

PROSJEKTBEGRUNNELSE FOR ‘DIGITALISERING AV HELSE I VEST’

- FORPROSJEKTRAPPORT FRA KONSEPTFASE

Versjonsnummer: 0.91		
Godkjent dato: <dato>	Godkjent av Prosjekteier:	Utarbeidet av: Anne Bjørlykke og Gunnar Jårvik

ENDRINGSHISTORIKK

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.1	21.11.19	Kopiert fra prosjektkandidat Digitalisering av helse i Vest 2020 – 2025. <i>Forprosjekt.</i>	Gunnar Jårvik	
0.2	25.11.19	Fylt inn med føringer, særlig for konseptuell tilnærming	Gunnar Jårvik	
0.21	29.11.19	Oppdateres etter avklaringer med arbeidsgruppe m.v.	Anne og Gunnar	
0.3	06.12.19	Klargjort for første leserunde	Anne og Gunnar	
0.35	9.12.19	Forbedringer etter første leserunde	Anne og Gunnar	
0.4	13.12.19	Klargjort for andre leserunde	Prosjektgruppen	
0.5	20.12.19	Forbedret og klargjort for gjennomgang med oppdragsgiver	Anne og Gunnar	
0.6	07.01.20	Oppdatert etter innspill fra porteføljekontoret i Helse Vest	Anne og Gunnar	
0.8	10.01.20	Klargjort for godkjenning i prosjektgruppen	Anne og Gunnar	Anne Bjørlykke
0.81	20.01.20	Mindre endringer etter innspill fra prosjektgruppen og KS	Anne og Gunnar	Prosjektgruppen
0.9	20.01.20	Rapport fra forprosjektet	Prosjektgruppen	Anne Bjørlykke
0.91	04.03.20	Oppdatert med innspill fra KS 11.02.20	Prosjektgruppen	Anne Bjørlykke

PROSJEKTGJENNOMFØRING

Prosjektgruppe i konseptfasen (forprosjektet)
Fra KS: Astrid Toft (KS Hordaland), Rune Hauge (DigiRogaland), Ole Bernt Thorbjørnsen (Haugesund kommune), Kristin Brekke (Bergen kommune), Eirik Vestrheim (Bergen kommune), Frode Kyrkjebø (KS Sogn og Fjordane)
Fra helseforetakene: Kari Ugland (samhandlingssjef i Helse Fonna), Tone Holvik (samhandlingssjef i Helse Førde), Grete Lill Hjartnes (samhandlingssjef i Helse Bergen), Sissel Hauge (samhandlingssjef i Helse Stavanger), Rebekka Ljosland (samhandlingsjef på Haraldsplass)
Fra Helse Vest: Anne Bjørlykke (Helse Vest IKT), Gunnar Jårvik (Helse Vest IKT fra 18/11)
Prosjektgruppen gjennomførte møter 19/9, 23/10, 18/11 og 12/12.
Arbeidsgruppe for meldinger i konseptfasen (forprosjektet)
Fra KS: Tine Losnedal, (Bergen kommune/KS E-komp), Kristine Skjøthaug, (Stavanger kommune)
Fra helseforetakene og Helse Vest IKT: Randi Anne Fauske (Helse Førde), Mette Herstein Monsen (Helse Bergen), Lene Aspen (Helse Fonna), Egil Johannessen (Helse Stavanger), Gunn Vigdis Myklatun (Helse Vest IKT)
Arbeidsgruppen gjennomførte møter 5/11, 26/11, 5/12 og 18/12.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning og oppsummering.....	4
2.	Hensikt med prosjektet.....	4
2.1.	Prosjektets mål.....	4
2.2.	Nåværende situasjon	4
2.3.	Behov.....	8
2.4.	Strategisk forankring	8
3.	Tilnærming	11
3.1.	Overordnet tilnærming	11
3.2.	Identifiserte tiltaksområder	14
3.3.	Alternative konsepter som er vurdert	16
4.	Forventede gevinster og mulige ulemper	17
5.	Tidsramme	17
6.	Veien Videre	18
6.1.	Organisering	18
6.2.	Leveranser i planleggingsfasen	18
6.3.	Kostnader og investeringsvurdering	20
6.4.	Usikkerhet	20
	Vedlegg: Leseveiledning - prosjektbegrunnelse	21

