



Direktoratet for
e-helse

Én innbygger – én journal

Vurdering av gjennomførings- risiko og realopsjoner

Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjenestene

Vedlegg F

Publikasjonens tittel:

Vedlegg F Vurdering av gjennomføringsrisiko og realopsjoner
Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste

Rapportnummer

IE-1029

Utgitt:

August 2018

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Besøksadresse:

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

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	4
2	Gjennomføringsrisiko	5
2.1	Metode for vurdering av gjennomføringsrisiko	5
2.2	Oppsummert vurdering av gjennomføringsrisiko	9
2.3	Gjennomføringsrisiko for konsept 1	15
2.4	Gjennomføringsrisiko for konsept 4	19
2.5	Gjennomføringsrisiko for konsept 7	25
3	Realopsjoner og fleksibilitet	30
3.1	Metode for vurdering av realopsjoner og fleksibilitet	30
3.2	Oppsummering av vurdering av realopsjoner og fleksibilitet	31
3.3	Fleksibilitet i gjennomføringstidspunkt	31
3.4	Fleksibilitet i gjennomføringsstrategi	33
3.5	Fleksibilitet i tiltaksomfang	34
3.6	Fleksibilitet til å variere løsningen(e)	35
3.7	Fleksibilitet til å avslutte tiltaket	36

1 Innledning

Dette er et vedlegg til Alternativanalysen. Dokumentet presenterer analysen av gjennomføringsrisikoen og realopsjoner for de tre konseptene som er vurdert i alternativanalysen:

- Konsept 1: Videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar
- Konsept 4: Nasjonal rammeavtale for journalløsninger
- Konsept 7: En nasjonal journalløsning – en kommunal journal

2 Gjennomføringsrisiko

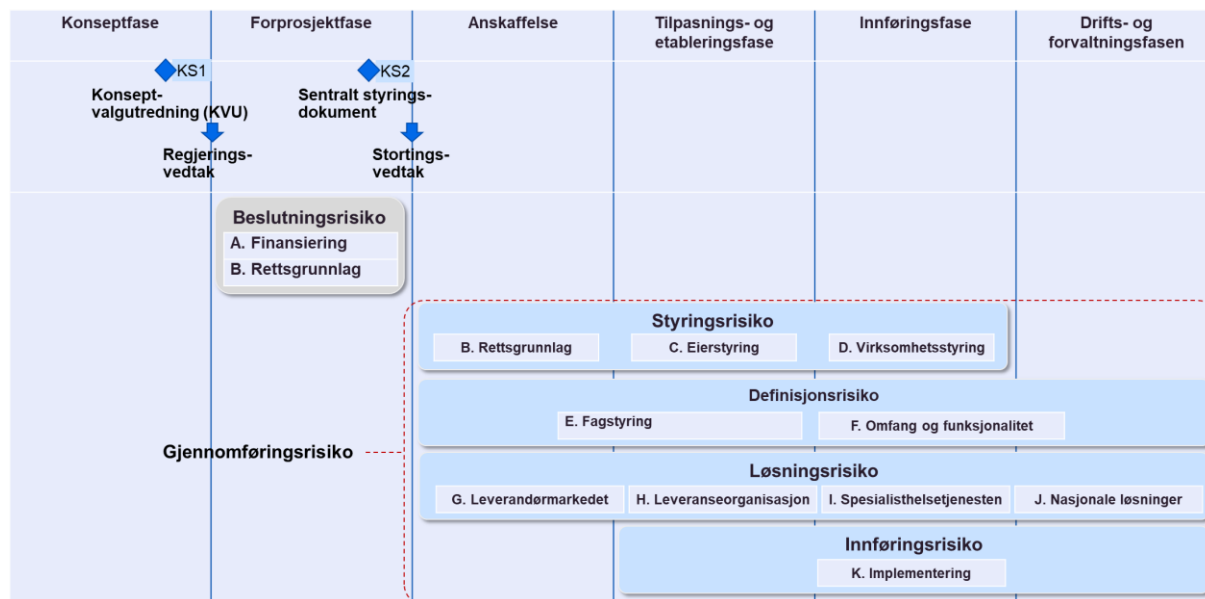
2.1 Metode for vurdering av gjennomføringsrisiko

Følgende avsnitt gir en overordnet vurdering av konseptene med hensyn til gjennomføringsrisiko. Vurderingen av gjennomføringsrisiko tar som forutsetning at nødvendige beslutninger for å iverksette tiltaket er tatt, og at nødvendige rammebetingelser for gjennomføring er etablert. Sentrale rammebetingelser vil være finansiering og rettsgrunnlag.

Gjennomføringsrisiko blir delt inn i fire hovedgrupper:

- **Styringsrisiko.** Dette er risiko knyttet til beslutninger nasjonalt og lokalt for å iverksette og prioritere tiltaket innenfor de rammer som er vedtatt i styringsdokumentet.
- **Definisjonsrisiko.** Dette er risiko knyttet til hvilken funksjonalitet hvert enkelt konsept skal levere og omfatter fagstyring og styring av omfang og funksjonalitet.
- **Løsningsrisiko.** Dette er risiko som kan oppstå i anskaffelse og konfigurering/utvikling av de løsningskomponenter som utgjør hvert enkelt konsept. Løsningsrisiko vurderer leverandørmarkedets evne til å levere funksjonalitet og brukerflater som dekker ulike brukeres behov, evnen til å etablere en leveranseorganisasjon, spesialisthelsetjenestens evne til å levere et felles grensesnitt i samhandlingen med løsningen(e), samt evnen til å etablere de nasjonale løsningene som skal understøtte samhandling.
- **Innføringsrisiko.** Dette er risiko knyttet til mottakende organisasjons evne til å etablere nødvendig mottaksprosjekt for å gjøre lokale tilpasninger, integrasjoner, opplæring, konvertering samt tilpasninger av arbeidsprosesser.

Følgende bilde gir en oversikt over når de ulike risikoområdene kan oppstå gjennom tiltakets levetid.

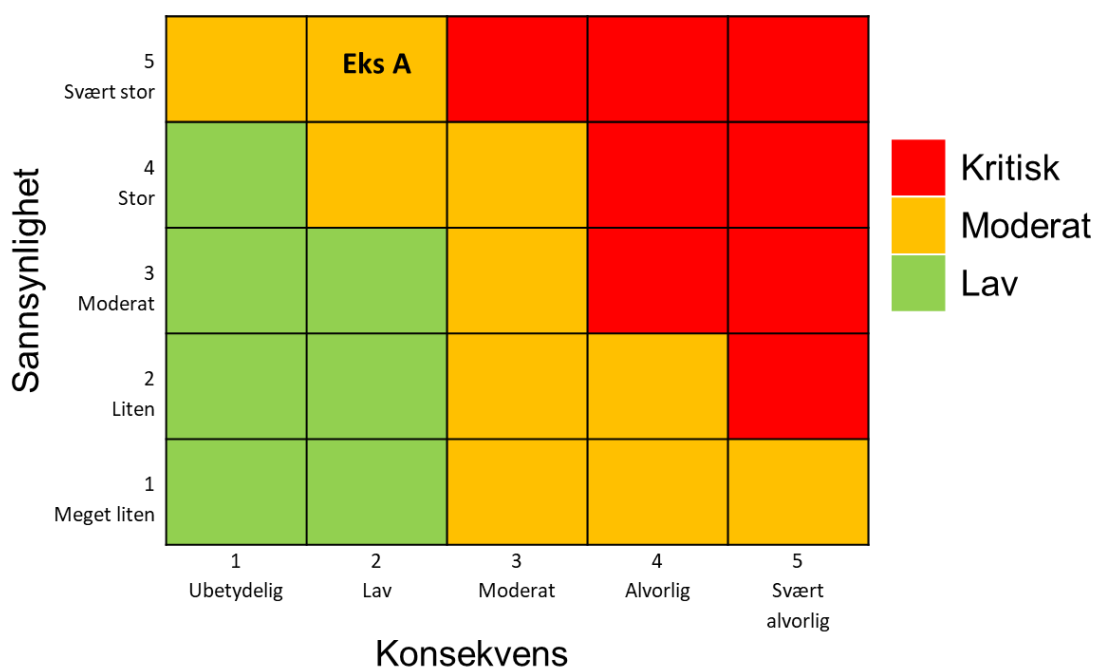


Gjennomføringsrisikoen blir vurdert i henhold til følgende risikokategorier:

Risikokategori	Beskrivelse
A. Finansiering	Finansiering er primært knyttet til beslutningen om å iverksette tiltaket. Beslutningen vil omfatte etableringen av en finansieringsmodell for investeringen og driftskostnader gjennom tiltakets levetid.
B. Rettsgrunnlag	Risiko knyttet til hvorvidt relevant regelverk må endres eller nytt regelverk må etableres for å gjennomføre konseptet, og risiko og tids- og ressursbruk knyttet til regelverksendringer. Risiko knyttet til endring i rettsgrunnlaget er tett knyttet opp til beslutningen. Konsekvensen av manglende rettsgrunnlag vil innebære at tiltaket ikke settes i gang.
C. Eierstyring	Risiko knyttet til styringsmessige forhold som må legges til rette av Stortinget og eierdepartementene (Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet) og av relevante underliggende fagetater og virksomheter. Vi har valgt å vurdere risiko knyttet til helseforetakene i egen risikokategori (Spesialisthelsetjenesten).
D. Virksomhetsstyring	Risiko knyttet til aktørene som omfattes av tiltaket og deres evne til å håndtere endringer i mål og prioriteringer i den enkelte virksomhet. Det knyttes også til evne til å gjennomføre nødvendige budsjettdisposisjoner, samt å avsette nødvendig kapasitet i mottaksprosjekt under innføringen.
E. Fagstyring	Risiko knyttet til evnen og muligheten til å etablere styringsmodell for helsefaglig standardisering og utvikling, samt evnen til å mobilisere nødvendig kapasitet og kompetanse til å delta i den helsefaglige utviklingen.
F. Omfang og funksjonalitet	Risiko knyttet til hvorvidt aktørene som omfattes av tiltaket blir enige om omfang og funksjonalitet som skal leveres av tiltaket, samt evnen til å håndtere endringsbehov underveis i anskaffelsen og implementeringen.
G. Leverandørmarkedet	Risiko knyttet til leverandørmarkedets evne til å realisere omfanget av konseptet og evne til å dekke brukernes behov i ulike arbeidsprosesser.
H. Leveranseorganisasjon	Risiko knyttet til etablering av nødvendig leveranseorganisasjon, herunder nasjonal tjenesteleverandør, som håndterer gjennomføringen.

Risikokategori	Beskrivelse
I. Spesialisthelsetjenesten	<p>Det er satt fire forutsetninger knyttet til spesialisthelsetjenesten og foretaksgruppene i Midt-Norge, Nord, Sør-Øst og Vest:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En samordning av EPJ/PAS-utviklingen er viktig for å redusere arbeidet og kompleksiteten med å etablere nye nasjonale samhandlingsløsninger. Dette gjelder både teknisk interoperabilitet (hvilke tekniske grensesnitt som skal benyttes), semantisk interoperabilitet (hvilke standarder på kodeverk, terminologier og informasjonsmodeller som skal benyttes) og organisatorisk interoperabilitet (hvordan samhandling skal foregår i ulike behandlingsforløp). • Spesialisthelsetjenesten i Nord, Sør-Øst og Vest har uttrykt intensjon om å etablere et felles knutepunkt for samhandling med nasjonale løsninger. Dette er en forlengelse av å samordne EPJ/PAS-utviklingen, og skal redusere kompleksiteten i forbindelse med implementering av nasjonale løsninger. • Samhandling med avtalespesialister blir håndtert gjennom strategiene i spesialisthelsetjenesten. • Helseplattformen gjennomføres som planlagt og kommuner, fastleger og avtalespesialister i region Midt-Norge utløser opsjonen om å ta i bruk Helseplattformen. <p>Hvorvidt disse forutsetningene blir realisert vil ha ulike konsekvenser for realisering av nytte i konseptene.</p>
J. Nasjonale løsninger	Risiko knyttet til etablering og tilpasning av de nasjonale løsningene som skal etableres i tillegg til journaløsningen, herunder samhandlingsløsning, identitets- og tilgangsstyring, tekniske grensesnitt og sentral infrastruktur (f.eks. driftssenter, nettverk).
K. Innføring	Risiko knyttet til tilpasning, konvertering, teknisk innføring, opplæring, tilpasning av arbeidsprosesser og annen organisasjonsutvikling i mottakende virksomhet.

