</sup> Dette kan være en løsning som sammenstiller informasjon fra de ulike kommunale plattformene, eller en løsning som er en felles plattform for kommunene.

<sup>42</sup> Med eksisterende løsninger mener vi eksempelvis «Pasientens prøvesvar», Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) og FIKS-plattformen

helsesektorer. Resultater er mer utfyllende beskrevet i bilag 6.3 (unntatt offentlighet). Vi er også kjent med pågående initiativ i det norske leverandørmarkedet i retning av mer åpne plattformer. I sum gjør dette at det er grunn til en betinget optimisme i forhold til fremtidige muligheter.

Funksjonalitet for lagring, kilder, konvertering og tjenester utvikles i sammenheng. Evne til å lagre relevante opplysninger for et aktuelt tjenesteområde eller brukerreise er helt sentralt. For å sikre en helhetlig tilnærming bør utprøving og utviklingsarbeid ta utgangspunkt i behovene i en spesifikk brukerreise. Vi legger for øvrig til grunn at fremtidige løsninger normalt sett er skybasert. Prosjektet legger til grunn at lagring – også skybasert – skjer fysisk plassert i Norge.

Tilgang til informasjon og kommunikasjon med plattformen går via et kommunikasjonslag som alle sluttbrukerløsninger benytter. Innbygger er tenkt å gis innsyn i, og kontroll med, bruken av opplysningene via helsenorge.no og eventuelt kommunens egne portaler/applikasjoner.

Det er for tidlig å konkludere med hvilken plattformteknologi eller løsning som vil tilby tilstrekkelig fleksibilitet og et forutsigbart grunnlag for ønsket informasjonsutveksling. Resultatene og erfaringene fra utprøvningsprosjektene vil bidra til å berike og tydeliggjøre et slikt grunnlag.

Etablering, utvikling, konfigurasjon, drift og vedlikehold av en felles nasjonal informasjonskilde fordrer en organisasjon med betydelig og erfaringsbasert kompetanse og kapasitet fra lignende oppgaver, i tillegg til teknologisk kompetanse på selve plattformteknologien. Spesifikk domenekompetanse om primærhelsetjenesten og deres behov, kunnskap om øvrige løsninger, både lokale og nasjonale, og generelt om helsesektoren er en fordel, men ingen forutsetning, for å kunne ivareta oppgavene. Det vil likevel være særdeles relevant for arbeidet med utprøvinger. Styrings- og samhandlingsmodeller er nærmere beskrevet i kapittel 7.

I kapittel 3.2 beskrives viktigheten og nytten av tillitsmodell og tillitsanker i et økosystem. Plattformer er kjernen i digitale økosystem, og forvalter av plattformen vil ha en særlig viktig rolle som premissgiver for alle deltagerne i økosystemet rundt plattformen. Vår anbefaling er at forvalter av økosystemet også har rollen som tillitsanker. Forvalter bør oppleves som en uavhengig og nøytral part relatert til øvrige aktører. Det innebærer bl.a. at man ikke inntar noen konkurrerende rolle overfor øvrige aktører. Erfaring med utvikling og forvaltning av fellesløsninger, nasjonale komponenter eller plattformer ansees derimot som, ikke bare uproblematisk, men faktisk en fordel.

Forvalter av økosystem og plattform vil ha en bred og omfattende kontaktflate mot leverandører av sluttbrukerløsninger og berørte kommuner. Basert på dette er det naturlig å legge til grunn at en nasjonal plattform bør utvikles og forvaltes av en nasjonal aktør med sammenfallende ansvarsområder. NHN er en av svært få slike aktører på nasjonalt nivå. Digitale fellestjenester (DIF) er et mulig alternativ på kommunalt nivå og prosjektet skal i samarbeid med DIF se på hvilke roller de kan spille i et fremtidig økosystem.

Forvaltning, drift, vedlikehold og videreutvikling (FDVU) av løsningene må håndteres i hele gjennomføringsfasen. I tråd med prosjektets rammer er det kun inkludert i beskrivelsen av den første perioden, ut 2024. En beslutning om videreføring av utprøvinger etter 2024 må inkludere en tydelig beskrivelse av et FDVU-regime for hele økosystemet.



## 7. STYRING OG ORGANISERING

Store digitaliseringsprosjekt er krevende og spesielt i et så komplekst og foranderlig landskap som helse- og omsorgssektoren. Realisering av prosjektets mål forutsetter derfor en organisasjon med tilstrekkelig kapasitet, og nødvendige kapabiliteter for å kunne realisere prosjektet i samarbeid med interessentene. Dette handler om teknisk kompetanse, innsikt i sektoren og relevant erfaring fra drift og forvaltning av store, komplekse og virksomhetskritiske løsninger og system. Det innebærer å planlegge, utvikle og prøve ut løsningene, før de driftsettes, mens de vedlikeholdes og når de tas i bruk i kommunene.

Som beskrevet tidligere i dokumentet, er det ikke realistisk å realisere hele målbildet i første periode. I dette kapitlet begrenser vi beskrivelse av styringsmodellen til å gjennomføre den første perioden av gjennomføringsfasen. Det betyr at styringsmodellen som presenteres i dette kapitlet ikke nødvendigvis er den samme som vil gjelde for den neste perioden, og heller ikke i en påfølgende drifts- og forvaltningsfase.

Kapitlet er delt i flere deler, der prosjektets plass i den kommunale og statlige samstyringsmodellen vises, før det kort beskrives hvordan vi ser for oss prosjektet organisert under det planlagte selskapet KS digitale fellestjenester AS (DIF AS). Til slutt presenteres en prosjektorganisasjon, før prosjektets utredning knyttet til samarbeid med NHN beskrives. Beskrivelsen av prosjektstyring og -organisering er tenkt så generisk som mulig og uavhengig av konkret eierorganisasjon.

Avslutningsvis presenteres identifisert risiko for de to periodene i gjennomføringsfasen.

### 7.1. Kommunal og statlig samstyringsmodell

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er et av fire strategiske grep som er trukket fram i Meld. St. 9 Én innbygger – én journal (2012-2013). Nasjonal rådsmodell for e-helse er en videreutvikling av en nasjonal styringsmodell for e-helse og ble etablert med formål å «samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren med behov for felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen»

Kommunal sektor deltar i nasjonal rådsmodell for e-helse gjennom representanter fra KS og kommuner oppnevnt av KS på vegne av kommunal sektor. Dagens styringsmodell består av Nasjonalt e-helseråd, NUIT (Prioriteringsutvalget) og NUFA (Fag- og arkitektur utvalget).

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<sup>43</sup>:

---

<sup>43</sup> Landsstyrevedtaket 2020: Landstinget gir KS en tydelig rolle i arbeidet med digitalisering

- 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

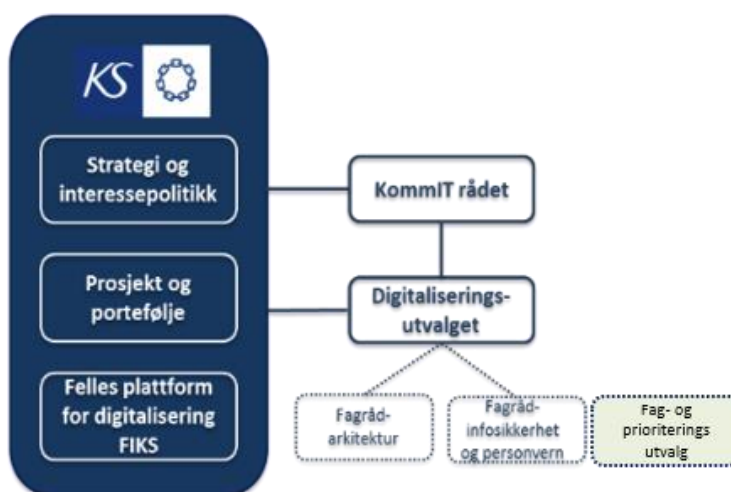
Regjeringen og KS har i tillegg gått sammen om en strategi for digitalisering av offentlig sektor med formål om at brukerne skal oppleve én digital offentlig sektor og som retningsgivende for arbeidet også på e-helseområdet. Strategien slår fast samstyringsprinsippene for samhandling mellom stat og kommunal 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



Figur 7: Kommunal styringsmodell

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.

### **7.1.1. 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 vi kan 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.

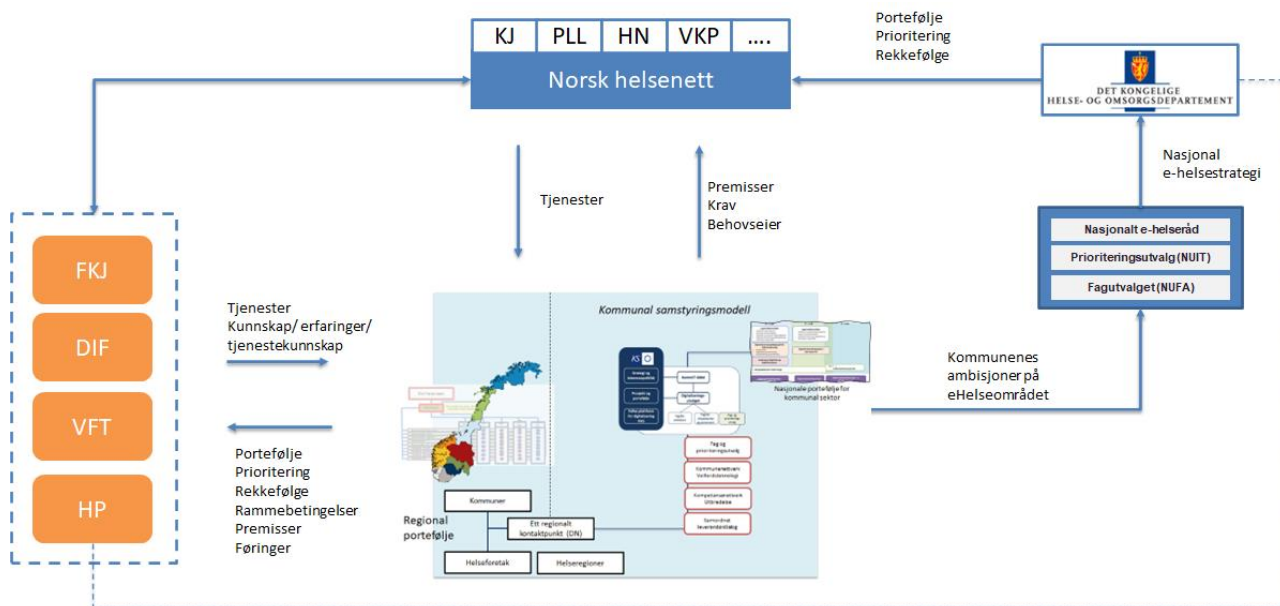
Hver region (i hovedsak fylkesvis inndelt) skal etablere og forvalte egen portefølje og plan på e-helseområdet, dette med utgangspunkt den nasjonale porteføljen supplert med egne regionvis tiltak. Den nasjonale porteføljen behandles i den kommunale samstyringsmodellen for digitalisering, og forutsettes 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.

### **7.1.2. Samstyringsmodellens relasjon til nasjonal rådsmodell for e-helse**

Den nasjonale rådsmodellen er rådgivende ovenfor Direktoratet for e-helse i sin styringsdialog med Helse- og omsorgsdepartementet og består av representanter fra helsetjenesten inkludert

spesialisthelsetjenesten, interesseorganisasjoner, fagorganisasjoner, og representanter fra KS og kommuner. Kommunerepresentantene er utpekt av KS etter innspill fra regionale kommunedirektørutvalg og digitaliseringsnettverk og sitter i nasjonal rådsmodell på vegne av kommunal sektor, ikke egen kommune. Den enkelte kommune er etter loven selvstendig retts- og pliktsubjekt med selvstyre innen de rammer Stortinget legger gjennom lov- og forskrift og økonomiske vilkår. og representantene har derfor ikke delegerede fullmakter ved deltakelse i den nasjonale rådsmodellen og kan ikke forplikte på vegne av sektor. Derfor er forankring og kommunikasjon vesentlig for å sikre kommunalt eierskap og posisjoner i forkant av behandling inn mot de ulike foraene.

### 7.1.3. Utøvelse av KS samstyringsmodell på e-helseområdet



Figur 9: KS samstyringsmodell på e-helseområdet

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

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

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

#### **7.1.4. Leverandørdialog**

En felles og samordnet leverandørdialog er et sentralt virkemiddel for å sikre felles og god leverandør oppfølging. KS jobber i samarbeide med medlemmene med å etablere en samordnet leverandør dialog 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.

#### **7.1.5. 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.

### **7.2. Etablering av KS digitale fellestjenester AS**

KS hovedstyre vedtok 19.mai 2022 å skille ut avdelingen Digitale fellestjenester i KS som et aksjeselskap. KS digitale fellestjenester AS (DIF AS) vil etter planen være etablert sommeren 2023.

Avdelingen leverer i dag rundt 15 tjenester til norske kommuner og fylkeskommuner, samt til kommunalt eide organisasjoner og statlige aktører. Alle kommuner og fylkeskommuner kjøper tjenester av DIF AS i dag. Nye produkter er under utvikling.

Selskapet vil være 100% eid av KS. Ettersom kommuner og fylkeskommuner ikke er med på eiersiden, vil det i tillegg til ordinære organer etter aksjeloven (generalforsamling, styre og daglig leder) etableres organer som sikrer medlemskontroll og -styring over sentrale prioriteringer i selskapet. Dette gjøres for å sikre ivaretagelse av kontrollkriteriet i anskaffelsesregelverket. Loven krever at offentlige rettssubjekter som anskaffer under unntaket om utvidet egenregi (at de ikke går ut i markedet og gjennomfører ordinære anskaffelsesprosesser, men snarere kjøper direkte fra en annen enhet) må kontrollere det rettssubjektet som man anskaffer fra. Å sikre medlemskontroll- og styring har, ut over juridiske hensyn, også en egenverdi.