1. INNLEDNING OG OPPSUMMERING

Det er viktig innledningsvis å understreke dette initiativet ikke er i konflikt med Akson. Dette initiativet handler om tiltak som bør gjennomføres i påvente av Akson. Dette er tiltak som vil forbedre – og forberede - de løsningene som allerede er bruk, og som helsetjenesten på Vestlandet vil benytte i mange år fremover. Helsetjenesten på Vestlandet kan ikke vente med å utvikle sine løsninger for mer effektiv og sikker elektronisk samhandling i påvente av Akson.

Virksomhetene på Vestlandet har fortsatt ansvaret for å utvikle løsninger for forsvarlig samhandling i pasientforløp som går på tvers av virksomhetenes implementerte IT-systemer. Utviklingen med nasjonal arkitekturstyring¹ under Direktoratet for e-helse vil være til hjelp i løsningsutviklingen, men vil også kreve stadig større koordinering mellom kommunene og helseforetakene på Vestlandet.

Prosjektforslaget er en innretning for å gjøre virksomhetene i stand til å koordinere, prioritere, finansiere og endre tiltak løpende mellom sykehus og kommuner på Vestlandet, innenfor nasjonal arkitekturstyring og gjennom å ta i bruk nasjonale ehelse-løsninger.

Virksomhetenes plikt til å hensynta effektiv samhandling i sin utvikling av IKT-system er lovpålagt. Den enkelte virksomhet kan ikke ivareta denne plikten effektivt alene. 5% av pasientforløpene i sykehusene har samhandlingsbehov med andre regioner, mens 100% har samhandlingsbehov med primærhelsetjenesten. I tillegg er det betydelig samhandling mellom sykehusene på Vestlandet. Samarbeid om pågående elektronisk samhandling er nødvendig for å oppnå tidlige gevinster på en effektiv måte.

Prosjektforslaget lister identifiserte ønskede tiltak, og setter rammer og leveransemål for planlegging av gjennomføring av felles prosjekt.

2. HENSIKT MED PROSJEKTET

2.1. Prosjektets mål

‘Digitalisering av helse i vest’ skal - gjennom koordinering, prioritering, finansiering og løpende endring av tiltak - bidra til økt samhandlingsevne og realisere mulighetene for å skape effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av IKT-systemene på Vestlandet fram til 2025.