Hvert risikoområde blir vurdert opp mot sannsynlighet og konsekvens. Vi bruker samme definisjoner på sannsynlighet, konsekvens og kritikalitet som er angitt i Difis prosjektveiviser for risikoanalyse.



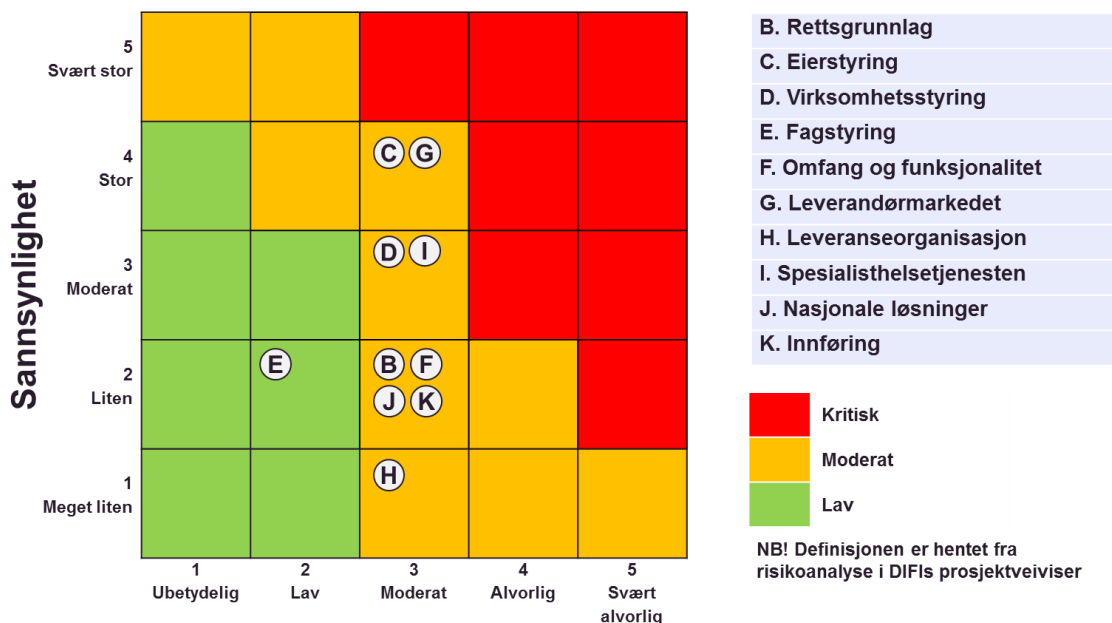
Definisjon av Sannsynlighet	
Meget liten (0 % - 5 %)	Det er meget liten sannsynlighet for at situasjonen beskrevet i risikoområdet oppstår
Liten (6 % - 24 %)	Denne risikoen er mulig men det har ikke oppstått før i lignende prosjekter av denne størrelsen, eller det har vært engangstilfeller der denne risikoen har oppstått.
Moderat (25 % - 49 %)	Denne risikoen har oppstått noen få ganger med ujevne mellomrom før.
Stor (50 % - 74 %)	Denne risikoen har oppstått flere ganger før.
Svært stor (75 % - 100 %)	Denne risikoen oppstår som regel i denne type prosjekter, eller er en helt ny risiko som er overhengende for prosjektet.

Definisjon av Konsekvens	
Ubetydelig	Risikoen har ingen betydning for konseptets kostnad, fremdrift eller leveranse kvalitet.
Lav	Risikoen påvirker ikke kostnadsbudsjettet, men vil medføre at fremdriften blir forsinket. Risikoen vil ikke ha negative konsekvenser for kjernevirksomheten sammenlignet med dagens situasjon.
Moderat	Risikoen har moderat betydning for konseptets kostnad, fremdrift og/eller leveranse kvalitet. Risikoen vil ikke ha negative konsekvenser for kjernevirksomheten sammenlignet med dagens situasjon.
Alvorlig	Risikoen vil påvirke både kostnadsbudsjettet og fremdriften betydelig, men vil ikke ha negative konsekvenser for kjernevirksomheten sammenlignet med dagens situasjon.
Svært alvorlig	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.

2.2 Oppsummert vurdering av gjennomføringsrisiko

Under følger en overordnet vurdering av risikovurderingen knyttet til konseptene med en beskrivelse av de største risikoområdene.

Samlet vurdering av gjennomføringsrisiko for Konsept 1.



Risiko: Moderat

Beslutningsrisikoen i konsept 1 er vurdert til lav. Konseptet innebærer at det forskriftsfestes høyere krav til funksjonalitet og samhandlingsevne i virksomhetens journalløsninger. Det etableres virkemidler for å stimulere til at aktørene sørger for at deres journalløsninger oppfyller disse kravene. Nasjonale myndigheter styrker utviklingen av nasjonal grunnmur og nasjonale samhandlingsløsninger.

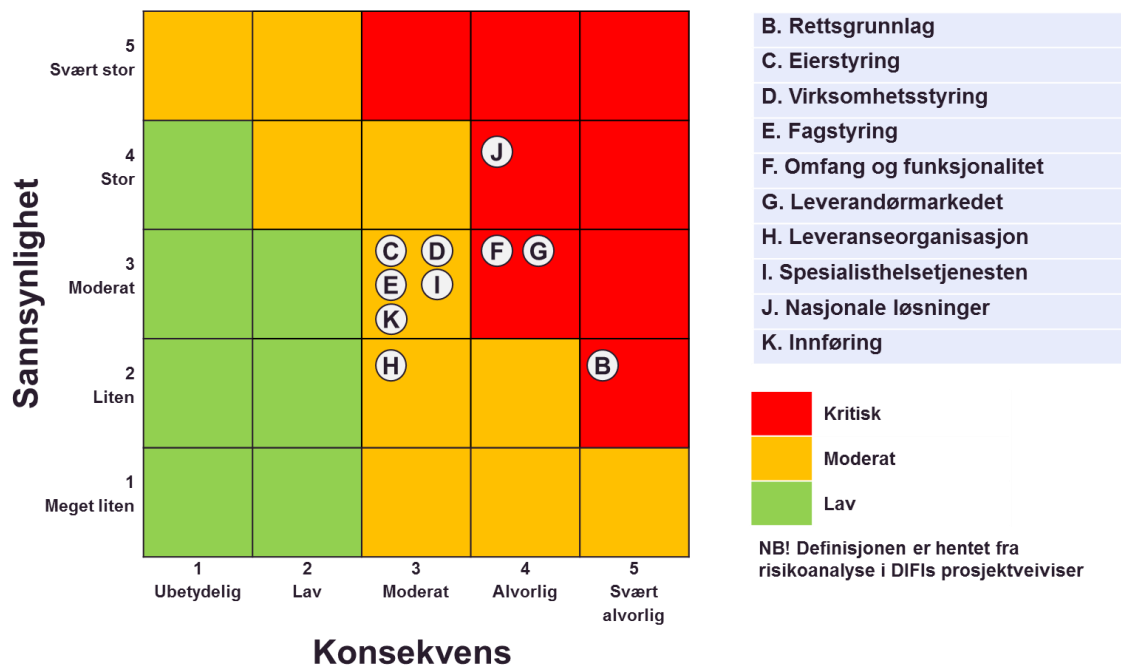
Styringsrisikoen (B, C, D) er vurdert til moderat. Den største risikoen er knyttet til hvorvidt det vil være mulig å etablere et regime og reelt følge opp aktørenes oppfyllelse av forskriftsfestede krav.

Definisjonsrisikoen (E, F) er i sum vurdert til lav. Nye funksjonelle krav vil utvikles inkrementelt og er en videreføring av dagens måte å utvikle ny samhandlingsfunksjonalitet på.

Løsningsrisikoen (G, H, I, J) er vurdert til moderat. Det er spesielt knyttet risiko til om leverandørene vil klare å oppfylle de kravene som aktørene vil stille. Konsekvensen av at risikoen slår til er moderat da manglende oppfyllelse av kravene primært vil medføre lavere nytterealisering enn det som er beregnet.

Innføringsrisikoen (K) er vurdert til moderat. Risikoen er primært knyttet til konvertering i forbindelse med reinvesteringer.

Samlet vurdering av gjennomføringsrisiko for Konsept 4.



Risiko: Moderat til kritisk

Beslutningsrisikoen i konsept 4 er vurdert til kritisk. En eventuell beslutning om å gå inn i anskaffelsesfasen forutsetter kjøpsintensjoner fra et betydelig antall kommuner og selvstendig næringsdrivende aktører. Beslutninger om kjøpsintensjoner skal tas på selvstendig grunnlag i kommunene. Videre er det besluttet hvilke virkemidler som skal tas i bruk for å sikre at alle aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste gjør avrop på en av løsningene i rammeavtalen. Det er også gitt mandat om å kunne vurdere å innføre pålegg til virksomhetene i kommunal helse- og omsorgstjeneste om å bruke en av løsningene.

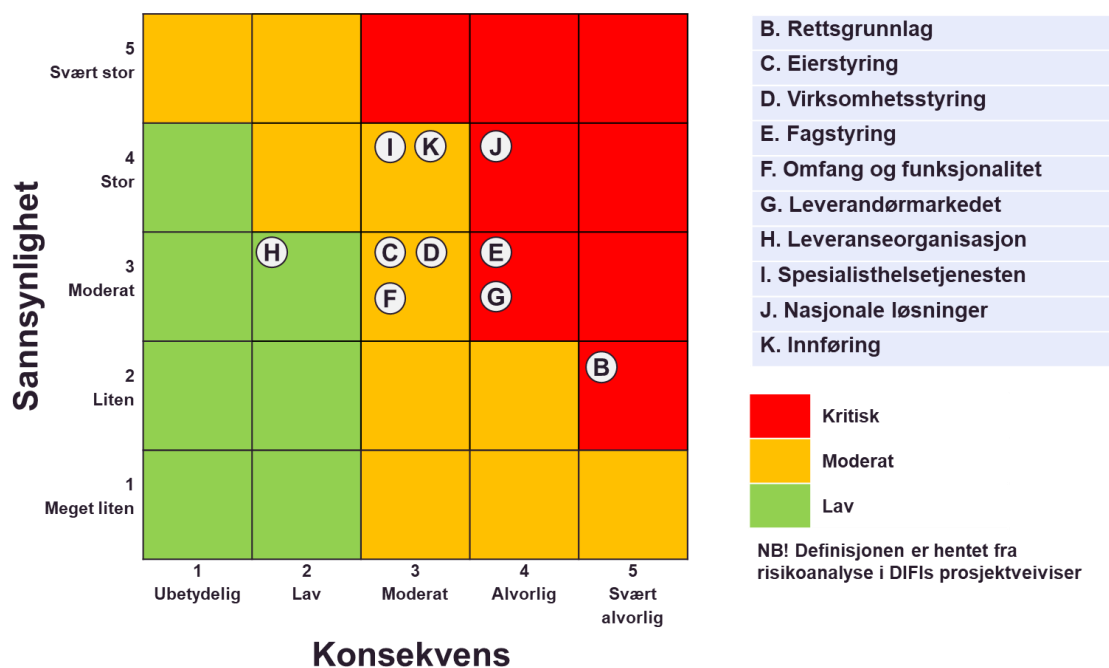
Styringsrisikoen (B, C, D) er vurdert til moderat. Den mest kritiske risikoen er knyttet til hvorvidt det vil kunne etableres tilstrekkelige virkemidler for å sikre at alle aktører som leverer kommunale helse- og omsorgstjenester gjør avrop på en av løsningene på rammeavtalen, til tross for at konseptet er besluttet iverksatt av Stortinget. Sannsynligheten for dette er vurdert til liten. Konsekvensen av at det ikke kan opprettes et sett av virkemidler som forplikter virksomhetene over tid gjør at konseptet ikke bør igangsettes (svært alvorlig). Konseptet innebærer at den enkelte aktør på selvstendig grunnlag beslutter når de skal gjøre avrop på en av løsningene innenfor en gitt tid. Risikoen for at denne tidsfristen settes langt frem, eller at aktørene vil utsette beslutningen er vurdert som stor. Konsekvensen er at implementeringstiden og kostnadene kan øke, ettersom man over lengre tid må understøtte parallelle løsninger nasjonalt.