Det vil derfor mest sannsynlig etableres et demokratisk valgt organ som sikrer at eierstyringen er representativ. KS sin etablerte samstyringsstruktur (KommIT-rådet, Digitaliseringsutvalget og andre tilhørende råd) vil benyttes i behovsstyringsprosessene for å skape medlemskontroll over de prioriteringer som gjøres for eksisterende og nye produktområder.

Strategisk avgrensning for avdelingen DIF er i dag innen følgende produktområder:

1. Overføre data
2. Tilgjengeliggjøre data
3. Innbyggertjenester
4. Fagsystemer (i begrenset grad)

Disse fire områdene ligger til grunn for etableringen av selskapet. Samtidig utelukkes ikke endringer i strategi for selskapet: «Utviklingen av DIF vil det være opp til kommunal sektor å vurdere, som del av

fremtidige eierstyringsprosesser.» (Konseptutredning. Fremtidig organisering av KS digitale fellestjenester, s18-21).

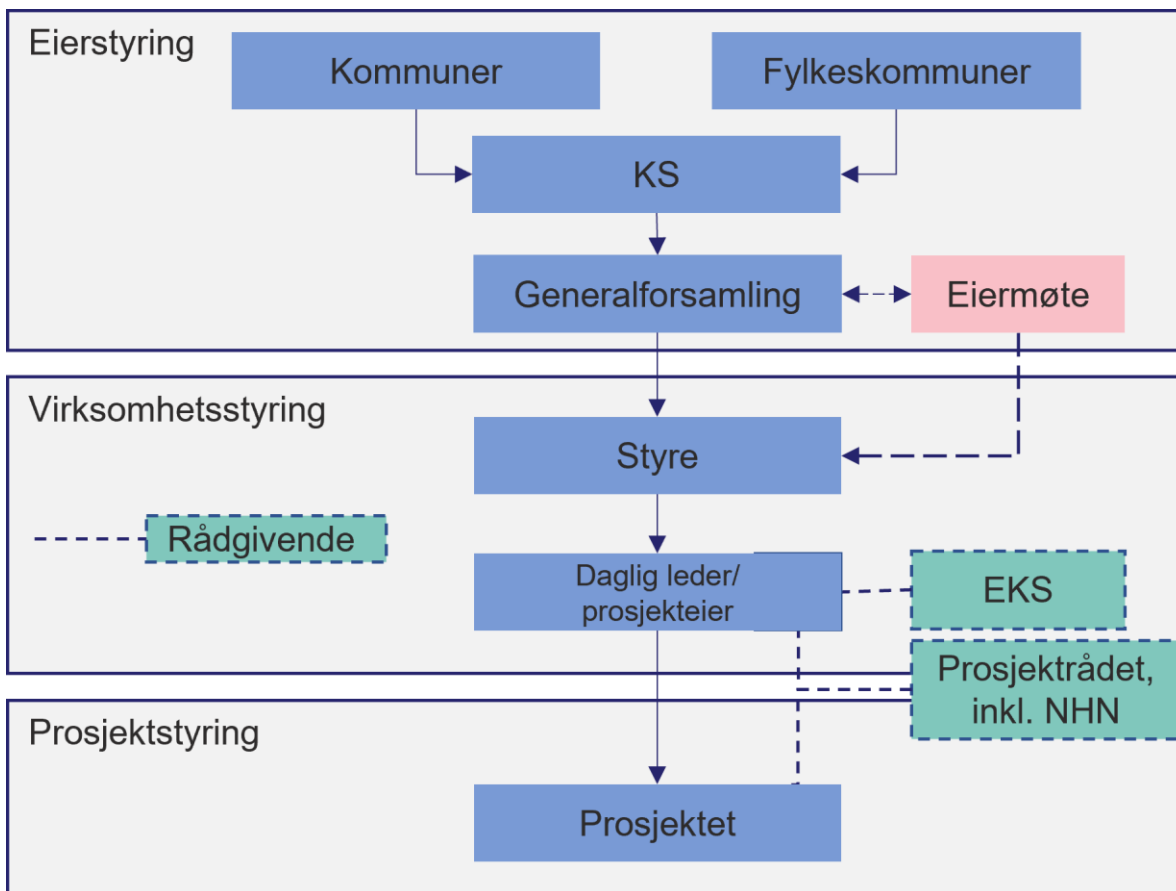
For øvrig, i forbindelse med utarbeidelsen av konseptutredningen, vurderte KS det også som hensiktsmessig å fortløpende vurdere om de veivalgene som gjøres i FKJ-prosjektet bør ses i relasjon til DIF AS: «Ettersom FKJ-prosjektet er i tidlig fase, er det for tidlig å si om et videreført arbeid i en gjennomføringsfase helt eller delvis vil legges til DIF, Norsk Helsenett eller andre samarbeidskonstellasjoner. Medlemsdialogen har vært tydelig på at det ikke bør etableres flere selskaper enn høyst nødvendig.» (Konseptutredning. Fremtidig organisering av KS digitale fellestjenester, s23).

Det er prosjektets oppfatning at en videreføring av prosjektet etter 30.06.2023 bør skje innenfor rammen av et selskap som har et formål som samstemmer med prosjektets mandat og mål. Slik vi leser og vurderer innretningen på DIF AS, som planlegges etablert fra sommeren 2023, anser vi det som et naturlig valg for å forankre en videreføring av prosjektet. Vår anbefaling er at prosjektet etableres som et prosjekt eller en avdeling i DIF AS og at innmaten i dagens interimsselskap (FKJI AS) overføres til DIF AS. Ettersom FKJI AS ikke har ansatte og all overskytende kapital per avviklingstidspunktet skal tilbakeføres staten ved Helse- og omsorgsdepartementet er det kun prosjektets planer, og eventuelle fysiske eiendeler som overføres. Vi anbefaler at dette tilpasses slik at en overføring som beskrevet kan skje som en del av prosessen med å avvikle FKJI AS.

Ledelsen i DIF AS i samarbeid med de to selskapenes eiere (hhv. KS og KS holding iht. plan) må bli enig om hvordan man håndterer prosjektdeltagere, oppbemanning med faste ansatte, finansiering og videreføring av gjennomføringsplaner. Vi vil anbefale at man ved overgangen til nytt selskap søker å bemanne prosjektet med fast ansatte så langt det er mulig. I denne sammenheng vil det også være en fordel om DIF AS er etablert før tidspunkt for avvikling av FKJI AS.

### **7.3. Styringsmodell**

Arbeidet med å avklare prosjektets eventuelle plass i det fremtidige selskapet KS DIF AS vil fortsette også etter at dette styringsdokumentet er sendt på innspillsrunde. Det legges derfor til grunn at selskapsstyringsmodellen for KS DIF AS vil danne styringsgrunnlaget for prosjektet.



Figur 10: Overordnet styringsmodell, inkludert potensielt andre avdelinger og prosjekter i samme organisasjon

Overordnet illustreres den foreslåtte styringsmodellen i figur 11. Fra styret til daglig leder foregår den viktigste og tetteste interaksjonen på virksomhetsstyringsnivå, mens prosjektstyringsaspektet fra prosjektleder til prosjektet for øvrig beskrives i delkapittel 7.4.

For å sikre aktiv eierstyring vil vi anbefale at det etableres en samstyringsmodell med grunnlag i en felles samarbeidsavtale som regulerer de deltagende partenes plikter og rettigheter. Dette har vært sentralt i realiseringen av Helseplattformen, og det anbefales at det etableres en tilsvarende samarbeidsavtalene mellom partene i dette prosjektet. Det må vurderes om det kun skal være en overordnet avtale for hele prosjektet, eller om det i tillegg skal etableres separate avtaler (med tilhørende beslutningsstruktur) per den enkelte utprøving. Vi vil anbefale det siste, dvs. en overordnet avtale med underliggende delavtaler per konkrete utprøvinger, men dette må det tas stilling til i en endelig videreføring av prosjektet. En slik samarbeidsavtale vil blant annet regulere:

- Deltagende parter
  - KS
  - Kommuner som deltar i de forskjellige utprøvingprosjektene
- Beslutningsstruktur
  - Beskrive hvordan de deltagende parter fatter beslutninger, inkludert organisering av eiermøtet (beskrevet nedenfor)
- Økonomiske forhold
  - Kostnadsfordeling mellom deltagerne, herunder både aktørspesifikke kostnader, felleskostnader og eventuelle avgrensinger

- Finansiering av kostnader i utprøvningsperioden
- På sikt også eventuelle kostnader knyttet til drift, forvaltning og videreutvikling
- Deltagende parter plikter og rettigheter
  - Bidrag med personell til prosjektets gjennomføring
  - Bidrag i beslutningsorganer
  - Tekniske forutsetninger

Det er viktig å understreke at den foreslåtte beslutningsstrukturen vil skille seg fra den som ligger til grunn for Helseplattformen AS på noen punkter. Likevel er de viktigste prinsippene knyttet til deres avtaler og styring relevante. Blant annet er det viktig å poengtere at Helseplattformen AS er et selskap med kun ett formål, mens dette prosjektet vil være ett av flere prosjekter og/eller avdelinger i KS DIF AS. I tillegg er HP AS et samarbeidsprosjekt for samspill mellom både spesialist- og primærhelsetjenesten, mens dette prosjektet er avgrenset til aktører i primærhelsetjenesten.

Eiermøtet:

Eiermøtet skal bestå av representanter fra de deltagende parter, til enhver tid definert i samarbeidsavtalen. Eiermøtet kan fatte beslutninger i alle saker som angår samarbeidet innenfor rammene av samarbeidsavtalen, men beslutninger som i tillegg krever beslutning av et bestemt organ hos den enkelte part (for eksempel generalforsamling i et AS) skal forelegges det aktuelle beslutningsorgan for endelig godkjenning. Basert på Helseplattformen AS sitt mandat foreslår vi følgende:

*«Eiermøtet er det øverste nivået i beslutningsstrukturen og består av representanter for KS og deltagende kommuner. Eiermøtet kan treffe beslutning i alle saker som angår samarbeidet innenfor rammen av Samarbeidsavtalen, herunder faglig innhold i løsninger, utvidelse av samarbeidet og oppgaveforskyvning.»*

Vi anbefaler at det etableres et tilsvarende eiermøte for prosjektet, og at styrets leder i KS DIF AS og daglig leder/prosjekteier møter som observatører.

Styret i KS DIF AS vil:

- Jobber for at prosjektet skal ha stabile rammebetingelser og god forutsigbarhet
- Skal sikre at prosjektet gjør gode prioriteringer og at prosjektet gjennomføres på best mulig måte i egen organisasjon
- Utarbeider instruks for daglig leder/prosjekteier

Daglig leder:

- Er prosjekteier for utprøvnings- og gjennomføringsprosjektet
- Har det endelige ansvaret for prosjektet, og skal bidra til prosjektets måloppnåelse innenfor rammene som er satt i styringsdokumentet
- Jobber for å sikre finansiering og nødvendige ressurser
- Er ansvarlig for at prosjektet leverer i henhold til målene, på en kostnadsbevisst måte.
- Utnevner, og utarbeider instruks for, prosjektleder

Styret og daglig leder/prosjekteier beslutter prosjektets overordnede prioriteringer innenfor mål og rammer som er beskrevet i dette styringsdokumentet og i forhold til den løpende dialogen med eiermøtet, med støtte fra prosjektleder. Dette skjer i hovedsak ved gjennomgang og revisjon av planen for prosjektet, og minimum hvert halvår, i tillegg til at det gir føringer knyttet til hvilke utprøvnings- og konseptforbedrende aktiviteter det skal arbeides med. Det kan også skje på bakgrunn av hendelser som har konsekvenser for overordnet plan og aktiviteter. Prioriteringene

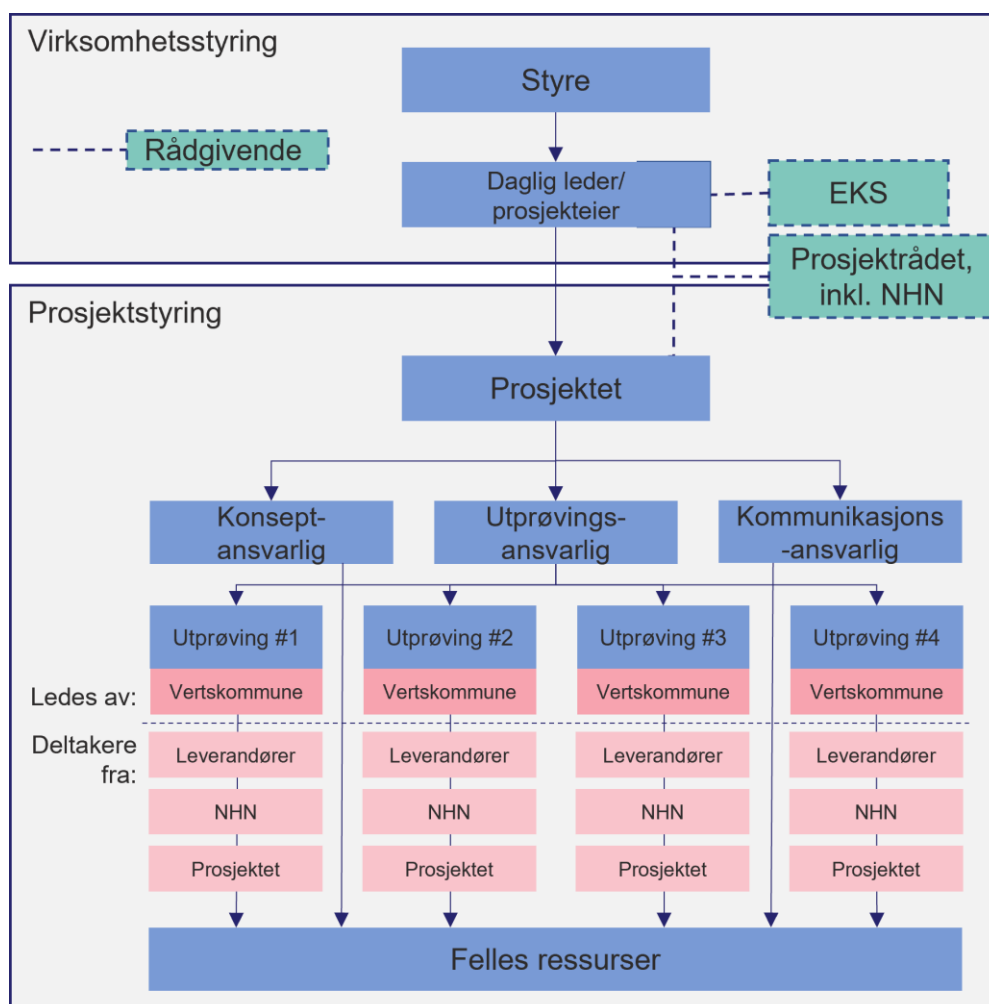


skal baseres på prosjektets effektmål slik at prosjektet til enhver tid prioriterer de aktivitetene som skal gi mest nytte i den innledende utprøvsperioden, og tilsvarende når prosjektet skal gå fra isolerte utprøvinger til utbredelse og skalering av fungerende løsninger.

