



Direktoratet for  
e-helse

# Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner

**Publikasjonens tittel:**

Sentralt styringsdokument  
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg D: Gevinstrealiseringsplaner

**Rapportnummer**

IE-1087

**Utgitt:**

Januar 2022

**Utgitt av:**

Direktoratet for e-helse

**Kontakt:**

postmottak@ehelse.no

**Besøksadresse:**

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

Publikasjonen kan lastes ned på:

[www.ehelse.no](http://www.ehelse.no)

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Gevinster av steg 2.....</b>	<b>5</b>
2.1	Gevinstoversikt.....	5
2.2	Gevinstkart.....	5
2.3	Prioritering av gevinster.....	6
2.4	Fordeling og uthenting av gevinster.....	7
<b>3</b>	<b>Gevinstrealiseringsplaner .....</b>	<b>10</b>
3.1	Gevinstrealiseringsplaner for program digital samhandling.....	10
3.2	Gevinstrealiseringsplaner for program pasientens legemiddelliste .....	15
<b>4</b>	<b>Delmål .....</b>	<b>20</b>
4.1	Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon .....	21
4.2	Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten .....	22
4.3	Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov.....	23

# 1 Innledning

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) definerer en gevinst som en effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent (1). I tillegg stilles det gjerne krav til at gevinsten skal følge av et konkret tiltak. Steg 2 i utviklingsretning for å realisere målbildet for helhetlig samhandling vil føre til gevinster for innbyggere, helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste<sup>1</sup>, kommuner, spesialisthelsetjeneste og for samfunnet for øvrig.

Gevinstrealiseringen skal sikre at nødvendige endringer oppstår og implementeres av tiltaket slik at gevinster faktisk kan realiseres og hentes ut. Ansvarsfordelingen i endrings- og gevinstarbeidet er beskrevet i sentralt styringsdokument (kapittel 2.4). En viktig føring for utformingen av gevinstrealiseringsplanene er at ansvaret for gevinstrealisering ligger til den enkelte virksomhet i helse- og omsorgstjenesten. Program digitalsamhandling og program pasientens legemiddelliste skal følge opp gevinster på et overordnet nivå, og bistå og støtte virksomhetene i sitt gevinstarbeid. Flere av gevinstene realiseres etter tiltakets slutt og det vil være et behov for å overføre gevinstansvaret til en annen aktør når programmene legges ned.

Gevinstrealiseringsplan er et styringsverktøy som skal bidra til en strukturert oppfølging av gevinster av offentlige tiltak. Gevinstrealiseringsplanene i dette vedlegget skal være et styringsverktøy for å bidra til at sentrale gevinster følges opp og realiseres. Som et styringsverktøy bør planene oppdateres løpende og utvikles i takt med tiltaket.

---

<sup>1</sup> Herunder selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter

## 2 Gevinster av steg 2

### 2.1 Gevinstoversikt

Gevinster av steg 2 er beskrevet i sentralt styringsdokument, og baseres på virkninger fra den samfunnsøkonomiske analysen for steg 2. For ytterligere detaljer se vedlegg C samfunnsøkonomisk analyse. De fire gevinstene er beskrevet kort i Tabell 1:

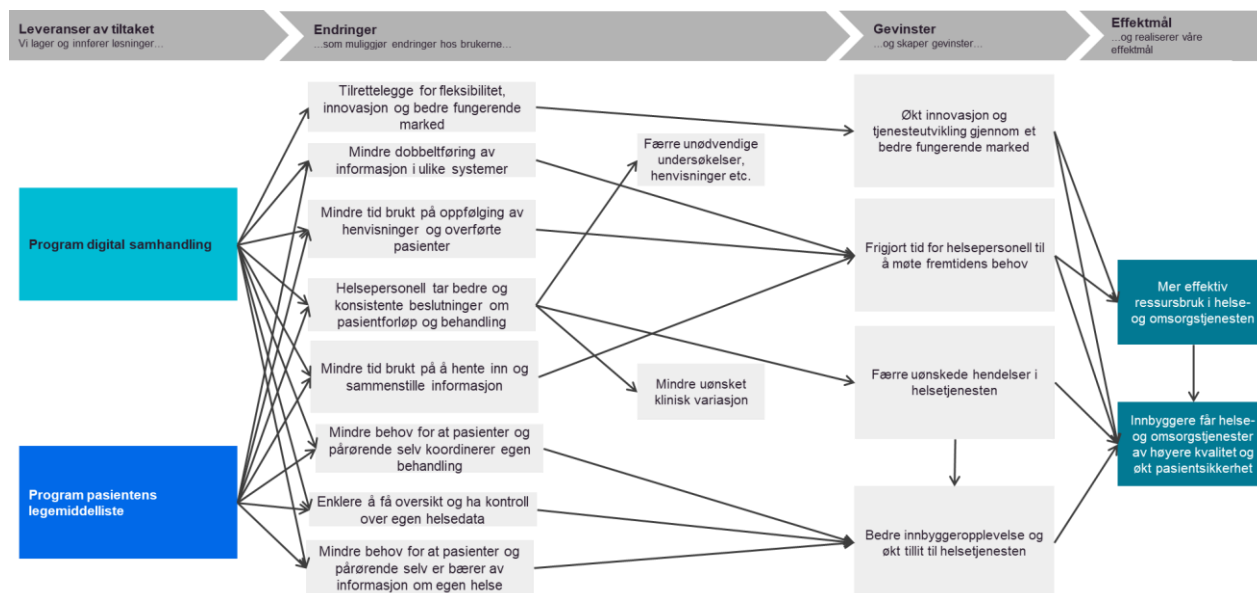
Tabell 1 Gevinstoversikt

<b>Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov</b>
<p>Steg 2 vil føre til at helsepersonell bruker mindre tid på å innhente informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Videre vil helsepersonell som får tilgang til løsningene i steg 2 ha et bedre beslutningsgrunnlag fordi de har tilgang på nødvendig informasjon om pasienter. Dette kan føre til bedre beslutninger om pasientforløp og behandling. Dette vil videre redusere unødvendige undersøkelser og henvisninger, og dermed frigjøre tid for helsepersonell.</p>
<b>Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon</b>
<p>Tiltakene i steg 2 vil føre til at informasjonen om pasientene vil være mer komplett. Med tilgang på et bedre informasjonsgrunnlag om pasienten kan helsepersonellet fatte mer informerte helsefaglige beslutninger og uønskede hendelser kan unngås.</p>
<b>Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten</b>
<p>Steg 2 vil bidra til at innbyggere møter en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste. Med oversikt over behandlingsforløp og god koordinering vil innbyggerne og pårørende få bedre mulighet til å være aktive deltakere i eget forløp. Videre vil steg 2 gi digitale innbyggertjenester som bidrar til en bedre innbyggeropplevelse i møte med helse- og omsorgstjenesten. Samlet vil bedre innbyggeropplevelse over tid bidra til økt tillit til helse- og omsorgstjenesten.</p>
<b>Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked</b>
<p>Steg 2 vil etablere tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging. Felles arkitektur og standarder/normering vil bidra til et mer velfungerende marked hvor leverandørene konkurrerer om standardiserte løsninger frem for å utvikle hver sin løsning med risiko for innlåsnings effekter og monopoltilpasninger.</p>

### 2.2 Gevinstkart

Gevinstkart er en visuell fremstilling av hvordan steg 2 fører til endringer, som igjen muliggjør realisering av gevinster, og dermed tydeliggjør årsak-virkningssammenhengen som må inntreffe for at gevinstene skal kunne hentes ut.

Gevinstkartet viser at steg 2 muliggjør, og er avhengig av, en rekke endringer hos helsepersonell, pasienter og andre. Helsepersonellet kan for eksempel bruke mindre tid på aktiviteter knyttet til dokumentasjon og informasjonsinnhenting, mens pasientene har nødvendig informasjon samlet på et sted. Dette bidrar til færre unødvendige undersøkelser og henvisninger og mindre uønsket klinisk variasjon. Disse endringene bidrar til å skape gevinster som igjen realiserer effektmålene.



Figur 1 Gevinstkart for program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste

## 2.3 Prioritering av gevinster

Som et grunnlag for prioritering av gevinster er det gjort en vurdering av gevinstenes verdi, strategiske viktighet, målbarhet, kausalitet og risiko for at gevinstene ikke realiseres. Under følger definisjonen av de ulike vurderingskriteriene. Kriteriene må sees i sammenheng og en eventuell prioritering må derfor baseres på en helhetlig vurdering.

- Gevinstpotensial:** Vurderingen av gevinstupotensial baseres på den samfunnsøkonomiske analysen av steg 2 og erfaringer i prosjektet. For måloppnåelse av steg 2 er det vesentlig at gevinster med høyt gevinstupotensial realiseres, og bør derfor prioriteres.
- Strategisk viktighet:** Vurdering av strategisk viktighet tar stilling til hvorvidt gevinsten er et prioritert politisk satsningsområde for helse- og omsorgssektoren eller samfunnet. Høy strategisk viktighet taler for høyere prioritering av gevinsten.
- Målbarhet:** Det kan være utfordrende å måle enkelte gevinster. Vurderingen av målbarhet tar stilling til i hvilken grad gevinsten lar seg måle på en hensiktsmessig måte. Gevinster som vanskelig lar seg måle, og hvor oppfølging derfor er svært ressurskrevende, bør prioriteres lavere.
- Kausalitet:** Vurdering av kausalitet omhandler i hvilken grad man spore gevinsten tilbake til tiltaket. Lav kausalitet kan også følge av at gevinsten påvirkes av andre tiltak eller hendelser i eller utenfor helse- og omsorgssektoren. Lav grad av kausalitet taler for lavere prioritering av gevinsten.
- Risiko:** Vurdering av risiko for at gevinsten ikke realiseres. Vurderingen er basert på sannsynligheten for at ulike gevinstreducerende hendelser inntreffer og hvor stor andel av gevinstupotensialet som går tapt dersom hendelsenes inntreffer. Høy risiko for redusert gevinstrealisering taler for at gevinsten burde tildeles høy prioritet.

Oppsummeringen av vurderingen av gevinster som følger av steg 2 er vist i Tabell 2. Vurderingen av gevinstene anses kun relative til hverandre, og er ikke sammenliknbare med virkninger av andre tiltak. Prioriteringen skal benyttes i styringen av programmene i eventuelle situasjoner der hensynet til ulike gevinster er motstridende, eller for å prioritere kuttlistene etc.