2.2. Nåværende situasjon

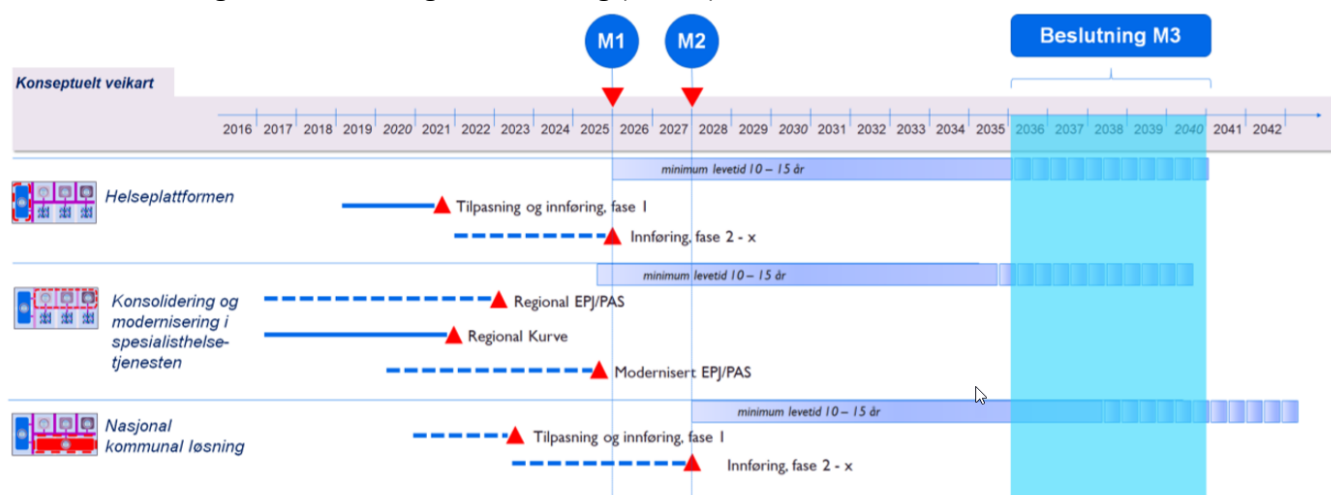
Kommunene og foretakene i Vest har samarbeidet om felles samhandlingsinitiativer gjennom flere år. Etter at program ‘Støtte til samhandling i Helse Vest’ ble lagt ned i 2016 (samt at videreføring av ‘Vestlandsløftet’/’KomUT’/KS ekomp’ har vært usikker siden høsten 2018), har det vært gjort mindre når det gjelder nye regionale samhandlingsinitiativer på Vestlandet. Utviklingen av samhandlingen er preget av liten fremdrift, usikker leverandørsatsning, manglende koordinering og ulik praksis.

¹ <https://ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-arkitekturstyring-i-helse-og-omsorgssektoren>

2.2.1. Forventet tidsperiode før realisering av målbildet for «Én innbygger – én journal

Overordnede forutsetninger og planer for realisering av målbildet om én nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten (M3) er publisert i dokumentet «[Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger – én journal](#)»². Veikartet består av tre parallelle strategiske tiltak:

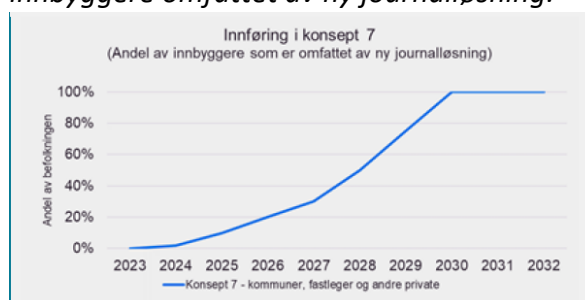
1. Etablering av Helseplattformen i region Midt-Norge (M1).
2. Videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst
3. Etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, utenfor Midt-Norge, med helhetlig samhandling (Akson).



Figur 1 Realiseringstid for eksisterende veikart. Hentet fra «Veikart for realiseringen av målbildet 'Én innbygger – én journal'»

I juli 2018 anbefalte Direktoratet for e-helse konsept 7 som nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. I forprosjektet har tiltaket fått navnet Akson. Akson skal innebære at helsepersonell i kommunene jobber i felles journalløsning. En felles kommunal journal vil i tillegg til løsninger for samhandling, gi bedre grunnlag for samhandling i hele helsetjenesten. Forprosjektrapporten skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet vinteren 2020. Forprosjektrapporten vil blant annet beskrive hvordan en anskaffelse bør gjennomføres, hvordan tiltaket skal styres og organiseres og hvordan det kan legges til rette for stegvis innføring.