Prosjekteier engasjerer ekstern kvalitetssikrer (EKS) som følger prosjektet. Kvalitetssikring gjennomføres ved viktige beslutningspunkter og etter behov etter nærmere avtale med prosjekteier.

For å sikre fortsatt god forankring og tett dialog med kommuner og sektoren ellers, anbefaler vi at prosjektrådet fra arbeidet med samarbeidsprosjektet FKJ videreføres. Prosjektrådet vil kunne gi anbefalinger til daglig leder/prosjekteier og prosjektleder, og på den måten både sikre ansvaret for eier og realisere en reell medbestemmelse og innflytelse. Sammen vil daglig leder/prosjekteier og prosjektrådet kunne gi råd og støtte til styrets arbeid, oftest i samarbeid med prosjektleder.

## 7.4. Prosjektorganisering



Figur 11: Prosjektorganisasjon, inkludert virksomhetsstyring

God prosjektstyring skal sikre effektiv operativ og administrativ ledelse av prosjektet, og prosjektet vil settes opp med mål om å oppfylle hensiktene oppsummert i delkapittel 2.3.2:

1. Prøve ut løsninger og konsepter som viser vei mot realisering av målbildet
2. Lære hva som fungerer og hva som ikke fungerer, i tillegg til hvilke effekter som kan oppnås
3. Gi innsikt i videre planleggingsarbeid

Hver av de fire hovedansvarlige i prosjektets ledergruppe (prosjektleder, konseptansvarlig, utprøvningsansvarlig og kommunikasjonsansvarlig) vil på forskjellig vis arbeide for å innfri disse målene, og vil trekke på de samme prosjektressursene. I tillegg vil hver enkelt utprøving bestå av en bredt sammensatt gruppe ressurser fra de viktigste aktørene i hver utprøving. Leverandørene av de aktuelle tjeneste og sluttbrukerløsningene, NHN med den tekniske plattformløsningen, prosjektet med støtte- og koordineringsressurser, og ledelse fra den eller de aktuelle vertskommunene i utprøvingen vil alle måtte delta for at en utprøving skal kunne gjennomføres. Alt dette vil være organisert under prosjektets utprøvningsansvarlig som har resultatansvaret for målene knyttet til utprøving.

### **Prosjektets ledergruppe**

Prosjektleder er ansvarlig for å:

- Etablere prosjektets ledergruppe
- Sikre at prosjektorganisasjonen har nødvendig kapasitet og kompetanse og fungerer effektivt
- Håndtere interessenter på en god og tillitsskapende måte
- Drive godt lederskap og skape gode relasjoner
- At prosjektet gjennomføres ut fra prosjekteiers definerte rammer samt styrets prioriteringer, samt at prosjektet koordineres godt langs de statlige og kommunale styringslinjene beskrevet i delkapittel 7.1
- Håndtere mål, rammebetingelser og planer
- Håndtere avvik og konflikter løpende, samt sikre at risikostyring ligger til grunn for vurderingene
- Melde fra så tidlig som mulig om avvik eller utviklingstrekk som står i fare for å kunne overskride tildelte rammer for tid, kost og/eller mål. Tilsvarende må prosjektkostnader og avtaler følges opp og styres
- Gjennomføre regelmessige møter internt i ledergruppen
- Etablere rutinemessig og periodisk oppfølging og rapportering til styret og prosjekteier
- Sikre åpenhet internt i prosjektet og med leverandører og interessenter
- Sikre at prosjektet arbeider på riktig måte. Det innebærer at det jobbes smidig og effektivt
- Ivareta økonomi, sekretariatsoppgaver og prosjektstyringsrutiner

De øvrige rollene i prosjektet er konseptansvarlig, utprøvningsansvarlig og kommunikasjonsansvarlig.

Konseptansvarlig vil:

- Jobbe med aktiviteter og tiltak knyttet til resultatmålene for konsept, altså videreføring av plattform og fullføring av markedsplanen
- Jobbe med å sikre og dokumentere læring fra utprøvingene

Utprøvningsansvarlig vil:

- Jobbe med å planlegge, gjennomføre og sikre læring, nytte og gevinst fra de forskjellige utprøvningsaktivitetene
- Sørge for at de forskjellige utprøvingene koordineres og at omfanget og aktivitetene styres i retning av å realisere prosjektets målbilde

Kommunikasjonsansvarlig vil:

- Jobbe med å sikre god ekstern kommunikasjon med prosjektets interessenter
- Jobbe med god interkommunikasjon i prosjektet

Alle områdene som dekkes av medlemmene i prosjektledelsen vil måtte kunne trekke på mange av de samme ressursene. Det er derfor viktig at prosjektgruppen består av en faglig sterk og variert gruppe mennesker som sammen vil utgjøre prosjektets kapasitet og kompetanse. Effektiv bruk av ressursene og god koordinering vil være prosjektlederens ansvar.

### **Kapasitet**

Prosjektet vil være omfattende og stille krav til at deltagerne arbeider effektivt og fleksibelt. Å bygge en prosjektorganisasjon med tilstrekkelig kapasitet som i seg selv er slagkraftig og i stand til å håndtere sine oppgaver, vil være avgjørende. En forutsetning for dette, er at det består av tilstrekkelig antall personer til at prosjektet kan gjennomføre alle sine oppgaver, i tillegg til at det må kunne håndtere og støtte prosjektets løpende forpliktelser i organisasjonen.

For at prosjektorganisasjonen skal være slagkraftig og i stand til å ta på seg ansvaret med å gjennomføre utprøvnings- og gjennomføringsløpet, i tillegg til videreutvikling av løsningskonseptet, må tilgjengelig kapasitet være stabil over tid. Det anbefales derfor at kapasitet og kontinuitet sikres gjennom ansettelse av nøkkelpersonell. For å dekke kapasitetstopper, spesiell kompetanse og for å sikre forankring anbefales det også å hente ressurser fra virksomheter med sammenfallende mål, i første rekke kommuner, fylkeskommuner, KS og statlige etater og foretak. I de tilfellene hvor slik rekruttering ikke er dekkende for behovene vil det være naturlig å leie inn ekstern bistand.

Hvor mye kapasitet prosjektet vil trenge for å gjennomføre de første utprøvningsaktivitetene og videreutviklingen av konseptet er videre beskrevet i kapittel 10.

### **Kompetanse**

Kravene til kompetanse i prosjektorganisasjonen vil være brede og stille store krav til hver enkelt deltager. Noen viktige fagområder er:

- Økonomi
- Erfaring med utprøving og utforskende prosesser
- Kjennskap til kommunesektoren generelt og hvordan kommuner og helsepersonell/helsearbeidere jobber spesielt
- System-/løsnings-/ og tjenestearkitektur
- Kommunikasjon, forankring og interessenthåndtering
- Prosjektledelse og -styring, estimering og planlegging
- Erfaring med drift og oppfølging av prosjekter i lignende organisasjoner – også inkludert typiske støttefunksjoner som sekretariat, IT og administrasjon.

Prosjektet må skaffe og utvikle kompetansen som gjør at sektoren opplever at den svarer på spørsmålet om hvem som kan gjennomføre et felles kommunalt journalløft. Det fordrer en organisasjon med stor gjennomføringsevne, riktig erfaring og et bredt akseptert mandat. Dette blir særlig viktig når prosjektet i det videre løpet skal være tilrettelegger og pådriver for at utprøvningsaktivitetene skal kunne tas ut til stadig flere kommuner.

## 7.5. Samspill med Norsk helsenett SF (NHN)

### 7.5.1. Tidligere utredning av alternative samarbeidsmodeller med NHN

NHN leverer i dag en rekke helt essensielle tjenester som både hver for seg og samlet utgjør en del av IKT-infrastrukturen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet legger til grunn at disse og tilsvarende fremtidige løsninger fortsatt skal tilbys kommunene. Dette er også i tråd med den sentrale føringen, blant annet i stortingets budsjettbehandling, om gjenbruk av nasjonale tjenester.

For å sikre den interne informasjonsdelingen i hver enkelt kommune, er det nødvendig at det finnes en plattform (i første omgang en per kommune, men på sikt også med målsetting om konsolidering mellom kommunene) som dels inneholder og dels sammenstiller (fra ulike kilder) relevant informasjon om pasienter og brukere, men også om andre forhold som er felles i en kommune og som må inngå for å sikre et velfungerende samspill mellom ulike tjenesteområder. Det er i samspillet mellom de ulike kommunale løsningene, den kommunale plattformen og NHN sine samhandlingsløsninger at vi kan realisere visjonen om «Én innbygger – én journal».

I foretaksrådet til NHN 24.01.2022 ga Helse- og omsorgsdepartementet selskapet i oppdrag å gå inn i et samarbeid med FKJ-prosjektet for å se på mulighetene for organisatorisk og operasjonelt samarbeid og mulig gjenbruk av eksisterende og planlagte løsninger. Departementet presiserte at dette også gjaldt en vurdering av et eventuelt organisatorisk samarbeid. I protokollen fra 27.01.2022 står det:

*«[Norsk helsenett skal] bistå Felles kommunal journal interim AS (FKJ) med å vurdere hvordan arbeidet med å utvikle og etablere felles kommunal journal kan organiseres, og hvilken rolle Norsk helsenett eventuelt kan og bør ha.*

*I arbeidet skal Norsk helsenett bidra til at det vurderes alternative modeller å involvere Norsk helsenett på, med og uten kommunalt medeierskap i hele eller deler av aktivitetene til Norsk helsenett.*

*Norsk helsenett skal i vurderingen av ulike alternativer for organisering av arbeidet og løsningsforslag ta hensyn til, og belyse konsekvensene for, Norsk helsenetts eksisterende oppgaveportefølje.*

*Det legges til grunn for arbeidet at det er kommunene som har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse. Fremdriftsplan for bistand til utredningen avklares med FKJ, som er ansvarlig for arbeidet.*

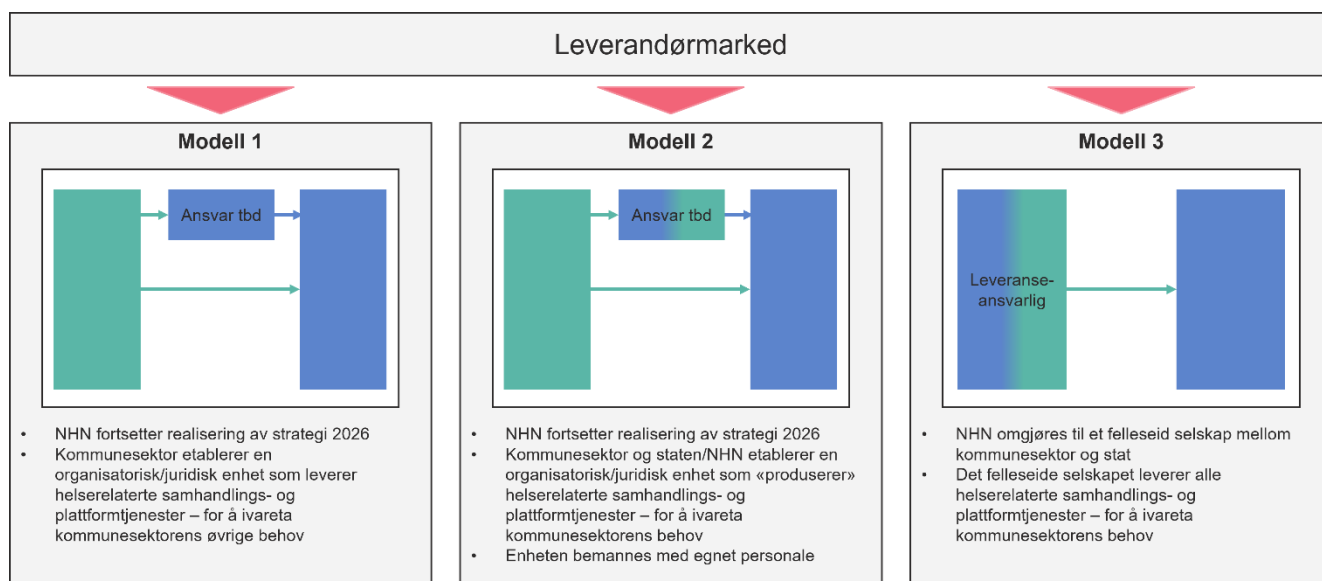
*Foretaksrådet ba statsforetaket om å rapportere på disse kravene i oppfølgingsmøtene.»*

Prosjektet, støttet av NHN, leverte 31.05.2022 en sluttrapport som inneholdt en utredning av tre forskjellige organisatoriske modeller (se bilag 6.1). I rapporten ble flere mulige samarbeidskonstellasjoner vurdert, og anbefalingen var NHN som den ønskede og mest hensiktsmessige partneren for å realisere prosjektet.