Definisjonsrisikoen (E, F) er vurdert til moderat. Mangelfull deltakelse i å definere omfang og funksjonalitet er en risiko. Dette kan medføre at kravspesifikasjonen som ligger til grunn for anskaffelsen vil utvides i omfang og inneholde funksjonalitet som leverandørmarkedet ikke kan respondere på. Konsekvensen av denne risikoen er vurdert til alvorlig. Konsekvensen for at risikoen slår til er at antallet leverandører som kan dekke behovene begrenses. Det kan være mindre attraktivt for leverandører å ta kostnaden med å utvikle ny funksjonalitet når markedet må deles med minst én annen leverandør. I verste fall vil det kun bli stående igjen én leverandør, hvilket innebærer at konseptet ikke kan realiseres som opprinnelig planlagt. Da må det vurderes om konsept 5 eller konsept 7 skal iverksettes istedenfor.

Løsningsrisikoen (G, H, I, J) er vurdert til moderat – kritisk. Konseptet stiller vesentlig høyere krav til etableringen av nasjonale løsninger for samhandling enn dagens situasjon: (1) det anskaffes en samhandlingsløsning (Health Information Exchange) som muliggjør dokument- og datadeling; (2) det etableres en terminologiserver og SNOMED-CT innføres som gjeldende terminologi for samhandling og dokumentasjon; (3) nødvendige informasjonskilder for å understøtte identitets- og tilgangsstyring oppgraderes slik at informasjonen er standardisert og reglene for tilgangsstyring er normert. Sannsynligheten for at kompleksiteten knyttet til å innføre samhandlingsløsningene i konsept 4 er vurdert til stor (4). Primært er det knyttet stor usikkerhet til standardiseringen av informasjonskildene for identitets- og tilgangsstyring. Konsekvensen av at risikoen inntreffer er vurdert til alvorlig (4) og at det vil medføre vesentlig høyere kostnader og ta lengre tid å implementere identitets- og tilgangsstyring som oppfyller kravene samt ny samhandlingsfunksjonalitet. Nyttrealiseringen vil da også bli forsinket.

Innføringsrisikoen (K) er vurdert til moderat. Risikoen er spesielt knyttet til den enkelte aktørs evne til å ta i bruk og tilpasse sine arbeidsprosesser til basiskonfigurasjonen i den løsning de velger, og til konvertering av eksisterende helseopplysninger til de nasjonale løsningene.

Samlet vurdering av gjennomføringsrisiko for Konsept 7.



Risiko: Moderat til kritisk

Beslutningsrisikoen i konsept 7 er vurdert til kritisk. Konseptet innebærer at det besluttes å etablere en nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. En eventuell beslutning om å gå inn i anskaffelsesfasen forutsetter kjøpsintensjoner fra et betydelig antall kommuner og selvstendig næringsdrivende aktører. Beslutninger om kjøpsintensjoner skal tas på selvstendig grunnlag i kommunene. Videre er det besluttet hvilke virkemidler som skal tas i bruk for å sikre at alle aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste gjør avrop på en av løsningene i rammeavtalen. Det er også gitt mandat om å kunne vurdere å innføre pålegg til virksomhetene i kommunal helse- og omsorgstjeneste om å bruke en av løsningene. Det forutsettes at det besluttes en styringsmodell for å styre omfang og funksjonalitet, samt helsefaglig utvikling og standardisering. Konsekvensen av at disse elementene ikke er på plass er svært alvorlig og bør medføre at tiltaket utsettes eller ikke igangsettes.

Styringsrisikoen (B, C, D) er vurdert til moderat. Den mest kritiske risikoen er knyttet til hvorvidt det vil kunne etableres tilstrekkelige virkemidler for å sikre at alle aktører som leverer kommunale helse- og omsorgstjenester gjør avrop på en av løsningene på rammeavtalen, til tross for at konseptet er besluttet iverksatt av Stortinget. Sannsynligheten for dette er vurdert til liten. Konsekvensen av at det ikke kan opprettes et sett av virkemidler som forplikter virksomhetene over tid gjør at konseptet ikke bør igangsettes (svært alvorlig). Videre er risikoen moderat for at beslutninger om å ta i bruk løsningen vil ta lenger tid enn forventet. Dette vil påvirke kostnadene og nytterealiseringen.

Definisjonsrisikoen (E, F) er vurdert til moderat til kritisk. Konseptet innebærer at store brukergrupper skal benytte samme løsning på samme måte, og at en og samme løsning skal tilpasses et stort spekter av tjenester. Dette gir behov både for standardisering av informasjonsstruktur, organisatoriske grunndata og kodeverk, arbeidsprosesser og helsefaglig innhold m.m., og for å gi tilstrekkelig fleksibilitet lokalt. Det er stor interesse i kommunene for å delta i arbeidet med en nasjonal kommunal løsning, som har vært vist gjennom den høye deltagelsen i utredningen. Det kan være en ressurs-/prioriteringsutfordring i den enkelte kommune, men dette kan løses ved at virksomheter som deltar med ressurser i standardiseringsarbeid kan kompenseres med frikjøp og bruk av andre sentrale ressurser. Det er viktig at de ressursene som deltar i den helsefaglige standardisering og utviklingen har mandat til å gjennomføre arbeidet på vegne av alle kommunene.

Konsekvensen av at den etablerte standarden likevel ikke aksepteres av alle kommuner og avtaleparter er vurdert til stor (4), ettersom risikoen kan medføre at innføringen i kommuner som kommer etter pilotprosjekter vil ha endringsønsker i forhold til de etablerte standardene, med påfølgende økte kostnader til frikjøp/ansettelser og forsinket fremdrift.

Løsningsrisikoen (G, H, I, J) er vurdert til moderat – kritisk. Konseptet stiller vesentlig høyere krav til etableringen av nasjonale løsninger for samhandling enn dagens situasjon: (1) det anskaffes en samhandlingsløsning (Health Information Exchange, HIE) som muliggjør dokument- og datadeling; (2) det etableres en terminologiserver og SNOMED CT innføres som gjeldende terminologi for samhandling og dokumentasjon; (3) nødvendige informasjonskilder for å understøtte identitets- og tilgangsstyring oppgraderes slik at informasjonen er standardisert og reglene for tilgangsstyring er normert. Sannsynligheten for at kompleksiteten knyttet til å innføre samhandlingsløsningene i Konsept 7 er underestimert er vurdert til stor (4). Primært er det knyttet stor usikkerhet til standardiseringen av informasjonskildene for identitets- og tilgangsstyring. Konsekvensen av at risikoen inntreffer er vurdert til alvorlig (4) og at det vil medføre vesentlig høyere kostnader og ta lengre tid å implementere identitets- og tilgangsstyring som oppfyller kravene samt ny samhandlingsfunksjonalitet. Nytterealiseringen vil da også bli forsinket.

Innføringsrisikoen (K) er vurdert til moderat. Risikoen er spesielt knyttet til den enkelte aktørs evne til å ta i bruk og tilpasse sine arbeidsprosesser til løsningen, og til konvertering av eksisterende helseopplysninger til den nasjonale løsningen. Sannsynligheten for at man vil møte på endringsmotstand og behov for endringsønsker er vurdert til stor, spesielt blant brukere med behov for avansert funksjonalitet (prosess- og beslutningsstøtte). Frihetsgraden til å velge funksjonalitet utenfor basiskonfigurasjonen er mindre i dette konseptet enn i konsept 4. Videre er det stor sannsynlighet for at enkelte kommuner eller kommunegrupper ikke vil ha nødvendig kapasitet og kompetanse til å etablere mottaksprosjektet. Konsekvensen er vurdert til moderat (3) da hendelsene vil påvirke kostnader og implementeringstid i noe grad i forhold til det som er estimert i grunnkalkylen.

Oppsummering av gjennomføringsrisiko

Konsept 1 har både lav beslutningsrisiko og den laveste gjennomføringsrisikoen, da dette konseptet i stor grad innebærer å videreføre dagens situasjon.

Beslutningsrisikoen er kritisk i konseptene 4 og 7. Konsept 4 og konsept 7 forutsetter at det innføres et sett av virkemidler som sikrer at alle aktørene som omfattes av tiltaket i kommunal helse- og omsorgstjeneste over tid oppgrader sine journalløsninger og tar i bruk en av de løsningene som det er inngått rammeavtale med (konsept 4) eller den nasjonale kommunale journalløsningen (konsept 7). Om nødvendig skal det innføres et rettsgrunnlag som pålegger aktørene om å ta i bruk løsningen(e). Manglende beslutninger om å innføre virkemidler eller et slikt pålegg tilsier at ingen av disse konseptene bør iverksettes.

Styringsrisikoen er vurdert til moderat i konsept 4 og 7. Det forutsettes at nødvendige rammebetingelser og styringsmodeller er etablert i forkant av en endelig stortingsbeslutning. Det er kritisk for alle konseptene at regelverket utformes i tråd med denne beslutningen. Sannsynligheten for at dette ikke skjer er vurdert til liten, så fremt et av konseptene blir besluttet finansiert og iverksatt. I alle konsepter er det lagt inn lang tid før aktørene som omfattes av tiltaket må ta i bruk henholdsvis løsningene i rammeavtalen (konsept 4) eller den nasjonale løsningen (konsept 7). Det er derfor vurdert at risikoen for manglende styring er moderat i alle konsepter.

Definisjonsrisikoen er vurdert som moderat til kritisk i konsept 4 og 7. Konseptene 4 og 7 stiller krav til leverandørmarkedet for journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste som er vesentlig høyere enn det dagens leverandører i det norske markedet leverer. Det er derfor viktig at det skapes forutsigbare rammer for hvilken funksjonalitet og hvilket omfang anskaffelsen skal ha slik at det blir attraktivt for andre leverandører å delta i konkurransen. I konsept 4 er risikoen for at omfang og funksjonalitet øker utover det som er definert som naturlig inkludert i journalløsninger for helse- og omsorgstjeneste vurdert som kritisk. Konsept 4 er avhengig av det inngås avtale med minimum to leverandører. En utvidelse av omfang og funksjonalitet vil kunne begrense antallet aktører som kan møte behovene. I verste fall vil man kunne ende opp med én leverandør, hvilket bør ha som konsekvens at man implementerer konsept 7. I konsept 7 er det avgjørende at styringsmodell og deltagelse for helsefaglig utvikling og standardisering, samt standardisering av kodeverk og terminologier er etablert, at deltakelsen sikrer representativitet og at standardene er normerende. Konsekvensen av at så ikke skjer er alvorlig, ettersom det vil kunne øke kostnadene og innføringstiden vesentlig.

Løsningsrisikoen er vurdert som moderat til kritisk i alle konseptene. Konsept 4 er avhengig av det inngås avtale med minimum to leverandører som kan levere på de samlede funksjonelle behovene i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er en stor sannsynlighet for at konkurransen ikke vil tiltrekke seg tilstrekkelig antall leverandører for å få en reell konkurranse. I verste fall vil man kunne ende opp med én leverandør, hvilket bør ha som konsekvens at man implementerer konsept 7.

Konsept 7, og delvis konsept 4, innebærer at det innføres en kommunal journal for alle innbyggere, og at helsepersonell i større grad samhandler gjennom felles løsning. Begge konsepter krever etablering av løsning for identitets- og tilgangsstyring som ivaretar personvern og helsepersonells tjenstlige behov. Det er vurdert at risikoen er kritisk med hensyn til at kompleksiteten knyttet til dette er undervurdert.

Konsept 7 stiller store krav til at samhandlingsevnen hos de aktørene som ikke bruker de nye journalløsningene styrkes for å utnytte potensialet i den tett integrerte samhandlingsløsningen som etableres. Det stilles høyere krav i konsept 7 til at

spesialisthelsetjenesten samordner sin utvikling, deltar i utviklingen av mer avansert samhandlingsfunksjonalitet og tar denne i bruk i tråd med implementeringen av nye løsninger i kommunesektoren. Det er knyttet moderat risiko til begge disse forutsetningene i konseptene.