Tabell 2 Prioritering av gevinster

Gevinst	Prioritering	Gevinst-potensial	Strategisk viktighet	Målbarhet	Kausalitet	Risiko for gevinstrealisering
Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon	1	Høy	Høy	Middels	Middels	Middels
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov	2	Høy	Middels	Middels	Høy	Høy
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten	3	Middels	Høy	Middels	Lav	Middels
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked.	4	Middels	Middels	Lav	Lav	Høy

## 2.4 Fordeling og uthenting av gevinster

Gevinstene som følger av steg 2 vil komme flere aktører til gode. Med aktører mener vi i dette tilfellet innbyggere, helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste<sup>2</sup>, kommuner, spesialisthelsetjeneste, samfunnet for øvrig og andre.

Gevinster kan nyttiggjøres andre steder enn der den nødvendige endringen skjer og gevinsten realiseres. Tabell 3 viser hvilke aktører som kan få nytte av de ulike gevinstene som følger av tiltaket. Dette er ytterligere utdypet under tabellen.

<sup>2</sup> Herunder selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter

Tabell 3 Hvem som kan få nytte av gevinsten

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

Et viktig element i å sikre at gevinster faktisk realiseres er å planlegge for hvordan gevinsten skal nyttiggjøres i etterkant. For eksempel burde man i et scenario der gevinsten er spart tid beskrive hva den sparte tiden skal brukes til. Ettersom gevinstene i steg 2 realiseres i den enkelte virksomhet, må virksomhetene selv ta stilling til hvordan gevinstene skal nyttiggjøres.

Under er det beskrevet alternativer for hvordan gevinster kan nyttiggjøres. For noen av gevinstene er nyttiggjøringen gitt av gevinstens karakter. I andre tilfeller vil dette være en beslutning som må tas internt i virksomheten eller på politisk nivå. I arbeidet med å utarbeide lokale gevinstrealiseringsplaner vil det være viktig å bli enige om hvordan gevinsten skal nyttiggjøres. Beslutningene bør ses i sammenheng med effektmålene beskrevet i sentralt styringsdokument.

### ***Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon***

Nytten av færre uønskede hendelser i helsetjenesten vil i første omgang tilfalle pasienter og brukere av tjenesten, som unngår belastninger som følger av uønskede hendelser. Dette vil igjen gagne samfunnet som unngår et produksjonstap ved at bidragsytere i samfunnet er sykemeldt eller bruker tid på unødvendige henvisninger og konsultasjoner.



Videre vil både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten unngå unødvendige henvisninger/behandling og dermed spare tid og penger. Kommuner og de regionale helseforetakene må beslutte hvordan besparelsen skal nyttiggjøres. Alternativer kan være å redusere kostnader, øke kvaliteten i tjenesten, øke antall behandlinger/konsultasjoner eller gi bedre arbeidsvilkår for helsepersonell. Slik vil også helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten, kommuner og spesialisthelsetjenesten kunne nyttiggjøre seg av gevinsten.

### ***Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov***

Frigjort tid for helsepersonell tilfaller i første omgang helsepersonell i helsetjenesten. Hvordan gevinsten nyttiggjøres må besluttes av virksomhetene. Alternativer kan være å redusere kostnader, øke kvaliteten i tjenesten, øke antall behandlinger/konsultasjoner eller gi bedre arbeidsvilkår for helsepersonell. Slik vil også innbygger kunne nyttiggjøre seg av gevinsten.

### ***Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten***

Nytten av bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten tilfaller i første omgang brukere av helsetjenesten og innbyggere, og kan ikke direkte hentes ut av andre. Over tid kan man argumentere for at økt tillit til helsetjenesten er til fordel for kommuner, sykehus og samfunnet. Tillit til helsetjenesten kan for eksempel medføre mindre press på tjenestene, og frigjøre tid til pasientrettet arbeid.

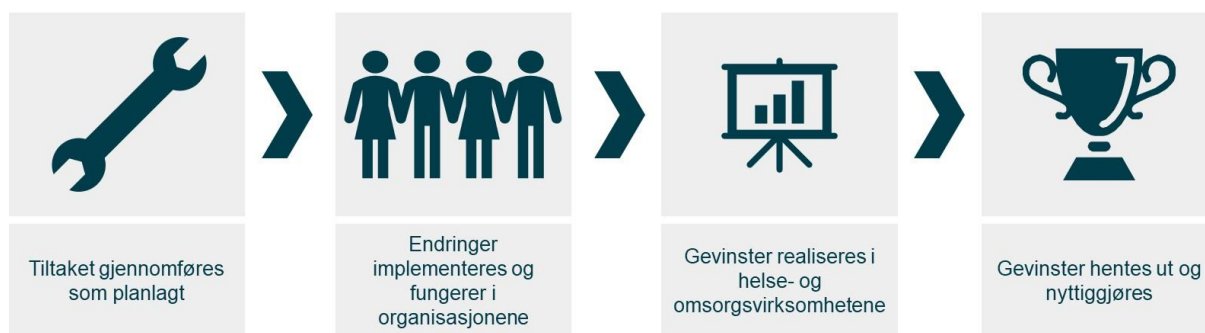
### ***Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked***

Tydelige nasjonale rammer for digital samhandling, i form av standarder og hvilke samhandlingstjenester som vi bli produsert nasjonalt, gir både aktørene som skal anskaffe og leverandører som skal utvikle og levere, større forutsigbarhet. Dette sikrer bruk av ressurser på en hensiktsmessig måte og reduserer faren for overlapp. Nasjonale rammer vil også gi grunnlag for mer harmoniserte kravsett i anskaffelser som gir grunnlag for et mer bærekraftig leverandørmarked fordi det reduserer behovet for lokale tilpasninger før driftsettelse.