Konseptvalgsutredningen stiller opp følgende figur for innføringstakten, uttrykt som *andel innbyggere omfattet av ny journalløsning*:



«Innføringstakten sier kun noe om hvor stor andel av befolkningen som til enhver tid har kommuner, fastleger eller andre private behandlere som har tatt i bruk den nye løsningen. Det er ikke lagt til grunn at utrulling må skje samtidig for alle aktører innenfor en kommune. Dette er begrunnet med høy

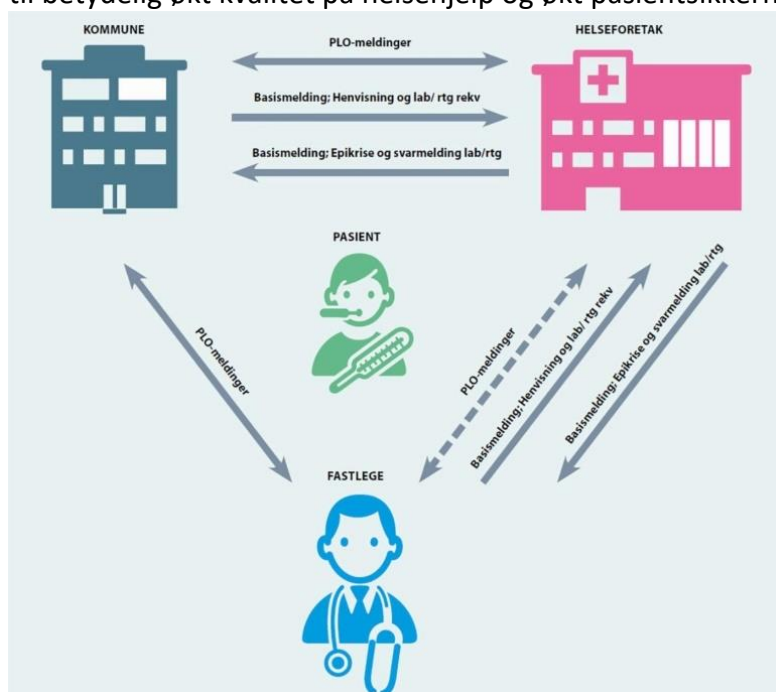
² <https://ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-realiseringen-av-malbildet-en-innbyggeren-journal> (Utgitt 12.1.2018, sist oppdatert 20.5.2019)

gjennomføringsrisiko grunnet endringsmotstand ved en slik innføringsstrategi³».

Et ferdig «innført» konsept 7 i 2030 betyr altså ikke nødvendigvis at all funksjonalitet i innført løsning vil være tatt i bruk. Vi må derfor forstå veikartets «innføringsfase 2 – x» som faser med optimalisering og bredning av ulike funksjonaliteter i løsningen. Vi vet derfor ikke på nåværende tidspunkt når «Akson» vil være tatt i bruk på Vestlandet på en slik måte at dagens lokale og regionale samhandlingsløsninger blir erstattet. En vil måtte regne med en lengre periode med videreutvikling av eksisterende løsninger, før nye samhandlingsløsninger med Akson er satt i drift.

2.2.2. Pågående arbeid med meldingsutveksling

Både kommunene og foretakene på Vestlandet har pågående arbeid med å forbedre meldingsutveksling. Nytteeffekten av KomUT Vest - Vestlandsløftet er vurdert av både fastleger, sykehus og kommuner, der de rapporterer at elektronisk meldingsutveksling fører til betydelig økt kvalitet på helsehjelp og økt pasientsikkerhet.



Figur 3 Elektronisk samhandling mellom fastlege, kommune og sykehus. Hentet fra 'Vestlandsheftet'⁴

I dag samhandler kommunene og helseforetakene elektronisk hovedsakelig ved å sende meldinger gjennom etablerte kanaler. Foretakene og de private ideelle institusjonene i Helse Vest samhandler med ca. 800 legekontor og kommunene på Vestlandet. Fastleger sender henvisninger, laboratorierekvisisjoner, radiologiske henvisninger og dialogmeldinger til spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten sender epikriser, laboratoriesvar, radiologiske svar, andre dokumenter på epikriseformatet og dialogmeldinger til fastlegene.