Innføringsrisikoen er vurdert til moderat i konsept 4 og kritisk i konsept 7. I alle konsepter er risikoen knyttet til konvertering av helseopplysninger i forbindelse med at eksisterende løsninger erstattes med ny løsning vurdert til moderat. Konsept 7 innebærer at kommuner og deres avtaleparter i større grad må forplikte seg til å delta i et sentralt styrt innføringsprosjekt. Frihetsgraden til å velge funksjonalitet utenfor basiskonfigurasjonen er mindre i konsept 7. Risikoen for at enkelte kommuner eller kommunegrupper ikke vil ha nødvendig kapasitet og kompetanse til å etablere mottaksprosjektet i henhold til innføringsplanene er derfor større i konsept 7. Konsekvensen av denne risikoen er vurdert til stor (4) da hendelsene vil påvirke kostnader og implementeringstid i vesentlig grad i forhold til det som er estimert i grunnkalkylen.

2.3 Gjennomføringsrisiko for konsept 1

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
B. Rettsgrunnlag	2	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at det forskriftsfestes høyere krav til funksjonalitet og samhandlingsevne i virksomhetenes journalløsninger. Det etableres virkemidler for å stimulere til at aktørene sørger for at deres journaløsninger oppfyller disse kravene.</p> <p>Kravene må følges opp gjennom at det innføres sanksjoner for de aktørene som ikke realiserer kravene.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Det er en liten sannsynlighet (2) for at ikke nødvendige regelverksendringer går gjennom, da dette er begrensede endringer i forhold til dagens situasjon.</p> <p>Konsekvensen av at risikoen slår til er moderat (3) da manglende oppfyllelse av kravene vil medføre lavere nytterealisering enn det som er beregnet.</p>
C. Eierstyring	4	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at aktørene oppgraderer sine eksisterende journaløsninger slik at kravene til funksjonalitet og samhandling i konseptet blir ivaretatt.</p> <p>Det må være vilje til å følge opp manglende oppfyllelse av kravene hos aktørene med potensielle sanksjoner, eller stille krav til at de må ta i bruk den etablerte nasjonale kommunale løsningen.</p> <p>Det settes av en årlig sum av midler til å håndtere ny samhandlingsfunksjonalitet. Det forutsettes at disse midlene blir prioritert gjennom en porteføljestyingsprosess.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten er vurdert til stor (4). Historien har vist at det er trolig at et slikt regime ikke vil la seg implementere, eller at kravene blir for lave.</p> <p>Sannsynligheten for at det vil kunne oppstå uenigheter i prioriteringer av hva investeringsmidler skal brukes til er vurdert til moderat (3).</p> <p>Konsekvensen av at risikoene slår til er vurdert til moderat (3) mht. at det både vil ta lenger tid og være mer kostbart å realisere den styrkede samhandlingsfunksjonaliteten. Realiseringen av nytten som felleskomponentene skal understøtte (f.eks. mer og bedre legemiddelhåndtering, økt dokument- og datadeling) blir da vesentlig forsinket.</p>
D. Virksomhetsstyring	3	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet forutsetter at hver enkelt aktør på individuell basis eller i samarbeid med andre aktører implementerer de nye forskriftsfestede kravene.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Erfaringer fra e-resept, kjernejournal og meldingsløftet viser at innføring tar lenger tid enn først planlagt. Sannsynligheten for at dette også vil skje her med hensyn til at nødvendige prioriteringer og budsjetttilpasninger blir foretatt i den takten det er ønskelig er vurdert til moderat (3), på tross av virkemiddelbruk for å stimulere til ønsket utvikling.</p> <p>Konsekvensen av lavere endringstakt vil medføre at det vil ta lengre tid før mer avansert samhandlingsfunksjonalitet utbredes til alle aktører. Kostnadene vil også kunne bli høyere som følge av lengre implementeringstid. Konsekvensen er vurdert til moderat (3).</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
E. Fagstyring	2	2	<p>Forutsetninger:</p> <p>Samhandlingen i konseptet blir primært realisert ved at man definerer nye meldingsstandarder, nye profiler for dokumentdeling, samt nye informasjonsområder for datadeling.</p> <p>Det vil være behov for å videreføre og styrke dagens modell for helsefaglig utvikling og standardisering. Utviklingen vil skje inkrementelt.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at nødvendig helsefaglig utvikling og standardisering ikke blir gjennomført er liten (2). Endringene er inkrementelle og vil kreve at et smalt spekter av helsepersonell må mobiliseres for hver endring.</p> <p>Konsekvensen av at dette ikke skjer er at det vil ta lenger tid å realisere ny samhandlingsfunksjonalitet. Konsekvensen er vurdert til lav (2).</p>
F. Omfang og funksjonalitet	2	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at hver enkelt aktør vil ha selvstendig ansvar for å dekke de funksjonelle behovene for å realisere de forskriftsfestede kravene.</p> <p>Samhandlingen i konseptet blir primært realisert ved at man definerer nye meldingsstandarder, nye profiler for dokumentdeling, samt nye informasjonsområder for datadeling. Utviklingen vil skje inkrementelt og nye funksjonelle krav vil forskriftsfestes.</p> <p>Utover felles krav vil hver enkelt aktør styre omfang og funksjonalitet på selvstendig basis.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at det ikke vil bli enighet om felles krav som skal forskriftsfestes er vurdert til liten (2).</p> <p>Konsekvensen av det ikke blir enighet om felles krav er at det vil ta lenger tid å realisere ny samhandlingsfunksjonalitet. Konsekvensen er derfor moderat (3).</p>
G. Leverandør-markedet	4	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>I konseptet vil aktørene ha et selvstendig ansvar for at deres leverandører etterlever nye standarder for samhandling.</p> <p>Det vil brukes virkemidler som gir insentiver til aktørene for å implementere forskriftsfestede krav til funksjonalitet og samhandlingsevne. EPJ-løftet for leverandører av fastlegesystemer videreføres.</p> <p>Det etableres et nasjonalt forum for å harmonisere leverandørstyringen også for kommunene etter samme modell som EPJ-løftet for fastlegene. Dette vil sannsynligvis kunne bedre leverandørenes evne til å tilpasse seg.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at virkemidlene ikke vil være tilstrekkelige for å styrke leverandørenes evne til å levere på nye krav er vurdert til stor (4). Leverandørene av fastlegesystemer og PLO-systemer er relativt små, og har historisk vist at finansielle insentiver ikke er tilstrekkelig for å akselerere deres endringsevne. En økt forutsigbarhet gjennom utvidede virkemidler vil skape mulighet for leverandørene til å styrke sin leveransekapasitet.</p> <p>Konsekvensen av manglende endringsevne hos leverandørene er vurdert til moderat (3), ettersom dette vil påvirke både fremdrift og kostnader for implementering av mer avansert samhandling. Den største konsekvensen vil imidlertid være på manglende funksjonell måloppnåelse.</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
H. Leveranseorganisasjon	1	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at leveranseorganisasjonen av nasjonale løsninger for samhandling må styrkes for å utvikle og ta i bruk pasientens legemiddelliste, dokument- og datadeling.</p> <p>Porteføljestylingen videreføres og styrkes med at det gis mulighet for å bruke virkemidler til å stimulere utviklingen av ny samhandlingsfunksjonalitet som gir høy verdi.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at det ikke vil være mulig å styrke leveranseorganisasjonen er vurdert til meget liten (1). Dette er kompetanse som er bygget opp i Direktoratet for e-helse gjennom e-resept, kjernejournal og helsenorge.no, samt etableringen av samstyringsmodellen.</p> <p>Konsekvensen av manglende leveranseevne er moderat (3), ettersom dette vil påvirke både fremdrift og kostnader for implementering av mer avansert samhandling. Den største konsekvensen vil imidlertid være på manglende funksjonell måloppnåelse og nytterealisering.</p>
I. Spesialisthelsetjenesten	3	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at samhandlingen styrkes med funksjonalitet som pasientens legemiddelliste og dokumentdeling. Videre vil det også være aktuelt å innføre deling av mer strukturerte helseopplysninger (datadeling).</p> <p>Det forutsettes at spesialisthelsetjenesten samordner sin utvikling av denne type funksjonalitet. Dette vil redusere kompleksiteten og kostnadene for nasjonale løsninger.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at denne samordningen ikke blir gjort er vurdert til moderat (3). Historisk har hvert enkelt helseforetak innført egne tekniske løsninger for å samhandle med kommuner og fastleger. Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området viser til at de tre helseregionene har styrket samarbeidet om modernisering av EPJ/PAS, men at det fortsatt er utfordringer knyttet til dette.</p> <p>Konsekvensen av manglende samordning er vurdert til moderat (3). Kompleksiteten vil øke og dette vil påvirke både evnen til å forskriftsfeste felles krav, utviklingskostnad og implementeringstid.</p>
J. Nasjonale løsninger	2	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at nasjonal grunnmur styrkes med mulighet for dokument- og datadeling.</p> <p>Det vil skje en inkrementell innføring av SNOMED CT som terminologi etterhvert som ny samhandlingsfunksjonalitet utvikles og implementeres.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at omfang og funksjonalitet i samhandlingen ikke realiseres i nasjonal grunnmur er vurdert til liten (2). Risikoen er primært knyttet til manglende finansiering og manglende implementering i endepunktløsningene.</p> <p>Konsekvensen av at risikoen inntreffer er at det vil medføre høyere kostnader og ta lengre tid å implementere ny samhandlingsfunksjonalitet. Konsekvensen er vurdert til moderat (3). Nytterealiserings vil da også bli forsinket.</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
K. Innføring	3	2	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at hver enkelt aktør har eget ansvar om å innføre ny funksjonalitet. Innføringen vil skje inkrementelt og vil tas over den ordinære driften.</p> <p>Ved nyanskaffelser av journaløsninger må det foretas en konvertering av data fra gamle til nye løsninger.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Risikoen er primært knyttet til konvertering i forbindelse med reinvesteringer. Sannsynligheten for at dette vil skje er vurdert til moderat (3).</p> <p>Konsekvensen er vurdert til lav (2) og vil primært påvirke kostnadene ved innføring av nye løsninger. Implementeringstiden vil også kunne forlenges noe.</p>