## 3 Gevinstrealiseringsplaner

Gevinstrealiseringsplanene i dette kapittelet beskriver hvordan gevinster av tiltaket skal måles og følges opp i program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. Programmene bør operasjonalisere de enkelte gevinstplanene på en måte som gjør at målinger og måloppnåelse kan sees i sammenheng fortløpende.

For at gevinster skal kunne realiseres og hentes ut må en kjede av virkninger inntreffe, som illustrert i Figur 2. Indikatorer for at tiltakene i steg 2 gjennomføres som planlagt er definert av resultatmålene beskrevet i sentralt styringsdokument og følges derfor ikke opp i gevinstarbeidet. Tilsvarende er hvordan gevinster nyttiggjøres og hentes ut et valg den enkelte virksomhet må beslutte, og kan derfor ikke følges opp av programmene. Sentralt i gevinstrealiseringsplanene er derfor indikatorer for oppfølging av endring og gevinstrealisering.



Figur 2 Kjede av virkninger fra tiltak i steg 2 til at gevinster hentes ut og nyttiggjøres

Gevinstrealiseringsplanene tar utgangspunkt i DFØs mal for gevinstrealiseringsplan (1) og beskriver:

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

### 3.1 Gevinstrealiseringsplaner for program digital samhandling

Tabell 4 Gevinstrealiseringsplaner for program digital samhandling

<b>Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon</b>		
<b>Ansvarlig for koordinering og oppfølging</b>	Programeier digital samhandling	
<b>Hvor og hvorfor gevinsten oppstår</b>	Deling av kritisk informasjon og dokumenter på tvers av helseforetak, kommuner og fastleger vil bidra til at helsepersonell har nødvendig informasjon om pasienten og dermed bedre grunnlag til å ta gode beslutninger om forløp og behandling. Med bedre beslutningsgrunnlag antas det at det vil bli færre uønskede hendelser.	
<b>Endring</b>		
<b>Endringsindikator</b>	<b>Resultatmål</b>	<b>Plan for måling</b>
Andel av kommunale pleie- og omsorgstjenester som har tatt i bruk kjernejournal.	Minst 80 prosent av kommunal pleie- og omsorgstjenesten	Oppdateres løpende i program digital samhandling
Andel helseforetak som deler dokumenter og kritisk informasjon via kjernejournal	Alle helseforetak	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Andel legevakter og ØHD/KAD-enheter som deler dokumenter og kritisk informasjon via kjernejournal	Minst 80 prosent av legevakter og ØHD/KAD-enheter	Oppdateres løpende i Program digital samhandling.
Andel avtalespesialister som deler dokumenter via kjernejournal	Minst 80 prosent av avtalespesialistene	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Andel fastleger og sykehjem som deler kritisk informasjon via kjernejournal	Minst 80 prosent av fastleger og sykehjem	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Antall oppslag i kjernejournal for å hente/lese dokumenter og kritisk informasjon	Økning i antall oppslag i kjernejournal	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Antall pasienter med registrert kritisk informasjon	Økning i antall pasienter med registrert kritisk informasjon	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
<b>Gevinst</b>		
<b>Gevinstindikator</b>	<b>Gevinstpotensial</b>	<b>Plan for måling</b>
Antall skader som oppstår i helsetjenesten	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Antall rapporterte uønskete hendelser/følgforskning
Antall skader med medhold i NPE som følge av mangelfull/feilinformasjon.	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgforskning (med utgangspunkt i NPE-tall).