Forarbeidene i 2021, og samarbeidet med NHN våren 2022 viste at 80-90% av plattformløsningen (felles utgangspunkt realisert per kommune) kan utvikles med utgangspunkt i gjenbruk av NHNs eksisterende løsningsplattformer. Forskjellen er at det nasjonalt tilrettelegges for en plattform for den enkelte kommunen – der den enkelte kommunen er dataansvarlig – der de enkelte sluttbrukerløsningene en kommune anskaffer og gjør avtale med, kan samspille.

Det ble i sluttrapporten beskrevet tre ulike hovedmodeller for organisatorisk samarbeid mellom NHN og FKJ. Her presenteres de tre alternativene kort. Mer utfyllende beskrivelser finnes i bilag 6.1.

1. Rent kommunalt leveranseselskap (modell 1)  
NHN leverer helserelaterte plattforms- og samhandlingstjenester basert på helsetjenestens behov. Det er ingen form for sameie mellom kommunesektor og staten/NHN. Kommunesektor etablerer en organisatorisk/juridisk enhet som leverer løsninger og tjenester som er nødvendige utover de nasjonale tjenestene som leveres av NHN for å ivareta kommunesektorens samlede behov. I tillegg skal enheten etablere og drifte «markedsplassen». Enheten bemannes med eget personale. Dette kan være en nyopprettet enhet eller baseres på eksisterende, eksempelvis KS digitale fellestjenester (DIF).
2. Felleseid leveranseselskap NHN/kommunesektor (modell 2)  
Kommunesektor (kommunene, KS, DIF eller i kombinasjon) og staten/NHN etablerer en felleseid organisatorisk/juridisk enhet som leverer de løsninger og tjenester som er nødvendige utover de nasjonale tjenestene som leveres av NHN for å ivareta kommunesektorens samlede behov. Enheten skal sikre at «markedsplassen» etableres, driftes og forvaltes. Enheten bemannes med eget personale. Den juridiske enheten produserer egne tjenester, med NHN som mulig underleverandør på utvalgte områder.
3. NHN omgjøres til felleseid selskap med ansvar for alle leveranser (modell 3)  
NHN omgjøres til et felleseid selskap mellom kommunesektoren (kommunene, KS eller i kombinasjon) og staten. Det felleseide selskapet leverer alle helserelaterte plattforms- og samhandlingstjenester for å ivareta kommunesektorens samlede behov. Virksomheten har også ansvar for at «markedsplassen» etableres, driftes og forvaltes.



Figur 12: Alternative styringsmodeller, utredet i 'Rammer og muligheter for samarbeid og organisering kommunesektor og stat (NHN SF)'

Både i St. Prop 1S (2020-2021) og St. Prop 1S (2021-2022) fremheves at staten er villig til å gå inn som minoritetsaksjonær i et selskap med kommunalt majoritetseierskap. Anbefalingen i rapporten var å jobbe videre med å etablere et felleseid selskap mellom staten v/NHN og kommunesektoren (modellene 2 og 3). Om dette skulle være i form av enkeltkommuner eller KS på vegne av sektor ble det ikke tatt stilling til. Gjennom Felles kommunal journal interim AS har HOD vurdert kriteriet om kommunalt majoritetseierskap som oppfylt gjennom KS som eier.

I etterkant av rapporten har det vist seg at en organisatorisk løsning som baserer seg på statlig eierskap og ansvar ikke lenger har den nødvendige politiske forankringen som trengs for å fortsette prosessen langs hovedanbefalingens linjer, selv om prosjektet fortsatt isolert sett mener dette ville ha bidratt til størst gjennomføringskraft i arbeidet. At det måtte utredes alternativer til en slik løsning ble signalisert i politisk møte mellom HOD og KS 23.06.2022, og innebar sent i prosessen en betydelig endring i rammebetingelsene for arbeidet.

Denne manglende støtten til en felles selskapsløsning er gjort eksplisitt i regjeringens forslag til statsbudsjett for 2023, St. Prop. 1S (2022-2023), der det står:

*«Departementet viser videre til omtale i Prop. 1 S (2021–2022) der det står at statens videre rolle, herunder eventuell statlig minoritetspost i selskapet, skulle utredes nærmere. Norsk helsenett SF fikk i 2022 i oppdrag å bistå interimsselskapet med å vurdere hvordan arbeidet kan organiseres og hvilken rolle Norsk helsenett SF eventuelt kan og bør ha.*

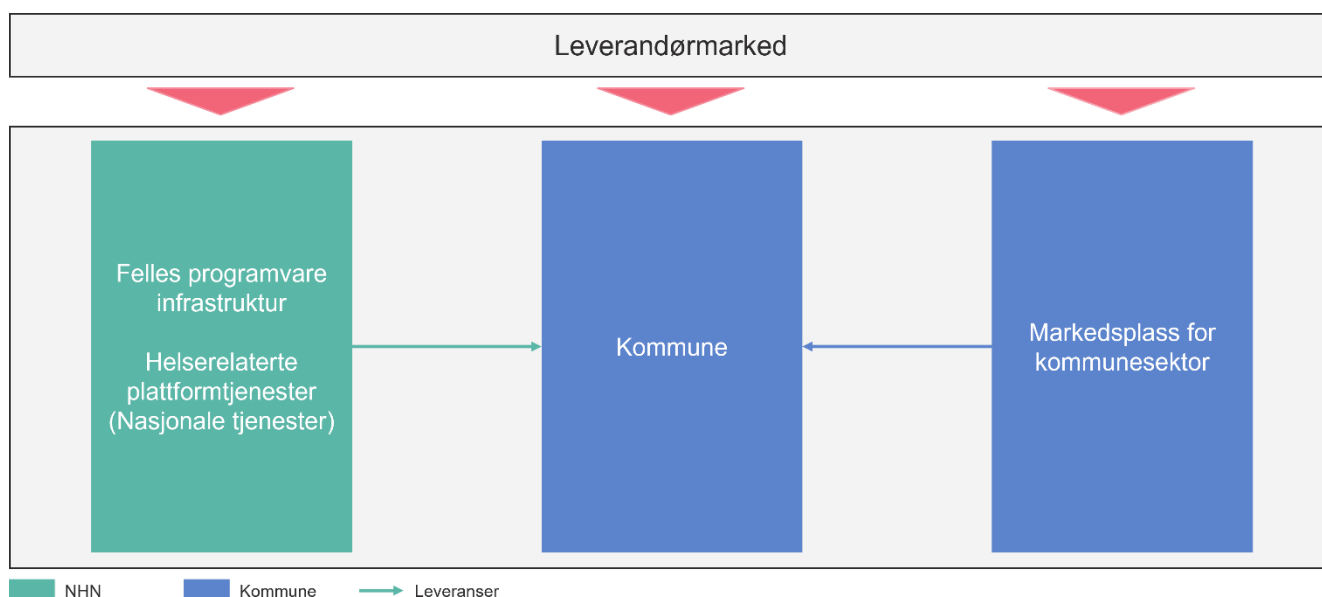
*Foreløpige planer fra interimsselskapet og Norsk helsenett SF innebærer mulighet for en løsning hvor staten ved Norsk helsenett SF skal inngå i et felleseid selskap med kommunesektoren. Regjeringen vurderer at risiko og kompleksitet med et felleseid selskap med kommunene er for stor, og at staten derfor ikke bør inngå i et slikt selskap.»*

Prosjektet eller KS er ikke gjort kjent med dypere vurderinger av dette risikobildet, men aksepterer at enhver regjering står fritt til å legge nye føringer for arbeidet selv om det prosjektmessig opplevdes krevende.

På denne bakgrunnen har forslaget om felles selskap ikke blitt videre utredet, men den faglige anbefalingen som lå i sluttrapporten (bilag 6.1) står fortsatt ved lag. Vi mener det ville vært fornuftig å vurdere de mulighetene som ligger i ulike former for felleseid selskap mellom staten og kommunesektoren og at det er verdt å ha i mente dersom det politiske handlingsrommet skulle endres.

#### **7.5.2. Modell 4: Plattform som en nasjonal tjeneste**

Utredningsarbeidet våren 2022 endte, som beskrevet over, med at ingen av de tre vurderte modellene ble valgt. Derfor ble det i løpet av sommeren utarbeidet en fjerde modell hvor NHN leverer felles nasjonal programvareinfrastruktur og helserelevante nasjonale plattformtjenester (som nasjonale tjenester) for å ivareta kommunesektorens behov. Det er denne modellen prosjektet og NHN vil legge til grunn i utprøvsperioden.



Figur 13: Modell 4 for mulig operasjonalisering av samarbeidet med NHN

Modellen er basert på et operasjonelt samarbeid hvor NHN leverer plattformen – det vil si samhandlingsløsninger som dekker kommunens interne behov – som en nasjonal tjeneste gjennom felles programvareinfrastruktur. Dette er en etablert modell, og NHN leverer allerede en rekke nasjonale tjenester til kommunene, tjenester som helsenettet, kjernejournal, e-resept, hels norge.no og tilgang til folkeregisteret for helsetjenestene. De fleste kommuner mottar også folkeregistertjenester fra KS digitale fellestjenester. På samme måte, kan NHN levere plattformsløsning.

I en slik modell vil ikke prosjektorganisasjonen ha behov for å anskaffe eller utvikle noen egen teknisk plattform i første omgang, men legge til rette for at plattformen fra NHN kan benyttes i kommunene som deltar i utprøvingene. En modell som dette, med leveranse av den kommunale plattformen som en nasjonal tjeneste, er også gunstig i et konkurranserettslig perspektiv og i forhold til regelverket om statsstøtte.

I denne modellen vil det være et kommunalt selskap som koordinerer leveranser og bruk på vegne av kommunene. Tilsvarende vil det være et selskap i kommunalt eierskap som realiserer og viderefører markedsplassen. I den eierskapsmodellen vi har foreslått tidligere i dette kapitlet vil det være naturlig å se for seg DIF AS i denne rollen, men dette utredes imidlertid ikke videre i denne versjonen av styringsdokumentet, men vil være en viktig del av arbeidet i utprøvsperioden.

Det legges til grunn at realisering av plattformen fordrer en organisasjon med betydelig kapasitet og kompetanse, både i innføringsfasen og i videre drift og forvaltning. Dagens prosjekt er en midlertidig (interim)organisasjon som hverken har den typen kapasitet, kompetanse eller varighet som er nødvendig. Prosjektet har i tidligere arbeid vurdert muligheten for å sikre tilstrekkelig gjennomføringskraft langs ulike akser, og det legges til grunn at det i dagens situasjon er lite sannsynlig å realisere plattformen uten involvering av NHN.

## 7.6. Risikoregister for utprøvsperioden

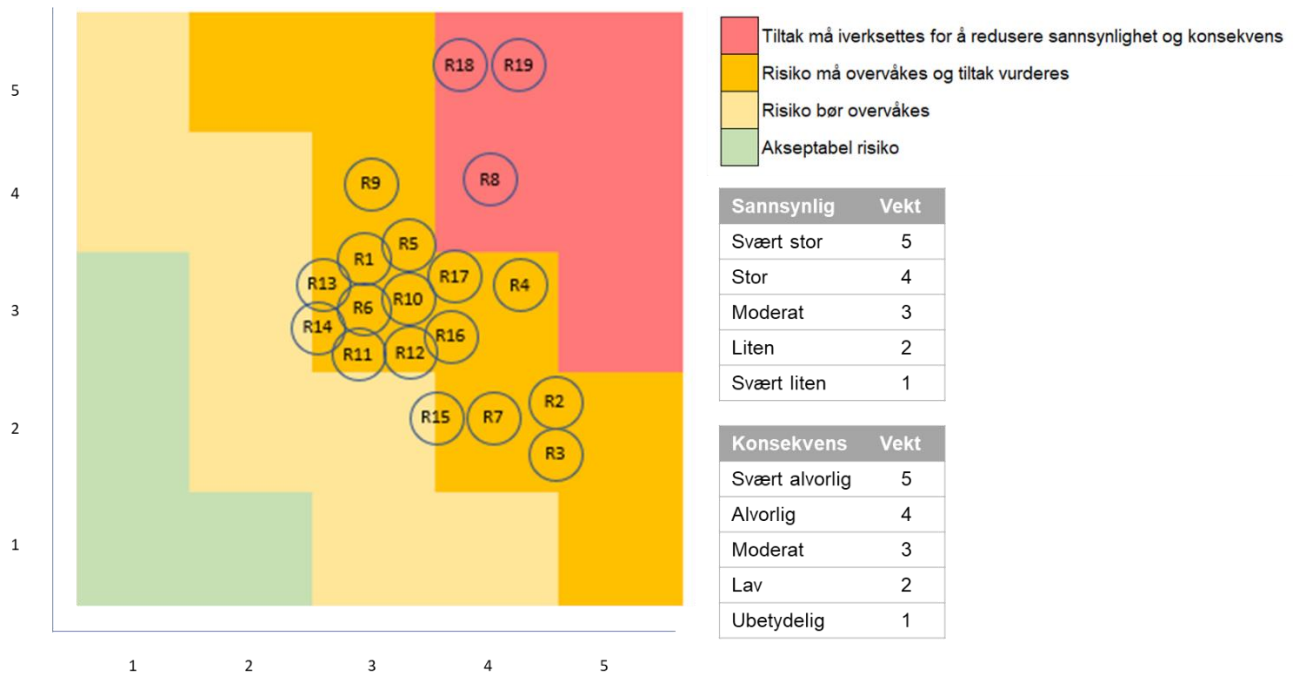
Prosjektet vil være utsatt for usikkerhet, både risikofaktorer og muligheter, som kan påvirke måloppnåelsen. I den påfølgende risikomatrizen er de sentrale risikofaktorene listet opp og klassifisert

i henhold til beskrivelsen ovenfor. Den største risikoen i gjennomføringsfasen er knyttet til finansiering av både prosjektet og de forskjellige utprøvingene.

