

Møtedato: 24. mars 2021
Arkivnr.:

Saksbeh.:
S. Lillehaug/B. F. Nilsfors/H. Rolandsen

Sted/Dato:
Bodø, 13.3.2021

Styresak 26-2021 Fremtidens Systemer i Klinikkene (FRESK) Tertialrapport – 3. tertial 2020

Formål

Styret i Helse Nord RHF blir i dette saksfremlegg orientert om status i programmet Felles Innføring av Kliniske Systemer (FRESK).

Styret ble sist orientert om status i programmet i *styresak 141-2020 Fremtidens systemer i klinikken (FRESK): Tertialrapport - 2. tertial 2020* (styremøte 28. oktober 2020).

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

FRESK er et strategisk program som skal modernisere de kliniske systemene i sykehusene, legge til rette for strukturerte data og prosess- og beslutningsstøtte som ventelig vil øke både kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Tertialvis rapportering bidrar til at styret i Helse Nord RHF og offentligheten får oppdatert informasjon, som bidrar til trygghet for at prosjektet og ressursene forvaltes forsvarlig.

Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 151-2016 DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve - videreføring etter avslutning av FIKS-programmet, oppfølging av styresak 51-2016* i styremøte 14. desember 2016. Styret fattet følgende vedtak:

- 1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve - videreføring etter avslutning av FIKS-programmet til orientering.*
- 2. Styret gir sin tilslutning til videreføring av arbeidet med DIPS Arena og Elektronisk medikasjon og kurve i tråd med alternativ 2. Styret forutsetter at medvirkning fra tillitsvalgte/vernetjenesten på RHF- og HF-nivå presiseres i prosjektmandatet og styringsmodellen.*

Alternativ 2 er konkretisert slik: «Regionen etablerer en ny programorganisasjon som overbygg for innføringsprosjektene, og supplerer disse med systemuavhengige prosjekter for å ivareta henholdsvis prosessperspektiv (Pasientforløp) og bruk og gjenbruk av strukturerte data (Strukturert journal).

Kort tid etter fikk det nye programmet navnet Fremtidens Systemer i Klinikkene (FRESK). Programleder ble tilsatt i november 2017, og programstyret hadde konstituerende møte i mai 2018.

Styret behandlet *styresak 57-2017 Prosjekt Elektronisk Kurve og Medikasjon - rapport fra forprosjekt og plan for gevinstrealisering, oppfølging av styresak 125-2014* (styremøte 23. mai 2017). Her ble plan for gjennomføring tatt til orientering.

Styret er tidligere orientert om at leveransene fra de to største leverandørene har gjort at innføringsfasene av både DIPS Arena (Arena) og Elektronisk Medikasjon og Kurve (EKM) er forsinket i forhold til planene i 2016. Det vises i den forbindelse til *styresak 74-2019 Elektronisk medikasjon/kurve - plan for gjennomføring av hovedprosjektet og oppdatert vurdering av nytteeffekt* (styremøte 28. juni 2019) for formell godkjenning av gjennomføringsfasen for EKM.

Status

Programmets prosjekter har i tredje tertial 2020 arbeidet med ferdigstilling av planene for opplæring og oppstart i de to største implementeringsprosjektene. For sykehusforetakene er det viktig at forberedelsene til implementering ikke kolliderer med en eventuell utvidet beredskapssituasjon knyttet til Covid-19. Både felles prosjektstyre for de største prosjektene og programstyret for FRESK har vært samstemte i at implementeringene skal prioriteres så langt situasjonen tillater det. For prosjektene har dette betydning at en har planlagt med større grad av digital opplæring og oppstartstøtte enn hva som lå i opprinnelige planer.

Programmet gjennomførte sommeren og høsten 2020 møter med ledelsen i hvert helseforetak hvor det ble lagt en tentativ plan for å forsere innføringene i forhold til opprinnelig plan som hadde ferdigstilling i 2022.

Elektronisk Medikasjon og Kurve

Elektronisk Medikasjon og Kurve (EKM) startet opp med MetaVision på intensiv, anestesi og operasjon ved UNN Harstad 17. november 2020. 1. desember 2020 startet akuttmottaket og sengepostene med den elektroniske kurveløsningen. Etter oppstarten ved sengeposter ble det avdekket en betydelig større utfordring med svartider/ytelser i produksjonsmiljøet enn det som var målt i vårt produksjonsslike miljø (QA).

Da leverandøren innen avtalefestede tidsfrister ikke hadde kommet med tilstrekkelig rettelsler for dårlige svartider og potensielt alvorlige feil, anbefalte det regionale prosjektet og FRESK at UNN Harstad midlertidig burde gå tilbake til kurveføring på papir. UNN HF besluttet i prosjektstyremøte 18. januar å følge anbefalingen og hele UNN Harstad gikk samlet tilbake til kurveføring på papir 20. januar 2021.

Leverandøren har levert to programvareoppdateringer, og prosjektet tester nå om disse er tilstrekkelige til å anbefale re-oppstart. EKM-prosjektet vil ikke klare å holde den forserte tidsplanen som ble lagt høsten 2020, men vil måtte gjøre implementeringsarbeid i 2022 også, jf. opprinnelig tidsplan.

DIPS Arena

DIPS Arena i nord er så langt i rute før innføring ved Helgelandssykehuset (14. mars 2021) og Nordlandssykehuset (9. mai 2021), Finnmarkssykehuset (10. okt. 2021) og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) (7. nov. 2021). Innføringen omfatter all funksjonalitet unntatt behandlingsplan for sykepleie og miljøterapi. Funksjonalitet med regional avhengighet (Medikasjon, Vekstkurve, Henvisning mellom foretak) tas først i

bruk når siste sykehusforetak gjør overgang til Arena. Overgangen planlegges og håndteres som et systembytte, og det forsterkes av at brukernes tilgang til DIPS Classic fjernes når Arena slås på i det enkelte foretak.

Digitalt mediearkiv

Prosjektet for oppsett og pilotering av digitalt mediearkiv (DMA) ferdigstilte installasjons- og pilotfasen ved forrige årsskifte, og leverte sluttrapport fra arbeidet i februar 2020. Programstyret ga før sommeren klarsignal for oppstart av neste prosjektfase - *Breeding og videreutvikling Digitalt mediearkiv i Helse Nord*. I breddingsprosjektet har DMA høsten-20 vært koblet tett opp i regionens arbeid med automatisk rapportering av stråledosedata. Prosessen for videreutvikling av arkivet er i gang. Det arbeides med bedre løsninger for tilgangsstyring av enkeltundersøkelser, filtrering og sortering av undersøkelser per pasient, samt visning av rådata og strukturerte dokumenter som er lagret fra ekspertsystemer. I tillegg arbeides det med å forbedre samvirkingen med DIPS Arena. Videofangst til DMA er fremdeles under planlegging.

Programdefinisjon

FRESK står endelig innføringsfasen for de to største prosjektene. Programstyret godkjente i møtet 16. februar 2021 *Programdefinisjonen for FRESK*, som har vært under utvikling parallelt med planleggingsfasen (Vedlegg 1).

Programdefinisjonen er det sentrale styringsdokumentet, og inneholder, oppsummerer, eller henviser til alle andre sentrale strategi- og styringsdokumenter. Programdefinisjonen gir den umiddelbare kontekst og bakgrunn for programmet, skisserer programvisjonen, beskriver programmets organisering og styringsmekanismer, og, på et overordnet nivå, programmets gevinster, interessenter, og risikoer.

Merkantile forhold

Merkantil oppfølging av kontraktene opptar fortsatt en betydelig del av arbeidet både på programnivå og for prosjektlederne.

Økonomien er under kontroll, og prognosen er i tråd med rammene i økonomisk langtidsplan (*styresak 72-2019 Økonomisk langtidsplan 2020-2023 - investeringsplan 2020-2027* (styremøte 28. juni 2019)). Programmet er finansiert fram til utgangen av 2022. Selv om det er betydelig risiko for gjennomføringen med stadig skiftende smittebilder, vil prosjektene klare å komme i mål innenfor vedtatte økonomiske rammer hvis det ikke tilkommer nye hindringer for implementeringsløpene.

Gevinstrealisering

I tråd med etablert projektrammeverk i Helse Nord og styringssystem for FRESK, har programmet ansvar for å tilrettelegge for arbeid med nytteeffekter/gevinster i prosjekttiden.

Det er den enkelte virksomhetseier/helseforetak som har ansvar for realisering av nytte/gevinster. Hovedhensikten med tilretteleggelsen fra FRESK sin side er å lykkes med god implementering av systemene. Dette er forutsetningen for å kunne ta ut gevinster av systemene på sikt.

FRESK anbefaler felles metodikk (vedlegg 2), som kan fungere som underlag for helseforetakenes fremtidige arbeid med gevinstrealisering. Metodikk og verktøy for bruk av nytteeffekter i implementering (utarbeidet i perioden januar 2019 til desember 2020), ble godkjent i programstyret i møte 16. februar 2021 (Sak 3-21 Bruk av nytteeffekter i implementering av kliniske IKT-systemer som et ledd i gevinstrealisering).

Realisering av gevinster/nytte av de nye systemene konkretiseres i samarbeid med de avdelingene som tar systemene i bruk, og arbeidet planlegges parallelt med opplærings- og implementeringsplanene.

Funksjonell forvaltning av felles kliniske systemer

Viktige forutsetninger for vellykket implementering av nye kliniske systemer er at det etableres en velfungerende regional struktur for forvaltning og videreutvikling av systemene som settes i drift.

Etter en lang og krevende prosess, ble helseforetakene i november 2020 enige om å beholde funksjonell forvaltning i UNN, og at forvaltningen for EPJ, lab og radiologi blir lagt under felles ledelse.

Andre forhold

Siden medio mars 2020 har prosjektarbeidet for flere vært basert på hjemmekontor. Arbeidsformen med digitale møter var fra tidligere godt etablert, endringen har derfor ikke påvirket arbeidet negativt. Høsten 2020 har prosjektene har i noen grad åpnet opp for flere fysiske møteplasser - blant annet i forbindelse med systemtestinger.

Medbestemmelse

Konserntillitsvalgte har to representanter i programstyret og er derigjennom løpende orientert om utvikling. Programleder informerte også om status i programmet i samarbeidsmøte med KTV/KVO 9. mars 2021.

Brukermedvirkning

Tertialrapport for 3. tertial 2020 blir lagt frem til orientering i Regionalt brukerutvalg 15. april 2021.

Adm. direktørs vurdering

Både DIPS-Arena og EKM er komplekse utviklings- og implementeringsprosjekter med tilhørende risiko. Adm. direktør er fornøyd med at prosjektene har klart å holde framdrift i arbeidet gjennom perioden med Covid-19, og at økonomien i programmet er under kontroll.

Adm. direktør var fornøyd med de første tilbakemeldingene knyttet til innføringen av EKM i Harstad. Signalene tyder på at nytteverdi som lå til grunn for beslutning om innføring, i stor grad er innenfor rekkevidde. Erfaringene fra Harstad ga også god læring for forberedelsene til neste produksjonssetting, både for prosjektet og for mottaksorganisasjonen.

Det er fremdeles risiko knyttet til innføringsløpene. Adm. direktør er forberedt på at nye utfordringer kan oppstå knyttet til eventuelle lokale forhold rundt infrastruktur som kan påvirke ytelsen for systemene.

Adm. direktør ser helt klart at realisering av nytteverdi av nye systemer i stor grad beror på forbedringsarbeid og en aktiv forvaltningsorganisasjon. Adm. direktør mener at prosessen rundt styringsmodellen for IKT har lagt et godt grunnlag for fremtiden, og ser at det er behov for å gjøre tilpassinger i egen organisasjon for å legge enda bedre til rette for å følge med at forbedringsarbeidet utvikles i helseforetakene.

Adm. direktør er fornøyd med metodikken FRESK har utviklet for å avdekke nytteeffekter og realisere gevinster med de nye kliniske systemene, og vil ha særlig fokus på at metodikken blir lagt til grunn parallelt med innføringsløpene.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar tertialrapporten nr. 3-2020 for Fremtidens Systemer i Klinikkene (FRESK) til orientering.

Bodø, den 12. mars 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

1. Programdefinisjon for FRESK
2. Metodikk for bruk av nytteeffekter i implementering



Programdefinisjon

Planlegging og styring

Program	FRESK	Prosjekt	N/A
Godkjent av		Godkjent dato	
Eier	Programleder	Opprettet dato	3. februar 2019
Forfatter	Terje Bless	Versjon	0.9

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.1	3. februar 2019	Dokument opprettet	Terje Bless	
0.5	14. november 2019	Første fulle utkast	Terje Bless	
0.6	18. mars 2020	Revidert etter interne tilbakemeldinger	Terje Bless	
0.7	20. oktober 2020	Revidert etter gjennomgang med programledelsen	Terje Bless	
0.7.1	18. desember 2020	Mindre endringer etter gjennomgang med programleder	Terje Bless	
0.7.2	29. desember 2020	Mindre endringer etter gjennomgang med programleder	Terje Bless	
0.7.3	27. januar 2021	Revidert etter gjennomgang med programledelsen	Terje Bless	
0.8	3. februar 2021	Justert etter gjennomgang med programledelsen	Terje Bless	
0.9	4. februar 2021	Justeringer og tydeliggjøring etter tilbakemelding fra Programeier; oppdatert versjonsnummer for fremlegg til Programstyret	Terje Bless	

DISTRIBUSJONSLOGG

Versjon	Dato	Navn
0.8	3. februar 2021	Programledelsen
0.9	4. februar 2021	Programstyret

1. Om dette dokumentet

Dette dokumentet er en Programdefinisjon («Programme Definition Document») slik begrepet brukes i AXELOS' Managing Successful Programmes-rammeverk (MSP) for programstyring.

Programdefinisjonen er det overordnede styringsdokumentet som definerer programmet. Dokumentet inneholder, oppsummerer, eller henviser til alle de mest sentrale strategi- og styringsdokumentene.

Dette dokumentet er avgrenset til den delen av konseptfaserapporten som omhandler implementering og innføring av DIPS Arena og Elektronisk medikasjon- og kurveløsning, samt de viktigste restansene etter FIKS-programmet.

2. Ordliste, begrep, og forkortelser

Begrep	Beskrivelse
Endringsinitiativ	Et samlebegrep for aktiviteter som medfører endringer i virksomheten. Disse kan være organisert som prosjekter, programmer, organisasjonsutvikling, mv. I dette dokumentet benyttes begrepet «endringsinitiativ» som en fellesbenevnelse på alle slike.

3. Innholdsfortegnelse

1. OM DETTE DOKUMENTET	3
2. ORDLISTE, BEGREP, OG FORKORTELSER	4
3. INNHOLDSFORTEGNELSE.....	5
4. FORMÅL.....	6
5. PROGRAMMETS NAVN OG IDENTIFIKATORER.....	7
6. PROGRAMBESKRIVELSE	8
7. PROGRAMMETS MÅLSETTINGER.....	9
8. OMFANG OG AVGRENSNINGER	10
9. KONTEKST OG BAKGRUNN (PROGRAMVISJON).....	12
10. ORGANISERING, ROLLER, OG ANSVAR.....	13
10.1. PROGRAMORGANISERING.....	13
10.2. ROLLEBESKRIVELSER	15
10.2.1. PROGRAMNIVÅ.....	15
10.2.2. PROSJEKTNIVÅ.....	22
10.3. SAMMENSETTING	25
10.3.1. PROGRAMSTYRE	25
10.3.2. PROGRAMLEDELSE.....	25
10.3.3. STØTTEFUNKSJONER OG RÅDGIVING	26
11. STYRING.....	27
11.1. STYRENDE DOKUMENTER.....	27

4. Formål

Programdefinisjonen er det sentrale styringsdokumentet for programmet. Den inneholder, oppsummerer, eller henviser til alle andre sentrale strategi- og styringsdokumenter.

Programdefinisjonen gir den umiddelbare kontekst og bakgrunn for programmet, skisserer Programvisjonen, beskriver programmets organisering og styringsmekanismer, og, på et overordnet nivå, programmets gevinster, interesser, og risikoer.

Programdefinisjonen er Programeier og Programstyrets mest sentrale strategiske styringsverktøy, og Programledelsens rammebetingelser. For strategisk styring gir Programdefinisjonen retning og overordnede rammer for programmet, og spesifiserer grenseflater og mekanismer for løpende oppfølging og kontroll av programmet. Som rammebetingelser for Programledelsen setter det grensene for programmets handlingsrom, toleranser, og organisering.

Alle andre strategi- og styringsdokumenter for programmet utleder sin autoritet fra Programdefinisjonen.