2.4 Gjennomføringsrisiko for konsept 4

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
B. Rettsgrunnlag	3	5	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at det anskaffes minimum to nasjonale løsninger på en rammeavtale.</p> <p>Konseptet forutsetter regelverksendringer for å etablere hjemmel for å innføre nasjonale kommunale løsninger. Videre må det vurderes om det er nødvendig å forskriftsfeste krav om at denne skal benyttes for alle kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert alle kommunens avtaleparter. Konseptet vil dermed innebære en stor styringsmessig endring, ved at aktører innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste pålegges å bruke en av rammeavtalens journalløsninger.</p> <p>Vurderinger:</p> <p>Sannsynligheten for at nødvendige regelverksendringer ikke går gjennom er vurdert til liten (3) etter at tiltaket er besluttet i Stortinget.</p> <p>Aktørene vil i konseptet beholde handlefrihet når det gjelder tidspunktet innenfor en tidsramme de må ta i bruk løsningen, hvilken av løsningene de velger og hvilken tilleggsfunksjonalitet utover basiskonfigurasjonen de ønsker å ta i bruk, samt om de ønsker å inngå avtale om databehandlingsansvar med andre aktører i og utenfor den enkelte kommune.</p> <p>Konsekvensen av at risikoen slår til er svært alvorlig (5) da konseptene ikke bør realiseres uten at man har etablert nødvendig rettsgrunnlag</p>
C. Eierstyring	3	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>I konsept 4 skal alle virksomhetene gjøre avrop på rammeavtalen. Det forutsettes at beslutning om valg av konsept skjer i høsten 2020, og at alle kommuner og fastleger pålegges å ha tatt i bruk en av løsningene på den nasjonale rammeavtalen innen 2030 (10 år etter beslutning om gjennomføring). Konseptet innebærer at alle virksomhetene skal ta et selvstendig valg mellom to løsninger, og eventuelt velge å bestille tilleggsfunksjonalitet som passer for dem. For kommunene er dette noe som må besluttes og prioriteres i ordinære budsjett- og beslutningsprosesser. I tillegg forventes det at flere virksomheter vil forsøke å få til journalsamarbeid for å utløse større samhandlingsgevinster. Fordi disse prosessene kan ta tid, er det lagt til grunn en konservativ utrullingstakt. Første kommune tar i bruk den nye løsningen andre halvår 2024, og alle kommuner, fastleger og avtaleparter har tatt i bruk den nye løsningen innen utgangen av 2030. Det vil si at hele utrulling tar 6,5 år.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten er vurdert til moderat (3) for at det vil ta lenger tid før alle aktører benytter en av løsningene i rammeavtalen enn estimert i grunnkalkylen. Historien har vist at et regime med forskriftsfestede krav vanskelig lar seg implementere, men at det er satt av tilstrekkelig tid i forutsetningene for at alle aktører skal gjøre avrop på rammeavtalen</p> <p>Konsekvensen av at risikoen slår til er vurdert til moderat (3) ettersom det både tar lenger tid og vil være mer kostbart å realisere konseptet. Realiseringen av nytten vil da bli vesentlig forsinket.</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
<p>D. Virksomhetsstyring</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>Forutsetninger:</p> <p>I konsept 4 skal alle virksomhetene gjøre avrop på rammeavtalen.</p> <p>Det forutsettes at beslutning om valg av konsept skjer i høsten 2020, og at alle kommuner og fastleger pålegges å ha tatt i bruk en av løsningene på den nasjonale rammeavtalen innen 2030 (10 år etter beslutning om gjennomføring).</p> <p>Konseptet innebærer at alle virksomhetene skal ta et selvstendig valg mellom to løsninger, og eventuelt velge å bestille tilleggsfunksjonalitet som passer for dem. For kommunene er dette noe som må beslattes og prioriteres i ordinære budsjett- og beslutningsprosesser. I tillegg forventes det at flere virksomheter vil forsøke å få til journalsamarbeid for å utløse større samhandlingsgevinster. Fordi disse prosessene kan ta tid, er det lagt til grunn en konservativ utrullingstakt. Første kommune tar i bruk den nye løsningen andre halvår 2024, og alle kommuner, fastleger og avtaleparter har tatt i bruk den nye løsningen innen utgangen av 2030. Det vil si at hele utrulling tar 6,5 år.</p> <p>I forbindelse med beslutningsprosessen i kommunene vil det også gjennomføres en prosess hos hver aktør for å avklare hvorvidt det skal inngås avtale mellom alle aktørene innen en kommune om databehandlingsansvar. Det er lagt til grunn av 40 prosent av innbyggerne (eksklusive innbyggerne i Helse-Midt) har kommunale helse- og omsorgstjenester og selvstendige næringsdrivende avtaleparter som har inngått journalsamarbeid.</p> <p>Det må avklares hvorvidt eksisterende interkommunale samarbeid innen helse- og omsorgstjenester skal videreføres under et og samme databehandleransvar.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at enkelte kommuner vil utsette beslutninger om å gjennomføre innføringen av en av løsningene er vurdert til moderat (3). Mange kommuner ønsker å avvente prosessen med å inngå avtale om databehandlingsansvar med sine avtaleparter, slik at det kan opprettes en helhetlig journal for innbyggerne i kommunen.</p> <p>Sannsynligheten for at de selvstendig næringsdrivende avtalepartene (herunder fastleger) vil utsette innføring av en journaløsningene blir vurdert til moderat (3).</p> <p>Samlet sett er sannsynligheten vurdert til moderat (3).</p> <p>Konsekvensen av lavere endringstakt vil medføre at det vil ta lengre tid før mer avansert samhandlingsfunksjonalitet utbredes til alle aktører. Kostnadene vil også kunne bli vesentlig høyere som følge av lengre implementeringstid. Konsekvensen er vurdert til moderat (3).</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
E. Fagstyring	3	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Krav til løsningene innenfor rammeavtalen vil medføre et betydelig løft fra dagens løsninger, da det forutsettes at løsningene vil ha funksjonalitet som tilsvarer et tredjegerasjons EPJ-system (Gartner).</p> <p>Det kan forventes at både nasjonale og internasjonale leverandører vil være interessert i å tilby en løsning, og det vil være et stort behov for å tilpasse løsningene.</p> <p>Tiltaket innebærer at det opprettes en nasjonal styringsmodell og et nasjonalt prosjekt for helsefaglig standardisering og utvikling, samt standardisering av kodeverk og terminologier.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at det vil bli krevende å etablere nasjonal styringsmodell og prosjekt for helsefaglig utvikling og standardisering er vurdert til moderat (3). Det antas å være stor interesse for å delta, men det vil kunne bli utfordrende å få nok ressurser og få prioritert arbeidet. Risikoen kan reduseres med frikjøp av enkelte ressurser og bruk av andre sentrale ressurser som innehar den nødvendige kompetanse.</p> <p>Konsekvensen vil være at løsningene som tilbys på rammeavtalen ikke er godt nok tilpasset den helsefaglige utviklingen og standardiseringen. Det vil medføre at man ikke får utnyttet potensialet i løsningene, og medføre mangelfull kvalitet og verdi av samhandlingen. Konsekvensen er vurdert til moderat (3).</p>
F. Omfang og funksjonalitet	3	4	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at det skal inngås rammeavtale med to eller flere leverandører for journalløsning, samt implementere samhandling med innbygger, andre helsetjenester (som ikke bruker løsningene), med andre kommunale og statlige tjenester, samt med administrative funksjoner i kommunen.</p> <p>Det etableres en felles kravspesifikasjon under anskaffelsen. Det etableres en styringsmodell for å styre omfang og funksjonalitet som skal inngå i anskaffelsen.</p> <p>Det etableres en nasjonal leverandørstyring som skal håndtere endringsbehov i innførings- og drifts/forvaltningsfasene for å harmonisere bestillinger til leverandørene.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Arbeidet med Én innbygger – én journal har så langt vist at kommunene har sammenfallende behov uavhengig av størrelse på kommunene og hvordan helse- og omsorgstjenesten er organisert i den enkelte kommune. Det er risiko for at aktørene under forprosjektfasen og i økende grad under anskaffelsen vil spille inn ulike behov som i utgangspunktet ikke dekkes av opprinnelig omfang og som det ikke er naturlig at en journalløsning dekker. Sannsynligheten for dette er vurdert til moderat (3).</p> <p>Konsekvensen for at risikoen slår til er at antallet leverandører som kan dekke behovene begrenses. I verste fall vil det kun bli stående igjen én leverandør, hvilket innebærer at konseptet ikke kan realiseres som opprinnelig planlagt. Da må man vurdere å iverksette konsept 5 eller konsept 7. Økt omfang vil også medføre at kompleksiteten øker. Konsekvensen er vurdert til alvorlig (4).</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
G. Leverandørmarkedet	3	4	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at det skal inngås rammeavtale med to eller flere leverandører for å levere journalløsninger som dekker funksjonalitet for alle kommunale helse- og omsorgstjenester.</p> <p>Det etableres et nasjonalt tiltak som sørger for at journalløsningene tilbyr innbyggertjenester, samhandler med andre journaløsninger i spesialisthelsetjenesten, med systemer i andre kommunale og statlige tjenester og administrative systemer i kommunen.</p> <p>Det etableres et nasjonalt anskaffelsesprosjekt som sørger for en felles kravspesifikasjon og gjennomføring av en felles anskaffelse.</p> <p>Omfanget av anskaffelsen vil gjøre det attraktivt for en til flere internasjonale leverandører å delta i konkurransen i tillegg til de nasjonale.</p> <p>Det forventes at flere av dagens leverandører, enten som selvstendige leverandører eller i en form for samarbeid vil kunne støtte omfanget beskrevet for kjerneløsningen.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at det ikke vil være nok deltakelse fra leverandørmarkedet i en konkurranse er vurdert til moderat (3)., Risikoen øker ved at det ikke kan gis noen garantier om hvor stort volum den enkelte leverandør vil kunne realisere.</p> <p>Konsekvensen for at risikoen slår til er at antallet leverandører som kan dekke behovene begrenses. I verste fall vil det kun bli stående igjen én leverandør, hvilket innebærer at konseptet ikke kan realiseres som opprinnelig planlagt. Da må man vurdere å iverksette konsept 5 eller konsept 7. Konsekvensen er vurdert til alvorlig (4).</p>
H. Leveranseorganisasjon	2	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at det må etableres en sentral programorganisasjon for å gjennomføre anskaffelsen av rammeavtalen, gjennomføring av konfigurering av løsningen, samt å yte støtte under implementering av løsningen.</p> <p>Videre er det avgjørende at det etableres en sentral leverandørstyring som sikrer at videreutviklingen av løsningene samordnes.</p> <p>Leverandørene leverer løsningene basert på skyløsninger (med dataene forvaltet i Norge) og disse blir databehandlere.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at nødvendig leveranseorganisasjon ikke kan realiseres er vurdert til liten (2). Dette er kompetanse som er bygget opp i Direktoratet for e-helse gjennom e-resept, kjernejournal og helsenor.no, samt etableringen av samstyringsmodellen.</p> <p>Konsekvensen av mangelfull leverandørorganisasjon er vurdert til moderat (3). Det er primært kostnader og fremdrift i etableringen og innføringen som vil påvirkes.</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
I. Spesialist-helsetjenesten	3	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer samhandlingen styrkes med funksjonalitet som pasientens legemiddelliste og dokumentdeling. Videre vil det også være aktuelt å innføre deling av mer strukturerte helseopplysninger (datadeling).</p> <p>Det vil innføres en nasjonal terminologiserver der kodeverk og terminologier blir forvaltet. Terminologiene vil basere seg på SNOMED CT.</p> <p>Det forutsettes at spesialisthelsetjenesten samordner utviklingen av denne type funksjonalitet på sin side, samt utnytter standardiserte koder og terminologier. Dette vil redusere kompleksiteten og kostnadene for nasjonale løsninger.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at denne samordningen ikke blir gjort er vurdert til moderat (3). Historisk har hvert enkelt helseforetak innført egne tekniske løsninger for å samhandle med kommuner og fastleger. Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området (4) viser til at de tre helseregionene har styrket samarbeidet om modernisering av EPJ/PAS, men at det fortsatt er utfordringer knyttet til dette.</p> <p>Konsekvensen av manglende samordning er vurdert til moderat (3). Kompleksiteten vil øke og dette vil påvirke både evnen til å forskriftsfeste felles krav, utviklingskostnad og implementeringstid. Ettersom alle aktørene over tid vil bruke en av rammeavtalens journalløsninger, vil samhandlingen innad i kommunen kunne realiseres opp til et akseptabelt nivå.</p>
J. Nasjonale løsninger	4	4	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer en vesentlig styrking av de nasjonale samhandlingsløsningene.</p> <p>Det anskaffes en samhandlingsløsning (Health Information Exchange) som muliggjør dokument- og datadeling i henhold til de internasjonale standardene som er tilgjengelige på markedet.</p> <p>Det etableres en terminologiserver og SNOMED CT innføres som gjeldende terminologi for samhandling og dokumentasjon.</p> <p>Nødvendige informasjonskilder for å understøtte identitets- og tilgangsstyring oppgraderes slik at informasjonen er standardisert og reglene for tilgangsstyring er normert.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligvis er kompleksiteten med å innføre samhandlingsløsningene i Konsept 4 undervurdert. Risikoen for innføring er derfor vurdert til stor. (4). Primært er det knyttet stor usikkerhet til standardiseringen av informasjonskildene for identitets- og tilgangsstyring.</p> <p>Konsekvensen av at risikoen inntreffer er vurdert til alvorlig (4) og at det vil medføre høyere kostnader og ta lengre tid å implementere identitets- og tilgangsstyring som oppfyller kravene samt ny samhandlingsfunksjonalitet. Nyttrealiseringen vil da også bli forsinket.</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
K. Innføring	3	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at hver enkelt aktør tar ansvar for å beslutte når de ønsker å ta i bruk en av løsningene på rammeavtalen innen en gitt tidsfrist.</p> <p>Det etableres et lokalt mottaksprosjekt som tar ansvar for lokale tilpasninger, teknisk integrasjon med administrative løsninger i kommunen og systemer i andre kommunale tjenester som ikke er nasjonale.</p> <p>Mottaksprosjektet vil også ha ansvar for å gjøre nødvendige tilpasninger til de helsefaglige prosesser og prosedyrer, kodeverk og terminologier samt til tjenestekatalog som ble utarbeidet gjennom den helsefaglige utviklingen og standardisering i tilpasnings- og etableringsfasen. Videre må mottaksprosjektet sørge for at gevinster blir realisert.</p> <p>Det etableres nødvendig kapasitet og kompetanse i den nasjonale leveranseorganisasjonen som støtter den enkelte aktør i innføringen.</p> <p>Alle eksisterende løsninger vil erstattes og helseopplysninger som er nødvendige for at de nye løsningene skal fungere optimalt må konverteres.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at enkelte kommuner eller kommunegrupper ikke vil ha nødvendig kapasitet og kompetanse til å etablere mottaksprosjektet er vurdert til moderat (3). Sannsynligheten er mindre for større kommuner.</p> <p>Sannsynligheten for at konverteringen vil være mer omfattende enn estimert er vurdert til stor (4). På tross av at helseopplysninger skal konverteres fra mange av de samme systemene, er det en risiko for at konfigureringen og bruken av den samme løsningen er forskjellig hos de ulike aktørene.</p> <p>Sannsynligheten for at det vil komme vesentlige endringsønsker knyttet til prosesser og prosedyrer er vurdert til moderat (3). I konseptet er det imidlertid lagt opp til at kommuner skal kunne gjøre større tilpasninger utenfor basiskonfigurasjonen.</p> <p>Konsekvensen er vurdert til moderat (3) da hendelsene vil påvirke kostnader og implementeringstid i vesentlig grad i forhold til det som er estimert i grunnkalkylen.</p>