I tillegg vil det måtte gjennomføres en oppdatert risikovurdering i forkant av gjennomføringsfasen.

Risikoen i matrisen er sortert med utgangspunkt i kapittelstrukturen i styringsdokumentet.

Informasjonssikkerhet og personvern er ikke omtalt i risikomatrisen fordi dette er behandlet spesielt i bilag 5.1 og 5.2 i forhold til realisering av prosjektet og målbildet.



Figur 14: Risikomatrix første utprøvsperiode



Risikoområde	ID	Årsak	Konsekvens- beskrivelse	Konsekvens	Sannsynlighet	Tiltak
Prioritering av behov	R1	Ulike behov fra ulike tjenester/profesjoner	Mister momentum Dårlig forankring	Moderat	Moderat	Åpenhet og god kommunikasjon Implementere og følge prosess for behovsprioritering
Overordnet målilde	R2	Resultatet av konkrete utprøvinger svekker realisering av målbildet	Målbildet forsinkes eller lar seg ikke realisere	Alvorlig / svært alvorlig	Liten	Fokus på strategisk konsekvens av ulike utprøvingstiltak, før valg og i de faste lærings- og beslutningspunktene i utprøvingene
	R3	Manglende samarbeid og koordinering av utviklingsaktiviteter i sektoren	Målbildet forsinkes eller lar seg ikke realisere	Alvorlig / svært alvorlig	Liten	Styrke kommunesektorens samhandling og koordinering generelt og HTO-bruk spesielt
Interessenter	R4	Enkelte, eller grupper av, interessenter motarbeider prosjektet eller målbildet	Prosjektet svekkes, blir forsinket eller stoppes	Alvorlig	Moderat	Åpenhet og god kommunikasjon Sikre reell og opplevd involvering og medvirkning
	R5	Lykkes ikke med å mobilisere kommuner som ikke deltar i utprøvningsprosjektene	Redusert forankring	Moderat	Moderat	Aktivt arbeid med forankring og mobilisering i kommunesektoren. Utarbeide informasjonsmaterieell som kan benyttes i arbeidet med forankring og mobilisering. Etablere og informere om viktige valg kommunene utenfor utprøvingene burde ta i forkant av deltagelse
	R6	Negativ medieomtale	Mister momentum Redusert forankring	Moderat	Moderat	Løpende oppdatering av kommunikasjons- og mediestrategi Sikre god informasjon til og bred involvering av alle interessenter Etablere gode og faste arenaer for involvering

Rammebetingelser	R7	Eksisterende rammebetingelser står absolutt eller i praksis i veien for realisering av prosjekt og/eller målbildet	Prosjekt og eller målbildet lar seg ikke realisere	Alvorlig	Lav	Belyse og tydeliggjøre eventuelle begrensninger i rammeverket Ta opp behov for lov-/forskrifts-/regelendringer med relevant myndighet Søke unntak fra gjeldende regelverk
Prosjektstyring	R8	Sviktende eller forsinket mobilisering av organisasjon	Prosjektets gjennomføringsevne svekkes Forsinkelser Prosjektet stopper	Alvorlig	Stor	Utarbeide tydelige mandater og fullmakter. Klart definerte kompetansebehov. Fokus på å videreføre kompetanse til gjennomføringsfasen. Skalerbar organisasjon
	R9	Kapasitet og kompetanse er ikke tilstrekkelig		Moderat	Stor	
Gjennomføring	R10	Feil forventninger	Ikke oppnådd effekt	Moderat	Moderat	Tydelige og omforente forventningsbeskrivelse Følge opp gjennom hele utprøvsperioden
	R11	Manglende evne/vilje/kapasitet	Ikke gjennomført utprøving	Moderat	Moderat	Sikre tilstrekkelig kapasitet før oppstart og underveis Tett dialog med alle deltagere og vertskommuner (inkl. NHN)
	R12	Sprekk på rammer (tid og kostnad)	Ikke gjennomført utprøving	Moderat	Moderat	Tydelige og omforente forventningsbeskrivelse Tilstrekkelige og realistiske rammer Tett prosjektoppfølgning Tett oppfølging i de faste lærings- og beslutningspunktene i utprøvingene
	R13	Mangelfull koordinering mot pågående prosjekter og programmer	Redusert forankring	Moderat	Moderat	Utarbeide krav til beslutningsunderlag. Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.
	R14	Manglende leverandør-involvering	Ikke gjennomført utprøving	Moderat	Moderat	Forpliktende avtaler Tett oppfølging

Styring	R15	Svakt definert/ikke-fungerende styringsmodell	Prosjektets gjennomføringsevne svekkes Forsinkelser Prosjektet stopper	Moderat / alvorlig	Liten	Definere og følge opp tydelig omforent styringsstruktur Sikre reell og opplevd involvering og medvirkning
	R16	Samarbeidsproblemer		Moderat / alvorlig	Moderat	Sikre reell og opplevd involvering og medvirkning God operativ prosjektledelse - ta tak i potensielle konflikter tidlig
	R17	Ulike strategiske veivalg		Moderat / alvorlig	Moderat	God operativ prosjektledelse - ta tak i potensielle konflikter tidlig Holde fokus på etablerte valg, sikre bred involvering i nye valg
Finansiering	R18	Manglende investeringsvilje/-evne for prosjektet	Prosjektet stopper	Alvorlig	Svært stor	Dialog i og med berørte parter i kommunal sektor
	R19	Manglende investeringsvilje/-evne for utprøvningsprosjektene	Prosjektet stopper	Alvorlig	Svært stor	Dialog i og med berørte parter i kommunal sektor Søke å utnytte mulighetene i Helseteknologiordningen fra 2024

Tabell 17: Risikoregister første gjennomføringsperiode

## 8. PROSJEKTOMFANG

Kapitlet beskriver kun prosjektomfanget for utprøvsperioden. Utarbeidelse av tilsvarende planer for realisering av målbildet er en del av arbeidet som skal gjøres i utprøvsperioden.

For å kunne styre ønsket utviklingsretning på lang sikt innenfor gjeldende tidsramme baserer programmet seg på en smidig realiseringslinje. Det betyr at planer for leveranser på kort og mellomlang sikt vil detaljeres mer enn dem på lengre sikt.

I utprøvsperioden vil prosjektet bestå av følgende områder, med hovedprodukter:

- **Konsept**
  - Et sett med betingelser for utprøvsinger
  - Et ferdig utviklet og oppdatert plattformkonsept
  - Et ferdig utviklet og dokumentert markedsplasskonsept
  - Et sett med avtaler for kjøp av sluttbrukerløsninger
  - En plan for videre utprøvsinger som leder mot realisering av målbildet
- **Utprøvsing**
  - En utprøvsing som tester datadeling internt i en kommune
  - En utprøvsing som tester tilgjengeliggjøring av data fra en kommune til leverandørmarkedet
  - En utprøvsing som tester ulike plattformers evne til å realisere en felles informasjonsplattform
  - En utprøvsing som tester at løsningen og tjenestene fra den første utprøvsingen kan gjentas i andre kommuner
  - En sluttrapport for utprøvsingene
- **Prosjektledelse**
  - Oppdatert plan (styringsdokument) for videre realisering av målbildet
  - Nedbrytning av prosjektets mål til prioriterte delleveranser
  - Etablerte planer for gjennomføring av utprøvsperioden
  - Etablerte rutiner for prosjektet, herunder risiko, kostnader, omfang og ressurser
  - Beslutningsunderlag for pågående drift og overgang til neste periode
- **Kommunikasjon**
  - Interessentanalyse
  - Kommunikasjonsstrategi/-plan
  - Tiltaksplan

Kostnadsnedbrytning for prosjektet finnes i kapittel 10.

Konsept og Utprøvsing vil være de områdene som jobber direkte med å realisere målene for utprøvsperioden i 2023 og 2024. Prosjektledelse og Kommunikasjon er sentrale og nødvendige støttefunksjoner for at prosjektet skal kunne lykkes, både i utprøvsperioden, men også i planleggingen av og overgangen til realisering av målbildet. De forskjellige produktene er i stor grad avhengig av og bygger på hverandre.

De forskjellige områdenes oppgaver består hovedsakelig av:

### **Konsept**

En av hovedoppgavene i utprøvsperioden vil være å videreutvikle konseptene for både plattformen og markedsplassen. Dette handler om å utvikle konseptene basert på læring fra utprøvs-

aktivitetene, i tillegg til at konseptet vil utvikles basert på øvrige endringer i sektoren og samfunnet. Et eksempel kan være endringer i eksisterende rammebetingelser som tillater enklere deling av data mellom forskjellige kommuner. Prosjektet vil innarbeide disse endringene, i tillegg til at det vil kunne være en pådriver for at de faktisk skjer.

Videre vil Konsept arbeide med å etablere planer for og planlegge realisering av målbildet for både plattformen og markedsplassen, støttet av de øvrige områdene. Dette vil gjøres i tett samarbeid med prosjektledelsen og prosjektet.

Til slutt skal Konsept i 2023 arbeide for å etablere betingelser for utprøving, og i tillegg videreutvikle dette basert på læring og erfaringer fra de første utprøvningsløpene. Utarbeidelse av og støtte til bruk av et felles avtaleverk som kan hjelpe kommunene med å gjennomføre anskaffelser av sluttbrukerløsninger, vil også være et viktig område i utprøvningsperioden.

Arbeidet med konseptet er en direkte etterfølger av arbeidet som har blitt gjort i FKJ-prosjektet i 2021 og 2022, og det vil pågå gjennom hele utprøvningsperioden og inn i 2025.

### **Utprøving**

Utprøvnings hovedoppgave vil være å gjennomføre de konkrete utprøvningskonseptene. Se vedlegg 6 for en oversikt over identifiserte alternativer. Prosjektet skal gjennomføre fire utprøvinger i 2023 og 2024, men det kan også gjennomføres flere dersom det er ønske om, og kapasitet og anledning til det. Hver utprøving skal følge en tilnærmet lik metode, med en forberedelses-, en utprøvnings- og en evalueringsfase. Senere utprøvinger vil kunne innarbeide læring fra foregående utprøvinger, noe som vil bidra til at kvaliteten økes og risikoen for å mislykkes reduseres. Dette forutsetter godt samarbeid mellom kommuner, leverandører, NHN og prosjektet, i tillegg til at øvrige interessenter også håndteres på en god måte.

De forskjellige utprøvingene er i den overordnede tidsplanen illustrert med varighet på 12 måneder, men dette er som beskrevet i kapittel 6 den maksimale lengden på en utprøving. I noen tilfeller vil det være mulig å gjennomføre utprøvinger raskere, i tillegg til at de raskt skal kunne avsluttes dersom det blir tydelig at de ikke vil gi de ønskede resultatene.

### **Prosjektledelse**

Prosjektets ledelse vil etablere overordnede planer, fremdriftsplaner, kvalitets- og risikoppfølging, utvikling av prosjektorganisasjonen, eier- og interessenthåndtering, budsjettering og rapportering, sekretariatsoppgaver, administrasjon og drift.

Prosjektledelsen vil i utprøvningsperioden etablere plan for, og organisering av, det videre arbeidet med realisering av målbildet, sammen med de øvrige områdene. Hovedleveransen vil være et oppdatert styringsdokument som beskriver den oppdaterte gjennomføringsplanen, inkludert videre organisering og finansiering etter første periode.

I tillegg vil prosjektledelsen støtte og gi retning for de andre områdene i prosjektet. I oppstarten av prosjektet vil en stor del av arbeidet handle om å mobilisere prosjektorganisasjonen, etablere rammer og rutiner og sørge for at prosjektet er bemannet på en tilfredsstillende måte.

Dette er beskrevet i kapittel 6.

### **Kommunikasjon og forankring**

Når prosjektet for gjennomføringsfasen har et vedtatt mandat, må prosjektet utarbeide en oppdatert interessentanalyse og en strategi for kommunikasjons- og forankringsarbeidet for å støtte opp om prosjektets oppdrag. Involvering og forankring av interessentgruppene vil inngå i strategien, som vil beskrive prinsipper, retning og tiltak for ekstern kommunikasjon av prosjektet.

En nærmere beskrivelse av hvordan interessentene skal informeres og involveres gjennom ulike kommunikasjonsiltak kommer frem i en egen tiltaksplan. Dette vil være et dynamisk dokument som fungerer som et internt hjelpemiddel i prosjektets kommunikasjons- og forankringsarbeid, og vil inneholde spesifikke tiltak og aktiviteter som skal gjennomføres overfor og i samarbeid med de ulike interessentgruppene.

Kommunikasjon vil arbeide med intern og ekstern kommunikasjon i prosjektet, og vil jobbe tett sammen med de andre områdene underveis i hele utprøvsperioden. Involvering og forankring av prosjektets arbeid hos definerte målgrupper (interessenter) vil være målet med aktivitetene. I tillegg vil området sørge for bred involvering i, og forståelse for, arbeidet i det videre prosjektet.

Arbeidet med interessenthåndtering, herunder kommunikasjons- og forankringsaktiviteter, vil utgjøre en egen faggruppe i prosjektet.