5. Programmets navn og identifikatorer

Programmets formelle navn er "Fremtidens systemer i klinikken", og omtales i kortform som "FRESK". Navnet er valgt for å effektivt kunne inngå i programmets totale kommunikasjon mot interessenter, og for å supplere og utfylle kommunikasjonsstrategiens visjon: "***Korsn kan én journal i nord bidra til bedre samarbeid om og med pasienten***".

FRESK er formelt organisert som en egen seksjon på Eieravdelingen i Helse Nord RHF.

6. Programbeskrivelse

FRESK er et program i Helse Nord som har som overordnet målsetting å realisere fremtidsbildet artikulert i Meld. St. 9 (2012–2013): Én innbygger – én journal. Programmet skal gjennom utvikling og implementering av moderne IKT-baserte kliniske støttesystemer legge til rette for og bidra til implementering av de organisasjonsendringene som er nødvendige for å realisere dette fremtidsbildet. Programmet støtter seg på den grunnmuren som ble lagt ned gjennom FIKS programmet (2009–2017), samt den nye plattformen og mulighetene som følger av DIPS Arena og Elektronisk medikasjon- og kurvesystem.

7. Programmets målsettinger

Programmets målsettinger er hentet eller utledet fra «Meld. St. 9 (2012–2013): Én innbygger – én journal». De overordnede målene i strategien er:

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

Blant de mer detaljerte målene er:

- Oppdatert kunnskap, prosess- og beslutningsstøtte til helsepersonell skal inngå i journalsystemet
- Innrapportering av strukturerte data til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene
- Sammenstilling av oppdaterte data med høy kvalitet skal gjøre det mulig å følge utviklingen i helsetilstanden til befolkningen, gjøre systematiske vurderinger av tjenestetilbudet, og være grunnlag for styring, kvalitetsforbedring og forskning
- Opplysninger om pasienter som ligger i ulike fagsystemer som diabetes-, føde-, kurve-, eller radiologisystemer, i det «primære» journalsystemet for dokumentasjon, og i medisinsk teknisk utstyr som EKG-apparater er alle etter forskrift om pasientjournal av 21-12-2000 nr. 1385 (journalforskriften) en del av pasientens totale journal
- Innføring av nye IKT-løsninger i helse- og omsorgssektoren vil i like stor grad være et organisasjonsutviklingsprosjekt som et rent IKT-prosjekt. For å kunne ta ut gevinster ved innføring av nye IKT-løsninger, bør arbeidsprosesser og måter å samarbeide på endres.
- Økt bruk av strukturerte data skal bidra til bedre kvalitet på rapportering og enklere samhandling ved at informasjon kan deles og gjenbrukes i ulike sammenhenger

Videre kan det fra denne og fra Helse Nords Kvalitetsstrategi utledes følgende mål:

- Pasientforløp skal være sammenhengende på tvers av organisasjonsheter og omsorgsnivå
- Pasientforløp skal fundamenteres på enkel og sikker tilgang til én felles pasientjournal uavhengig av organisasjonsgrenser
- Pasientforløp skal understøttes av kunnskaps-, prosess-, og klinisk beslutningsstøtte i journalsystemet

8. Omfang og avgrensninger

Programmets inkluderingsdefinisjon, i lys av vedtatt konsept og relevante strategier, er endringsinitiativer som

- Retter seg mot realisering av Én innbygger - én journal
- Som fundamenteres på IKT-baserte kliniske støttesystemer
- Som vil kunne påvirke kliniske arbeidsprosesser eller bærer preg av virksomhetsutvikling

Som en praktisk konsekvens av programmets ansvar for innføringen av DIPS Arena og Elektronisk kurve- og medikasjon, inkluderes endringsinitiativer som har betydelig overlapp med, avhengighet til eller for, eller har samme leverandør som systemer i programmets portefølje. På denne måten sikres enhetlig leverandørstyring, koordinering og ressursstyring for relaterte og overlappende endringsinitiativer.

Som eksklusjonsdefinisjon gjelder:

- Driftsoppgaver ivaretas av driftsorganisasjonen, og drift som sådan faller utenfor programmets mandat
- Forvaltningsoppgaver ivaretas av forvaltningsorganisasjonen, og forvaltning som sådan faller utenfor programmets mandat
 - Her tilkommer et unntak for midlertidig forvaltning av forvaltningsobjekter som leveres av programmets prosjekter, eller der etablering av forvaltningsorganisasjon er en del av programmets leveranser
- Endringsinitiativer som utelukkende eller hovedsakelig er IKT-tekniske, ivaretas av IKT driftsorganisasjonen (Helse Nord IKT), og faller utenfor programmets mandat
 - Eksempelvis oppgraderinger og endringer i applikasjoner i eksisterende IKT portefølje; etablering av og migrering til regionale datasenter; etablering av regionale løsninger for lyd og bilde (Teams); implementering av nasjonale samhandlingsstandarder (e.g. Meldingsløft II); osv. Altså i all hovedsak aktivitetene til Helse Nord IKT.
- Endringsinitiativer eller organisasjonsutvikling som ikke er fundamentert på, eller påvirker IKT-baserte kliniske støttesystemer
 - Eksempelvis byggeprosjekter; rent kliniske prosjekter; prosjekter relatert til administrative («ikke-kliniske») systemer; prosessforbedring (i.e. LEAN) og arbeidet til forbedringsagenter der dette i liten grad tangerer IKT-baserte støttesystemer. Altså i all hovedsak endringsinitiativer og endringsprosessene i foretakene.
- Som en praktisk konsekvens av at programmet ikke er rigget for å ivareta større anskaffelsesprosesser, må disse ivaretas av Helse Nord IKT, hvis prosjektene i programmets portefølje naturlig medfører slike anskaffelser.

Nye behov som oppstår i programperioden skal håndteres innen ryddige rammer. Endringsinitiativer som iverksettes utenfor prosess og uten nødvendig utredning underminerer prioritering og ressursstyring i regionen, fører til uryddige prosjekter med høy risiko og stor negativ effekt på primærvirksomheten, og vil typisk ha begrenset strategisk forankring og redusert gevinstpotensial. Effektiv styring av regionens totale endringsportefølje forutsetter også tydelig strategisk forankring og et realistisk bilde av et initiativs totale ressurspådrag.

Programmet har derfor som en forutsetning at nye behov som oppstår under programperioden og som faller innenfor programmets omfang—uavhengig av om disse behovene er fremkommet internt i programmet eller fra andre instanser i regionen—alltid skal innlemmes i, og styres etter regionens prosjektrammeverk (PRINCE2, Prosjektveiviseren.no). Dette gjelder spesielt tidligfasene av slike initiativer slik at en grundig konseptutredning kan ligge til grunn for valg av konsept, prioritering kan skje opp mot regionens overordnede strategiske mål og eksisterende portefølje, og beslutninger om videreføring kan gjøres på bakgrunn av et forutsigbart og fullstendig kostnadsbilde.

9. Kontekst og bakgrunn (Programvisjon)

Gjennom nasjonale og regionale strategier, føringer, og tilstandsrapporter fremkommer en tydelig retning for norsk helsetjeneste: *det er behov for teknisk mer avanserte og mer funksjonelt modne IKT-baserte kliniske støttesystemer*. Graden av digitalisering i spesialisthelsetjenesten er høy, men individuelle spesialistsystemer opptrer i stor grad som isolerte siloer som i beste fall kan kopiere utvalgte data mellom systemer og aktører ved hjelp av tekniske integrasjoner og meldingsbasert utveksling.

Spesialisthelsetjenesten er også kommet for kort i forhold til det nasjonale målbildet om tett samvirkende systemer på tvers av spesialitet og omsorgsnivå, som understøtter og muliggjør et helhetlig pasientforløp. Det skal være på pasientens premisser og med sterk og informert pasientmedvirkning. Systemene skal inneha god og evidens-basert kunnskaps-, prosess-, og beslutningsstøtte for helsepersonell i alle spesialiteter og profesjoner. Videre, ha overvåkings- og styringsmuligheter som skaper mulighet for bedre og mer langsiktig planlegging og optimal ressursutnyttelse. I tillegg skal de ha tilgang til nødvendig data for kontinuerlig kvalitetsforbedring og forskning.

For å lukke gapet mellom det strategiske målbildet og dagens situasjon kreves en vedvarende og målrettet innsats som evner å heve seg over de akutte og kortsiktige behovene i hverdagen, og som steg for steg kan realisere de ulike aspektene av målbildet. Dette kan ikke oppnås gjennom optimalisering for enkeltaktører, individuelle spesialitet- eller profesjonsgrupper, eller omsorgsnivåer. Gevinstene av digitalisering i disse «øyene» er i stor grad allerede tatt ut og videre gevinster forutsetter optimalisering ut fra et helhetsbilde (vs. lokal suboptimalisering) og med prosessperspektiv (vs. systemperspektiv).

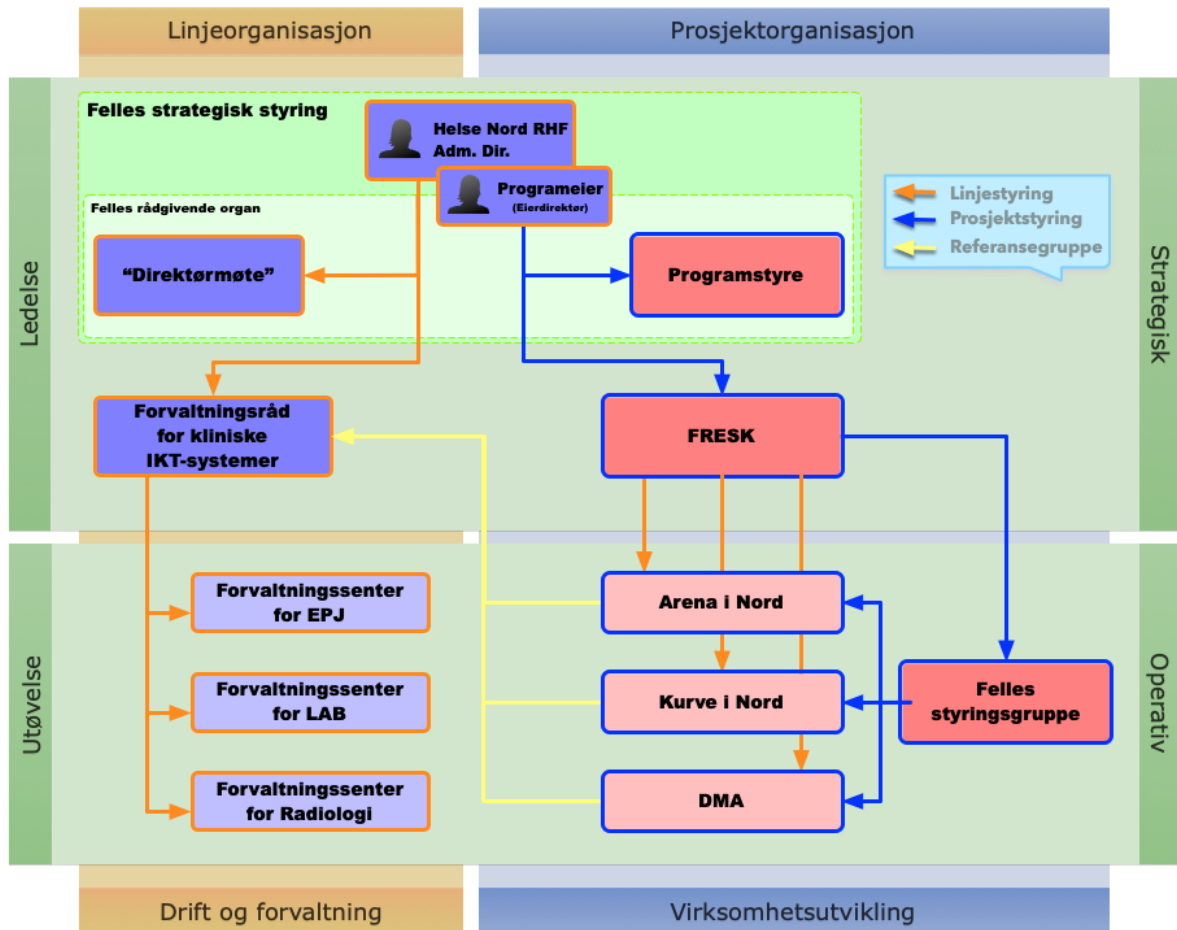
Helse Nord har gjennom flere år arbeidet målbevisst mot bedre IT støtte for klinisk arbeid. Gjennom anskaffelsen av nye kliniske systemer (AKS - 2009) og innføring av disse (FIKS – 2012) har regionen homogenisert systemer og bruken av disse. Vi har nå felles pasientjournal som kan åpne for tilgang til helseopplysninger for personell uavhengig av hvilket helseforetak opplysningene er registrert fra. Anskaffelsen resulterte i at vi skal ta i bruk DIPS Arena som generelt EPJ system, og dette vil bli vårt viktigste verktøy på veien videre mot nasjonalt målbilde for sektoren.

Denne bakgrunnen er utdypet i Vedlegg 2 til Sak 151-2016 behandlet i Styremøte i Helse Nord RHF 14. desember 2016.

10. Organisering, roller, og ansvar

10.1. Programorganisering

Overordnet styringsmodell for FRESK er gjengitt i Figur 1.



Figur 1 - Overordnet styringsmodell for FRESK

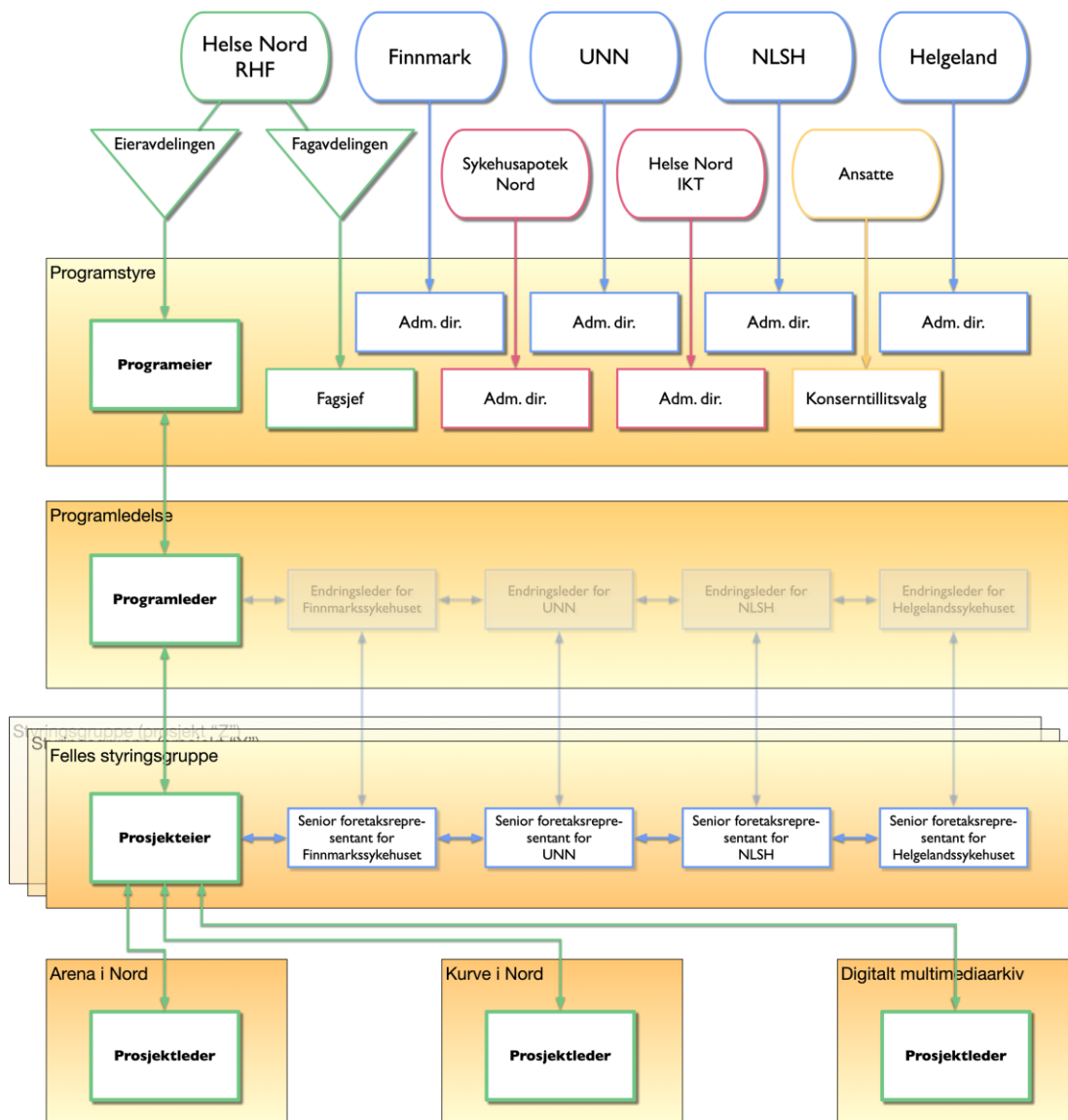
Modellen forsøker å balansere Drift og forvaltning, på den ene siden, mot Virksomhetsutvikling (prosjekter og endringsinitiativer) på den andre siden, gjennom å forankre programmet i et Programstyre som speiler rollen Direktørmøtet har i primærvirksomheten. Samtidig er sammensetning og plassering av programstyret på Strategi og ledelse-nivået valgt for å muliggjøre forpliktende beslutninger og forankring i de respektive foretak for de sakene som angår programmet.