<b>Hvordan gevinsten omsettes</b>	Gevinsten vil gagne kommuner, fastleger, spesialisthelsetjeneste, innbygger og samfunnet i stort. Dette gjør uthenting av gevinsten utfordrende. Helse- og omsorgstjenestene må selv beslutte hvordan gevinsten omsettes. Der hvor gevinsten tilfaller innbygger og samfunnet i stort vil uthentingene ikke følges videre opp av programmet.	
<b>Risiko</b>		
<b>Risiko for redusert gevinst</b>	At pleie- og omsorgstjenesten ikke tar i bruk kjernejournal	
	At helsetjenesten ikke tar i bruk API for å dele dokumenter og kritisk informasjon	
	At helsepersonell ikke leser dokumenter eller kritisk informasjon som er tilgjengelig i kjernejournal.	
<b>Risikoreduserende tiltak</b>	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet.	
	Opplæring i bruk av kjernejournal med funksjonalitet for dokumentdeling og kritisk informasjon	
<b>Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov</b>		
<b>Ansvarlig for koordinering og oppfølging</b>	Programeier program digital samhandling	
<b>Hvor og hvorfor gevinsten oppstår</b>	<p>Steg 2 vil føre til at helsepersonell bruker mindre tid på å innhente informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Videre vil helsepersonell som får tilgang til løsningene i steg 2 ha et bedre beslutningsgrunnlag fordi de har tilgang på nødvendig informasjon om pasienter. Dette kan føre til bedre beslutninger om pasientforløp og behandling. Dette vil videre redusere unødvendige undersøkelser og henvisninger, og dermed frigjøre tid for helsepersonell.</p>	
<b>Endring</b>		
<b>Endringsindikator</b>	<b>Resultatmål</b>	<b>Plan for måling</b>
Andel av kommunale pleie- og omsorgstjenester som har tatt i bruk kjernejournal.	Minst 80 prosent av kommunal pleie- og omsorgstjenesten	Oppdateres løpende i program digital samhandling. Kilden er program digital samhandling og Norsk helsenett SF.
Antall oppslag i kjernejournal for å hente/lese dokumenter og kritisk informasjon	Økning i antall oppslag i kjernejournal	Oppdateres løpende i program digital samhandling. Kilden er program digital samhandling og Norsk helsenett SF.
Antall meldinger med pasientinformasjon sendt mellom ulike aktører i helsetjenesten	Reduksjon i fagmeldinger mellom fastlegen, kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak	Oppdateres løpende i program digital samhandling. Kilden er program digital samhandling og Norsk helsenett SF.
<b>Gevinst</b>		
<b>Gevinstindikator</b>	<b>Gevinstpotensial</b>	<b>Plan for måling</b>

Tid brukt på innhenting og deling av pasientopplysninger.	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgforskning, samt spørreundersøkelse til helsepersonell (oppdateres årlig).
Et representativt utvalg av kvalitetsindikatorer knyttet til utøvelsen av helsehjelp	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Inngår som bestilling i følgforskning. Vurdere nasjonale kvalitetsindikatorer som grunnlag
<b>Hvordan gevinsten omsettes</b>	<p>Det er opp til den enkelte virksomhet å beslutte hvordan gevinsten omsettes. Eksempler kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere konsultasjoner/ behandlinger</li> <li>- Økt kvalitet i behandling</li> <li>- Redusert arbeidsbelastning for helsepersonell</li> <li>- Budsjettkutt</li> </ul>	
<b>Risiko</b>		
<b>Risiko for redusert gevinst</b>	Kjernejournal oppleves som lite brukervennlig og tidkrevende å bruke.	
	Endret dokumentasjonspraksis medfører økt arbeidsbelastning.	
	At virksomheter i kommuner ikke tar i bruk kjernejournal med funksjonalitet for dokumentdeling og kritisk informasjon	
<b>Risikoreduserende tiltak</b>	Opplæring i kjernejournal i den enkelte virksomhet.	
	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet.	
<b>Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten</b>		
<b>Ansvarlig for koordinering og oppfølging</b>	Programeier program digital samhandling	
<b>Hvor og hvorfor gevinsten oppstår</b>	Steg 2 bidrar til at innbyggere møter en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste. Med oversikt over behandlingsforløp og god koordinering vil innbyggerne og pårørende få bedre mulighet til å være aktive deltakere i eget forløp. Videre vil steg 2 gi digitale innbyggertjenester som bidrar til en bedre innbyggeropplevelse i møte med helse- og omsorgstjenesten. Samlet vil bedre innbyggeropplevelse over tid bidra til økt tillit til helse- og omsorgstjenesten.	
<b>Endring</b>		
<b>Endringsindikator</b>	<b>Resultatmål</b>	<b>Plan for måling</b>
Andel av kommunale pleie- og omsorgstjenester som har tatt i bruk kjernejournal.	Minst 80 prosent av kommunal pleie- og omsorgstjenesten	Oppdateres løpende i program digital samhandling. Kilden er program digital samhandling og Norsk helsenett SF.

Andel innbyggere som har sett på dokumenter og kritisk informasjon som er tilgjengelig på HelseNorge	Økning i antall innsyn	Uttrekk fra innbyggertjenestene Helsenorge.no. (årlig)
<b>Gevinst</b>		
<b>Gevinstindikator</b>	<b>Gevinstpotensial</b>	<b>Plan for måling</b>
Innbyggernes tilfredshet med helsetjenesten i spørreundersøkelser	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Oppdateres hvert andre år av program digital samhandling, basert på data fra Digitaliseringsdirektoratets Innbyggerundersøkelse. Det bør også vurderes følgeforskning og/eller egne spørreundersøkelser.
<b>Hvordan gevinsten omsettes</b>	Gevinsten omsettes av innbygger og uthenting av gevinst følges ikke videre opp i programmet.	
<b>Risiko</b>		
<b>Risiko for redusert gevinst</b>	At helsetjenesten ikke tar i bruk kjernejournal	
	Hendelser i andre deler av helse- og omsorgstjenesten kan påvirke opplevelsen og tilliten.	
<b>Risikoreduserende tiltak</b>	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet.	
	Et godt metodisk system for å isolere virkningen av steg 2	
<b>Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked.</b>		
<b>Ansvarlig for koordinering og oppfølging</b>	Programeier program digital samhandling	
<b>Hvor og hvorfor gevinsten oppstår</b>	Steg 2 vil etablere tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging. Felles arkitektur og standarder/normering vil bidra til et mer velfungerende marked hvor leverandørene konkurrerer om standardiserte løsninger fram for å utvikle hver sin løsning med risiko for innlåsnings effekter og monopoltilpasninger	
<b>Endring</b>		
<b>Endringsindikator</b>	<b>Resultatmål</b>	<b>Plan for måling</b>
Datadelingstjenesten er etablert	Velferdsteknologiprogrammet benytter datadelingstjenesten	Oppdateres løpende i program digital samhandling i tett samarbeid med velferdsteknologiprogrammet
<b>Gevinst</b>		
<b>Gevinstindikator</b>	<b>Gevinstpotensial</b>	<b>Plan for måling</b>