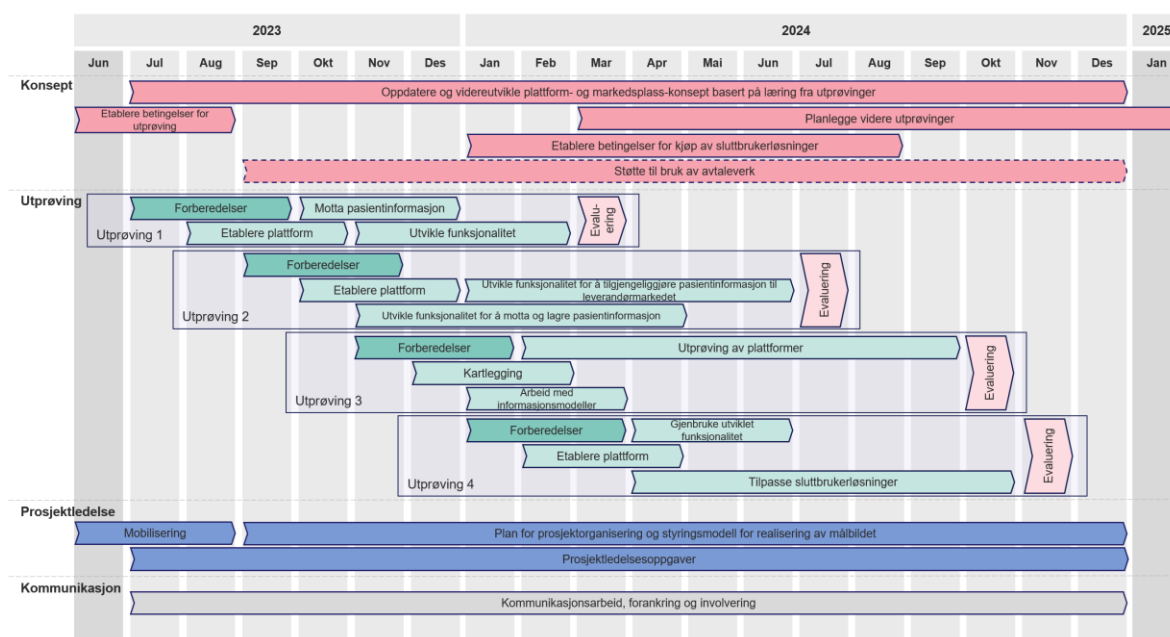
## 9. TIDSPLAN

### 9.1. Overordnet tidsplan

Den overordnede tidsplanen for prosjektets utprøvsperiode strekker seg fra 01.07.2023 og ut 2024. Den er delt inn i fire hovedområder, som beskrevet i kapittel 8.

Tidsplanen illustrerer de forskjellige hovedaktivitetene prosjektet vil jobbe med i forbindelse med utprøvinger og øvrige prosjektoppgaver for å oppnå utprøvsperiodens resultatmål. I tillegg viser planen hvordan de ulike aktivitetene kan danne grunnlaget for at prosjektet skal kunne videreutvikles fra 2025. Planen omfatter ikke perioden fra og med 2025, men den viser at én av prosjektets oppgaver vil være å etablere disse planene. Detaljert planlegging av de ulike leveransene vil skje i forbindelse med oppstart av hver periode, og planen vil måtte oppdateres jevnlig gjennom perioden.

Enkelte oppgaver, først og fremst innledende forberedelser til utprøving, etablering av betingelser for å gjennomføre disse, samt oppstart av prosjektet, vil kunne starte tidligere enn juli 2023, gitt at beslutning om oppstart. Dette er først og fremst for å sikre kontinuitet i arbeidet i overgangen mellom innværende og neste periode.



Figur 15: Overordnet tidsplan for perioden 01.07.23 – 31.12.24

## 10. BUDSJETT OG FINANSIERING

Dette kapitlet beskriver behovet for finansiering i første utprøvningsperiode 2023-2024 samt mulige finansieringsmodeller for perioden med videreføring av arbeidet med å realisere målbildet. Behovet for finansiering er basert på kostnadsberegningene som står beskrevet i delkapittel 10.2 nedenfor og som er ytterligere detaljert i vedlegg 7 og bilag 7.1. Kapitlet oppsummerer forventede nytteeffekter samt hvilke samfunnsøkonomiske konsekvenser det er forventet at løsningen kan gi.

### 10.1. Finansiering

Det forutsettes at finansiering er sikret for at prosjektet skal kunne gjennomføres innenfor angitt tidsramme, og at erfaringer fra utprøvingene kan innarbeides videre for realisering av målbildet. Manglende finansiering av prosjektet er identifisert som risikofaktor (R18 og R19) i risikoregisteret i kapittel 7, og det legges til grunn at det blir inngått forpliktende avtaler om finansiering mellom partene før oppstart av utprøvinger. Disse er tidligst planlagt andre halvår 2023.

Det beskrives to ulike perioder i gjennomføring av prosjektet med ulike behov og muligheter for finansiering. Felles for begge periodene er at det trengs finansiering av en prosjektorganisasjon («vertsorganisasjon») som kan fasilitere, samordne, sikre erfaringsinnhenting og legge til rette for skalering av vellykkede utprøvinger og planlegge for videre arbeid.

#### 1. Første utprøvningsperiode (2023-2024)

Utprøvningsperioden planlegges gjennomført fra og med andre halvår 2023 og ut 2024. Finansiering må sikres gjennom en eller i ulike kombinasjoner av flere kilder, tilpasset det enkelte prosjekt. Den første utprøvningsperioden forventes finansiert av deltagende aktører, først og fremst kommunene. Det kan også søkes ulike former for offentlig finansiering (fra 2024 også Helseteknologiordningen), og man kan se for seg modeller for deltagerfinansiering basert på målsetting om innovasjon og utvikling, eller i en forventning om fremtidig avkastning. Det betyr at leverandør eller NHN, dersom ønskelig, kan bidra med finansiering gjennom etablering av tjenestepriismodell. De to finansieringsbehovene for utprøvningsperioden 2023-2024 er beskrevet under delkapittel 10.1.1.

#### 2. Videre utprøvinger (2025-)

I denne perioden fortsetter utprøvinger basert på etablerte/planlagte nasjonale løsningsmønstre som i foregående periode, men også med bakgrunn i de erfaringer og den innsikt som er etablert i de foregående prosjektene. I tillegg vil teknologi- og markedsutvikling kunne ha betydning for hvilke valg man tar. Dette er det for tidlig å mene noe konkret om p.t., Målet for perioden er å realisere målbildet for prosjektet, dvs. at relevant pasientinformasjon er tilgjengelig for innbyggere, helsepersonell og andre med legitime behov, der og når behovet oppstår og uavhengig av kilde. Dette vil innebære etablering av en felles logisk informasjonskilde (det vi har kalt plattform), enten som et resultat av de ulike utprøvningsprosjektene eller også i kombinasjon med løsninger som kompletterer bildet. Både nasjonalt og internasjonalt er dette et marked i rask og betydelig utvikling. Realisering av målbildet forutsetter finansiering på samme måte som utprøvningsperioden. Disse finansieringsalternativene er skissert i delkapittel 10.1.2.

### 10.1.1. Finansiering av første utprøvningsperiode (2023-2024)

Finansieringsbehovet for perioden 2023-2024 er todelt:

1. Finansiering til drift av prosjektorganisasjon (se kapitlene 7 og 8).  
Til gjennomføring av utprøvingene vil det være behov for en prosjektorganisasjon som planlegger og koordinerer utprøvingene sammen med aktørene, og som i tillegg innarbeider erfaring og læring fra arbeidet. Finansiering av denne prosjektorganisasjonen er en absolutt forutsetning, og det første som må være på plass for å kunne komme i gang med første utprøvningsperiode. I dagens situasjon og med de politiske signalene som foreligger forventes det at dette skal finansieres av kommunesektoren. Det må da foreligge avtaleverk og omforent budsjett som sikrer tilbakebetaling i henhold til avtalt fordelingsnøkkel<sup>44</sup> på fremtidig tidspunkt. Alternativt kan det finansieres via andre offentlige finansieringskilder.
2. Finansiering til gjennomføring av konkrete utprøvinger (se kapittel 6).  
Utprøvningsprosjektene forventes finansiert av deltagerne, og i all hovedsak til selvkost. Det betyr at deltagende kommuner, NHN og leverandører i ulik grad deler på kostnadene for utprøvingene. Gitt ønske om tilbakebetaling (avkastning på investering), må dette løses gjennom en tjenestepriismodell. Hvis utprøvingene anses som ordinær tjenesteutvikling, vil dette i seg selv gi avkastning for deltagerne. Det er mulig også Digifin<sup>45</sup> kan være en finansieringskilde – men da må tjenesten være innrettet slik at den har potensiale for utbredelse hos en stor del av norske kommuner. Helseteknologiordningen som etter planen skal være operativ fra 2024 kan, så langt vi nå kjenner rammene, representere en naturlig kilde til å dekke utprøvningsaktiviteter.

Finansieringsalternativene for utprøvningsperioden er oppsummert i tabellen nedenfor. Det ene alternativet vil ikke utelukke det andre, og det er sannsynlig at finansiering vil skje gjennom en kombinasjon av disse.

Finansieringsbehov	2023 (f.o.m. juli)		2024	
	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 1	Alternativ 2
Prosjektorganisasjon	Dekkes av kommunene.	Andre offentlige finansieringskilder, evt. Skjønnsmidler fra staten.	Dekkes av kommunene.	Andre offentlige finansieringskilder, evt. Skjønnsmidler fra staten.
Utprøvinger	Dekkes av (noen av de) deltagende aktørene (selvkost).	Andre offentlige finansieringskilder. Digifin bør vurderes.	Dekkes av (noen av de) deltagende aktørene (selvkost).	Helseteknologiordningen (for kommuner), og eventuelt andre offentlige finansieringskilder. Digifin bør vurderes.

Tabell 18: Oppsummering av finansieringsmuligheter 2023-2024

<sup>44</sup> Kostnadsfordelingen vil typisk inneholde en fast og en variabel del, hvor den variable kosten er basert på kommunenes innbyggertall.

<sup>45</sup> Digifin er finansieringsordning for digitaliseringsprosjekter i kommunal sektor. Det kan leses mer om [her](#).



Som det står beskrevet ovenfor forventes det at prosjektorganisasjonen finansieres av kommunesektoren/utprøvningskommunene og at utprøvingene finansieres av deltagende aktører. Politiske signaler tilsier ikke at statlig finansiering (utover Helseteknologiordningen og Digifin) vil være aktuelt

Tabellen nedenfor viser hvordan det totale finansieringsbehovet for den første utprøvningsperioden 2023-2024 fordeler seg.

<b>Finansieringsplan</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Sum</b>
Betalbare kostnader (krever finansiering)	7 641 229	22 933 831	30 575 061
Kostnader levert til selvkost (evt. Med støtte fra HTO eller Digifin)	17 802 445	61 942 259	79 744 704
<b>Sum</b>	<b>25 443 674</b>	<b>84 876 090</b>	<b>110 319 764</b>

Tabell 19: Totalt finansieringsbehov for utprøvningsperioden

### 10.1.2. Finansiering av perioden fra og med 2025

Det foreligger flere finansieringsalternativer for perioden med videreføring av arbeidet med å realisere målbildet (2025-). I likhet med første utprøvningsperiode, er det forventet at den andre perioden i gjennomføringsfasen skal finansieres av deltagende aktører. I første omgang vil dette være kommunene. Leverandører eller NHN kan også bidra med finansiering gjennom tjenestepriismodeller. Kommunene kan trolig også få statlig støtte gjennom Helseteknologiordningen. Direktoratet for e-helse (i samarbeid med Helsedirektoratet og KS) har fått i oppdrag å utrede Helseteknologiordningen med frist 15. november 2022. Så langt vi kjenner rammene for ordningen vil vår tilnærming med konkrete utprøvningsprosjekt passe godt med ordningens innretning, som forventes operativ fra og med 2024. Som det kommer frem av risikoregisteret i kapittel 7 er det høy usikkerhet knyttet til finansieringen. For andre del av gjennomføringsfasen må det også foreligge forpliktende avtaler mellom aktørene for å sikre drift av prosjektorganisasjon og gjennomføring av utprøvinger.

I tillegg til deltagerfinansiering med støtte fra Helseteknologiordningen finnes det en rekke andre finansieringsalternativer:

1. Statlig programfinansiering. Fremstår på nåværende tidspunkt ikke som et sannsynlig alternativ basert på politiske signaler, men skal ikke utelukkes.
2. Annen offentlig finansiering. Dette kan eksempelvis være tilskudd over statsbudsjettet til spesifikke formål eller tilskudd fra statlig ordninger i regi av ulike direktorater.
3. Delvis statlig finansiering og medfinansiering fra en eller flere aktører (kommuner, leverandører, NHN). Ved finansiering mellom kommunene er det viktig at det etableres gode tjenestepriismodeller.
4. Hver deltagende aktør finansierer eget bidrag av ressurser og andre tilhørende kostnader (selvkost). Dette kan eventuelt tilbakebetales på senere tidspunkt gjennom tjenestepriising<sup>46</sup> under driftsfasen.

<sup>46</sup> Dersom tjenesten leveres av eksempelvis NHN betyr det at kommunene betaler en pris til NHN for å være tilkoblet tjenesten. Denne tjenestepriisen vil henge sammen med utviklings- og driftskostnader.

5. Kommunene skaffer selv ( gjerne i samarbeid ) finansiering i form av lån, garantier eller tilskudd.
6. Finansiering ved at investeringskostnader dekkes av leverandør som henter inn midler gjennom fremtidig tjenesteprising (Capex-modell).

De første alternativene er i litt varierende grad knyttet til statlige finansieringskilder. De to siste innebærer at aktørene dekker sine egne kostnader med mulighet for fremtidig tjenesteprising for løsninger som utvikles og tas i bruk. Det er også mulig med en blanding der felles og sentrale oppgaver dekkes gjennom nasjonale finansieringskilder, i tillegg til at hver enkelt aktør finansierer eget ressursbruk. Realisering av målbildet vil uansett kreve mer investering, som igjen kan kreve ulike tjenestepriksmodeller.

## 10.2. Kostnadsbildet

Her beskrives kostnadsestimatet for første periode av gjennomføringsfasen. Beregningene inkluderer kostnader til gjennomføring av utprøvingene, samt drift av prosjektorganisasjonen sentralt. Vi har estimert kostnadene basert på samtaler med samarbeidskommuner, tall fra referanseprosjekter<sup>47</sup> og egne vurderinger av forventet arbeidsomfang. Kostnadene er basert på gjennomføringsstrategien som står beskrevet i kapittel 6. Vedlegg 7 med tilhørende bilag 7.1 beskriver i detalj hvilke beregninger som har blitt gjort og hvilke forutsetninger som ligger til grunn.