Programstyret er formelt et rådgivende organ for Programeier, og skal i tillegg til å forankre nødvendige beslutninger og sørge for programmets tilgang til kompetanse og perspektiv; sørge for å representere interessentene i eget foretak eller organisasjon. Programstyret skal også sørge for at programmet har de nødvendige rammebetingelser og ressurser, og skal i utgangspunktet primært behandle saker av strategisk karakter, eller som i sin natur er av avgjørende betydning for programmet som helhet.

Programstyret ledes av Programeier, som i ordinær drift har det overordnede ansvaret for programmet. Programeier er den som i siste instans svarer for gjennomføring og resultatet av programmet, og som forankrer programmet i regionens øvrige styringsstrukturer. Den løpende ledelse av programmet er delegert fra Programeier til Programleder. Programleder utøver linjeledelse for programmets ansatte og prosjekteierledelse av prosjektene i programmets portefølje (der prosjektets natur ikke tilsier annen forankring).

Forankring i ordinær drift skjer gjennom representasjon av foretakene (Adm. dir.) og de ansatte (Konserntillitsvalgte) i Programstyret, og etter fagdimensjonen (fagsjef) i Felles styringsgruppe for prosjektene. I primærvirksomheten opptrer programmets leveranser som endring, og krever således endringsledelse etter hvert foretaks normale linjestyring. Senior foretaksrepresentant i Felles styringsgruppe har, sammen med foretakets øverste leder, et særskilt ansvar for å utøve endringsledelse som en følge av programmets leveranser.

Modellen for program- og prosjektstyring og representasjon for hovedinteressenter er gjengitt i Figur 2.



Figur 2 - Program- og prosjektstyringsmodell

10.2. Rollebeskrivelser

10.2.1. Programnivå

10.2.1.1. Programstyre

Programstyret består av Programeier og sentrale ledere i konserngruppen, samt konserntillitsvalgte som representanter for de ansatte. Programstyret rådgir og støtter Programeier, og leder gjennom eksempel i egen organisasjon som en forkjemper for de endringer som programmet skal gjennomføre.

Programstyret har ansvar for å sette konserngruppens strategiske retning, gjøre investeringsbeslutninger, og sikre den overordnede samkjøringen av programmet med konserngruppens strategiske retning. Programstyret setter prioriteten mellom programmet og andre endringsinitiativer, og er ansvarlig for å avgjøre konflikter mellom endringsinitiativer.

Programstyret:

- representerer og sikrer organisasjonskonteksten for programmet
- forankrer programmets mandat
- godkjenner Programdefinisjonen
- deltar i gjennomgang på slutten av et spor og godkjenner oppstart av neste spor
- godkjenner finansiering av programmet
- avgjør strategiske spørsmål og spørsmål om retning
- godkjenner konserngruppens strategiske retning som programmet skal levere i henhold til
- godkjenner programmets fremdrift mot de strategiske målene
- leder gjennom eksempel og er en forkjemper i egen organisasjon for de endringene programmet skal gjennomføre
- gir fortsatt forpliktelse og støtte til programmets mål i ledergrupper eller kommunikasjonsarbeid
- rådgir og støtter Programeier
- godkjenner levering ved avslutning av programmet

Programstyret behandler i hovedsak saker i fysiske eller digitale møter, men kan behandle enkeltsaker per epost. Møtefrekvens settes etter behov, men Programstyret skal som et minimum møtes ved faseoverganger, ved behov for å godkjenne oppstart av neste spor, og ved avslutning av programmet. Programleder og dennes stedfortreder fungerer som Sekretariat for Programstyret og deltar ellers som observatør i alle møter.

10.2.1.2. Programeier

Programeier er hovedansvarlig for programmet, og for å sikre at det når sine mål og realiserer de forventede gevinstene. Programeier er programmets hovedkontaktpunkt for beslutninger i linjeorganisasjonen og i Programstyret. Programeier leder Programstyret og støtter seg på dem for kompetanse, perspektiv, og forankring av beslutninger. Programeier har mandat til å treffe de fleste løpende beslutninger om programmet som ikke åpenbart har slikt omfang at det krever mer omfattende behandling i Programstyret eller overordnet organ (i.e. Styret i Helse Nord RHF).

Programeier:

- er ansvarlig for å utarbeide og kommunisere Programvisjonen
- skal gi tydelig ledelse og retning gjennom programmets levetid
- skal sikre investeringen som er nødvendig for å etablere og gjennomføre programmet, og sikre finansiering for transisjonsaktivitetene som er nødvendig for å realisere de ønskede gevinstene
- sikrer at programmet leverer en sammenhengende kapabilitet, oppnår sine strategiske effekter, og realiserer sine gevinster
- etablerer styringssystem og sikrer at programmet har på plass passende kvalitetsmekanismer
- sikrer levedyktigheten til Programbegrunnelsen
- vedlikeholder grensesnittet med nøkkelinteressenter på ledelsesnivå
- overvåker nøkkelrisikoene for programmet på strategisk nivå
- sørger for at programmet forblir i overenstemmelse med konserngruppens strategiske retning
- sikrer effektiviteten og ytelsen til programorganisasjonen
- oppnevner, leder, og setter prioriteringer for Programstyret
- er en proaktiv og synlig drivkraft bak programmet

10.2.1.3. Programledelsen

Programledelsen består av Programeier, Programleder, og dennes stedfortreder. Programledelsens hovedhensikt er å drive programmet fremover og å levere de definerte effektene og gevinstene. Programledelsen støtter Programeier, som er hovedansvarlig for en vellykket levering av programmet. Programledelsen sikrer nødvendig koordinering mellom prosjektene og aktivitetene som utgjør programmet. Programledelsen rapporterer til Programeier.

Programledelsen:

- definerer profilen for akseptabel risiko i programmet og dets underliggende prosjekter
- sikrer at programmet leverer innenfor avtalte rammer (kostnader, påvirkning på organisasjonen, forventet og faktisk gevinstrealisering, osv.)
- avgjør strategiske og retningsgivende saker mellom prosjekter som trenger innspill fra og forankring hos nøkkelinteressenter for å sikre programmets fremdrift

- ivaretar overordnet oppfølging og styring av sentrale leverandører, inkludert merkantil- og avtaleoppfølging, og generell leverandørstyring
- sikrer integriteten i gevinstprofiler og gevinstrealiseringsplanen
- sikrer fokus på utvikling, vedlikehold, og oppnåelse av målarkitekturen
- skape trygghet for operativ stabilitet og effektivitet gjennom programleveringssyklusen
- må forstå og styre konsekvensen av endringer
- overvåke oppnåelse av definerte gevinster
- håndtere risikoer og saker relevant til sitt område
- håndtere avhengigheter med andre aktiviteter, både endringsinitiativer og i ordinær drift
- sikre levedyktigheten og integriteten til Målarkitekturen
- representere lokal strategi som uttrykt i f.eks. medium-perspektiv planer og driftsmål
- støtter opp under anvendelsen av standarder, slik som regionale prosedyrer
- sikrer tilgjengelighet til ressurser for planlegging og leveranse

10.2.1.4. Programleder

Programleder er ansvarlig for å lede og styre programmet fra oppstart, gjennom leveranse av nye kapabiliteter og å muliggjøre og legge til rette for realisering av gevinster, og til avslutning av programmet. Programleder har hovedansvar for vellykket leveranse av nye kapabiliteter og å etablere styring for programmet.

Programleder:

- daglig ledelse av programmet, inkludert fremdriften fra etablering, overvåking, styring, og avslutning
- er dag-til-dag agenten for Programeier, og sikrer vellykket levering av de nye kapabilitetene
- planlegger og designer programmet og overvåker proaktivt dets overordnede fremdrift, løser saker som oppstår, og iverksetter korrektive aksjoner der nødvendig
- utvikler og implementerer programmets styringsrammeverk
- sikrer effektiv koordinering av prosjektene og deres gjensidige avhengigheter
- styrer og håndterer eventuelle risikoer og andre saker som oppstår
- ivaretar overordnet integritet og sammenheng i programmet, og utvikler og vedlikeholder et programmiljø som støtter hvert individuelle prosjekt i programmet
- styrer programmets budsjett, og overvåker utgifter og kostnader opp mot leveranser ettersom programmet går fremover
- legger til rette for oppnevningen av personellressurser til prosjektleveranseteamene
- sikrer at leveransen av produkter eller tjenester fra prosjektene oppfyller programmets krav i tråd med programmets Målarkitektur, Prosjektregister, og er i tråd med nødvendig kvalitet, i tide, og innenfor budsjett

- legger til rette for utviklingen av Målarkitekturen, med innspill og godkjenning fra Endringslederne
- styrer Målarkitekturen og sikrer at kapabilitetene som blir levert er i samsvar med den
- styrer ytelsen til programmteamet
- maksimerer effektiv tildeling av ressurser og kompetanse i og mellom prosjektene i Prosjektregisteret
- styrer interne og eksterne leverandører til programmet
- styrer kommunikasjon med interessenter
- initierer ekstra aktiviteter og andre styringsintervensjoner der gap i programmet blir identifisert eller saker oppstår
- rapporterer programmets fremdrift jevnlig til Programeier

10.2.1.5. Endringsledelse

Et program og andre endringsinitiativer eksisterer per definisjon utenfor rammene av ordinær drift, og med styringsmodeller som eksisterer i parallell med den daglige linjestyringen. Samtidig skal programmet føre til endringer i den organisasjonskonteksten som etablerte det. *Endringsledelse* er dermed et sentralt ansvar i slike initiativer, og rammeverk for programstyring definerer derfor ofte en programrolle som «Endringsleder», i mange tilfeller én per forretningsområde eller lignende hovedinndeling av organisasjonen.

Men i foretaksmodellen i Helse Nord er hvert helseforetak et selvstendig rettssubjekt, og eierstyring og tilhørende mekanismer er ikke velegnet til endringsledelse på et slikt nivå. Utøvelsen av endringsledelse for de endringene som følger av programmets leveranser må derfor ivaretas i det enkelte helseforetak og gjennom linjestyring. At programmet ikke selv har direkte kontroll over endringsledelsen skaper ineffektivitet og risiko, som må kompenseres for gjennom tett samarbeid og god kommunikasjon mellom programmet og sentrale ledere i organisasjons- og fagperspektiv i det enkelte helseforetak.

Der programleder har hovedfokus på å styre programmet og leveranse av kapabiliteter, har endringsledelse i helseforetakene hovedfokus på gevinster: å bygge disse inn i organisasjonen og å legge til rette for at organisasjonen utnytter disse fullt ut. Effektiv endringsledelse utøves av en leder som kommer fra og har iboende kjennskap til og kompetanse om, den organisasjonen eller forretningsområdet som denne har ansvaret for, og som skal gjennomføre endringen. En endringsleder har pågående operasjonelt ansvar i egen organisasjon og utfører oppgavene knyttet til rollen som en del av sitt ordinære arbeidsområde for å sikre at endringene som utløses av programmet blir solid innarbeidet i organisasjonen.

Selv om endringsledelse i forskjellig grad må utøves på alle ledernivåer i helseforetakene ligger det sentrale ansvaret på foretakets toppledere i organisasjons- og fagdimensjon. I rollen som endringsledere deltar disse i respektivt Programstyret og i Felles prosjektstyre. I Felles prosjektstyre har disse rollen Senior foretaksrepresentant, der de representerer sin organisasjon og støtter Programleder gjennom dette perspektivet; mens i ordinær drift har de rollen som endringsleder, og er en fanebærer for endringene som følger av programmet. Endringsleder vil typisk være Prosjekteier og leder for Styringsgruppen for mottaksprosjektene i sitt helseforetak.

Endringsleder har hovedansvar for å definere ambisjonsnivå for Gevinstrealisering i egen organisasjon; å gjennomføre de nødvendige aktivitetene for at organisasjonen skal klare å ta ut de planlagte gevinstene; og å innarbeide nye arbeidsmåter og prosesser i organisasjonens kultur.

For å kunne ivareta sin rolle som en representant for organisasjonen og som en bro mellom organisasjonen og programmet, må Endringsleder ha sin primære tilknytning i organisasjonen selv om denne bekler en rolle og utfører oppgaver for og på vegne av programmet. Siden Endringsleder er nært knyttet til, og har hovedfokus på oppgaver rettet mot, sin egen organisasjon er det kritisk at denne evner å innta et helhetsperspektiv. For sterk fokus på egen organisasjon uten å ha helhetsperspektivet i mente kan føre til suboptimalisering og kan true programmets evne til å levere en sammenhengene kapabilitet og å mulliggjøre *alle* de planlagte gevinstene.

Endringsleder må ha forankring i ledergruppen i sin organisasjon, og forståelse for styringsstrukturen, politikken, og kulturen i organisasjonene som er involvert i programmet. Endringsleder må inneha ledelseskompetanse og erfaring til å kunne utøve ledelse for personell fra forskjellige fagområder og forskjellige perspektiver. Endringsleder må ha nødvendig kompetanse til å kunne gi et klart bilde av en kompleks og dynamisk situasjon og sikre fokus på programmets mål.

Endringsleder:

- definerer den fremtidige operasjonelle tilstanden til forretningsområdet de representerer
- vurderer fremdrift mot å realisere gevinstene
- sørger for å sette fokus på å realisere ønsket endring i egen organisasjon
- bidrar til utviklingen av gevinststrategien for sitt foretak
- sikrer at utvikling av, og forretningsansvaret for, gevinstarbeidet er tydelig forankret
- designer den fremtidige driftsmodellen ("to-be" tilstanden) og sikrer at den er ivaretatt og vedlikeholdes i programmets målarkitektur
- identifiserer organisasjonsendringer som inntreffer utenfor programmets grenser og som kan påvirke programmets målarkitektur
- forbereder virksomheten på den kommende endringen
- sørger for at virksomheten er klar for endringene gjennom forberedende tiltak slik som etablering av prosesser og styringsstrukturer, opplæring og kompetansebygging, og etablering eller oppgradering av nødvendig infrastruktur

- identifiserer muligheter og realiserer uplanlagte gevinster som oppstår underveis i programmet, og sikrer at bragden blir anerkjent
- sikrer effektiv kommunikasjon med alle de delene av organisasjonen som de representerer
- identifiserer og overvåker ytelsesindikatorerne som brukes for å følge med "helsen" til normal drift
- implementerer de mekanismene som skal til for at gevinster kan realiseres og måles
- overvåker driftsstabilitet og organisasjonens pågående kapasitet til å håndtere omfanget av endring, inkludert akseptabelt nivå av ytelsesvariasjon (forringelse) mens endringen innarbeides i organisasjonen
- rapporterer til Programleder og Programeier på hvor godt forberedt organisasjonen er for endringen, oppnåelse av effektmål, og realisering av gevinster
- rådgir Programleder om hvorvidt arbeidet i programmet og hvert prosjekt dekker de nødvendige aspektene som kreves for å oppnå målarkitekturen og lede til gevinster
- sikrer at det ikke forekommer dobbelttelling av de gevinstene de er ansvarlige for
- forbereder de påvirkede forretningsområdene på transisjonen til nye måter å jobbe på, inkludert å implementere nye forretningsprosesser
- sikrer at driftsstabilitet blir ivaretatt under transisjonen og at endringer blir effektivt integrert i organisasjonen
- iverksetter gjennomganger for å sikre at kapabiliteter blir innarbeidet og etablert
- optimaliserer timingen for slipp av prosjektleveranser inn i driften
- overvåker faktiske effekter mot planlagte resultater

10.2.1.6. Designautoritet

Designautoriteten er en funksjon i programmet. Funksjonen er en mellomting mellom et ekspertutvalg, en referansegruppe, og et arkitekturkontor: Designautoriteten skal sikre helhetlig tilnærming, proaktivt forebygge suboptimalisering i prosjektene, sikre sammenheng og koordinering mellom prosjektene og andre nærliggende eller overlappende programmer og endringsinitiativ. Funksjonen ledes og koordineres av Programleder støttet av interne rådgivere, fagekspertter fra helseforetakene, og eksperter på eiendom, bygg, eller teknisk infrastruktur der disse er relevante.