Datadelingstjenesten benyttes til å dele data fra tjenesten innen digital hjemmeoppfølging	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Oppdateres løpende i program digital samhandling i tett samarbeid med velferdsteknologiprogrammet
<b>Hvordan gevinsten omsettes</b>	Gevinsten kan ikke hentes ut på noen spesiell måte.	
<b>Risiko</b>		
<b>Risiko for redusert gevinst</b>	Datadelingstjenesten oppleves som lite relevant for velferdsteknologiprogrammet	
<b>Risikoreducerende tiltak</b>	Opplæring i kjernejournal i den enkelte virksomhet.	
	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet.	

## 3.2 Gevinstrealiseringsplaner for program pasientens legemiddelliste

Tabell 5 Gevinstrealiseringsplaner for program pasientens legemiddelliste

<b>Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon</b>		
<b>Ansvarlig for koordinering og oppfølging</b>	Programeier for program pasientens legemiddelliste	
<b>Hvor og hvorfor gevinsten oppstår</b>	Pasientens legemiddelliste skal sørge for at helsepersonell til enhver tid har tilgang til en oppdatert liste over pasientens legemidler i bruk, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt pasientens legemiddelreaksjoner (CAVE). Pasientens legemiddelliste skal gi enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en oppfølging- eller behandlingssituasjon har raskere og enklere tilgang til pasientens legemiddelbehandling. Dette bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet, og kan gi færre uønskede hendelser i helsetjenesten.	
<b>Endring</b>		
<b>Endringsindikator</b>	<b>Resultatmål</b>	<b>Plan for måling</b>
Andel legekantor som har tatt i bruk elektronisk multidose	Multidose innført ved aktuelle legekantor i løpt av 2024	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel aktører som har tatt i bruk pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80 prosent av prioriterte aktører	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel pasienter som får opprettet pasientens legemiddelliste	Det er opprettet pasientens legemiddelliste for minst 80 prosent av innbyggerne	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
<b>Gevinst</b>		
<b>Gevinstindikator</b>	<b>Gevinstpotensial</b>	<b>Plan for måling</b>
Antall skader som oppstår i helsetjenesten	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Antall rapporterte uønskede hendelser/ følgeforskning
Antall skader med medhold i NPE som følge av mangelfull/manglende/feil medisinerings.	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgeforskning (med utgangspunkt i NPE-tall).
Antall re-innleggelser i spesialisthelsetjenesten	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgeforskning (med utgangspunkt i data fra norsk pasientregister og/eller Folkehelseinstituttets kvalitetsindikator Risikojustert sannsynlighet for reinnleggelse innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus for eldre pasienter)
Antall forskrevne legemidler per pasient	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgeforskning (med utgangspunkt i tall fra Reseptformidleren/NHN)
<b>Hvordan gevinsten omsettes</b>	Gevinsten vil gagne kommuner, fastleger, spesialisthelsetjeneste, innbygger og samfunnet i stort. Dette gjør uthenting av gevinsten utfordrende. Helse- og omsorgstjenestene må selv beslutte hvordan gevinsten omsettes. Der hvor gevinsten tilfaller innbygger og samfunnet i stort vil uthenting ikke følges videre opp av programmet.	



Risiko		
Risiko for redusert gevinst	At aktører i helsetjenesten ikke tar i bruk elektronisk multidose	
	At aktører i helsetjenesten ikke tar i bruk sentral forskrivningsmodul, blant annet fordi modulen ikke har tilsvarende legemiddelfunksjonalitet som eksisterende løsninger	
	At aktører i helsevesenet ikke tar i bruk pasientens legemiddelliste	
	At aktører i helsetjenesten ikke oppdaterer pasientens legemiddelliste	
Risikoreducerende tiltak	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet	
	Tidlig utprøving, GAP-analyser mellom sentral forskrivningsmodul og dagens EPJ-leverandør	
	Samtidig innføring hos alle de største aktørene	
	Kompensasjon til aktører som skal opprette pasientens legemiddelliste	
	Felles funksjonalitet for legemiddelhåndtering i sentral forskrivningsmodul	
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov		
Ansvarlig for koordinering og oppfølging	Programeier for program pasientens legemiddelliste	
Hvor og hvorfor gevinsten oppstår	Pasientens legemiddelliste skal sørge for at helsepersonell til enhver tid har tilgang til en oppdatert liste over pasientens legemidler i bruk, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt pasientens legemiddelreaksjoner (CAVE). Helsepersonell vil som følge av dette redusere tiden de bruker på å innhente og bekrefte legemiddelopplysninger eller svare på henvendelser fra samarbeidsaktører. Dette kan for eksempel gjelde både ved overføring av pasienter mellom virksomheter eller omsorgsnivå, eller ved utlevering av legemidler i apotek.	
Endring		
Endringsindikator	Resultatmål	Plan for måling
Andel legekantor som har tatt i bruk elektronisk multidose	Multidose innført ved aktuelle legekantor i løpt av 2024	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel aktører som har tatt i bruk pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80 prosent av prioriterte aktører	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel pasienter som får opprettet pasientens legemiddelliste	Det er opprettet pasientens legemiddelliste for minst 80 prosent av innbyggerne	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Gevinst		
Gevinstindikator	Gevinstpotensial	Plan for måling