2.5 Gjennomføringsrisiko for konsept 7

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
B. Rettsgrunnlag	3	5	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet vil ha behov for regelverkendringer og medfører at man må ha hjemmel for å innføre en nasjonal kommunal løsning. Videre må det vurderes om det er nødvendig å forskriftsfeste krav om at denne skal benyttes for <u>alle</u> kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert alle kommunens avtaleparter.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Dette er omfattende endringer i regelverk i forhold til dagens situasjon. Konseptet innebærer at ansvarsforholdet for mange selvstendig næringsdrivende avtaleparter vil endres. Sannsynligheten for at dette ikke går i gjennom er vurdert til moderat når det først foreligger en stortingsbeslutning om å igangsette tiltaket (3).</p> <p>Konsekvensen av at risikoen slår til er svært alvorlig (5) da konseptet ikke kan realiseres uten nødvendig rettsgrunnlag</p>
C. Eierstyring	3	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Prosjektet vil gjennomføres over mange år og tiltaket er avhengig av at ansvarsforhold, avtaler og styring opprettholdes relativt stabilt over disse årene og gjennom tre stortingsperioder.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at det kommer endringer i ansvarsfordeling, organisering og styring av enkelte tjenester som vil ha stor påvirkning på viktige rammebetingelser for tiltaket er vurdert til moderat (3). Det er initiert flere vurderinger og utprøvinger, f.eks. vurdering av fastlegeordningen, samt utprøving av oppfølgingsteam og primærhelseteam, som vil kunne resultere i mindre eller større endringer i organisasjon og styringsmodell.</p> <p>Konsekvensen av at det blir endringer i ansvarsforhold, organisering og styring før tiltaket er gjennomført er vurdert til moderat (3). Tiltaket må sørge for at løsningen bygger inn nødvendig fleksibilitet. Endringer vil imidlertid påvirke både kostnader og tid moderat.</p>
D. Virksomhetsstyring	3	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at alle virksomhetene skal ta et selvstendig valg om når de skal ta i bruk nasjonal kommunal løsning så fremt dette skjer innen tidsfristen som er satt.</p> <p>For kommunene er dette noe som må besluttes og prioriteres i ordinære budsjett- og beslutningsprosesser. I forbindelse med beslutningsprosessen i kommunene vil det også gjennomføres en prosess hos hver aktør for å avklare hvorvidt innføringen skal skje samtidig, slik at det kan opprettes en helhetlig journal for innbyggerne i kommunen. Fordi disse prosessene kan ta tid, er det lagt til grunn en konservativ utrullingstakt. Første kommune tar i bruk den nye løsningen andre halvår 2024, og alle kommuner, fastleger og avtaleparter har tatt i bruk den nye løsningen innen utgangen av 2030. Det vil si at hele utrulling tar 6,5 år.</p> <p>Kommunen og dets selvstendige næringsdrivende avtaleparter må gjennomføre endringer i avtalene dem imellom.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at det vil ta tid å revidere avtalene for mange kommuner og deres avtaleparter er vurdert som moderat (3). Det er sannsynlig at det vil være endringsmotstand i begynnelsen blant selvstendig næringsdrivende avtaleparter, men at denne vil avta utover programmets levetid.</p> <p>Konsekvensen er at kommunene må velge mellom å ta i bruk nasjonal kommunal løsning alene, eller å utsette innføringen inntil avtalene er revidert. Konsekvensen er vurdert til moderat (3). I tillegg kommunen allikevel velger å innføre ny løsning, uten deltakelse av mange av deres avtaleparter er at samhandlingen med disse blir på dagens nivå. Videre vil innføringstiden bli vesentlig lenger enn planlagt, og dermed kostnadene.</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
E. Fagstyring	3	4	<p><u>Forutsetninger:</u></p> <p>Konseptet innebærer at det vil innføres en nasjonal kommunal løsning som vil dekke tjenestene i kommunal helse- og omsorgstjeneste.</p> <p>Det er behov for å opprette en nasjonal styringsmodell for helsefaglig utvikling og standardisering, samt for standardisering av terminologi og kodeverk. Det opprettes et nasjonalt prosjekt som styrer og koordinerer denne utviklingen.</p> <p><u>Vurdering:</u></p> <p>Sannsynligheten for at det vil bli krevende å etablere nasjonal styringsmodell og prosjekt for helsefaglig utvikling og standardisering er vurdert til moderat (3). Det er stor interesse i kommunene for å delta i arbeidet med en nasjonal kommunal løsning, som har vært vist gjennom den høye deltagelsen i forstudiet. For kommuner som likevel skulle ha anskaffet ny journalløsning, vil det trolig medføre mindre ressursbruk å gjøre dette gjennom et nasjonalt prosjekt. Det kan være en ressurs-/prioriteringsutfordring i den enkelte kommune, men dette kan løses ved at virksomheter som deltar i standardiseringsarbeid med ressurser kan kompenseres med frikjøp og bruk av andre sentrale ressurser. Det er samtidig viktig at de ressursene som deltar i den helsefaglige standardisering og utviklingen har mandat til å gjennomføre arbeidet på vegne av alle kommunene.</p> <p>Konsekvensen av at risikoen inntreffer er vurdert til stor (4), ettersom risikoen kan medføre at innføringen i kommuner som tar i bruk løsningen i innføringsprosjektene etter pilotprosjektet vil medføre at store endringsønsker i forhold til de etablerte standardene, med påfølgende økte kostnader til frikjøp/ansettelser og forsinket fremdrift.</p>
F. Omfang og funksjonalitet	3	3	<p><u>Forutsetninger:</u></p> <p>Konseptet innebærer at det inngås avtale med en leverandør om journalløsning, samt implementere samhandling med innbygger, andre helsetjenester (som ikke bruker løsningene), med andre kommunale og statlige tjenester, samt med administrative funksjoner i kommunen.</p> <p>Det etableres en felles kravspesifikasjon under anskaffelsen. Det etableres en styringsmodell for å styre omfang og funksjonalitet som skal inngå i anskaffelsen.</p> <p>Det etableres en nasjonal leverandørstyring som skal håndtere endringsbehov i innførings- og drifts/forvaltningsfasene for å harmonisere bestillinger til leverandøren.</p> <p><u>Vurdering:</u></p> <p>Arbeidet med én innbygger – én journal har så langt vist at kommunene har sammenfallende behov uavhengig av størrelse på kommunene og hvordan helse- og omsorgstjenesten er organisert i den enkelte kommune. Det er risiko for at aktørene under forprosjektfasen og i økende grad under anskaffelsen vil spille inn ulike behov som i utgangspunktet ikke dekkes av opprinnelig omfang og som det ikke er naturlig at en journalløsning dekker. Sannsynligheten for dette er vurdert til moderat (3).</p> <p>Konsekvensen for at risikoen slår til er at antallet leverandører som kan dekke behovene begrenses. I verste fall vil det kun bli stående igjen en leverandør, hvilket innebærer at man mister forhandlingsrommet i endelige forhandlinger. Økt omfang vil også medføre at kompleksiteten øker. Konsekvensen er at kostnadene blir høyere enn estimert i grunnkalkylen. Konsekvensen er vurdert til moderat (3).</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
G. Leverandør-markedet	3	4	<p><u>Forutsetninger:</u></p> <p>Konseptet innebærer at det etableres et anskaffelsesprosjekt for å inngå avtale med en leverandør for å levere en nasjonal journalløsning.</p> <p>Anskaffelsen vil også omfatte en tett integrert samhandlingsløsning som skal sørge for nødvendig samhandling med journalløsninger i spesialisthelsetjenesten og med avtaleparter som velger å videreføre egne journalløsninger.</p> <p>Det etableres et nasjonalt tiltak som sørger for at journal løsningene samhandler med innbyggertjenester, andre journaløsninger i spesialisthelsetjenesten, systemer i andre kommunale og statlige tjenester og administrative systemer i kommunen.</p> <p>Omfanget av anskaffelsen vil gjøre det attraktivt for en til flere internasjonale leverandører å delta i konkurransen i tillegg til de nasjonale.</p> <p>Det forventes at flere av dagens leverandører, enten som selvstendige leverandører eller i en form for samarbeid vil kunne støtte kjerneløsningens omfang..</p> <p><u>Vurdering:</u></p> <p>Sannsynligheten for at det ikke blir tilstrekkelig konkurranse er vurdert til moderat (3). Anbudsprosessen til Helseplattformen, samt lignende prosjekter i andre land (f.eks. Finland) har vist at det er stor interesse fra leverandørmarkedet for å levere denne type løsninger. I tillegg har disse konseptene et nasjonalt omfang som bør medføre en minst like stor interesse fra leverandørmarkedet.</p> <p>Konsekvensen av mangelfull respons fra leverandørmarkedet er alvorlig (4) da det vil være nødvendig å redusere kravene for å kunne realisere konseptet.</p>
H. Leveranse-organisasjon	3	2	<p><u>Forutsetninger:</u></p> <p>Konseptet innebærer at det må etableres en sentral programorganisasjon for å gjennomføre anskaffelsen av rammeavtalen, gjennomføring av konfigurering av løsningen, samt å yte støtte under implementering av løsningen.</p> <p>Videre er det avgjørende at det etableres en sentral leverandørstyring som sikrer at videreutviklingen av løsningen samordnes.</p> <p>Det etableres en nasjonal tjenesteleverandør som opererer som databehandler. Databehandlingsansvaret sentraliseres.</p> <p><u>Vurdering:</u></p> <p>Sannsynligheten for at det ikke vil være mulig å etablere en programorganisasjon med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er vurdert til moderat (3). Konsekvensen av manglende kapasitet er at implementeringen vil ta lengre tid og være mer kostbar. Konsekvensen er vurdert til moderat (3)</p> <p>Sannsynligheten for at det ikke lar seg gjøre å etablere en nasjonal leverandør er vurdert til liten (2). Dette er en prosess som allerede er satt i gang. Konsekvensen av at det ikke er opprettet en nasjonal tjenesteleverandør er at programmet må ivareta behovet for å inngå avtale med en tredjepart som ivaretar behovet. Konsekvensen er vurdert til liten (2), da det vil påløpe kostnader og påvirke implementeringstiden utover det som er lagt inn i grunnkalkylen.</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
I. Spesialisthelsetjenesten	4	3	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer at det anskaffes en samhandlingsløsning som er tett integrert med den nasjonale journaløsningen.</p> <p>Samhandlingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten styrkes ved at det implementeres et stort omfang av dokumentdeling og datadeling.</p> <p>Den nye samhandlingsløsningen vil sammen med den nasjonale kommunale journaløsningen inneholde oppdaterte og relevante helseopplysninger for innbyggere som bor i kommuner utenfor region Midt-Norge.</p> <p>Spesialisthelsetjenesten samordner sin utvikling for å kunne samhandle med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer at det innføres et felles grensesnitt, der nasjonalt avtalte standarder for kodeverk og terminologier understøtter datadeling, og felles definisjoner på de dokumenter det skal samhandles om.</p> <p>Samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og avtalespesialister foregår gjennom samhandlingsløsningen, og fremstår som om avtalespesialistene er en integrert del av spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at helseregionene ikke vil kunne samordne utviklingen på det totale EPJ/PAS-området vurderes til stor (4). Det er prosjektets forståelse at det foreløpig ikke ligger planer for å vurdere hvordan "et felles grensesnitt" potensielt skal kunne realiseres. Prosjektet ser det som trolig at dette ikke blir implementert innen den neste 3-5 årsperioden.</p> <p>Sannsynligheten for at ikke avtalespesialistene blir en del av helseregionenes systemportefølje vurderes som stor (4). Det foreligger foreløpig ingen strategier som har beskrevet at avtalespesialistene vil tilbys funksjonalitet gjennom helseregionenes EPJ/PAS-løsninger.</p> <p>Konsekvensen av manglende realisering av disse forutsetningene er vurdert til moderat (3) i konsept 7. Konseptet vil fortsatt kunne realiseres, men det vil kunne innebære realisering av lavere samhandlingsfunksjonalitet enn det som er antatt. Videre vil det måtte påregnes noe mer ressursbruk (kostnader) enn om forutsetningene var realisert, samt at det vil ta lenger tid før nytten blir realisert.</p>
J. Nasjonale løsninger	4	4	<p>Forutsetninger:</p> <p>Konseptet innebærer en vesentlig styrking av de nasjonale samhandlingsløsningene.</p> <p>Det anskaffes en samhandlingsløsning (Health Information Exchange) som muliggjør dokument- og datadeling i henhold til de internasjonale standardene som er tilgjengelige på markedet.</p> <p>Det etableres en terminologiserver og SNOMED-CT innføres som gjeldende terminologi for samhandling og dokumentasjon.</p> <p>Nødvendige informasjonskilder for å understøtte identitets- og tilgangsstyring oppgraderes slik at informasjonen er standardisert og reglene for tilgangsstyring er normert.</p> <p>Vurdering:</p> <p>Sannsynligheten for at kompleksiteten knyttet til å innføre samhandlingsløsningene i Konsept 7 er underestimert er vurdert til stor (4). Primært er det knyttet stor usikkerhet til standardiseringen av informasjonskildene for identitets- og tilgangsstyring.</p> <p>Konsekvensen av at risikoen inntreffer er vurdert til alvorlig (4) og at det vil medføre høyere kostnader og ta lengre tid å implementere identitets- og tilgangsstyring som oppfyller kravene samt ny samhandlingsfunksjonalitet. Enkelte avtaleparter (spesielt fastleger som er selvstendig næringsdrivende) kan da velge å utsette beslutningen om å ta i bruk nasjonal kommunal løsningen, ettersom samhandlingen med spesialisthelsetjenesten ikke blir bedre enn dagens nivå. Nyttrealiseringen vil da også bli forsinket.</p>