Designautoriteten har overordnet eierskap til programmets målarkitektur, og har et overordnet ansvar for å sikre at denne er sammenhengende.

Designautoriteten er ansvarlig for å sikre at programmet er sammenhengende, og har et innadrettet fokus på intern konsistens i programmet; og utadrettet på dets sammenheng med infrastrukturplanlegging, grensesnitt med andre programmer, og virksomhetens tekniske og spesialistfunksjoner.

Designautoriteten:

- eier målarkitekturen
- definerer målarkitektur for nøkkelleveranser

- styrer innhold og form på nøkkelleveranser
- bekrefter at det overordnede designet og avveieringer på prosjektnivå vil levere gevinstene definert for programmet, og at virksomheten ikke i for stor grad vil bli begrenset i fremtidig utvikling av designvalg
- designer virksomhets- og tekniske løsninger
- styrer den underliggende arkitekturen, og avveier mellom lokalt «tilstrekkelige» løsninger og investering i mer langsiktige løsninger
- programdesign i konsultasjon med, og gjennom tilrettelegging av, kryssfunksjonelle team og tekniske- og fagekspertter
- virksomhetsarkitektur
- sette oppgaver, prosjekter, og aktiviteter i linjeorganisasjonen i sekvens
- evaluerer produkt- og oppgaverisiko
- identifiserer behov for og foreslår prosjekter
- bestiller arbeid fra tekniske områder og etablerer kryssfunksjonelle «forskning-» og utrednings- prosjektteam
- designkontroll
- identifiserer og styrer nøkkelgrensesnitt mellom underliggende prosjekter og programmet, og med andre programmer, og gjenkjenner felles eller konflikterende elementer i forskjellige deler av andre programmer
- overvåker programmets kritiske grensesnitt
- design og redesign-justering av programmets overordnede design ut fra fremdrift, uforutsette forsinkelser, og endrede prosjektomstendigheter
- overvåker risiko assosiert med programmets produkter
- sikrer at de prosedyrer, systemer, og komponenter som implementeres i prosjektene har konsistente design og at grensesnitt mellom prosjekter er konsistent designet
- sikrer at prosjektenes design er i overenstemmelse med føringer, standarder, og organisatoriske begrensninger, og er konsistente med de støttetjenester og infrastruktur som de bruker eller har grensesnitt mot

10.2.1.7. *Gevinstrådgiver*

Gevinstrådgiver har hovedansvaret for utvikling av programmets metodikk for gevinstarbeid, og for å sikre at denne legger til rette for helseforetakenes arbeid med gevinster. Der programmet som helhet har ansvar for å muliggjøre gevinster, har Gevinstrådgiver fokus på å tilrettelegge for gevinstarbeidet i helseforetakene. Gevinstrådgiver rådgir Programleder og støtter prosjektlederne i arbeidet med å utforme gevinstoversikter, og identifiserer trusler mot gevinstarbeidet ved endringer i programmets leveranser.

Gevinstrådgiver:

- arbeider med å utvikle programmets metodikk for gevinstarbeid
- holder fokus på gevinstene som skal realiseres som en følge av programmet
- kvalitetssikrer gevinstarbeid i prosjektene og at disse er i sammenheng med programmets gevinster
- bidrar på forespørsel med kompetanse for prosjektledere i programmet og enhetsledere i helseforetakene

10.2.2. Prosjektnivå

Rollebeskrivelsene i dette avsnittet er i hovedsak hentet fra Prosjektveiviseren.no, og er rådgivende. Konkrete og utdypende rollebeskrivelser finnes i det enkelte prosjekts Styringsdokument, og eventuelt også i aktuelt prosjektrammeverk. I utgangspunktet benytter alle nye prosjekter programmets definerte prosjektrammeverk, som er basert på Helse Nord RHF's dokumentmaler og Prosjektveiviseren.nos tilpassing av PRINCE2.

10.2.2.1. Prosjekteier

Fra Prosjektveiviseren.no:

Prosjekteieren er personen som blir utpekt som overordnet ansvarlig for at prosjektet når sine mål. Hvor et prosjekt skal forankres, og hvem som skal være prosjekteier, avhenger av innholdet i prosjektet, mål og innhold. Det er ofte en avdelingsdirektør i avdelingen som har relevant fagansvar, som blir prosjekteier.

Prosjekteieren oppnevnes av Virksomhetsledelsen, senest ved BP2, og blir dermed gitt mandat og myndighet til å iverksette og styre prosjektet frem til BP5.

Prosjekteieren skal sikre at prosjektet opprettholder vektleggingen av gevinstarbeidet, at ansvar og myndighet er klarlagt, og at prosjektet styres etter «beste praksis». Prosjekteier utnevner og er leder av prosjektstyret, representerer oppdragsgiver og er ansvarlig for prosjektbegrunnelsen. Prosjekteier skal følge opp prosjektets fremdrift og resultater, støtte prosjektleder og prosjektteamet i deres gjennomføring av prosjektet, samt bidra til å sikre hensiktsmessig overføring av prosjektet til drift og forvaltning i linjeorganisasjonen.

Prosjekteieren er den viktigste beslutningstakeren og skal ha et aktivt forhold til prosjektmodellen. Et vellykket IT-prosjekt krever profesjonell prosjekteierstyring, hvor prosjekteier følger fremdriften i prosjektet tett, og er ansvarlig for å fatte beslutninger knyttet til beslutningspunktene i prosjektet.

Prosjekteierens gode samspill med prosjektlederen vil være en viktig suksessfaktor for prosjektet. Prosjekteieren må derfor bidra til en tett og god dialog rundt utfordringer knyttet til for eksempel ressurstilgang, interesser, håndtering av usikkerheter og kvalitetsutfordringer, samt oppståtte avvik i fremdrift, kostnader, omfang, etc.

Gevinstansvarlig og Prosjekteier kan være samme person, man trenger ikke være det. Det er Prosjekteier som har ansvaret for at det oppnevnes en - eller flere - gevinstansvarlige. Dersom prosjekteier ikke har sørget for dette sitter han automatisk selv med denne rollen i tillegg.

10.2.2.2. Prosjektstyre

Fra Prosjektveiviseren.no:

Til å støtte seg i utøvelsen av prosjektets eieransvar og for å styrke eierrollen med representasjon fra prosjektets hovedinteresser, kan prosjekteier velge å utnevne et prosjektstyre. Dette er god og vanlig praksis for store og mellomstore IKT prosjekter i offentlig sektor.

Prosjekteieren er prosjektets endelige beslutningstaker og støttes av representanter fra brukere (seniorbruker) og fra leverandørsiden (seniorleverandør). Prosjekteier er leder av prosjektstyret og er ansvarlig for at prosjektets mål blir nådd.

Eierstyring i et prosjekt handler om innsiktsfull balanse mellom de tre hovedinteressene virksomhetsledelse, brukere og leverandør. Dersom en prosjekteier ikke utnevner et prosjektstyre, må prosjekteieren alene ivareta disse interessene. Dersom det skal utnevnes et prosjektstyre bør denne ikke være for stor, men likevel bestå av egnede representanter som har tilstrekkelig autoritet, troverdighet og tilgjengelighet til å ivareta hver av prosjektets hovedinteresser på en god måte.

Prosjektstyret er et rådgivende organ som prosjekteieren omgir seg med i utøvelse av sin rolle. Derfor vil forpliktelser og ansvar som tillegges et prosjektstyre delvis overlape med tilsvarende for prosjekteierrollen.

Et prosjektstyres ansvar kan beskrives som følger:

- *Overordnet ansvarlig for prosjektets suksess eller fiasko*
- *Gi enhetlig rettledning til prosjektet*
- *Gi synlig og vedvarende støtte til Prosjektleder*
- *Sammen og hver for seg bidra til integrering mellom prosjektet og funksjonelle enheter i de berørte virksomhetene*
- *Fremskaffe ressurser og andre virkemidler og sørge for at dette forblir disponibelt for prosjektet i samsvar med de planene som vedtas*
- *Sikre effektiv beslutningstaking, herunder også etablere forståelse for prosjektmodellen og ansvar som tilligger hvert beslutningspunkt*
- *Sikre effektiv kommunikasjon både innenfor gruppen, mot prosjektet og ut mot eksterne interessenter*

*Prosjektstyret blir ofte omtalt som **Styringsgruppen**, men denne betegnelsen kan også bli brukt i andre betydninger.*

10.2.2.3. Prosjektleder

Fra Prosjektveiviseren.no:

Prosjektlederen har myndighet og ansvar til å lede prosjektet og levere de nødvendige produktene innenfor de rammer og begrensninger som er definert av prosjektstyret. Ansvaret til prosjektlederen består i stor grad i å planlegge, delegere oppgaver til resten av prosjektteamet, overvåke aktiviteter og fremdrift og styre alle aspekter av prosjektet. Prosjektlederen skal motivere alle involverte til å bidra til å oppnå prosjektets mål innenfor definerte krav og forventninger.

Spesielt vil prosjektlederens gode samspill med prosjekteieren være en viktig suksessfaktor for prosjektet. Prosjektlederen må derfor bidra aktivt til en løpende og god dialog rundt utfordringer knyttet til for eksempel ressurstilgang, interessenter, håndtering av usikkerheter og kvalitetsutfordringer, samt oppståtte avvik i fremdrift, kostnader, omfang, etc.

I beslutningspunkt 1 (beslutte utredning av idé) blir det utpekt en leder av utredningsarbeidet i konseptfasen. I beslutningspunkt 2 (beslutte prosjektplanlegging) blir det utpekt en prosjektleder. Det vil imidlertid kunne være samme person som leder de to første fasene, og som også blir prosjektleder for resten av prosjektet.

10.2.2.4. Senior foretaksrepresentant

Senior foretaksrepresentant¹ representerer nøkkelinteressentene i prosjektene; bidrar med kompetanse, erfaring, og kunnskap fra egen organisasjon; og er fanebærer for prosjektene ovenfor resten av organisasjonen. Senior foretaksrepresentant-rollen rådgir og bistår prosjekteier i overordnet styring av prosjektene og sikrer tilgang på nødvendig kunnskap om sin organisasjon. Senior foretaksrepresentant bidrar med å identifisere og skaffe tilgang på nødvendige ressurser fra eget foretak og er en brobygger for prosjektene inn mot ordinær organisasjonsstruktur i eget foretak.

Senior foretaksrepresentant:

- Leder ved behov brukergrupper og forum i eget foretak
- Jobber i samarbeid med Senior foretaksrepresentant fra de andre foretakene
- Sikrer at prosjektets krav er fullt ut og nøyaktig beskrevet i prosjektbegrunnelsen
- Spesifiserer kvaliteten på leveransene
- Løser eventuelle motstridende kvalitetskrav
- Overvåker at kvaliteten, funksjonaliteten, og brukervennligheten i leveransene oppfyller brukernes behov
- Sikrer frigjøring av nødvendige ressurser til prosjektene

¹ Senior foretaksrepresentant er den rollen som i projektrammeverket motsvarer «Seniorbruker», men siden dette begrepet kan misforstås til å omhandle en enkeltbruker av et IKT-system (i.e. sluttbruker) benyttes her heller begrepet «Senior foretaksrepresentant» som tydeliggjør hvilket nivå i organisasjonen som er aktuelt. Sluttbrukere i forskjellige inndelinger ivaretas som interessenter, også gjennom deltagelse i styringsgrupper der det er mest hensiktsmessig (f.eks. som fagekspert), men det er i denne sammenhengen det overordnede organisasjonsperspektivet som er tiltenkt.

10.3. Sammensetting

10.3.1. Programstyre

Rolle	Navn	Organisasjon	Tittel
Programeier	Hilde Rolandsen	Helse Nord RHF	Eierdirektør
Medlem	Randi Brendberg	Helse Nord RHF	Fagsjef
Medlem	Sissel Alterskjær	Helse Nord RHF	Konserntillitsvalgt
Medlem	Ann-Mari Jenssen	Helse Nord RHF	Konserntillitsvalgt
Medlem	Hulda Gunnlaugsdóttir	Helgelandssykehuset HF	Adm. dir.
Medlem	Helge K. Kjerulf Pettersen	Sykehusapotek Nord HF	Adm. dir.
Medlem	Anita Schumacher	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Adm. dir.
Medlem	Siri Tau Ursin	Finnmarkssykehuset HF	Adm. dir.
Medlem	Oddbjørn Schei	Helse Nord IKT HF	Adm. dir.
Medlem	Paul Martin Strand	Nordlandssykehuset HF	Adm. dir.
Sekretariat	Bengt Nilfsors	FRESK	Programleder
Sekretariat	Steve Lillehaug	FRESK	Stedfortreder

10.3.2. Programledelse

Rolle	Navn	Beskrivelse
Programeier	Hilde Rolandsen	
Programleder	Bengt Nilfsors	
Stedfortreder	Steve Lillehaug	

I tillegg rådgis programleder av de respektive helseforetaks Senior foretaksrepresentant i Felles styringsgruppe for prosjektene.

Navn	Organisasjon	Rolle
Einar Bugge	UNN HF	Senior foretaksrepresentant for UNN
Sigurd From	Helse Nord IKT	Senior foretaksrepresentant for Helse Nord IKT
Fred Mürer	Helgelandssykehuset	Senior foretaksrepresentant for Helgelandssykehuset
Harald Sunde	Finnmarkssykehuset	Senior foretaksrepresentant for Finnmarkssykehuset
Beate Sørslett	Nordlandssykehuset	Senior foretaksrepresentant for Nordlandssykehuset

10.3.3. Støttefunksjoner og rådgiving

I tillegg til formelle styringsroller har programmet behov for enkelte støttefunksjoner og rådgivere. De fast tilknyttede ressursene er:

Navn	Beskrivelse
Steve Lillehaug	Økonomirådgiver
Solfrid Kallbekken	Kommunikasjonsrådgiver
Ann-Britt Nilssen	Gevinst- og fagrådgiver
Pål Cato Ovesen	IKT-støtte
Terje Bless	Teknologi- og arkitekturrådgiver

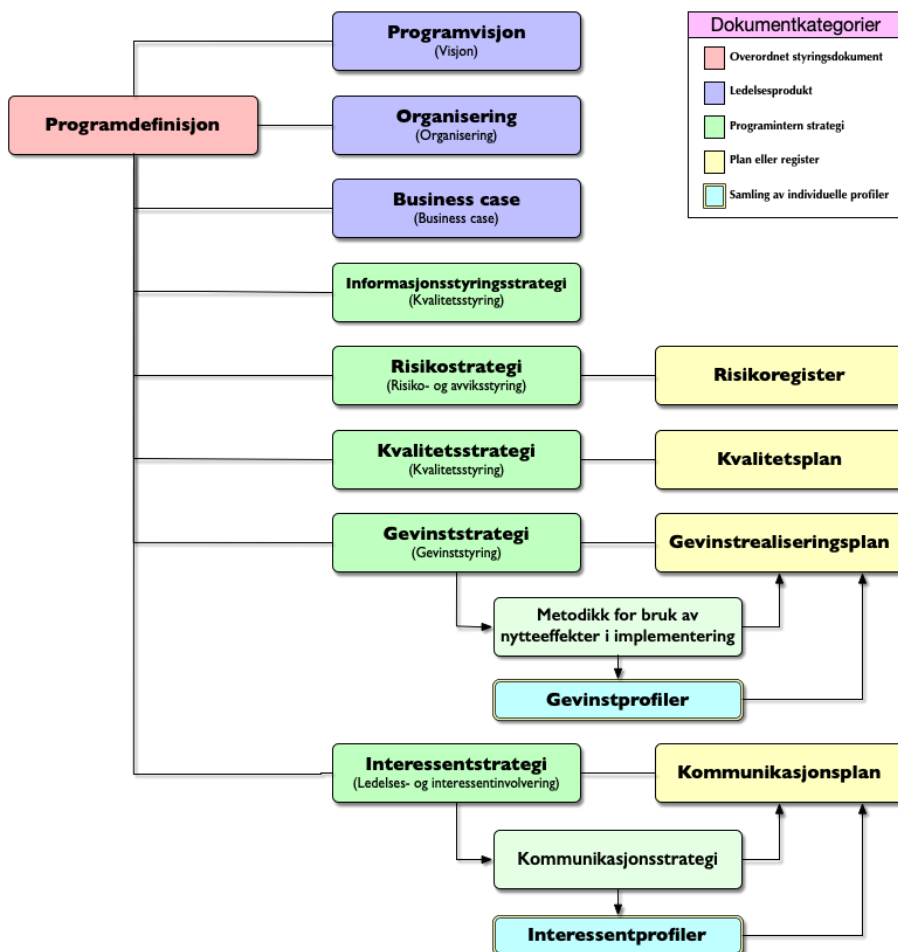
Ut over de fast tilknyttede ressursene leier programmet også inn nødvendig kompetanse på timebasis fra helseforetakene.