Det er ikke konkretisert kostnader for den andre perioden i gjennomføringsfasen (fra 2025 og videre). Dette skyldes at å lage strategier og planer for realisering av målbildet vil være en del av prosjektomfanget i den første utprøvsperioden, og at det på nåværende tidspunkt ikke ligger detaljerte nok planer til at det er hensiktsmessig å utarbeide et kostnadsestimat for den andre perioden. Det vises ellers til bilag 7.2 for kartlegging av dagens kostnader knyttet til e-helse i norske kommuner (herunder journalløsninger), samt bilag 7.3 for fremtidsscenarioer knyttet til e-helsearbeidet i kommunene.

### 10.2.1. Totalkostnad for første utprøvsperiode 2023-2024

Kostnadsestimatet for utprøvingene viser en øvre ramme på 110,3 millioner kroner for 2023-2024. Dette inkluderer kostnader til gjennomføring av utprøvinger, slik som beskrevet i kapittel 6, samt kostnader til drift av sentral prosjektorganisasjon.

Kostnadene fordeler seg slik:

- Kostnader til sentral prosjektorganisasjon: 30,6 millioner kroner.  
Dette dekker kostnader til videreutvikling av konsept, arbeid med utprøvinger, samt prosjektledelse og kommunikasjon, slik som beskrevet i kapittel 8. Kostnadene vil påløpe fra og med oppstart av første periode av gjennomføringsfasen, tidligst 01.07.2023.  
Dette er p.t. uten finansiell dekning.
- Kostnader direkte knyttet til utprøvinger: 79,7 millioner kroner (hvorav 4,4 millioner kroner er påfølgende drift og forvaltning).  
Dette dekker kostnader til utprøvsaktiviteter. I øyeblikket forutsettes at disse kostnadene dekkes av deltakende aktører; kommuner, NHH og leverandører. Eventuell støtte fra øvrige finansieringsordninger er skissert i tabellen ovenfor. Ressursbidrag fra prosjektorganisasjonen

---

<sup>47</sup> Det er benyttet noen referansetall fra Akson, samt kostnadsestimater fra Pasientens prøvesvar (tidligere NILAR).

er ikke inkludert i disse kostnadene per utprøving, da dette inngår som en del av finansieringsbehovet sentralt (forrige punkt).

### 10.2.2. Kostnader til sentral prosjektorganisasjon

Det er en forutsetning å ha en prosjektorganisasjon for å sikre vellykket gjennomføring av utprøvinger, samt videre arbeid med oppgaver knyttet til de definerte resultatmålene for 2023 og 2024. Oppgaver som skal løses av prosjektet er nærmere beskrevet i styringsdokumentets kapittel 8, og kostnadene er satt opp i henhold til den overordnede produktnedbrytingsstrukturen:

- **Konsept.** Antar det vil være behov for 1 konseptansvarlig, samt 3 konseptressurser.
- **Utprøving.** Antar det vil være behov for 1 utprøvingsansvarlig, samt 3 utprøvingskoordinatorer som bidrar i hver av utprøvingene. Behovet er basert på et gjennomsnittlig behov på 0,75 årsverk per utprøving.
- **Prosjektledelse.** Antar det vil være behov for 1 prosjektleder, 1 økonomiressurs og 1 ressurs til sekretariat og øvrig administrasjon.
- **Kommunikasjon.** Antar det vil være behov for 1 kommunikasjonsansvarlig og 1 kommunikasjonsressurs.

Kostnadsestimatene for prosjektorganisasjonen tar utgangspunkt i en opptrappingsplan, fra og med oppstart av første utprøvingsperiode i juli 2023. Størrelsen på organisasjonen vil øke gradvis frem til det ved januar 2024 er totalt 13 ressurser i fast ansettelse. Utprøvingene baserer seg altså på en «lean» prosjektorganisasjon, som betyr at hvert utprøvingsprosjekt må skalere opp for å dekke den kapasiteten og kompetansen som ikke kan leveres fra prosjektorganisasjonen sentralt. Bemanning av sentralt prosjekt/støttefunksjon for videreutvikling av konsept og gjennomføring av utprøvinger forutsetter relevant kompetanse og kapasitet fortrinnsvis fra kommunale og statlige ressurser. Ved å gjennomføre faste ansettelser heller enn å frikjøpe ressurser og leie inn konsulenter kan det bygges og vedlikeholde kompetanse internt, i tillegg til å redusere kostnader.

Basert på dette er det forventet at prosjektorganisasjonen vil ha følgende kostnader i 2023 og 2024:

Prosjektorganisasjon	2023	2024	Sum
Konsept	1 755 004	6 257 843	8 012 848
Utprøving	1 755 004	6 257 843	8 012 848
Prosjektledelse	1 629 647	4 693 383	6 323 029
Kommunikasjon	1 253 574	3 128 922	4 382 496
Andre kostnader <sup>48</sup>	1 248 000	2 595 840	3 843 840
<b>Sum kostnader prosjektorganisasjon</b>	<b>7 641 229</b>	<b>22 933 831</b>	<b>30 575 061</b>

Tabell 20: Kostnader til dedikert prosjektorganisasjon, 2023-2024

Det vises til vedlegg 7 for ytterligere beskrivelser rundt bemanning i prosjektet. Videre detaljering og budsjettering av disse kostnadene vil være en del av for- og oppstartsarbeidet knyttet til gjennomføringsfasen.

<sup>48</sup> Andre kostnader består av reiser, arrangementer, husleie, lisenser osv.

### 10.2.3. Kostnader til utprøvinger

Det er utarbeidet en grunnkalkyle for hva en generell utprøving vil koste. Kostnaden til hver utprøving er justert med en faktor basert på forventet omfang i form av tid og ressurser, samt kompleksitet i form av antall involverte aktører. Denne faktoren er innenfor +/-25 % sammenlignet med grunnkalkylen (slik det står beskrevet i kapittel 6). Kostnaden for hver utprøving er fordelt på ressurskostnader hos henholdsvis kommune, NHN og leverandør. Kostnader til bidrag fra prosjektorganisasjonen er ikke tatt med i tallene nedenfor, da dette krever tilskudd av midler og er tatt med i kostnadsberegningen for prosjektorganisasjonen ovenfor.

Beregningene viser at direkte kostnader knyttet til hver utprøving vil ligge mellom 13-23 millioner kroner. I vedlegg 6 er det utarbeidet forslag til fire konkrete utprøvinger. Dette er basert på hva som er realistisk og mest hensiktsmessig å gjennomføre innenfor de definerte rammene. Følgende forslag er skissert:

- Utprøving 1: Oversikt over kommunale tjenester
- Utprøving 2: Diagnoser og behandlingshistorikk
- Utprøving 3: Utforskning av etablerte plattformløsninger
- Utprøving 4: Skalering og utbredelse

Nøyaktig hva som skal prøves ut, må bestemmes av kommunene i samarbeid med relevante leverandører, men i dialog med prosjektet, NHN og KS for å sikre samordning og at utprøvingene bidrar til realisering av målbildet.

Basert på dagens kjennskap til utprøvinger, viser grunnkalkylen at kostnadene til hver utprøving vil se slik ut:

Kostnader per utprøving	Sum	Andel
Kommune	6 269 365	37 %
NHN	7 500 000	44 %
Leverandør	3 372 105	20 %
Sum	17 141 470	100 %

Tabell 21: Kostnader per aktør per utprøving

De fire utprøvingene gjennomføres i tidsrommet fra tidligst juli 2023 til desember 2024, og vil ha ulikt omfang basert på hva som skal prøves og hvordan det skal gjennomføres. Det er i tillegg lagt til kostnader for etterfølgende drift og forvaltning av løsninger som man eventuelt velger å videreføre. Basert på justeringer for forventet omfang, vil totalkostnaden for utprøvingene se slik ut:

Utprøving	2023	2024	Sum
Utprøving 1	9 271 759	8 897 585	18 169 343
Utprøving 2	4 647 720	9 071 532	13 719 251
Utprøving 3	3 882 967	19 136 982	23 019 948
Utprøving 4	0	20 394 235	20 394 235
Etterfølgende drift og forvaltning av løsninger	0	4 441 926	4 441 926
Sum kostnader utprøvinger	17 802 445	61 942 259	79 744 704

Tabell 22: Kostnader per utprøving.

## 10.3. Nytteeffekter

Hensikten med dette kapitlet er å oppsummere forventede nytteeffekter for de ulike aktørgruppene i de to periodene av gjennomføringsfasen. Det vises til vedlegg 2 for mer detaljerte beskrivelser av nytteeffektene. I vedlegg 6 er det beskrevet forventede effekter fra hver av de fire foreslåtte utprøvingene i den første perioden.

### 10.3.1. Nytte i den første perioden (2023-2024)

Nedenfor oppsummeres hvilke nytteeffekter som kan forventes ved gjennomføring av utprøvinger i 2023 og 2024. Dette må ses i sammenheng med effektene som trekkes frem for hver utprøving i vedlegg 6, samt beskrivelse av realisering av nytte i første periode av gjennomføringsfasen i vedlegg 2.

Effekt		Effekt utprøvinger			
		1	2	3	4
E1	Tilgang til relevant informasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt	x	x		x
E2	Utvikling av helhetlige arbeidsprosesser og tjenester				
E3	Kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag		x	x	x
E4	Mindre feil og avvik i tjenestene i vurdering, tiltak og behandling av innbyggere	x			x
E5	Frigjort tid fra administrative oppgaver til pasientrettet kontakt	x	x		x
E6	Unngåtte kostnader til anskaffelser (redusere ressurskrevende anskaffelser mm.)				x
E7	Aktiv rolle i behandling, oppfølging og beslutninger om helse				
E8	Opplevelse av riktig kvalitet i tjenestene som gis	x			x
E9	Bedre pasientsikkerhet	x	x		x
E10	Bedre forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling		x	x	x
E11	Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser	x	x		x
E12	Likere konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle		x	x	x

Tabell 23: Nytteeffekt for utprøvinger i 2023-2024

### 10.3.2. Nytte i målbildet

Tabellen har til hensikt å oppsummere forventede nytteeffekter for aktørene i realiseringen av målbildet. Se vedlegg 2 for detaljerte beskrivelser.

Effekt	Detaljerings av effekt	Aktører
<b>E1</b>	<p>Tilgang til relevant pasientinformasjon som er oppdatert, helhetlig og korrekt</p>	<p>E1.1 Bedre grunnlag for vurdering av riktig nivå på helsehjelp, ivareta og sikre kontinuitet i allerede planlagte eller pågående behandlinger og for å iverksette riktig tiltak</p> <p>E1.2 Tidsbesparelser i innhenting av informasjon, relevant informasjon er tilgjengelig i sanntid</p> <p>Helsepersonell Kommune</p>
<b>E2</b>	<p>Utvikling av helhetlige arbeidsprosesser og tjenester</p>	<p>E2.1 Innflytelse på utvikling av store og mindre løsninger som støtter faktiske behov</p> <p>E2.2 Tilgang til arenaer for felles innsats knyttet til innovasjon</p> <p>E2.3 Mer effektive arbeidsprosesser som et resultat av inkluderende produktutvikling</p> <p>E2.4 Unngått tidsbruk</p> <p>E2.5 Reduserte kostnader</p> <p>Helsepersonell Kommune</p>
<b>E3</b>	<p>Kvalitetsforbedring på bakgrunn av bedre analysegrunnlag</p>	<p>E3.1 Bedre grunnlag for å kunne gjennomføre analyser</p> <p>E3.2 Lettere å avdekke konkrete risikoer og tiltak for kvalitetsforbedring basert på bedre styringsdata</p> <p>E3.3 Kan bidra til økt forsvarlighet, og effekter i form av unngåtte kostnader og besparelser</p> <p>Helsepersonell Kommune</p>
<b>E4</b>	<p>Mindre feil og avvik i tjenestene i vurdering, tiltak og behandling av innbyggere</p>	<p>E4.1 Mindre feil og avvik gir større tillit til kommunen</p> <p>E4.2 Reduserte kostnader knyttet til arbeidstid for personell, utstyr til behandling eller unngåtte langvarige behandlinger</p> <p>E4.3 Bedre personvern og informasjonssikkerhet, som realiseres gjennom en mer enhetlig tilnærming til krav og arkitektur og risiko- og personvern vurderinger (ROS og DPIA)</p> <p>Helsepersonell Kommune</p>
<b>E5</b>	<p>Frigjort tid fra administrative oppgaver til pasientrettet kontakt</p>	<p>E5.1 Redusert tidsbruk til informasjoninnhenting og dokumentering</p> <p>E5.2 Økt pasient- og brukerkontakt</p> <p>E5.3 Understøtte kapasitetsutfordringene i tjenestene</p> <p>Helsepersonell Kommune</p>
<b>E6</b>	<p>Unngåtte kostnader til anskaffelser (reduere ressurskrevende anskaffelser mm)</p>	<p>E6.1 Redusert mengde oppgaver for den enkelte kommunen gjennom større grad av felles behovssamarbeid</p> <p>E6.2 Mer enhetlige og helhetlige arbeidsprosesser</p> <p>E6.3 Felles anskaffelser avlaster lange og ressurskrevende anskaffelsesprosesser i hver kommune.</p> <p>E.6.4 Gjøre nye løsninger lettere tilgjengelig for avrop og bestilling gjennom en felles «butikk<sup>[1]</sup>»</p> <p>Helsepersonell Kommune Innbygger</p>