Meldingsutveksling fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester er fødselsepikriser, epikriser, pleie- og omsorgsmeldinger (PLO), andre dokumenter på epikriseformatet, laboratoriesvar (under utrulling) og dialogmeldinger på inneliggende pasienter.

³ Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, side 62

<https://ehelse.no/strategi/akson#Konseptvalgutredningen>

⁴ https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00152/Veilederen_p_bokm_152543a.pdf

Meldingsutveksling fra kommunale tjenester til spesialisthelsetjenesten er henvisninger, pleie- og omsorgsmeldinger, og dialogmeldinger på inneliggende pasienter.

Spesialisthelsetjenesten mottar epikriser fra andre aktører og henvisninger på tvers av foretakene.

Det er store utfordringer med meldingsutveksling til og fra polikliniske enheter og kommunale tjenester, særlig med tanke på dialogmeldinger. Dette feltet må styrkes. Videre er det potensial for innføring av løsning for interaktiv henvisning og rekvisisjon hos kommunene på linje med den en har i bruk hos fastlegene, men dette forutsetter tilrettelegging i kommunenes systemer.

2.2.3. Pågående arbeid med felles terminologi, kodeverk, og informasjonsmodeller

A. Pågående arbeid for å forbedre semantisk samhandlingsevne

Semantisk samhandlingsevne mellom IKT-systemer forutsetter samordnede kodeverk, terminologi og informasjonsmodeller. Så langt har innføring av standardiserte strukturerte elektroniske meldinger som henvisninger, epikriser og pleie- og omsorgsmeldinger vært aktiviteter som har bidratt i retning av dette. Det pågår i dag mye godt arbeid for å gjennomføre denne samordningen. Direktoratet for e-helse arbeider med Felles språk⁵ og SNOMED CT⁶. Det pågår utvikling av detaljerte kliniske informasjonsmodeller og av norske basisprofiler for HL7 FHIR i felles bibliotek⁷.

Mulighet: Dette vil gi forbedring i nye løsninger på lengre sikt, og for strukturering av medikasjonsdata i felles kjerneløsninger. Samordningsarbeidet gir likevel få muligheter for samhandlingen på kort sikt fram til implementering i IT-systemene på Vestlandet.

B. Mulighetene på kort sikt: Informasjonsmodeller i Helsedirektoratets standard meldinger

Informasjonsmodellene for Helsedirektoratets registre (NPR/KPR/KUHR/IPLOS) er allerede implementert i kliniske systemer i Norge. NPR-melding ligger til grunn for registrering av henvisninger, pasientkontakter og behandlingsprosedyrer på tvers av norske sykehus, og for leveransene av statistikk fra Norsk Pasientregister (NPR). IPLOS-melding ligger til grunn for registrering og rapportering til Kommunalt pasient og brukerregister (KPR). NPR-melding er utgangspunkt for pasientens egen kontaktoversikt på Helsenorge.no. NPR-meldingen brukes også som grunnlag for regionalt datavarehus for styringsdata i Helse Vest. Strukturerte journal-data med NPR-meldingens kodeverk benyttes også til å forhåndsutfylle innhold i epikrise-meldingen fra DIPS.

Mulighet: Strukturert informasjon som er lagret etter standard kode i kildesystemene for rapportering til Helsedirektoratet, kan gjenbrukes i større omfang for mer effektiv samhandling. Hvilke felles informasjonselementer som kan og bør deles, må undersøkes videre i prosjektet. Helseregistrenes samling av variabler og kodeverk⁸ vil kunne være et egnet verktøy.

⁵ <https://ehelse.no/aktuelt/pa-vei-mot-enighet-om-felles-sprak-i-helse-og-omsorgssektoren>

⁶ <https://ehelse.no/kodeverk/snomed-ct>

⁷ Hhv. <https://arketyper.no> og <https://github.com/HL7Norway/basisprofiler-r4>

⁸ <http://hrr.uit.no/hrr/> eller ny nasjonal løsning for administrasjon, forvaltning, lagring og tilgjengeliggjøring av kodeverk, terminologi og metadata, jfr.