11. Styring

Programmet benytter rammeverket "Managing Successful Programmes" (MSP) fra Axelos som styringsrammeverk. I dette rammeverket deles styringen opp i 7 prinsipper og 9 tema (kategorier). Prinsippene er: å forbli i overenskomst med overordnede strategier, å lede endringer, å visualisere og kommunisere en bedre fremtid, å fokusere på gevinster og truslene mot dem, verdiøkning, å designe og levere en helhetlig kapabilitet, og å lære fra erfaring. De 9 kategoriene er: organisering av programmet, visjon, ledelses- og interessentinvolvering, gevinststyring, design og leveranse av målarkitekturen, planlegging og styring, business case, risiko- og avvikshåndtering, og kvalitetsstyring. Prinsippene ligger til grunn i alle deler av programmet og omtales ikke nærmere her. Hvilke styringsmekanismer programmet benytter innenfor de 9 kategoriene beskrives i avsnittene under.

11.1. Styrende dokumenter

Programmets styringsdokumenter er innrettet i tråd med MSP-rammeverkets inndeling av programstyring i 9 tema. Disse omfatter både tradisjonelle "ledelsesprodukter" (de dokumentene Programstyret forholder seg til for å sette rammer og retning for programmet) og slike ting som i et prosjekt ofte omfattes av en "prosjekthåndbok" (interne prosedyrer, retningslinjer, verktøy, og maler for programmet). Dokumenthierarkiet og dokumentenes tilknytning til temaene i MSP er illustrert i **Feil! Fant ikke referanseilden.** under.



Figur 3 - Dokumenthierarki for styrende dokumenter for FRESK

Ut over Programdefinisjonen, som er det overordnede dokumentet som oppsummerer og henviser til de meste sentrale styringsdokumentene, faller disse grovt sett inn i én av fire kategorier:

- Ledelsesprodukter som omhandler overordnede rammer og målsettinger for programmet, og som eies av Programledelsen og er godkjent av Programstyret.
- Strategier for styringen av programmet som dokumenterer Programledelsens valgte tilnærming til å håndtere det relevante aspektet
- Planer eller register som inneholder konkrete planer eller innslag for aktivitetene på det gitte området
- Samlinger av individuelle profiler som danner grunnlaget for plandokumenter og er de datasettene som de aktuelle planene opererer på

Dokument	Tema	Type	Omhandler	Eier
Programdefinisjon	N/A	Overordnet	Overordnet oppsummering av programmets styringsmekanismer	Programeier
Organisering	Organisering	Ledelsesprodukt	Programmets organisasjonsstruktur og styringsmodell. Inngår som en del av Programdefinisjonen. Beskrevet i kapittel ORGANISERING, ROLLER, OG ANSVAR.	Programeier
Programvisjon	Visjon	Ledelsesprodukt	Det overordnede fremtidsbildet som programmet skal realisere. Beskrevet i kapittel KONTEKST OG BAKGRUNN.	Programeier
Business case	Business case	Ledelsesprodukt	En oppstilling av gevinster og kostnader mot programmets målsettinger. Brukes underveis for å kunne vurdere om programmet har livets rett. For Compliance-drevne programmer omhandler Business case i stor grad ikke-finansielle gevinster, og nettogevinst måles opp mot oppnåelse av programmets formål. Beskrevet i Vedlegg 2 til Sak 151-2016 behandlet i Styremøte i Helse Nord RHF 14. desember 2016.	Programeier

Dokument	Tema	Type	Omhandler	Eier
Interessentstrategi	Ledelses- og interessentinvolvering	Strategi	Programmets overordnede tilnærming til involvering og kommunikasjon mot nøkkelinteressenter i ledelsen og med andre interessenter. Omfatter og favner videre enn en tradisjonell Kommunikasjonsplan.	Programleder
Risikostrategi	Risiko- og saksstyring	Strategi	Programmets overordnede tilnærming til risikohåndtering, inkludert ansvars grenseganger for hvilke risiko som håndteres i programmet og hvilke som håndteres i prosjektene. Definerer metoder, verktøy, og nivåer for akseptabel risiko. Beskrevet i Risikostyringsstrategien med tilhørende Risikoregister.	Programleder
Kvalitetsstrategi	Kvalitetsstyring	Strategi	Programmets overordnede tilnærming for å ivareta kvalitet i programmet og i produktene fra prosjektene. Beskriver mekanismer, prosesser, standarder, og verktøy. Beskrevet i Kvalitetsstrategien.	Programleder
Gevinststrategi	Gevinststyring	Strategi	Programmets overordnede tilnærming til arbeid med å definere, vedlikeholde, og realisere gevinster. Setter prioritering for typer gevinster. Beskrevet i Gevinststrategien og tilhørende Metodikk for bruk av nytteeffekter i implementering.	Programleder
Risikoregister	Risiko- og saksstyring	Register	Løpende register over identifiserte risikoer med ansvarlige, kategorisering, håndtering, osv.	Programleder
Interessentprofiler	Ledelses- og interessenthåndtering	Profiler	En samling profiler over interessenter med detaljer om aktuell interessents interesse i, innflytelse på, holdning til, og makt over programmet.	Programleder
Gevinstprofiler	Gevinststyring	Profiler	En samling profiler over individuelle gevinster med detaljer om dens forutsetninger, avhengigheter, omfang, eier, osv.	Endringsleder



Metodikk for bruk av nytteeffekter i implementering

Gevinststyring

Program	FRESK	Prosjekt	N/A
Godkjent av		Godkjent dato	
Eier	Programleder	Opprettet dato	10. januar 2019
Forfatter	Ann-Britt Nilssen	Versjon	0.9.2

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.5	10. januar 2019	Opprettelse av dokument Navn: Gevinstarbeid FRESK	ABN	
0.6	22. februar 2019	Innspill fra Liz Tandberg, Deloitte Navn: Gevinstarbeid FRESK	LT/ABN	
0.7	12. mai 2019	Større oppdateringer etter utprøving mot EK Navn: Metodikk for gevinstarbeid FRESK	KE/ABN	
0.8	20. september 2019	Større oppdatering etter møte med internrevisjon/RHF	HR/BFN/ABN	
0.81	02. september 2020	Små korrigeringer	ABN	
0.82	11. september 2020	Språklige og redaksjonelle korrigeringer	ABN	
0.83	21. september 2020	Oppdatert etter innspill i Prosjektstyret FRESK 18.09.20 - Nytt kapittel 7 «vasket» dokumentet mht bruk av ordet «gevinst» i ulike sammenhenger fra og med kap 7	BFN/ABN	Prosjektstyret FRESK har gitt sin tilslutning i møte 18.09.20
0.84	12. november 2020	Oppdatert etter innspill fra Programstyret FRESK 15.10.20	ABN/EH/BFN	
0.85	26. november 2020	Gjennomgang mht styringslinjer. Endret navn: Metodikk for bruk av nytteeffekter i implementering (Gevinstarbeid)	HR/BFN/ABN	
0.9	15. desember 2020	Kapittel 10	HR/HJ/KE	
0.9.1	3. februar 2021	Mindre endringer i formattering for å tilpasse til mal for styringsdokumenter	TB	
0.9.2	4. februar 2021	Mindre justering av begrepsbruk i Kap. 6	ABN	

DISTRIBUSJONSLOGG

Versjon	Dato	Navn
0.9	3. februar 2021	Programledelsen
0.9.2	4. februar 2021	Programstyret

1. Om dette dokumentet

Dette dokumentet beskriver hvordan FRESK vil legge til rette for at potensielle nytteeffekter av systeminnføringer kan bli realisert. Hensikten med dokumentet er at de viktigste interessentene (ledere i regionalt og lokale helseforetak i Helse Nord, regionale og lokale prosjektledere knyttet til FRESK) har en felles forståelse for hva som ligger til grunn for metoden som benyttes.

Dokumentet tar primært for seg den tilretteleggingen som FRESK gjør innenfor programmets og prosjektenes levetid. I tillegg legger dokumentet til rette for en systematikk som kan benyttes og videreutvikles i linjeorganisasjonenes kontinuerlige forbedringsarbeid etter innføring.

De øverste lederne i alle HF (adm. direktører, medisinske direktører og fagsjefer) har vært involvert i utarbeidelse av metodikken som FRESK presenterer. I rammeverket for prosjekt- og porteføljestyling for Helse Nord, sorterer arbeidet med nytteeffekter under området *gevinstrealisering*. Arbeid med gevinstrealisering skal etter rammeverket foregå fra og med prosjektets konseptfase og videre inn i linjeorganisasjonen etter at systemene er innført. Bruk av *gevinstbegrepet* i relasjon til tilrettelegging for gode implementeringsprosesser, er problematisert av både programmet og av ledergruppen i Helse Nord. Begrepet blir bl.a. vurdert til å ha for sterk tilknytning til økonomisk inntjening, og i kommunikasjon med ansatte i sykehusene har begrepet vist seg å tjene mot sin hensikt. Derfor er det et uttalt ønske at man i metodebeskrivelsene og malene som skal understøtte en god implementering, erstatter gevinstbegrepet med «nytte» eller «nytteeffekt».

I noen sammenhenger ser imidlertid FRESK at det kan bli vanskelig å helt gå bort fra den etablerte terminologien knyttet til gevinstrealisering.

2. Ordliste, begrep, og forkortelser

Begrep	Beskrivelse
Nytteeffekter	små og store forbedringer som de kliniske ikt-systemene isolert sett har å tilby (pasientsikkerhet, tidsbruk, riktige registreringer, arbeidsflytflyt)
Gevinst	en effekt der virksomheten ser positive forbedringer med utgangspunkt i en tidligere utfordring/mangel (kan involvere flere isolerte nytteeffekter av systemene)
Gevinstrealisering	arbeid som handler om å sørge for at de gevinstene som er forventet av et prosjekt, faktisk blir realisert (nært knyttet til effektmål)

3. Innholdsfortegnelse

1. OM DETTE DOKUMENTET	3
2. ORDLISTE, BEGREP, OG FORKORTELSER	4
3. INNHOLDSFORTEGNELSE.....	5
4. INNLEDNING.....	6
5. BEGRUNNELSE OG MÅL.....	7
5.1. HENSIKT MED Å FOKUSERE PÅ NYTTEEFFEKTER I KLINISKE IKT-PROSJEKTER	7
5.2. UTFORDRINGER I SKJÆRINGSPUNKTET MELLOM HENSIKT OG NYTTEVERDI.....	8
6. OM Å JOBBE MED NYTTEBESKRIVELSER	9
6.1. AKTØRER SOM INVOLVERES I ARBEIDET	9
6.2. SPRÅK I BESKRIVELSE AV NYTTEEFFEKTER	9
6.3. ULIKE INTERESSENTERS NYTTE AV ARBEIDET MED NYTTEBESKRIVELSER.....	10
7. MÅLHIERARKIET.....	12
7.1. HELSE NORDS STYRINGSMÅL	12
7.2. STRATEGISKE MÅL FOR FRESK	13
7.2.1. MÅL FOR PROSJEKTER	14
7.3. VURDERING AV MÅLHIERARKIET MED HENSYN TIL OPPFØLGING AV NYTTEEFFEKTER	15
8. AKTØRER - ANSVAR OG OPPGAVER	16
9. PRAKTISK TILNÆRMING – SAMARBEID REGIONALT PROSJEKT OG HELSEFORETAK.....	18
9.1. IDEALET – EN TILNÆRMING UTFRA EIERES FORVENTNINGER	18
9.2. TILNÆRMING DER PROSJEKTENE BESKRIVER MULIGHETSROMMET	18
9.3. ARBEIDET STARTER I PROSJEKTENE.....	19
9.4. INVOLVERING AV HELSEFORETAKENE (PROSJEKTEIERE).....	20
9.4.1. BEARBEIDING AV BESKRIVELSER.....	20
9.4.2. UTVALG AV NYTTEBESKRIVELSER FOR OPPFØLGING OG INNGÅELSE AV INNFØRINGSAVTALER	21
10. OPPFØLGING GEVINSTREALISERING.....	23
10.1. FORUTSETNINGER FOR OPPFØLGING PÅ HELSEFORETAKSNIVÅ.....	23
10.2. FORUTSETNINGER FOR OPPFØLGING FRA REGIONALT NIVÅ.....	23
10.3. TILGANG TIL DATA I FORBEDRINGSARBEID.....	23

4. Innledning

Helse Nord har vedtatt at Difis Prosjektveiviser skal være regionens projektrammeverk (Docmap PR49560) <https://www.prosjektveiviseren.no>, der gevinstrealisering inngår som en sentral del i alle faser av prosjektene. Arbeid med gevinstrealisering beskrives av Direktoratet for økonomistyring (DFØ) som et relativt nytt fagområde¹. Selv om Difi og DFØ gir veiledende retningslinjer, er det nødvendig at disse tilpasses programmet og prosjektene slik at arbeidet med nytteeffekter og gevinster gir mening i det konkrete. Metode for hvordan gevinstrealisering skal gjennomføres i Helse Nord, er nybrottsarbeid og FRESK-programmet har så langt ingen praktiske erfaringer å støtte seg på i arbeidet.



Figur 1: Faser i endringsarbeid gjennom prosjekt. Hentet fra Prosjektveiviseren (Digitaliseringsdirektoratet)

God [endringsledelse](#) er nødvendig for at for at virksomheter skal kunne lykkes med sine endringer. Endringsledelse kan forstås som det «å lede ansatte og organisasjonen gjennom en endringsprosess slik at virksomheten oppnår forventede resultater.»

Det er linjeledelsen/prosjekteier i de ulike helseforetak som har det overordnede ansvaret for alle aktivitetene i gevinstrealiseringsprosessen. De fleste gevinster av et prosjekt vil først kunne realiseres etter at prosjektet er avsluttet, men i mange tilfeller vil også realiseringen kunne komme i gang etter hvert som leveransene gjøres.

FRESK har ansvar for å tilrettelegge for gevinstrealiseringsprosessen i prosjektperioden. Tilretteleggingen vil først og fremst handle om å gi ledere kunnskap om små og store nytteeffekter som systemene isolert sett byr på ved implementering. Hensikten med dette er primært å bidra til at ledere får en mestringsopplvelse som gjør dem selvsikre og utholdende gjennom krevende faser i implementeringen². Systematikken i de verktøyene som tilbys kan i tillegg være et grunnlag for forbedringsarbeid og for dokumentasjon av gevinster etter prosjektenes slutt, noe som inngår i virksomhetsstyringen (realiseringsfasen). Dersom systematikken benyttes som anbefalt vil det på sikt, både på lokalt og regionalt helseforetaksnivå, være mulig å få en oversikt over hvorvidt tiltakene har ført til forbedringer (gevinster) eller ikke.

¹ [Direktoratet for økonomistyring: Veileder Gevinstrealisering](#)

² [Ingebrigtsen et al: The impact of clinical leadership on health information technology adoption: systematic review](#)

5. Begrunnelse og mål

Programmet «Fremtidens systemer i klinikken» (FRESK) ble formelt etablert våren 2018 og skal realisere Helse Nord's visjon: «Én journal i Nord». Programmet består nå av prosjektene Elektronisk rekvirering til sykehuslaboratorier (ERL), Digitalt mediearkiv, Kurveprosjektet og DIPS Arena i nord.

Det er store forventninger til at programmet skal gi nytteeffekter for regionen og samfunnet for øvrig. Arbeidet med å synliggjøre og å ta ut disse effektene må derfor ligge langt fremme i programmets tenkning og prioritering.

5.1. Hensikt med å fokusere på nytteeffekter i kliniske IKT-prosjekter

Hensikten med å fokusere på nytteeffekter i kliniske IKT-prosjekter, er for det første å holde fokus på de områdene som man tenker skal bli bedre med systemendringen. Med et slikt fokus vil kommunikasjons- og motiveringsarbeid mot de som skal ta i bruk systemene på en riktig måte, forenkles. Dernest skal arbeidet synliggjøre hvilke endringer som må gjennomføres i virksomheten for at de forespeilede nytteeffektene skal kunne tas ut.