		<p>E6.5 Større grad av læring og erfaring kan også bidra til å unngå samme feil flere ganger, eller unødig bruk av ressurser.</p> <p>E6.6 Reduserte lokale IT-driftskostnader på grunn av mindre behov for å drifte lokale installasjoner</p>	
<b>E7</b>	Aktiv rolle i behandling, oppfølging og beslutninger om helse	<p>E7.1 Tilgjengelig relevant informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene</p> <p>E7.2 Mindre ansvar og utrygghet for pårørende. Tilgjengelig gir redusert stress og tidsbruk for pårørende</p> <p>E7.3 Brukervennlige løsninger for tilgang, sperring, innsyn mm. for å sikre god oversikt og kontroll</p>	Innbygger
<b>E8</b>	Opplevelse av riktig kvalitet i tjenestene som gis	<p>E8.1 Helseopplysningene følger innbygger i større grad og de slipper å bære med seg informasjon på egenhånd</p> <p>E8.2 Oppleve økt trygghet for forsvarlige tjenester</p>	Innbygger
<b>E9</b>	Bedre pasientsikkerhet	<p>E9.1 Færre uønskede hendelser</p> <p>E9.2 Forebyggende perspektiv: lettere og mer alvorlige skader kan unngås i fremtiden</p> <p>E9.3 Riktig behandling til riktig tid</p>	Innbygger
<b>E10</b>	Bedre forutsetninger for innovasjon og næringsutvikling	<p>E10.1 Samme informasjon gjøres tilgjengelig for alle leverandører som ønsker å utvikle applikasjoner for å støtte eller utvikle eksisterende arbeidsprosesser eller legge grunnlaget for å utvikle nye</p> <p>E10.2 Etableres et test- og utviklingsmiljø («sandkasse<sup>[1]</sup>») med tilgang på relevante testdata, API-er, verktøy mm. for utvikling og utprøving av løsninger</p> <p>E10.3 Mindre ressurskrevende prosesser ved at sentrale deler av anskaffelser og avtaleforvaltning gjøres i fellesskap</p> <p>E10.4 Rette tilnærming til å gjennomføre og innføre løsninger og ny utvikling på en effektiv måte</p> <p>E10.5 Felles anskaffelser kan gi leverandørene stordrifts- og storskalafordeler</p> <p><sup>[1]</sup> Et kontrollert testmiljø for nye produkter, teknologier og tjenester for blant annet å øke forståelse for løsningene, identifisere risiko eller andre problemstillinger</p>	Næringsliv
<b>E11</b>	Bedre grunnlag for utvikling gjennom enhetlige behovsbeskrivelser	<p>E11.1 Enhetlige behovsbeskrivelser som svarer ut leverandørenes behov for grunnlag for en god utviklingsprosess</p> <p>E11.2 Tilgang til relevante fagressurser gjennom felles arbeid på innovasjonsarenaen</p>	Næringsliv

<b>E12</b>	Likere konkurransevilkår og kortere vei til markedet – for alle	<p>E12.1 Lik tilgang til informasjon for alle skal gi likere muligheter knyttet til at funksjonalitet blir det viktigste konkurransekriteriet (ikke markedsandel og ønske om unngåtte byttekostnader)</p> <p>E12.2 Tilgang til oversikt over felles behov (behovsbeskrivelser) gjennom innovasjonsarenaen og tilgang til oversikt over pågående eller etterspurte samarbeid</p> <p>E12.3 Tilgang til erfaringsarena for nyttige innspill knyttet til applikasjoner, behovssamarbeid, implementering med mer</p> <p>E.12.4 Flere store anskaffelser – færre enkeltstående og ressurskrevende anskaffelser</p>	Næringsliv
------------	---	--	------------

Tabell 24: Nytteeffekt per aktør

## 10.4. Samfunnsøkonomiske betraktninger

Det er forventet at løsningen vil gi betydelige samfunnsøkonomiske effekter, både i form av kvalitative og kvantitative nytteverdier. Tiltakene vil gi gradvis effekt etter hvert som konkrete utprøvningsprosjekt realiseres. Hvilke konkrete effekter og til hvilket tidspunkt og i hvilket omfang er ikke mulig å si noe sikkert om før vi vet hvilke prosjekt som skal gjennomføres og i hvilke samarbeidskonstellasjoner. Det er årsaken til at de samfunnsøkonomiske effektene ikke er kvantifisert og beskrevet i detalj som en del av styringsdokumentet.

I arbeidet med sentralt styringsdokument for Akson-prosjektet ble det gjort en omfattende samfunnsøkonomisk analyse.<sup>49</sup> Disse vurderingene ble også kvalitetssikret i konseptvalgutredningen KS1, hvor omfang, innføringstakt og tallgrunnlag i ettetid er blitt korrigert. Siden prosjektets samfunns mål er det samme, er det nærliggende å gjenbruke betraktninger og vurderinger fra det arbeidet. Samfunns målet, beskrevet i delkapittel 2.2, knyttes til målbildets virkning på samfunnet:

*«Bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige, sikre og kosteffektive tjenester med høy kvalitet».*

Dette er også reflektert i løsningens effektmål.

Analysen fra Akson viser at løsningen over en 15-års periode vil gi et samfunnsøkonomisk overskudd. I tillegg til de prissatte virkningene som inngår i analysen, pekes det også på en rekke ikke-prissatte virkninger av betydelig karakter. Som det står beskrevet ytterligere nedenfor, er det forventet at løsningen som nå beskrives vil kunne bidra til mange av de samme nytteeffektene.

Samtidig er det blant annet på basis av tilnærmingen med *stegvis utvikling og gradvis innføring* forventet at de totale kostnadene vil ligge på et lavere nivå. Følgelig er det også grunn til å anta at den beskrevne tilnærmingen vil gi et samfunnsøkonomisk overskudd.

<sup>49</sup> Akson – Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. Oppdatert etter KS1, utgitt mars 2020 | Direktoratet for e-helse.



Det presiseres at tall og vurderinger fra Akson hviler på en rekke forutsetninger<sup>50</sup>, og at de sånn sett er mer retningsgivende enn direkte overførbar økonomisk verdi. Det bør også presiseres at siden gjennomføringsmodellen for Akson ble vurdert å ha høy risiko og ikke ble vurdert å være håndterbar og realiserbar, må det kunne sies at nytten som den gang ble skissert kanskje aldri ville ha blitt realisert i praksis. Men nyttekalkylene isolert sett, har blitt vurdert som gode og relevante.

#### 10.4.1. Nytteeffekter

Det er forventet at den akkumulerte nytten over tid skal være i noenlunde samme størrelsesorden som de som teoretisk var beregnet for Akson. Siden løsningen som her anbefales følger prinsippene om stegvis og gradvis, vil periodiseringen av nytteverdier være noe annerledes. Nytte vil kunne realiseres raskere enn ved «big-bang». Samtidig er det realistisk at det vil ta noe lengre tid før all nytte kan realiseres. Avhengig av innslagspunktet for 100 % realisering, er det forventet at den akkumulerte samfunnsøkonomiske nytten vil være omtrent den samme over tid. Nytteeffektene ble fordelt på tre hovedkategorier:

- **Virkninger av færre uønskede hendelser.**  
Driverne for prissatte nyttevirksomheter var unngåtte kostnader i helse- og omsorgstjenesten, samt økt verdiskapning for samfunnet. I tillegg ble det pekt på at innbyggerne opplever større nytte ved at de blir utsatt for færre uønskede hendelser. Sistnevnte nytteverdi ble forventet å være betydelig, selv om den ikke ble prissatt. I sum utgjorde virkningene av færre uønskede hendelser 4.291 millioner kroner, hvorav 3.670 millioner kroner kunne knyttes til unngåtte kostnader til helse- og omsorgstjenesten og 621 millioner kroner ble knyttet til økt verdiskapning for samfunnet.
- **Tidsvirkninger.**  
Redusert tidsbruk til informasjonsinnhenting, dokumentering og samhandling for helsepersonell var den mest betydelige effekten man forventet at løsningen skulle ha på samfunnet. I tillegg ble det pekt på at det ville brukes mindre tid til å hente inn og bearbeide statistikk i kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt at innbyggere ville få redusert sin tidsbruk til å holde oversikt over og administrere egen helse. Effekten av tidsvirkninger utgjorde totalt 13.725 millioner kroner. Hele summen ble knyttet til mindre tidsbruk til innhenting av informasjon.
- **Andre virkninger.** Det ble beregnet betydelige gevinster knyttet til nedstenging av gamle IT-systemer. Det skulle også gi reduserte lokale IT-driftskostnader. I tillegg ble det pekt på bedre grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring, samt bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern. Effekten av at gamle IT-systemer stenges ble estimert til 6.610 millioner kroner.

Samtlige forventede nytteeffekter fra tidligere Akson er oppsummert i figur 17 nedenfor.

---

<sup>50</sup> Akson-arbeidet har allerede rukket å bli noen år, og sånn sett er det risiko for at deler av arbeidet er utdatert. Innslagspunktet og varigheten for effektuttak vil dessuten være annerledes. Det samme vil kostnadsbildet.

Kostnadsvirkninger	Virkninger av færre uønskede hendelser	Tidsvirkninger	Andre virkninger
Investeringskostnader	Unngåtte kostnader i kommunal helse- og omsorgstjeneste som følge av færre uønskede hendelser	Redusert tidsbruk på informasjonsinnhenting, dokumentering og samhandling for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste	Unngåtte kostnader ved at gamle IT-systemer stenges
Kostnader til drift, forvaltning og videreutvikling	Økt verdiskaping i samfunnet som følge av færre uønskede hendelser	Redusert tidsbruk på innhenting og bearbeiding av statistikk i kommunal helse- og omsorgstjeneste	Bedre grunnlag for erfaringsdeling, kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon
Endrings- og omstillingskostnader	Innbyggernes nytte av bedre helse som følge av færre uønskede hendelser	Innbyggernes reduserte tidsbruk og nytte av å enkelt kunne holde oversikt over og administrere egen helse	Bedre IKT-sikkerhet og enklere ivaretagelse av personvern
Netto skattefinanseringsgevinst			

Prissatte virkninger  
 Ikke-prissatte virkninger

Figur 16: Oppsummering av samfunnsøkonomiske effekter fra Akson

#### 10.4.2. Kostnadseffekter

Kostnadene vil avhenge av hvordan plattformen skal realiseres. Uavhengig av hvordan dette gjøres er det forventet at det totale samfunnsøkonomiske kostnadsbildet vil bli langt lavere enn for Akson. Denne hypotesen baserer seg på forventninger om:

- Ingen krevende anskaffelse av løsning.**  
 Plattformen utvikles gjennom konkrete utprøvinger i samarbeid med NHN og det finnes allerede tekniske løsninger det kan bygges videre på. Dette forventes å være vesentlig mindre kostnadskrevende enn å kjøpe og tilpasse en suiteløsning eller en komplett plattform gjennom en krevende anskaffelsesprosess.
- Lavere opplæringskostnader.**  
 Opplæring av alt helsepersonell er svært tid- og ressurskrevende. Å ta helsepersonell ut av stillinger, samt sette inn vikarer, for å gjennomføre opplæring er en betydelig kostnadsdriver, både for kommunene, fastleger og andre relevante aktører. Løsningen skal realiseres stegvis og innføres gradvis. Dette vil kreve mindre opplæring fordi endringene skjer på avgrenset og konkret funksjonalitet og i kjente brukerflater. I tillegg velger kommunene selv når de ønsker å ta det i bruk. Det må forventes at flere kommuner ønsker å innføre nye systemer, men dette vil være en kostnad som ligger hos den enkelte kommunen.
- Lavere lisenskostnader.** Leverandørkostnader var en av de store kostnadsdriverne i Akson. Dersom plattformen leveres som en nasjonal tjeneste gjennom NHN basert på gjenbruk av etablerte løsningsmønstre vil det ikke kreve de samme lisenskostnadene. På den annen side vil kommunene fortsatt måtte dekke lisenskostnader til sluttbrukerløsninger. Dersom plattformen på sikt kompletteres med løsninger fra markedet, vil det være lisenskostnader innregnet i en total tjenestepreis. Selv i den situasjonen er det grunn til å mene at lisenskostnadene vil være vesentlig lavere.

- **Mindre tilpasning av sentral infrastruktur.**

Ved gjenbruk av løsninger hos NHN vil det påløpe lavere kostnader til tilpasning av sentral infrastruktur. For Akson var dette den aller største kostnadsdriveren.

- **Lavere omstillingskostnader.**

Stegvis utvikling av løsningen gjør at den i større grad kan baseres på brukernes behov. At kommunene får en løsning som er tilpasset egne behov, heller enn at de får en løsning de må tilpasse seg, gjør endringen av arbeidsprosesser mer smidig. Dette vil gjøre at omstillingskostnadene blir lavere.

- **Lavere administrasjons- og styringskostnader.**

Der Akson hadde et betydelig apparat for styring av løsningsutvikling, vil det bli vesentlig enklere i den beskrevne modellen, fordi mye mer av utviklingen vil skje i direkte kontakt mellom den enkelte kommunen eller i grupper av kommuner.

Den totale kostnadsvirkningen i Akson ble satt til 21.691 millioner kroner, og fordeler seg mellom investeringskostnader (5.855 millioner kroner), drift- og forvaltningskostnader (5.279 millioner kroner), endrings- og omstillingskostnader (10.943 millioner kroner) og skattefinansieringskostnad (-386 millioner kroner). Å si noe konkret om tilsvarende kostnadsbilde for løsningen som nå beskrives er for krevende, grunnet høy usikkerhet, men det er grunn til å anta at samlede kostnader vil være langt lavere enn for Akson-prosjektet.

I sum ga dette et samfunnsøkonomisk overskudd på 2.934 millioner kroner for Akson. Med forventninger om noenlunde sammenlignbare nytteverdier over tid og betydelig lavere kostnader, vil det samfunnsøkonomiske overskuddet for den beskrevne løsningen forventes å være vesentlig større. Dette må imidlertid anses som retningsgivende og ikke som vurderinger med direkte overførbar økonomisk verdi. Det er også verdt å minne om at staten la opp til å dekke betydelige programkostnader (1.340 millioner kroner) i Akson-prosjektet, noe som p.t. ikke er tilfelle for et stegvis utviklet journalløft for kommunene.