<https://ehelse.no/programmer/helsedataprogrammet/prosjekt-harmonisering-i-helsedataprogrammet>

2.2.4. Pågående prosjektarbeid med kommunale IT-løsninger – AKSON

Veikartet for realisering av målbildet «Én innbygger – én journal» ble sist oppdatert mai 2019, der det er lagt opp til innføringsfaser med uklart tidspunkt for ferdigstilling mellom 2028 til 2043, se ovenfor punkt 2.2.1. Usikkerheten tilsier at virksomhetene ikke kan vente på AKSON for ny eller forbedret samhandlingsfunksjonalitet.

Prosjekt AKSON har en innføringshorisont på minimum 10 år. Med et slikt langstiktig tidsperspektiv i AKSON ser både kommuner, leverandører og helseforetakene at man må jobbe videre med å få implementert ny eller forbedret samhandlingsfunksjonalitet i påvente av AKSON. Flere felles samhandlingsløsninger er også igangsatt eller planlagt som nasjonale prosjekter i regi av direktoratet for ehelse i perioden 2020 til 2025. AKSON-prosjektet har direkte avhengigheter til flere av disse, eksempelvis Sentral Forskrivingsmodul, Kjernejournal og Pasientens Legemiddelliste. KS kjerneteam jobber derfor sammen med direktoratet for ehelse med å samkjøre fremdriftsplanene og sikre avhengighetene mellom AKSON og de nasjonale samhandlingsløsningene.

2.3. Behov

Helsetjenesten mangler kommunikasjonsløsninger som støtter godt nok opp om utviklingen med pasientforløp på tvers av virksomheter. Pasientene har i dag - gjennom helsenorge.no - ofte bedre tilgang til informasjon om sitt behandlingsforløp enn fastlegen, legevaktslegen, og helsepersonell de møter i den enkelte helseinstitusjon. Det forsterker det opplevde behovet for å understøtte behandling av pasientene bedre, og å øke innsatsen i vest på samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. 5 % av pasientene har behov for samhandling i behandlingsforløp ut over helseregion vest, og de behov som er beskrevet i målbildet for «Én innbygger – én journal» gjelder derfor i hovedsak samarbeidet mellom sykehus og de omkringliggende kommuner.

2.4. Strategisk forankring

Kommunene og de regionale helseforetakene har et lovpålagt overordnet ansvar for å sørge for samhandling og legge til rette for samarbeid mellom ulike enheter og deltjenester i pasientbehandlingen⁹.

Den enkelte helseinstitusjon, kommunene og virksomheter som har avtale med kommunene, skal sørge for at journal- og kommunikasjonssystem i virksomheten er forsvarlige, og «skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling i anskaffelse og videreutvikling av sine journal og informasjonssystemer»¹⁰. «Kravet forutsetter at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling»¹¹. Erkjennelsen av at den enkelte virksomhet ikke evner å bære ansvaret for stadig mer kompleks IKT-utvikling og forvaltning, har gitt strategiske samarbeid om felles tjenesteleverandører og felles regionale IKT-nettverk, som

⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1, 3. ledd, §3-4 og tilsvarende Spesialisthelsetjenestelovens §2-1a, 3. ledd, §2-1e.

¹⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven §5-10 og tilsvarende Spesialisthelsetjenestelovens §3-2.

¹¹ Kommentar til §3-2 i «Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer», [Rundskriv IS-5/2013](#)

for eksempel Helse Vest IKT AS, Norsk Helsenett NHN, KS Komp Vest, DigiRogaland og DigiHordaland¹², en viktig plass.