En eventuell systematisert måling av kvalitet og aktivitet før og etter et prosjekt/program, vil kunne si noe om hvorvidt tiltaket i smått og stort faktisk har ført til forbedring/gevinster. De strategiske føringene i Helse Nord (se pkt 7.1) omtaler først og fremst kvalitetsforbedring på flere områder. Prosjekter som er igangsatt for å oppnå denne typen forbedringer (eks FRESK) har derfor ikke økonomiske innsparinger som et primært mål. Sett i lys av den demografiske utviklingen med økt mengde pasienter og mangel på helsepersonell, er det imidlertid forventet at investering i kliniske ikt-systemer *i fremtiden* skal forhindre en vesentlig økning i personellforbruket.

Fokus på nytteeffekter har altså til hensikt å legge til rette for:

1. En formålstjenlig implementering av systemene (systembrukere)
 - a. Motivasjon
 - b. Opplæring
 - c. Kommunikasjon
2. Langsiktig oppfølging av implementeringen for å realisere gevinster (ledere)
 - a. Tilrettelegge for endring av arbeidsformer (bedre flyt, bedre utnyttelse av personell etc.)
 - b. Fokus på kvalitet og pasientsikkerhet
 - c. Forhindre vesentlig økning i personellforbruk
3. Dokumentasjon- og oppfølging av effekt av systeminnføring (overordnet ledelse)

5.2. utfordringer i skjæringspunktet mellom hensikt og nytteverdi

Prosjekter der et kliniske ikt-system skal innføres, initieres ofte som et samfunnsoppdrag for å få digitalisert arbeidsprosesser i helsevesenet i takt med samfunnsutviklingen og den teknologiske utviklingen. I tillegg benytter myndighetene systemene til å lukke sikkerhetshull som bl.a. avdekkes i revisjoner, samt til innføring av nye, faglige føringer (myndighetspålagte krav). Digitaliseringen antas å gi effekter som økt kvalitet, mer hensiktsmessig bruk av personellressurser, bedre og raskere kommunikasjon mellom helseaktører og med pasienter, økt sikkerhet, personvern mv.

Det at innføringsprosjektene i noen sammenhenger igangsettes ovenfra og ikke alltid springer ut fra en konkret beskrevet mangel på helseforetaksnivå, kan skape en utfordring når det faktisk er på helseforetaksnivået at kravet om *realisering av potensiell nytte* ligger. Kanskje er det ikke alltid slik at de mest påkrevde endringsbehovene i et helseforetak bare er i tråd med føringer fra nasjonale myndigheter eller fra regionalt helseforetak.

Tidshorizonten for planlegging og gjennomføring av kliniske IKT-prosjekter er ofte lang. I tillegg skjer det en rivende, men også uforutsigbar utvikling innenfor teknologien. Dette kan medføre at de ønsker om forbedringer som virksomheten (her Helse Nord RHF) hadde ved oppstart av prosjektene, har endret seg fra et rent organisasjonsperspektiv fordi utfordringer i virksomheten har endret seg. Den pågående teknologiske utviklingen kan i tillegg ha gitt nye muligheter som virksomheten ønsker å benytte seg av på områder der man tidligere ikke har sett et forbedringspotensial. Ved å ta i bruk det nye, skjer det igjen endringer i virksomheten. Dette føyer seg inn i en sosiotechnisk tenkning rundt innføring av ikt-systemer, der relasjonen mellom teknologi og samfunn kan beskrives som følger: «Teknologien er både et virkemiddel og en effekt, den er både årsak og virkning, den er både formet av oss, og den former oss og våre aktiviteter» (Aanestad og Olausson 2010: Tverrfaglig teknologiforskning. IKT og samhandling i helsesektoren - Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?) En slik tenkning vil utfordre idealet om at forventede gevinster ved oppstart av et prosjekt skal være fullstendig styrende for gevinstrealiseringen i etterkant (se mer om dette i kap 9).

6. Om å jobbe med nyttebeskrivelser

I metodikken for bruk av nytteeffekter i implementering er det viktig å være bevisst terminologi og språkbruk. Både internt i kliniske ikt-prosjekter og mellom prosjekt og interessenter, kan «stammespråk» (prosjekt- og ikt-terminologi) være et hinder for forståelse. Prosjektveiviseren anbefaler at prosjektene beveger seg fra kun å beskrive hva som leveres, til også å si noe om hva som er nytten av det som leveres. Dette er et krevende arbeid, da nytte må vurderes i relasjon til noe man ikke har fra før og som man faktisk trenger. For å få formidlet dette i et språk som er forståelig for interessentene, kreves et samarbeid mellom flere aktører.

6.1. Aktører som involveres i arbeidet

Helse Nord RHF - programeier

FRESK-programmet – overordnet tilrettelegger

Regionalt prosjekt – tilrettelegger for uttak av overordnede nytteeffekter

Lokalt prosjekt – tilrettelegger for uttak av lokale nytteeffekter

Direktør HF – lokal prosjekteier og ansvarlig for realisering av nytte i HF

Klinikk-/avdelingsledelse og ledere i alle enheter – ansvarlig for realisering av nytte i egen enhet

Rolle i HF som koordinerer arbeid med nytteeffekter i eget HF

For konkret ansvar og oppgaver for de ulike aktørene: Se kap 7

6.2. Språk i beskrivelse av nytteeffekter

En illustrasjon på språkbruk ved beskrivelse av nytteeffekter på laveste nivå, er erfaringer fra HOS-prosjektet. I dette prosjektet ble det ikke gjennomført et systematisk arbeid med fokus på nytte av systemene.

Det ble flere ganger påpekt fra helseforetakene at HOS-prosjektet brukte et for teknisk språk og at begrunnelsene for hvorfor endringer måtte gjøres kom for dårlig frem. Dette var fra prosjektets side vanskelig å forstå. Kanskje ligger svaret i at et projektspråk om leveranser og mål, ikke var tilstrekkelig opplysende for deltagerne på virksomhetssiden. Den praktiske nytteverdien ble med andre ord ikke synliggjort slik som den kunne blitt ved å kommunisere i et språk som vist i tabellen nedenfor.

Effektmålene som virksomheten fikk forelagt i HOS-prosjektet var eksempelvis:

1. Kortere epikrisetid
2. Reduksjon i tid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført
3. Reduksjon i antall åpne (ikke godkjente) dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle
4. Reduksjon i antall pasienter med åpen henvisningsperiode, uten ny kontakt

De konkrete endringer som skulle til for å nå målene og hvilke forutsetninger som måtte oppfylles for at endringene skulle bli en realitet, var mangelfullt beskrevet fra prosjektets side. Dersom man ser på målet 1. *Kortere epikrisetid*, vil dette med et endringsfokus kunne vært beskrevet som følgende:

Utfordring	Nyttebeskrivelse	Forutsetninger	Hvem opplever nytte/ unytte av endringen
Opplysninger om pasienten kommer primærhelsetjenesten for sent i hende ved utskrivning fra sykehus, og kan medføre utilstrekkelig oppfølging av pasienten.	Ved at dokumentet Epikrise ved utskrivning (EVU) tas i bruk og godkjennes idet pasienten forlater sykehuset, vil omsorgstjenesten og fastlege motta viktige opplysninger (elektronisk) som de trenger for å møte pasienten på hjemmebane.	Legene tar i bruk EVU. Dette betyr at legene må delta på opplæring samtidig som ledelsen i avdelingen fremmer viktigheta av tiltaket (pasientsikkerhet og sammenhengende pasientforløp)	Nytte: Pasienter Omsorgstjenesten Fastleger Unytte: Legene som må skrive to dokumenter
Sykehuset oppfyller ikke kravet om epikrisetid på 7 dager.	Ved at EVU aksepteres som fullverdig epikrise, vil epikrisetiden «stoppes» når pasienten forlater sykehuset. Dette vil gi positivt utslag på kvalitetsindikatoren «Epikrisetid»	Legene tar i bruk EVU, men de må samtidig ha forståelse for at endelig epikrise må skrives når for eksempel alle prøvesvar er klare. Dette betyr at legene må delta på opplæring og de må lage seg system for skriving av endelig epikrise (gul lapp til seg selv eller opprette endelig epikrise som ligger i arbeidsflyt, se prosedyre).	Nytte: Virksomhetsledelsen Unytte: Legene som må skrive to dokumenter

Figur 2: Eksempel på språk i nyttebeskrivelser på laveste nivå

Innholdet i tabellen viser følgende viktige momenter som bør være med i beskrivelsen:

- Aktuell tilstand som ikke er god nok – etablere forståelse for en mangel/utfordring
- Hva systemet legger til rette for slik at tilstanden skal bli bedre
- Hva brukere/virksomheten må endre på for at systemstøtten skal få effekt
- Tips til innførings- og virksomhetsledelse vedrørende motivasjonsarbeid
- Hvem som opplever direkte nytte
- Hvem som får ekstra «plunder og heft»

6.3. Ulike interessenters nytte av arbeidet med nyttebeskrivelser

Prosjektene /programmet

Initialt: gjennom arbeide med nyttebeskrivelser vil prosjektdeltakere og programledelse få større forståelse for hva innføringen av systemene gir av positive og negative effekter. Dette sikrer styring mot formålet ved at det blir enklere å formidle hvorfor det er viktig å gjennomføre prosjektet. Dette kan lette kommunikasjonen internt i prosjektet, ut til brukere og til andre interessenter.

Underveis: med fokus på nytte kan mulighetsrommet for nytteeffekter utvides i prosjektiden. Det er ofte slik at man både under konfigurering, testing, opplæring og konkret implementering oppdager nye veier som bør utnyttes. Da vil det haste og sette fokus på forutsetningene for å kunne ta i bruk de nye veiene. Negative effekter vil også komme til syne, der arbeid med forutsetninger vil kunne være løsningen for å håndtere situasjonen. Eksempelvis vil en uheldig funksjonalitet måtte benyttes inntil leverandøren foretar en endring, og mottaksorganisasjonen må for eksempel tilrettelegge for «work-arounds» for å håndtere den oppgaven som ikke godt nok kan ivaretas i systemet.

Etterkant: Prosjektet og programmet kan til en viss grad oppsummere om mål og mandat fra eier er understøttet.

Program- og prosjekteier (Helse Nord RHF)

Helse Nord RHF har ansvar for kvalitetsstrategien i helseregionen. Med oversikt over konkrete områder der systemene kan bidra til kvalitetsendringer, gis Helse Nord RHF mulighet til å være pådriver for at helseforetakene utøver endringsledelse som understøtter områder der regionen har potensial for forbedring.

Prosjekteier og linjeledere HF

Ledere får oversikt over hvilke muligheter som ligger i systemene og kan innenfor rammen av det som er programmets formål, gjøre valg med hensyn til hvilke nytteeffekter de primært anser som viktige å følge opp og realisere. Spørsmålet ved utvelgelse bør være: Hvilke av nyttebeskrivelsene peker på en viktig mangel i vår virksomhet? Det er dermed ikke sagt at andre nyttebeskrivelser er irrelevante å ha med i motivasjonsarbeidet, men de beskrivelsene som best treffer den aktuelle virksomheten bør prioriteres.

Nyttebeskrivelsene kan lette ledernes kommunikasjon med de ansatte (motivasjon i endringsledelse). Ved å delta i arbeidet med forutsetninger for realisering, vil de kunne sette virksomheten i stand til å ta i bruk systemet. Dette handler både om hvordan lederrollen kan utøves i forbindelse med implementering og hvordan for eksempel arbeidsoppgaver må endres/flyttes på.

Ved å inngå avtaler (se pkt 9.4.2) om oppfølging av særskilte nytteeffekter, vil ledere få hjelp til å holde kontinuitet i oppfølging av implementering.

Sluttbrukere av systemet

Sluttbrukere vil kunne få en bedre forståelse for endring i bruk av systemene, både det som er direkte nyttig for dem selv og det som kan oppleves som «plunder og heft», men som kan komme til nytte i en større sammenheng. Opplyste sluttbrukere vil sannsynligvis også være mer mottakelige for nødvendig omfordeling av arbeidsoppgaver dersom det blir nødvendig.

Kommunikasjonsrådgivere og media

Får tilgang til formuleringer omkring nytte og «unytte» som treffer ulike interessenter

7. Målhierarkiet

«Start with the end in mind» (Steve Jenner (2014), Managing benefits)

Hensikten med følgende fremstilling av målhierarkiet, fra Helse Nord's styringsmål via FRESKs strategiske mål til prosjektenes effektmål, er å synliggjøre en gjennomgående rød tråd. Den røde tråden viser sammenhenger som skal bidra til at man på sikt kan gis mulighet for sammenstilling av en total gevinstoversikt for programmet. En slik oversikt forutsetter at helseforetakene er systematiske, konkrete og transparente i sitt arbeid med nytteeffekter.

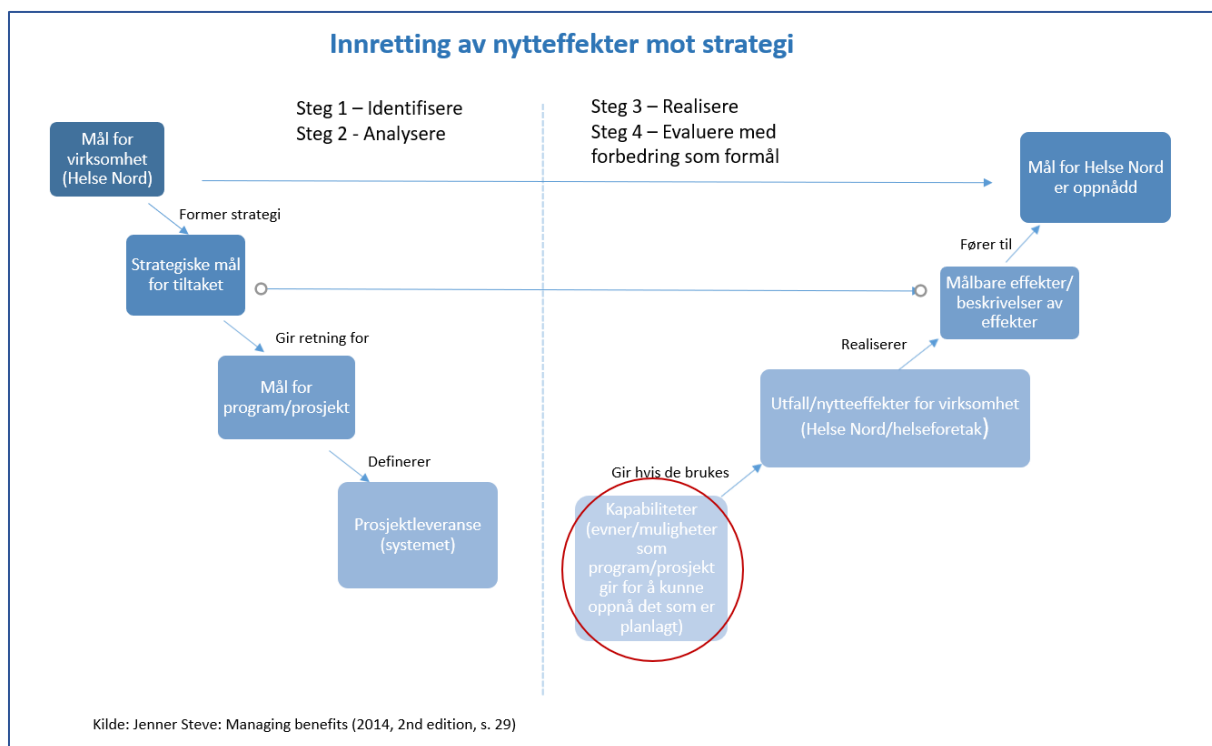


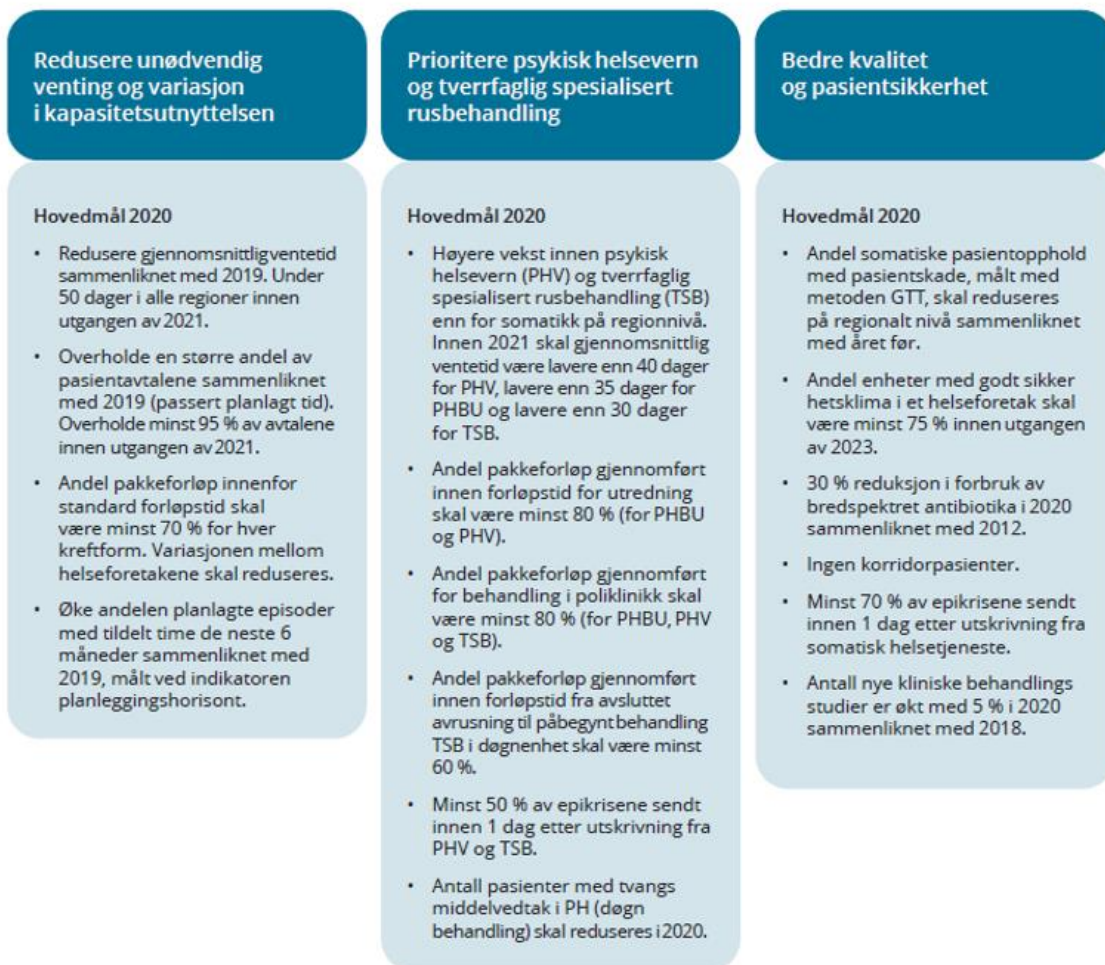
Fig 3 Illustrasjon av sammenheng mellom nytteeffekter og strategiske mål, der prosjektmål, leveranser, kapabiliteter og nytteeffekter inngår som delemener i en iterativ prosess under prosjektering, planlegging og gjennomføring.