Tid brukt på innhenting og manuell plotting av pasientopplysninger	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgforskning, samt spørreundersøkelse til helsepersonell.
<b>Hvordan gevinsten omsettes</b>	Det er opp til den enkelte virksomhet å beslutte hvordan gevinsten omsettes. Eksempler kan være: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flere konsultasjoner/ behandlinger</li> <li>- Økt kvalitet i behandling</li> <li>- Redusert arbeidsbelastning for helsepersonell</li> </ul>	
<b>Risiko</b>		
<b>Risiko for redusert gevinst</b>	At aktører i helsetjenesten ikke tar i bruk elektronisk multidose	
	At aktører i helsetjenesten ikke tar i bruk sentral forskrivningsmodul, blant annet fordi modulen ikke har tilsvarende legemiddelfunksjonalitet som eksisterende løsninger	
	At aktører i helsevesenet ikke tar i bruk pasientens legemiddelliste	
	At aktører i helsetjenesten ikke oppdaterer pasientens legemiddelliste, blant annet fordi krav om oppdatering fører til økt arbeidsbelastning for enkelte aktører	
<b>Risikoreducerende tiltak</b>	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet	
	Tidlig utprøving, GAP-analyser mellom sentral forskrivningsmodul og dagens EPJ-leverandør	
	Samtidig innføring hos alle de største aktørene	
	Kompensasjon til aktører som skal opprette pasientens legemiddelliste	
	Felles funksjonalitet for legemiddelhåndtering i sentral forskrivningsmodul	
<b>Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten</b>		
<b>Ansvarlig for koordinering og oppfølging</b>	Programeier for program pasientens legemiddelliste	
<b>Hvor og hvorfor gevinsten oppstår</b>	Innføring av pasientens legemiddelliste bidrar til at innbyggere møter en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste. Med pasientens legemiddelliste vil behandlere som innbyggere møter i helsetjenesten til enhver tid ha en oppdatert oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Det vil være mindre behov for at pasienter og pårørende selv skal være bærere av informasjon om legemiddelbruk. Videre vil det være enklere for pasienten å få oversikt over legemidler del bruker gjennom tilgang til pasientens legemiddelliste på HelseNorge.no. Samlet gir dette en forbedret innbyggeropplevelse i møte med helse- og omsorgstjenesten, som over tid vil bidra til økt tillit til helse- og omsorgstjenesten.	
<b>Endring</b>		
<b>Endringsindikator</b>	<b>Resultatmål</b>	<b>Plan for måling</b>
Andel legekantor som har tatt i bruk elektronisk multidose	Multidose innført ved aktuelle legekantor i løpt av 2024	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.

Andel aktører som har tatt i bruk pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80 prosent av prioriterte aktører	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel pasienter som får opprettet pasientens legemiddelliste	Det er opprettet pasientens legemiddelliste for minst 80 prosent av innbyggerne	Oppdateres løpende i programmet for pasientens legemiddelliste...
Andel innbyggere som har sett på egen legemiddelliste på HelseNorge	Økning i antall innsyn	Uttrekk fra innbyggertjenestene Helsenorge.no. (årlig)
<b>Gevinst</b>		
<b>Gevinstindikator</b>	<b>Gevinstpotensial</b>	<b>Plan for måling</b>
Innbyggernes tilfredshet med helsetjenesten i spørreundersøkelser	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Oppdateres hvert andre år av program for pasientens legemiddelliste, basert på data fra Digitaliseringsdirektoratets Innbyggerundersøkelse. Programmet bør også vurdere følgeforskning og/eller egne spørreundersøkelser.
<b>Hvordan gevinsten omsettes</b>	Gevinsten omsettes av innbygger og uthenting av gevinst følges ikke videre opp i programmet.	
<b>Risiko</b>		
<b>Risiko for redusert gevinst</b>	At aktører i helsevesenet ikke tar i bruk pasientens legemiddelliste	
	At aktører i helsetjenesten ikke oppdaterer pasientens legemiddelliste	
	Hendelser i andre deler av helse- og omsorgstjenesten kan påvirke opplevelsen og tilliten	
<b>Risikoreducerende tiltak</b>	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet	
	Samtidig innføring hos alle de største aktørene	
	Kompensasjon til aktører som skal opprette pasientens legemiddelliste	
	Et godt metodisk system for å isolere virkningen av pasientens legemiddelliste.	

## 4 Delmål

Målhierarki for steg 2 er beskrevet i sentralt styringsdokument. I målhierarkiet er det definert fire delmål som skal understøtte effektmålene. Dette vedlegget angir måltall for de tre av delmålene. Delmålene tilsvarer tiltakets gevinster.

Det tre delmålene som har måltall er gjengitt nedenfor:

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

Det er ikke angitt måltall for gevinsten «Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked».