Risikokategori	S	K	Beskrivelse
K. Innføring	4	3	<p><u>Forutsetninger:</u></p> <p>Konseptet innebærer at det etableres et nasjonalt program med flere mottaksprosjekter. Den enkelte kommune og deres avtaleparter beslutter hvilket innføringsprosjekt de skal delta i.</p> <p>Det etableres nødvendig kapasitet og kompetanse i den nasjonale leveranseorganisasjonen som støtter den enkelte aktør i innføringen.</p> <p>Det etableres et lokalt mottaksprosjekt som tar ansvar for lokale tilpasninger, teknisk integrasjon med administrative løsninger i kommunen og systemer i andre kommunale tjenester som ikke er nasjonale.</p> <p>Mottaksprosjektet vil også ha ansvar for å gjøre nødvendige tilpasninger til de helsefaglige prosesser og prosedyrer, kodeverk og terminologier samt til tjenestekatalog som ble utarbeidet gjennom den helsefaglige utviklingen og standardisering i tilpasnings- og etableringsfasen. Videre må mottaksprosjektet sørge for at gevinster blir realisert.</p> <p>Alle eksisterende løsninger vil erstattes og helseopplysninger som er nødvendige for at de nye løsningene skal fungere optimalt må konverteres.</p> <p><u>Vurdering:</u></p> <p>Sannsynligheten for at enkelte kommuner eller kommunegrupper ikke vil ha nødvendig kapasitet og kompetanse til å etablere mottaksprosjektet er vurdert til moderat (3). Sannsynligheten er liten (2) for større kommuner.</p> <p>Sannsynligheten for at konverteringen vil være mer omfattende enn estimert er vurdert til stor (4). På tross av at helseopplysninger skal konverteres fra mange av de samme systemene, er det en risiko at konfigureringen og bruken av den samme løsningen er forskjellig hos de ulike aktørene.</p> <p>Sannsynligheten for at det vil komme vesentlige endringsønsker knyttet til prosesser og prosedyrer er vurdert til moderat (3). Den største andelen av medarbeidere som har behov for løsningen har behov for basisfunksjonalitet. Sannsynligheten for endringsønsker og innføringsrisiko er stor blant helsepersonell med behov for avansert funksjonalitet. Disse utgjør en minoritet av helsepersonell som vil inngå i tiltaket.</p> <p>Sannsynligheten for at en av risikoene knyttet til innføring slår til er vurdert til moderat (3).</p> <p>Konsekvensen er vurdert til moderat (3) da hendelsene vil kunne påvirke kostnader og implementeringstid i noe grad i forhold til det som er estimert i grunnkalkylen.</p>

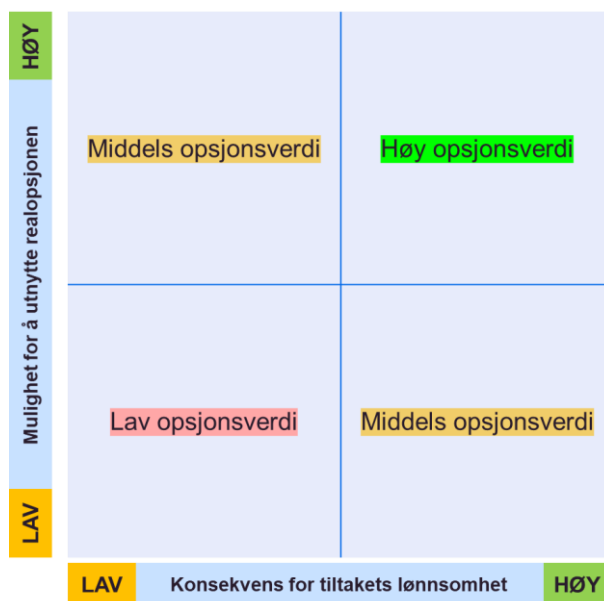
3 Realopsjoner og fleksibilitet

3.1 Metode for vurdering av realopsjoner og fleksibilitet

Investeringen i en nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenester (i konseptene 4 og 7) kan fra et samfunnsøkonomisk perspektiv betraktes som irreversibel. Tiltaket vil innebære gjennomgripende endringer for aktørene som omfattes av tiltaket. Tiltaket vil gjennomføres over en lang periode og investeringen vil ha en lang levetid.

Verdien av realopsjoner består i de muligheter for fleksibilitet som ligger i konseptene hvis ny informasjon som avklaringer om behov og tilgrensende prosjekter kommer til etter beslutningstidspunktet. Et konsept som er mer fleksibelt enn et annet vil ofte være å foretrekke, alt annet likt. Det finnes flere typer fleksibilitet. Dette tiltaket kan ha fleksibilitet i gjennomføringstidspunkt, fleksibilitet i gjennomføringsstrategi, fleksibilitet i tiltaksomfang, fleksibilitet til å variere løsningen(e) og fleksibilitet til å avslutte tiltaket.

I dette dokumentet vil det gjennomføres en kvalitativ vurdering av realopsjonene for hvert konsept. Opsjonsverdien blir vurdert i henhold til følgende skala:



Opsjonsverdi	Beskrivelse
Høy	Muligheten for å utnytte realopsjonen er høy <u>og</u> realopsjonen har stor konsekvens for lønnsomheten i tiltaket.
Middels	Muligheten for å utnytte realopsjonen er høy <u>eller</u> realopsjonen har stor konsekvens for lønnsomheten i tiltaket.
Lav	Muligheten for å utnytte realopsjonen er lav <u>og</u> realopsjonen har liten konsekvens for lønnsomheten i tiltaket.

3.2 Oppsummering av vurdering av realopsjoner og fleksibilitet

Følgende tabell oppsummerer vurdering av realopsjoner og fleksibilitet for konseptene.

Realopsjon	Konsept 1: Videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar	Konsept 4: Nasjonal rammeavtale for journalløsninger	Konsept 7: En nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling
Verdien av fleksibilitet i gjennomføringstidspunkt	Lav	Middels	Middels
Verdien av fleksibilitet i gjennomføringsstrategi	Lav	Lav	Lav
Verdien av fleksibilitet i tiltaksomfang	Lav	Middels	Middels
Verdien av fleksibilitet til å variere løsningene	Lav	Middels	Middels/Høy
Verdien av fleksibilitet til å avslutte tiltaket	Lav	Lav	Lav

Det er vurdert at det eksisterer små muligheter til å øke fleksibiliteten i Konsept 1. Økt fleksibilitet vil i sånt tilfelle ha en lav konsekvens på lønnsomheten i konseptet. Opsjonsverdien er derfor satt til lav.

Konsept 4 og konsept 7 utviser i stor grad den samme muligheten til fleksibilitet.

Verdien av å vente før det investeres i tiltaket (fleksibilitet i gjennomføringstidspunkt) er vurdert til middels for konseptene 4 og 7. Det er primært ny informasjon om hvordan ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene knyttet til f.eks. fastlegeordningen skal fordeles, samt å avvete læring fra Helseplattformen før man igangsetter tiltaket som kan gi en opsjonsverdi. Det som trekker ned opsjonsverdien i dette tilfellet at en utsettelse av gjennomføringstidspunkt vil innebære at mange store kommuner da må iverksette større anskaffelser på egen basis.

Det er vurdert at opsjonsverdien for å utvide omfanget av tiltaket er middels høy for både konsept 4 og konsept 7. Verdien av å kunne variere løsningene er vurdert noe høyere i Konsept 7 enn i konsept 4. Dette følger av at kostnaden ved å oppnå fleksibiliteten er lavere i konsept 7.

3.3 Fleksibilitet i gjennomføringstidspunkt

For en del tiltak med irreversible virkninger og stor grad av usikkerhet kan det være en alternativkostnad knyttet til å sette i gang tiltaket straks. Det foreligger en opsjonsverdi hvis det å vente og se før det investeres i et konsept reduserer usikkerheten på noen av de tiltakseksterne premissene.

Det foreligger ikke en absolutt tidsfrist for gjennomføring av dette tiltaket. Det er således mulig å tilpasse gjennomføringstidspunktet til når det er mest gunstig samfunnsøkonomisk. Det betyr at muligheten for økt informasjon om tiltakets virkninger på et senere tidspunkt kan gi en opsjonsverdi. Alternativkostnaden representerer opsjonsverdien. Dersom tiltaket iverksettes straks, er opsjonen brukt opp.

Det er primært to premisser som det er heftet usikkerhet rundt der fleksibilitet i gjennomføringstidspunkt vil kunne påvirke lønnsomheten i tiltaket:

- **Det gjennomføres endringer i ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene**
- **Anskaffelsen for Helseplattformen konkluderer med at leverandørmarkedet ikke kan levere funksjonalitet for kommunal helse- og omsorgstjeneste.**

Det gjennomføres endringer i ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Det er satt i gang en evaluering av fastlegeordningen, som eventuelt kan konkludere med en annen organisering av denne. Det gjennomføres flere forsøk på teamorientering (primærhelseteam, oppfølgingsteam). Konklusjonen av disse kan være at ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene endrer seg.

Konsept 1 innebærer at virksomhetenes selvstendige ansvar for journalløsninger og samhandling videreføres. En endring i ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene vil i liten grad ha en konsekvens for lønnsomheten i konseptet, på tross av at det er stor mulighet for å agere på endrede ansvarsforhold.

Konsept 4 og 7 innebærer at kommuner og deres avtaleparter over tid bruker en av løsningene i rammeavtalen (konsept 4) eller den nasjonale løsningen (konsept 7). Realopsjonen med avvente igangsetting av konseptene til ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er avklart, er vurdert som middels. Begge konseptene reduserer fleksibiliteten for store strukturelle endringer.