7.1. Helse Nord's styringsmål

Styringsmål (oppdrag fra HOD)

1. Prioritere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Hvert styringsmål har sine hovedmål (måleindikatorer):



Helse Nord RHF har satt følgende mål som kan påvirke helseforetakenes evne til å nå styringsmålene:

1. Nok helsepersonell med riktig kompetanse
2. Forbedre systemer, strukturer og arbeidsprosesser som understøtter mål om bedre kvalitet
3. Forbedre samhandling
4. Styrke pasient, pårørende og brukere
5. Styrke og utvikle ledelseskultur som lykkes med åpenhet og forbedring
6. Mer tjenesteutviklende forskning og innovasjon av høy kvalitet og nytte

7.2. Strategiske mål for FRESK

FRESK-programmets formål eller gevinstområder underbygger Helse Nord's strategiske styringsmål:

1. Realisere «Én journal i nord» i tråd med myndighetenes visjon om «Én innbygger, én journal» ([Meld. St. 9 \(2012-2013\)](#)) der målene er at:
 - Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
 - Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester

- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning

Dette området må sees på som bygging av en grunnmur for å realisere infrastruktur for fremtidig samhandling og for bruk av «lett» teknologi. For å understøtte visjonen «Én innbygger, én journal» må det legges til rette for:

- Oppdatert kunnskaps-, prosess og beslutningsstøtte
 - Automatisk innrapportering av strukturerte data til registre, integrert i arbeidsprosesser
 - Sammenstilling av innrapporterte data for å kunne:
 - o Følge utviklingen av helsetilstanden i befolkningen
 - o Vurdere helsetilbudet systematisk
 - o Få grunnlag for styring og kvalitetsforbedring
 - At opplysninger i fagsystemer blir del av pasientens totale journal
 - Økt bruk av strukturerte data for gjenbruk
2. Bidra til å redusere uønsket variasjon i pasientbehandling
 3. Muliggjøre bedre arbeidsprosesser i klinisk praksis
 4. Legge til rette for bedre og mer helhetlige pasientforløp og pasientens helsetjeneste
 5. Større sikkerhet og kvalitet i pasientbehandling

7.2.1. Mål for prosjekter

Hvert prosjekt i programmet har sine resultatmål/gevinstområder som understøtter FRESKs strategiske mål:

Kurveprosjektet

1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering
2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet
3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten
4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling

Prosjekt Dips Arena i nord

1. Bedre kvalitet i pasientbehandlingen
2. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten
3. Bedre og riktigere ressursbruk
4. Økt pasientmedvirkning i behandlingen

Prosjekt Elektronisk rekvirering til sykehuslaboratorier (ERL)

1. Bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste
2. Bedre kvalitet på bestillinger av pasienttjenester
3. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling

Prosjekt Digitalt mediearkiv

1. Sikker og integrert lagring av digitale medier
2. Bedre kvalitet og presisjon i planlegging og behandling
3. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling

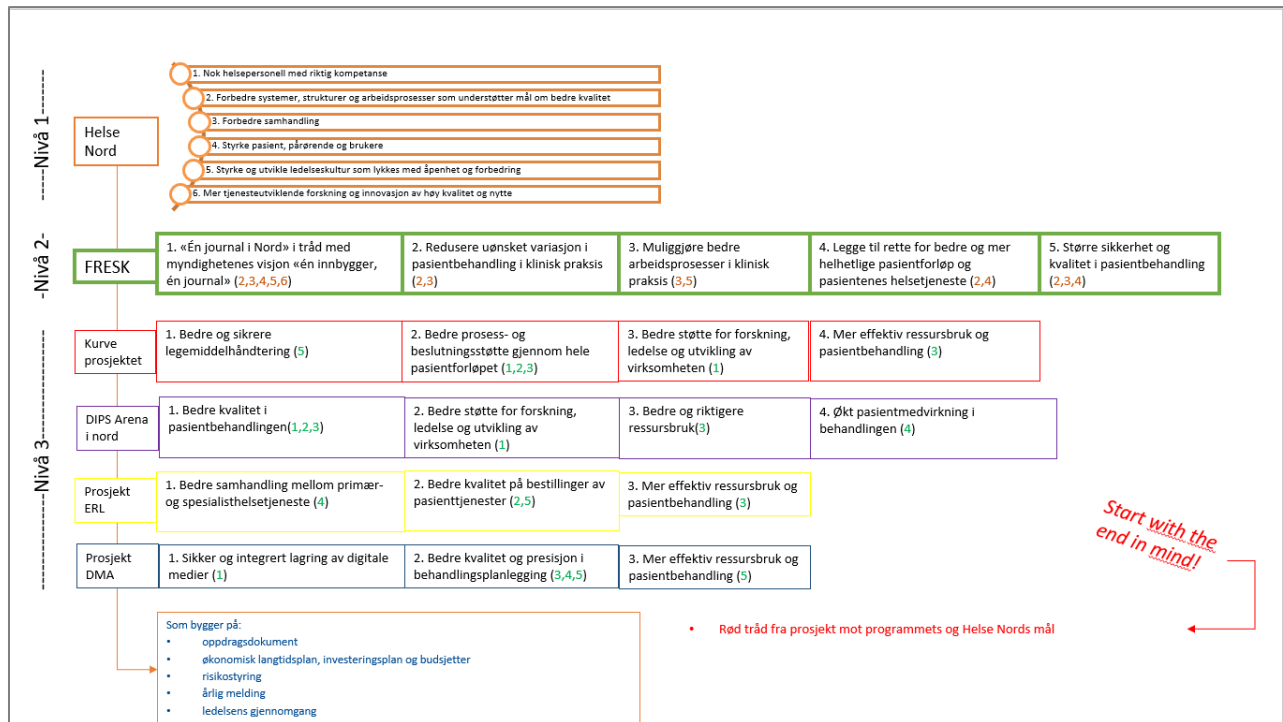


Fig 4. Målhierarkiet skjematisk fremstilt. De oransje og grønne tallene viser referanse til overordnet målnivå.

7.3. Vurdering av målhierarkiet med hensyn til oppfølging av nytteeffekter

Helse Nord vil i relasjon til styringsmålene, tydeliggjøre hvilke konkrete utfordringer regionen har og der det forventes at systeminnføringen kan være understøttende på en positiv måte. Disse utfordringene kan for eksempel utledes fra allerede benyttede kvalitetsindikatorer.

Følgende antatte problemområder kan tjene som eksempel:

1. Høy forekomst av legemiddelfeil
2. Høy forekomst av klager på manglende samhandling med pasient og primærhelsetjeneste

Mål:

Reduksjon av legemiddelfeil – 60% i perioden 2020-2025

Reduksjon av klager vedr manglende samhandling – 40 % i perioden 2020-2023

Dersom denne type metode benyttes, må man være oppmerksom på at en eventuell reduksjon (eller økning) i forekomst av for eksempel legemiddelfeil, ikke utelukkende kan settes i sammenheng med kurveinnføring. Digital kurve kan bare sees på som én aktør for å oppnå det strategiske målet, fordi det overordnede styringsmålet om pasientsikkerhet sannsynligvis utløser flere tiltak i helseforetakene som peker i samme retning. Her snakker vi om forventede effekter av en portefølje av prosjekter og tiltak i regionen. Altså kan man ikke si at reduksjon av legemiddelfeil i angitt tidsperiode er en gevinst av digital kurve. Man kan imidlertid anta at kurveinnføringen har vært en viktig aktør for eksempel på grunn av risikoanalyser knyttet til bruk av papirkurve.

8. Aktører - ansvar og oppgaver

For å sikre at arbeid med gevinstrealisering kan utøves og følges opp på alle nivå, er det nødvendig at de ansvarlige parter ivaretar følgende ansvar og oppgaver:

Helse Nord RHF

- Synliggjør reelle utfordringer i Helse Nord der det forventes forbedringer som følge av innføring av kliniske ikt-systemer
- Finner metode for å følge med endringer på kort og lang sikt (trender)
- Mottar samlematrise fra FRESK på inngåtte innføringsavtaler i HFene, alle prosjekter, etter avsluttede prosjekter/program
- Følger opp og synliggjør arbeid med nytteeffekter i HFene

FRESK

- Leverer metodikk inklusiv maler som er felles for alle prosjekter
- Veileder prosjekter i metode
- Introducerer HF-ledere for metodikk og ansvarsområder
- Rapporterer til eierdirektør og programstyret på utvikling av metode
- Overleverer samlematriser for lokale innføringsavtaler (initiale), alle prosjekter, til RHF

Regionalt prosjekt (inkl lokale prosjektledere)

- Identifiserer potensielle nytteeffekter av leveransen
- Benytter identifiserte nytteeffekter i prosjektarbeid generelt og i formidling og opplæring spesielt
- Veileder lokale prosjekter i
 - o metodikk for arbeid med nytteeffekter
 - o hvordan involvere/ansvarliggjøre lokal prosjekteier og kliniske ledere
 - o hvordan knytte potensielle nytteeffekter av systemet mot reelle utfordringer i virksomheten
 - o etterspørre samlematriser for innføringsavtaler fra lokal prosjektleder
 - o overlevere samlematriser for lokale innføringsavtaler (initiale), alle helseforetak, til FRESK

Lokalt prosjekt

- Benytter identifiserte nytteeffekter i prosjektarbeid generelt og i formidling og opplæring spesielt
- Analyserer potensielle nytteeffekter av systemet og lager eksempel på knytting av disse mot reelle utfordringer i lokal virksomhet (på bakgrunn av lokalkjennskap). Eksempel benyttes i veiledning av ledere.
- Veileder HF-ledelse:
 - o Gjennomgår potensielle nytteeffekter med ledere (HF-, sykehus- og/eller avdelingsnivå) og identifiserer eventuelle nye effekter basert på kjennskap til organisasjon og system
 - o Bistår ledere i å beskrive hvordan noen potensielle nytteeffekter av systemet kan knyttes mot 2-3 reelle utfordringer i virksomheten (helseforetak, sykehus og/eller avdelingsnivå)?

- Bistår ledere for å finne metode for synliggjøring av effekt (fremstillinger som viser før og etter); situasjonsbeskrivelser, målinger, grafiske illustrasjoner på endringer for synliggjøring blant ansatte etc.
- Gjennomgår bruk av innføringsavtale og oppføring i lokal matrise
- Etterspør inngåelse av innføringsavtaler før oppstart
- Overleverer samlematrise for lokale innføringsavtaler (initiale) i eget HF til regional prosjektleder
- Holde oversikt over inngåtte avtaler

Direktør HF

- Ansvarlig for arbeid med nytteeffekter i egen virksomhet
- Utfører aktivt arbeid for å
 - motivere ansatte til riktig bruk av system med utgangspunkt i nytteeffekter
 - eventuelt knytte noen potensielle nytteeffekter til reelle utfordringer i helseforetaket og formidle hvordan disse skal følges opp
 - eventuelt se etter mulighet for endring av arbeidsformer, omfordeling av arbeidsoppgaver etc i egen organisasjon
 - inngå innføringsavtaler med klinikk-/avdelingsledelse og følge opp disse
 - om ønskelig, benytte indikatorer for monitorering av effekt
- Definerer ansvar for koordinering av arbeid med nytteeffekter, under og etter innføring (HF og/eller avdelingsnivå)

Klinikk-, avdelingsledelse og enhetsledere

- Følger opp virksomhetens ansvar for realisering av nytteeffekter
- Utfører aktivt arbeid for å
 - motivere ansatte til riktig bruk av system med utgangspunkt i nytteeffekter
 - inngå og følge opp innføringsavtaler (med direktør HF) og rapportere
 - være pådriver for endring av arbeidsformer, omfordeling av arbeidsoppgaver etc der det er nødvendig

Rolle for koordinering av arbeid med nytteeffekter HF

- Deltar i arbeid med utarbeidelse av innføringsavtaler og ajourfører samlematrise for eget HF etter avtalt metode
- Holder oversikt over helseforetakets samlematrise for innføringsavtaler, etterspør og nedtegner effekter
- Deltar i møter mellom HF-direktør og klinikk-/avdelingsledelse på saker vedr arbeid med nytteeffekter
- Rapporterer til RHF i tråd med bestilling i oppdragsdokument

9. Praktisk tilnærming – samarbeid regionalt prosjekt og helseforetak

9.1. Idealet – en tilnærming utfra eieres forventninger

Den ideelle fremgangsmåten for utarbeidelse av gevinstbeskrivelser slik Prosjektveiviseren fremstiller det, er at man ved initiering av et prosjekt tydeliggjør roller på eiersiden og inviterer disse til work-shops. Her skal man ta tak i gevinsthypotesene i prosjektbegrunnelsen, effektmål fra prosjektplan og gap-analyser fra «as-is/to-be» analyser, og utfra dette idémyldre rundt hva man ønsker av gevinstskapende endring. Dette er ikke gjort systematisk for prosjektene i FRESK-programmet. Under utvikling, konfigurering og testing av systemene, har imidlertid kliniske brukere bidratt med sine forventninger.

Fremgangsmåten som er skissert ovenfor kunne sikkert vært nyttig med tanke på å få vite om interessentenes forventninger. Men med de usikkerhetene som prosjektene har levd under med hensyn til hvilke leveranser som kunne forventes fra systemleverandører, ville man sannsynligvis med en slik metode måttet bruke mye energi på å styre forventninger i ettertid. Prosjektene har brukt lang tid på å bli kjent med systemer som er i stadig endring. Derfor har FRESK valgt en annen tilnæringsmåte der interessentene får jobbe med nytteeffekter utfra et reelt mulighetsrom. Det initiale mulighetsrommet ligger i det som systemene faktisk tilbyr ved implementeringstidspunktet. En kritikk mot denne tilnæringsmåten kan være at det fører til en for sterk styring av forventninger. Prosjektens innvirkning på systemleverandørenes faktiske leveranser er imidlertid langt fra ubegrenset. Når det gjelder lokal konfigurering av systemene, kan det noen ganger være vanskelig å se hvordan utfordringer kan løses før systemene er i bruk i klinikken.