Regional utviklingsplan for Helse Vest¹³ har tiltak for å utrede mulige felles investeringer i teknologi og infrastruktur med kommunene, og vurdere hvordan strukturert informasjon kan bli delt og brukt i samhandlingen. Utredningene skal se hen til de nasjonale satsingene, i tillegg til egne regionale satsinger.

Det er viktig å være oppmerksom på utfordringene som ligger i ulik organisering av spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten er organisert under et regionalt helseforetak Helse Vest, som har sitt eget styre, eies av Helse- og omsorgsdepartementet og omfatter fylkene Vestland og Rogaland. Helse Vest har 4 helseforetak som har samarbeidsavtale med hver sine kommuner: Helse Førde og Helse Bergen i Vestland, Helse Stavanger i Rogaland, og Helse Fonna som har avtale med kommuner både i Rogaland og i Vestland.

Kommunene styres av hvert sitt kommunestyre. Statens innflytelse på kommunene utøves gjennom lover og forskrifter. Kommuner og fylkeskommuner har sin felles interesseorganisasjon KS. KS støtter kommunene gjennom bl.a. rådgivning og utvikling av fellestjenester, men organisasjonen har ikke mandat til å binde eller gi pålegg til kommunene. KS region Vest har grenser som faller sammen med helseregionen, men er under det organisert fylkesvis. I hvert fylke har KS et fylkesmøte, fylkesstyre og kommunedirektørutvalg.

KS overtok det tidligere kompetansenettverket Vestlandsløftet/KomUT Vest fra Norsk helsenett fra 2019, og omdøpte til KS e-Komp. KS e-Komp er organisert med en prosjektgruppe som dekker regionen, og hvor også helseregionen har et medlem.

Etter initiativ fra Bergen kommune er det etablert et «regionalt nettverk» for felles innsats for utbredelse av IKT-løsninger, hvor kommunene i fylket deltar. Nettverket ble kalt Digi Hordaland, og er på vei til å bli Digi Vestland. Tilsvarende ble også Digi Rogaland etablert. Digi-nettverkene ledes av kommunedirektører og kommunale ledere innen helse og omsorg, og innen IKT.

I forbindelse med Samhandlingsreformen ble det utformet samarbeidsavtaler mellom det enkelte helseforetak og de kommunene som hadde foretaket som primærsykehus. Samarbeidsavtalene initierte også en del samarbeidsorganer, hvor helseforetakene og representanter for kommunene deltok. Ny helse- og sykehusplan utvider oppgavene til avtaler og samarbeidsorganer, og innfører begrepet helsefellesskap. Helseregionen har ikke noen klar rolle i disse helsefellesskapene, og det kan bli en utfordring når helsefellesskapene skal legge planer og etablere avtaler og rutiner som i større og mindre grad vil forutsette teknisk tilrettelegging og samordning hvor helseregionen og Helse Vest IKT nødvendigvis vil måtte være sentrale aktører. Det er avgjørende at videre samhandling om tiltakene i dette foreslåtte prosjektet må skje koordinert og helhetlig i regionen og ikke fylkesvis. Samhandlingen mellom foretak og kommuner i Vest skjer på tvers av

¹² <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/styring-og-organisering/regionale-digi-nettverk-brer-om-seg/>

¹³ <https://helse-vest.no/om-oss/regional-utviklingsplan>

fylkesgrensene, og fylkesvise løsninger vil ikke understøtte standardisering og felles satsning i hele regionen i tilstrekkelig grad.

I intensjonsavtalen mellom helseforetakene i Helse Vest RHF og kommunene i fylkene i helseregion Vest og KS er følgende tema tatt inn;

- Det initieres tiltak for å realisere «lavthengende frukter» innenfor modne, prioriterte områder innen teknologiområdet. Det ble i møtet særlig vektlagt initiering av felles tiltak for å fremskynde løsninger knyttet til Pasientens legemiddelliste. Et slik tiltak må koordineres med det pågående programmet i regi av Direktoratet for e-helse.
- Det bør gjennom annet halvår 2019 gjennomføres et avgrenset forprosjekt i den hensikt å utrede handlingsrom for ytterligere fellestiltak innen teknologiområdet mellom partene i Helse Vest sitt nedslagsfelt.