Realopsjon	Konsept 1: Videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar	Konsept 4: Nasjonal rammeavtale for journalløsninger	Konsept 7: En nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling
Verdien av fleksibilitet i gjennomføringstidspunkt – Endringer i ansvarsdeling	Middels	Middels	Middels

Anskaffelsen for Helseplattformen konkluderer med at leverandørmarkedet ikke kan levere funksjonalitet for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Leverandørmarkedene har tradisjonelt vært basert på at lokale eller regionale leverandører har utviklet og tilbudt produkter og teknologier som hyllevare for å understøtte behovene for journalløsninger og samhandlingsløsninger. I de senere år har leverandørmarkedet i økende grad utviklet seg til et globalt marked. Dette gjelder spesielt for journalløsninger for spesialisthelsetjenesten, men også i økende grad for primærhelsetjenesten når primærhelsetjenesten håndteres i den samme styringslinjen som spesialisthelsetjenesten.

Anskaffelsen for Helseplattformen har et omfang som skal dekke funksjonalitet for både spesialist- og primærhelsetjenesten. Så langt i anskaffelsen har det vist seg at funksjonelle krav knyttet til kommunal helse- og omsorgstjeneste er delvis annerledes enn i andre land.

Konsept 1 innebærer at det stilles høyere krav til funksjonalitet og samhandlingsevne for kommunene og deres avtaleparter. I utgangspunktet vil informasjon om hvorvidt Helseplattformen lykkes med å anskaffe og innføre en løsning som også dekker kommunal helse- og omsorgstjeneste være avgjørende for de krav som stilles. Verdien av realopsjonen om å vente før det investeres i konseptet er vurdert til lav.

Konsept 4 og konsept 7 baserer seg på en vesentlig oppgradering av journalløsningene sammenlignet med dagens nivå. I så måte vil Helseplattformen kunne bekrefte om det finnes et leverandørmarked som evner å levere på et dette funksjonelle nivået. Den endelige bekreftelsen oppnås ikke før de første kommunene og fastlegen har tatt i bruk Helseplattformen, hvilket er tidligst i 2022. Dette taler for en høy opsjonsverdi. Samtidig vil en utsettelse av et konsept 4/7 kunne innebære at flere kommuner eller kommunegrupper må igangsette egne reinvesteringer eller nyanskaffelser av journalløsninger. Samlet sett blir verdien av realopsjonen vurdert til middels.

Realopsjon	Konsept 1: Videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar	Konsept 4: Nasjonal rammeavtale for journalløsninger	Konsept 7: En nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling
Verdien av fleksibilitet i gjennomføringstidspunkt – Læring fra Helseplattformen	Lav	Middels	Middels

3.4 Fleksibilitet i gjennomføringsstrategi

Konseptenes lønnsomhet er tett knyttet til valgt gjennomføringsstrategi. Valg av virkemiddelbruk i de ulike konseptene vil sterkt kunne påvirke innføringstakt og dermed kostnader og nytte. Muligheten for å kunne variere virkemiddelbruken over tid, samt å håndtere milepælsrisiko gjennom en sekvensiell gjennomføring av investeringsbeslutningen vil gi en økt fleksibilitet og dermed kunne øke verdien av konseptet. En trinnsvis gjennomføring kan imidlertid fordyre prosjektet på grunn av manglende utnyttelse av stordriftsfordeler. Denne ekstrakostnaden kan for øvrig sees på som en form for forsikringspremie.

Konsept 1 innebærer at det inkrementelt innføres høyere krav til journalløsningenes funksjonalitet og samhandlingsevne for den enkelte aktør. Konseptet baserer seg i utgangspunktet på en stegvis tilnærming. Verdien av denne fleksibiliteten er dermed allerede hentet ut i konseptet, og verdien av ytterligere fleksibilitet er derfor vurdert til lav.

Konsept 4 innebærer at kommuner og avtaleparter over tid skal ta i bruk en av de løsningene det er inngått rammeavtale med. En stor del av lønnsomheten ligger i at kommuner og deres avtaleparter inngår avtale om journalsamarbeid ifm avrop av en av løsningene. Det er lagt opp til en stegvis implementering av konseptet i utgangspunktet. Verdien av ytterligere fleksibilitet er derfor vurdert til lav.

Konsept 7 innebærer at kommuner og avtaleparter over tid skal ta i bruk en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Den gjennomføringsstrategien som maksimerer nytterealiseringen betinger en geografisk stringent innføring der kommuner og deres avtaleparter innfører løsningen samtidig. I kost/nytte-vurderingen er det imidlertid ikke lagt til grunn en synkron innføring. Verdien av denne fleksibiliteten er derfor allerede hentet ut i konseptet.

Realopsjon	Konsept 1: Videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar	Konsept 4: Nasjonal rammeavtale for journalløsninger	Konsept 7: En nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling
Verdien av fleksibilitet i gjennomføringsstrategi	Lav	Lav	Lav

3.5 Flexibilitet i tiltaksomfang

Det kan være en opsjonsverdi i å legge inn fleksibilitet i utformingen av løsningen. Dette kan være lisensopsjoner om at andre aktører (f.eks. tannhelsetjenesten) kan ta i bruk løsningen. Flexibiliteten er målt opp mot omfanget av den utviklingen som må foretas eller kostnaden på den opsjonen som inkluderes i anskaffelsen for å inkludere flere aktører. Flexible utforminger kan fordyre prosjektet ved at stordriftsfordeler ikke blir utnyttet, men gevinsten er redusert risiko for at prosjektet er dårlig tilpasset fremtidige usikre faktorer.

Konsept 1 baserer seg på en videreføring av dagens ansvarsforhold og bruk av leverandørmarkedet. Verdien av denne fleksibiliteten er allerede hentet ut i konseptet.

Konsept 4 og 7 omfatter kommunale helse og omsorgstjenester som definert i § 3.1 - § 3.10 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. i alle kommuner utenfor region Midt-Norge. Det legges til grunn at kommuner, fastleger og andre avtaleparter i region Midt-Norge velger å utløse sine opsjoner i Helseplattformen. Det ligger en opsjonsverdi til fleksibiliteten om å kunne tilby løsningen(e) i konsept 4 og 7 til kommuner i Midt-Norge (og deres avtaleparter) i tilfelle denne forutsetningen ikke oppfylles. Videre foreligger det en opsjonsverdi i konsept 4 og 7 ved å inkludere kjøpsopsjoner om å utvide løsningene til å kunne tilby funksjonalitet til andre aktører (f.eks. tannhelsetjenesten). Det er vurdert at opsjonsverdien er middels.

Realopsjon	Konsept 1: Videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar	Konsept 4: Nasjonal rammeavtale for journalløsninger	Konsept 7: En nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling
Verdien av fleksibilitet i tiltaksomfang	Lav	Middels	Middels

3.6 Fleksibilitet til å variere løsningen(e)

Det kan være en opsjonsverdi i å legge inn fleksibilitet i løsningen for å kunne håndtere endringer i rammebetingelser. Fleksible utforminger kan fordyre prosjektet ved at stordriftsfordeler ikke blir utnyttet, men gevinsten er redusert risiko for at prosjektet er dårlig tilpasset fremtidige usikre faktorer.

Et tiltak av denne størrelsen bør innføre fleksibilitet til å kunne tilpasse seg følgende ytre rammebetingelser:

1. Fleksibiliteten til å tilpasse seg teknologisk utvikling knyttet til f.eks. velferdsteknologi og kunstig intelligens. Her ser vi muligheten til å kunne utnytte informasjon i velferdsteknologi, personnære enheter slik at den samlede informasjonen kan danne grunnlag for de beslutninger helsepersonell og innbyggeren står ovenfor. Dette krever høy grad av strukturert, standardisert og konsolidert informasjon
2. Fleksibiliteten til å tilpasse seg medisinsk innovasjon, dvs. muligheten til å kunne innføre nye behandlingsmetoder/nye kliniske prosesser
3. Fleksibiliteten til å kunne håndtere strukturelle endringer i helse- og omsorgstjenesten. Her ser vi på hvilken fleksibilitet det foreligger til å kunne endre organiseringen av og oppgavefordelingen mellom de ulike aktørene innen helse- og omsorgssektoren.
4. Fleksibiliteten til å kunne oppgradere eller bytte løsning. Denne fleksibiliteten blir mål opp mot i hvilken grad det er etablert enhetlig eierskap til løsningene, hvor mange integrasjoner som løsningen består av, samt i hvilken grad informasjonen kan migreres til ny løsning

I konsept 1 ligger det en fleksibilitet knyttet til at hver virksomhet har et selvstendig ansvar til å anskaffe og innføre løsninger som er tilpasningsdyktige til endringer. Det er liten mulighet for å kunne øke denne fleksibiliteten innenfor konseptet slik det er definert. Den samlede lønnsomheten av å ha denne fleksibiliteten er vurdert til middels til lav. Endringsevnen er spredt på flere aktører med relativt lave kapabiliteter.

I konsept 4 vil endringsevnen være fordelt på to eller flere leverandører, som i utgangspunktet er valgt på høyere krav til funksjonalitet, samhandlingsevne og endringsevne. Muligheten til å øke fleksibiliteten er vurdert til middels. For høye krav initielt vil redusere antallet leverandører som kan delta i konkurransen. Konseptet innebærer at flere leverandører må gjøre de samme tilpasningene, hvilket reduserer lønnsomheten av tilpasningene.

I konsept 7 er det forutsatt at det anskaffes en løsning som har høy funksjonalitet og stor utbredelse internasjonalt, slik at leverandøren av løsningen driver innovasjon og utvikling basert på et stort utvalg av brukere. Muligheten for å øke fleksibiliteten i løsningen er størst innenfor muligheten til å tilpasse seg medisinsk innovasjon. Videre vil én nasjonal løsning gjøre det enklere å håndtere strukturelle endringer og ny ansvarsfordeling mellom aktørene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Realopsjon	Konsept 1: Videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar	Konsept 4: Nasjonal rammeavtale for journalløsninger	Konsept 7: En nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling
Verdien av fleksibiliteten til å tilpasse seg teknologisk utvikling	Middels	Middels	Middels
Verdien av fleksibiliteten til å tilpasse seg medisinsk innovasjon	Lav	Middels	Høy
Verdien av fleksibiliteten til å håndtere strukturelle endringer	Lav	Middels	Høy
Verdien av fleksibiliteten til å kunne oppgradere eller bytte løsning	Lav	Middels	Middels
Verdien av fleksibilitet til å variere løsningen	Lav	Middels	Middels/Høy

3.7 Fleksibilitet til å avslutte tiltaket

Ved mange investeringsbeslutninger kan det være gunstig å ha muligheten til å komme tilbake til en utgangssituasjon. En opsjon på å kunne avslutte et tiltak eksisteres dersom det er mulighet for å reetablere utgangssituasjonen i tilfelle den tiltenkte etterspørselen skulle utebli. Dette er en realopsjon som ikke er særlig relevant for IKT-tiltak. Den mest rasjonelle realopsjonen er å kunne avslutte et konsept uten å gjennomføre hele omfanget og samtidig kunne utnytte de virkninger av de tiltak som er gjennomført.

For Konsept 1 er de store investeringene knyttet til videreutvikling av nasjonale samhandlings- og delingsløsningene (inkludert felleskomponenter) for å kunne kompensere for manglende informasjonsdeling, samt nyanskaffelser og reinvesteringer hos aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste til å møte kravene til økt funksjonalitet og samhandlingsevne. Disse investeringene vil skje stegvis og muligheten til å utøve opsjonen er implisitt innebygget i konseptet. Konsekvensen ved å gå tilbake til opprinnelige krav vil kunne påvirke lønnsomheten negativt.

Konsept 4 og 7 innebærer at det etableres henholdsvis flere nasjonale løsninger eller en nasjonal løsning. Det eksisterer en mulighet til å avslutte tiltaket inntil det inngås kontrakt med valgte leverandør(er). Kostnaden ved å avslutte tiltaket under første implementeringsprosjektet, der løsningen(e) konfigureres, testes og innføres til utvalgte pilotkommuner er relativ stor. Det er vurdert at det lav mulighet til å øke fleksibiliteten og at konsekvensen av å utøve fleksibiliteten vil være stor "sunk" kost i begge konseptene.

Realopsjon	Konsept 1: Videreføring av virksomhetenes selvstendige ansvar	Konsept 4: Nasjonal rammeavtale for journalløsninger	Konsept 7: En nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling
Verdien av fleksibilitet til å avslutte tiltaket	Lav	Lav	Lav

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Postadresse

Postboks 6737
St. Olavs plass
0130 OSLO