9.2. Tilnærming der prosjektene beskriver mulighetsrommet

Det er de som kjenner funksjonaliteten i de systemene som skal innføres, som først og fremst er i stand til å beskrive hvilken nytteeffekt systemene kan gi. Her snakker vi om sentrale deltakere i det regionale prosjektet som har sitt arbeidssted i FRESK henholdsvis i helseforetakene. Deres perspektiv vil imidlertid ikke alltid romme de erfaringer eller betenkeligheter som helsepersonell, mellomledere i sykehusene og virksomhetsledere på ulike nivå kan ha med hensyn til endringspotensialet i virksomheten.

Hva betyr for eksempel effektmålet «Hensiktsmessig bruk av personell»? Er det best for pasienten at legen utfører registreringer i systemet som annet personell kan gjøre, selv om legens registreringer fører til at ulike administrative prosesser får bedre flyt og data blir mer valid? For å kunne svare på dette er det mange behov som må settes opp mot hverandre. Dette gjelder for eksempel ivaretagelse av pasient, tilgang på personell, virksomhetens økonomi, behovet for kvalitetssikring av pasientbehandling, hvem som kan ansvarliggjøres for en registrering m.m. Det er med andre ord ulike behov og krav som skal tilfredsstilles.

Prosjektmedarbeidere har ikke den hele og fulle oversikt over utfordringer i helseforetakene der kliniske ikt-systemer kan være en aktør for forbedring. FRESK har imidlertid vurdert det som formålstjenlig at de regionale prosjektene bidrar med initiale beskrivelser av nytteeffekter. En slik fremgangsmåte fordrer at helseforetakene videreutvikler og eventuelt supplerer beskrivelser når disse overleveres fra prosjektene.

9.3. Arbeidet starter i prosjektene

Dette arbeidet handler om å beskrive funksjonalitet i systemet som prosjektene mener kan understøtte forbedringsarbeid i virksomhetene (mangel og nytteeffekt). I relasjon til nyttebeskrivelsene må et eventuelt behov for endring av arbeidsprosesser beskrives (forutsetninger). Dersom virksomheten under implementering ser andre, mulige nytteeffekter, bør disse kommuniseres og tilføyes.

Effekt mål FRESK	Prosjekt	Effekt mål prosjekt	Utfordring/mangel	Beskrivelse av nytteeffekt	Forutsetninger for å realisere nytte
Større sikkerhet og kvalitet i pasientbehandling	Elektronisk kurve og legemiddelhandling	Bedre og sikrere legemiddelhandling	Kurve skal signeres daglig av lege samt ved forordning og administrasjon av legemidler (lege/spl) (PR31557). Det foreligger en nulltelling på antall daglig signerte kurver på sengeposter ved UNN Tromsø 2015. Denne beskriver _____	Enkelt å utføre daglig signering av kurven. Særlig nytte for intensivavdelinger der nye kurve opprettes daglig. Enklere å ettergå signeringspraksis i enheter.	Legene følger gjeldende rutiner (nedfelt i DocMap PR31557, UNN).
Større sikkerhet og kvalitet i pasientbehandling	Elektronisk kurve og legemiddelhandling	Bedre og sikrere legemiddelhandling	Dagens papirkurve gir rom for feiltolkning pga dårlig lesbarhet og mangelfulle ordinasjoner. Telling av ordineringer som mangler styrke, dose, legemiddelform. Det foreligger en nulltelling på mangelfulle ordinasjoner på sengeposter ved UNN Tromsø 2015. NPE 2014: avvik ved ordinasjon/forskrivning utgjør 20%, anslagsvis 1,4 mill (ikke spesifisert pr HR)	EK sikrer entydige, lesbare og fullstendige (generisk navn, styrke, dosering, legemiddelform, administrasjonsmåte) forordninger jmf retningslinjer; Mindre feilmedisinering som følge av utydelig og mangelfull kurve.	Gode maler som støtter behandlingspraksis og at disse benyttes ved ordinerer. Velfungerende regionale fagråd.

Fig 5: Eksempel - Utklipp fra matrise over nytteeffekter (2 av 68) - Kurveprosjektet

Det arbeidet som gjøres initialt for det enkelte prosjekt, lagres som et regionalt utkast (excel-matrise) hos FRESK.

Effekt mål FRESK	Prosjekt	Effekt mål prosjekt	Utfordring/mangel	Beskrivelse av nytteeffekt	Forutsetninger for å realisere nytte	Tap som følge av endringen (økonomisk/mønstersarbeid)	Hvem får nytte av endringen	Ansvarlig for oppfølging	Utbytte - verdikategoriserings
Større sikkerhet og kvalitet i pasientbehandling	Elektronisk kurve og legemiddehandtering	Bedre og sikrere legemiddehandtering	Informasjon faller ut og registreres feil ved manuell overføring til ny kurve. Kurven må i dag overføres manuelt mellom enheter og Helseforetak.	En gjennomgående kurve eliminerer behovet for overføring av kurver og samstemming mellom enheter og lokalisasjoner.	Implisitt effekt av gjennomgående kurve i Helse Nord.	Ingen	Pasienten, helsearbeider, HF og NPE.	Prosjektet	Kvalitet_målbart øvinst
Større sikkerhet og kvalitet i pasientbehandling	Elektronisk kurve og legemiddehandtering	Bedre og sikrere legemiddehandtering	Det foreligger en multistilling på antall daglig signerte kurver på sengerposter ved UNN Tromsø 2015.	Inkelt å utføre daglig signering av kurven. Særlig nytte for intensivavdelinger der ny kurve opprettes daglig. Enklere å ettergå signeringspraksis i enheter.	Legene følger gjeldende rutiner (nedfelt i DocMap PR31557, UNN).	Ingen	Kvalitetsarbeidere, helsearbeidere, ledere.	Kvalitetsavdeling i HF	Kvalitet_målbart øvinst
Større sikkerhet og kvalitet i pasientbehandling	Elektronisk kurve og legemiddehandtering	Bedre og sikrere legemiddehandtering	Dagens papirkurve gir rom for feiltolkning pga dårlig lesbarhet og mangelfulle ordinasjoner. Telling av ordinasjoner som mangler styrke, dose, legemiddelform. Det foreligger en multistilling på mangelfulle ordinasjoner på sengerposter ved UNN Tromsø 2015.	EK sikrer entydige, lesbare og fullstendige (generisk navn, styrke, dosering, legemiddelform, administrasjonsmåte) forordninger (jmf retningstall). Mindre feilmeldinger som følge av utydelig og mangelfull kurve.	Innføre MetaVision. Gode muler som starter behandlingspraksis og at disse benyttes ved ordinerer.	Tar lengre tid for legene å ordinere elektronisk enn papir (marginalt lengre ved bruk av	Pasienten, helsearbeider, HF og NPE.	Prosjektet Fagmiljø	Kvalitet_ikke målbart øvinst

Fig 6: Excel-matrisen

Den regionale matrisen, inklusive eventuelle modifikasjoner basert på erfaringer, må være utgangspunktet ved start i nytt foretak, eventuelt i ny enhet innenfor det samme foretaket.

9.4. Involvering av helseforetakene (prosjekteiere)

9.4.1. Bearbeiding av beskrivelser

Nå starter en gradvis overlevering av arbeidet fra regionalt prosjekt til helseforetaket. Helseforetaket som skal starte implementering, involveres minimum to måneder før implementeringsstart («go-live» med system).

Helseforetaket får en kopi av den regionale excel-matrisen med en *egen arkfane* for registrering av de nytteeffekter som faktisk skal følges opp i ulike enheter i helseforetaket. Utvalgte nytteeffekter kan av helseforetaket konkretiseres, eventuelt omformuleres for å sikre at formuleringene «treffer» de det gjelder. Dette må imidlertid ikke utføres på en slik måte at bruken av systemene faller utenfor en omforent, regional bruksmåte. Dette er noe som det lokale prosjektet må ha kontroll på.

Det er viktig at man i den lokale arkfanen legger inn data i kolonne A-C for sikring av en fremtidig sortering.

A	B	C	D	E	F	G	H
HF	Lokalisering (kortnavn DIPS)	Nummer nytteeffekt	Effekt mål FRESK	Prosjekt	Effekt mål prosjekt	Utfordring/mangel	Beskrivelse av nytteeffekt

Fig 7: Fane for HF og kolonner for informasjon mht fremtidig sortering.

9.4.2. Utvalg av nyttebeskrivelser for oppfølging og inngåelse av innføringsavtaler

Ledere (HF-, avdelings- eller seksjonsnivå) foretar et utvalg av nyttebeskrivelser. Dette utvalget bør si noe om reelle mangler i den konkrete virksomheten og være ansett som mulig å følge opp og realisere. Utvalget bør ikke overstige tre beskrivelser. Det inngås innføringsavtaler for den enkelte nyttebeskrivelse mellom prosjekteier (foretaksdirektør) og den aktuelle klinikk eller avdeling (se illustrasjon nedenfor). Hovedintensjonen med innføringsavtalen er å sikre en god implementering, først og fremst på de områder der det er aller viktigst for enheten å få til forbedringer. Det bør imidlertid forventes at fokuset på riktig systembruk på ett område, vil skape holdninger for generell bruk av systemet med utnyttelse av ulike nytteeffekter. En sekundær intensjon med avtalene er at de som skal observere endringer og forbedringer på et overordnet nivå, får informasjon om på hvilke områder det er inngått avtaler om spesiell oppfølging.

Tidshorisont for oppfølging av en innføringsavtale bør minimum strekke seg frem til at leder mener at den nye arbeidsformen er innarbeidet som standard i avdelingen. Nytteeffekten bør kunne sees på som gjeldende i systemets levetid.

INNFØRINGSAVTALE

(Innføringsavtalen baserer seg på den medvirkningen medarbeidere i virksomheten har hatt i innføringsprosjektet. Avtalen inneholder nøkkelinformasjon om hva innføringsprosjektet og mottaker har kommet til enighet om den nytteeffekten som skal realiseres, forutsetninger for realisering, tiltak som kan settes inn, avhengigheter til andre nytteeffekter, eventuelle negative effekter og hvordan man håndterer disse.

Eier av nytteeffekten er en linjeleder på nivå tre eller høyere, en interessent med relasjon til innføringsprosjektet, eksempelvis seniorbruker eller prosjekteier. *Ansvarlig for realisering av nytteeffekten* er en linjeleder på laveste ledelsesnivå i virksomheten hvor effekten skal tas ut. Gjennom utøvelse av endringsledelse forbereder linjeleder medarbeiderne på endringene som kommer, sørger for at de får informasjon og opplæring, følger opp og setter inn tiltak ved behov. Er det flere lokalisasjoner som skal bidra til å realisere effekter fra leveransene, skal linjeleder på disse lokalisasjonene ha hver sin avtale.

Navn på nytteeffekt [sett inn kortnavn på endringstiltaket]			
Numerisk navngiving av nytteeffekt	[Sett inn nummer]	Eier av nytteeffekten (prosjekteier)	[Navn på eier]
Dato for avtale	[Sett inn dato]	Siste gjennomgang	[Sett inn dato]
Helse Nord RHF	[Strategiske mål]	Navngiving nytteeffekt: HF-kortnavn, lokalisering i DIPS (sengepost eller poliklinikk), system (MV, DA, DMA, ERL), nr Eks: UNN-INTR-MV-1	
Program FRESK	[Effekt mål]		
Kurveprosjektet	[Effekt mål]		
Hva er utfordringen i dag?			
Beskrivelse av nytteeffekt			
Forutsetninger	[Beskriv forutsetninger som må til for å realisere nytten.]		
Endringens innvirkning på dagens arbeidsprosesser	[Beskriv arbeidsprosessene før endring innføres og arbeidsprosesser etter endring.]		
Hvem har nytte av endringen			
Effektens levetid	[Beskriv forventet levetid til nytteeffekten og eventuell reduserende effekt.]		

KPI (kvalitetsindikator)	[Beskriv eventuelt indikatoren i SAS virksomhetsportal hvor nytteeffekten har sin innvirkning. Kan også være knyttet til en av virksomhetens strategiske måleindikator alene eller som en del av flere effekter.]
Antall målinger	[Antall målinger eller kontroller som gjennomføres lokalt.]
Evt. annen kilde til måling av effekt	
Endringsledelse	[Beskriv leders ansvar i forbindelse med endringen.]
Risiko/hindringer for at nytte ikke oppnås + tiltak	
Kostnader	[Beskrive hvilke kostnader endring medfører lokaliteten(e) som tar i bruk leveransen.]
Ansvarlig for realisering av nytteeffekten	[Dato og signatur. HF-koordinator for innføringsavtaler, og ansvarlig for realisering av nytteeffekt og prosjekteier beholder hver sin kopi av nytteprofilen.]

Fig 8: Innføringsavtale. Flere felter i avtalen kan fylles ut med tekst fra excel-matrisen.

10. Oppfølging gevinstrealisering

FRESK tilrettelegger for et innledende arbeid med gevinstrealisering ved å synliggjøre aktuelle nytteeffekter på innføringstidspunktet. I videre forbedringsarbeid med tanke på realisering av gevinster, vil det være opp til helseforetakene å benytte den metodikken som er mest hensiktsmessig. Verktøy (definerte nytteeffekter og innføringsavtaler) fra FRESK tilbys som underlag for systematisk oppfølging.

10.1. Forutsetninger for oppfølging på helseforetaksnivå

- Alle brukere og ledere har gjennomgått opplæring der fokus på nytteeffekter fremmes
- Det er inngått innføringsavtaler mellom enhetsledere og virksomhetsleder/prosjekteier før «go-live» med system (inngår i sjekklister fra prosjektleder vedrørende forberedelser for innføring)
- Det er tatt stilling til hvem som praktisk skal koordinere helseforetakets gevinstarbeid
- Det er tatt stilling til hvordan avtaler skal følges opp i helseforetaket
- Systematikk for videre arbeid med gevinstrealisering er avklart internt i helseforetaket
- Eventuelle måleparametere for forbedring er fastsatt internt i helseforetaket

10.2. Forutsetninger for oppfølging fra regionalt nivå

Et systematisk arbeid med fokus på nytteeffekter i helseforetakene, kan bidra til en ny form for helhetlig forvaltning og videreutvikling av den samlede kliniske systemporteføljen. Det forventes at arbeidet med forbedring er transparent i foretaksgruppen. Den enkelte helseforetaksdirektør har ansvar for oppfølging i eget foretak, og for å bidra til det samlede forbedringsarbeidet i regionen.

10.3. Tilgang til data i forbedringsarbeid

Elektronisk kurve

Helse Nord Ledelsesinformasjonssystem (HN LIS) er datavarehuset hvor sentrale parametere skal tilgjengeliggjøres i anonymisert form, slik at data kan benyttes i driftsoppfølging og forbedringsarbeid. Forvaltningen utøves i fellesskap mellom HN RHF og helseforetakene, som prioriterer rekkefølgen for nye kilder som skal tas inn i løsningen. Det er forventet at MV blir et verktøy av stor betydning for både pasientsikkerhet og kvalitet, Helse Nord RHF vil derfor prioritere å få inn data i tråd med helseforetakenes behov.

DIPS Arena

- Rapporter til NPR og andre offentlige instanser i som f.eks Personskaderegistrering, Infeksjonsregistrering og Svangerskapsavbrudd – alle data relatert til dette må foreligge i Arena

- Etter hvert rapportering til andre kvalitetsregistre og kreftregister – starter med etterspurt strukturert skjema for Prostatakraft for rapportering til kreftreg (kan også lages mer avansert til bruk i pasientforløp som gir mye større gevinst for klinikere), så kommer andre krefttyper etter (koloskopi neste). Når prosessmotor foreligger vil gjenbruken øke.
- HN kan som i Classic lage egne rapporter i DIPS Arena
- HN kan i Arena også lage Monitoreringsrapporter (litt utpå veien, 2017 kontrakten)
- Arena har en egen datamart der alle data tilgjengeliggjøres for rapporter (Arketyper og andre data), her kan det trekkes ut data enten til rapporter produsert av DIPS eller Rapporter HN ønsker å etablere selv
- HN LIS kan trekke ut data til LIS rapporter fra datamart (Arketyper og andre data)
- Et utvalg av rapporter fra Classic tilgjengeliggjøres i Arena ut i fra HN sitt bruksmønster (2020/2021)
- Noen rapporter som i dag finnes i Classic erstattes av pasientlister eller annen funksjonalitet -mer tilgjengelig og enklere for brukerne
- Det kan etableres rapporter i DIPS Arena for oppfølging på forskjellige nivå, ifbm kvalitetsarbeid og ledelsesrapporter
- DIPS AS kan også på konsulentoppdrag utvikle rapporter for Arena – ved spesielle behov/rapporter HN ikke har etterspurt generelt eller med modulene, stor kompleksitet e.a.
- Rapporter på logging av innsyn
- Rapporter på periode, navn/pasient etc – et viktig arbeidsredskap for pasientens sikkerhet.