I kapitlene under angis konkrete måltall for de enkelte delmålene. For gevinsten «frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov» er det satt måltall per program. Måltallene vil brukes for å vurdere i hvilken grad tiltaket realiserer sine målsettinger. Det er angitt måltall for forventet, lav og høy måloppnåelse. Tiltaket har realisert sine målsettinger dersom forventet måloppnåelse oppnås.

Måloppnåelsen er basert på forutsetningene i tiltakets samfunnsøkonomiske analyse (se vedlegg C Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse) og vurderinger av usikkerhet gjort i forprosjektet. Det er stor usikkerhet rundt nytteberegningene i den samfunnsøkonomiske analysen, og forutsetningene denne bygger på. Det vil være naturlig at arbeidet med måltall fortsetter i tiltakets første faser. I tilknytning til dette vil det sannsynligvis være behov for revidering av måltallene.

Gevinstrealiseringsplanene beskriver hvordan indikatorene skal måles og følges opp, og vil være operative styringsverktøy i gjennomføringen av programmene.

## 4.1 Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon

Tabell 6 Måltall for færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon.

Indikator	Tjeneste	Prosentvis reduksjon i antall <sup>3</sup>			Tidspunkt for måloppnåelse
		Forventet måloppnåelse	Lav måloppnåelse	Høy måloppnåelse	
<b>Antall skader som oppstår i helsetjenesten</b>	Fastlege (Antall konsultasjoner)	1 %	0,5%	2 %	Full realisering senest 1 år etter implementering.
	Legevakt (Antall konsultasjoner)	3 %	2 %	4,5 %	
	Hjemmesykepleie (Antall timer utført hjemmesykepleie)	2 %	1,5 %	3 %	
	Korttidsavdeling (Antall døgnplasser)	2 %	1,5%	3 %	
	Langtidsavdeling (Antall døgnplasser)	1 %	1 %	1 %	
	Sykehus (konsultasjoner)	3 %	2 %	4,5 %	

<sup>3</sup> Prosentvis reduksjon må sees i sammenheng framskrivning av aktivitet i helse- og omsorgstjenestene i oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. Reduksjonen i antall skader er således sammenliknet med hva som ville vært tilfellet uten tiltaket.

## 4.2 Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten

Måltallene i Tabell 7 er basert på statistikk og vurderinger i forprosjektet.

Tabell 7 Måltall for bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten.

Indikator	Tjeneste	Prosentvis forbedring i innbyggertilfredshet			Tidspunkt for måloppnåelse
		Forventet måloppnåelse	Lav måloppnåelse	Høy måloppnåelse	
Innbyggernes tilfredshet <sup>4</sup> med helse- og omsorgstjenesten i spørreundersøkelser	Fastlegetjenesten	3%	1%	5%	Delvis realisering ett år etter implementering og full realisering senest fem år etter implementering.
	Legevakt	5%	3%	8%	
	Sykehus (Innleggelser og dagbehandling)	3 %	1 %	5 %	
	Sykehus (Poliklinikk)	3 %	1 %	5 %	
	Øvrig kommunal helse og omsorgssektor	5%	3%	8%	

<sup>4</sup> Innbyggers tilfredshet er her definert av Digitaliseringsdirektoratets innbyggerundersøkelse.

## 4.3 Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov

Tabell 8 Måltall for frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov. Program pasientens legemiddelliste

Indikator	Tjeneste	Minutter spart per dag			Tidspunkt for måloppnåelse
		Forventet måloppnåelse	Lav måloppnåelse	Høy måloppnåelse	
<b>Tiden helsepersonell bruker mindre tid på å innhente informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten.</b>	Hjemmetjenesten - ny bruker	12	9	15	Full realisering senest 1 år etter implementering.
	Hjemmetjenesten - endring	6	4	8	
	Sykehjem - ny bruker (korttidsopphold + ØHD/KAD)	14	10	17	
	Sykehjem - endring (korttidsopphold + ØHD/KAD)	5	3	7	
	Sykehjem - ny bruker (langtidsopphold)	14,5	11	18	
	Sykehjem – endring (langtidsopphold)	5	3	7	
	Fastlegetjenesten	1	0	1,5	
	Legevakt	2	1	2,5	
	Sykehus Innleggelse	13	10	15	
	Sykehus Poliklinikk	3	1	4	
	Sykehus Daghandling	8	6	9,5	
	Apotek	5	3	6	

Tabell 9 Måltall for frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov. Program digital samhandling

Indikator	Tjeneste	Minutter spart per dag			Tidspunkt for måloppnåelse
		Forventet måloppnåelse	Lav måloppnåelse	Høy måloppnåelse	
<b>Tiden helsepersonell bruker mindre tid på å innhente informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten.</b>	Fastlegetjenesten	4	2	6	Full realisering senest 1 år etter implementering
	Legevakt	55	40	65	
	Sykehus (Innleggelser og dagbehandling)	55	40	65	
	Sykehus (Poliklinikk)	16	12	20	
	Kommunal helse og omsorgssektor (Sykehjem (langtids- og korttidsopphold), hjemmetjenesten og ØHD/KAD)	37	30	42	



 Direktoratet for e-helse

**Besøksadresse**

Verkstedveien 1  
0277 Oslo

**Kontakt**

[postmottak@ehelse.no](mailto:postmottak@ehelse.no)