Dette dokumentet 'Prosjektbegrunnelse for Digitalisering av Helse i Vest' er en oppsummering fra dette siste punktet.

3. TILNÆRMING

3.1. Overordnet tilnærming

‘Digitalisering av helse i vest’ skal følge **digitaliseringsrundskrivet**¹⁴ og anbefalinger for planlegging, styring og gjennomføring av IKT-prosjekter:

- *I sin utvikling av digitale tjenester bør virksomheten vurdere om dette best mulig kan styres og gjennomføres gjennom prosjekter eller som mindre utviklingsaktiviteter styrt i linjeorganisasjonen.*

...

- *Virksomheten skal jobbe med å redusere kompleksitet og risiko i sine digitaliseringsprosjekter. Følgende prinsipper bør legges til grunn for digitaliseringsprosjekter:*
 1. *Start med behov*
 2. *Tenk stort – start smått*
 3. *Velg riktig samarbeidspartner*
 4. *Sørg for riktig kompetanse og god lederforståelse*
 5. *Lever hyppig – skap nytte hele veien*

Prosjektet skal benytte seg av **Norsk arkitekturrammeverk for samhandling**¹⁵ og ta utgangspunkt i muligheter for styring og forvaltning av felles tjenester som kan gi bedre juridisk, organisatorisk, semantisk og teknisk samhandlingsevne:



Figur 4 De fem samhandlingsområdene er (ref. EIF), hentet fra Norsk arkitekturrammeverk for samhandling

Teknisk samhandlingsevne (også kalt teknisk interoperabilitet) sikrer at datamaskiner kan «snakke sammen» ved hjelp av spesifikasjoner for grensesnitt, kommunikasjonstjenester, dataintegrasjon, datapresentasjon og sikre kommunikasjonsprotokoller. Dette er utfordrende i et landskap med ulikt nivå av «IKT-modernisering»/«teknisk gjeld».

Semantisk samhandlingsevne er nødvendig for at data skal kunne forstås av mennesker og gjenbrukes av datamaskiner på tvers av tekniske systemer. Dette krever standardisering av kodeverk, terminologi og informasjonsmodeller, noe som krever langsiktig arbeid, både

¹⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskrivet/id2623277/>

¹⁵ <https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/digitalisering-og-samordning/nasjonal-arkitektur/arkitekturrammeverk-samhandling>

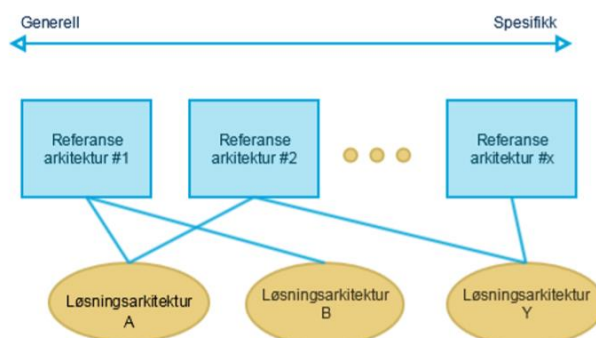
nasjonalt og internasjonalt. Tilnærmingen på kortere sikt er å ta i bruk felles kodeverk, terminologi og informasjonsmodeller der de allerede finnes¹⁶.

Organisatorisk samhandlingsevne handler om hvordan helsetjenesten styres og samhandler i praksis. Hvilke styrings- og budsjettmodeller virksomheten følger, samhandlingsmodeller og avtaler virksomheten har med andre forvaltningsorganer knyttet til felles forvaltning er sentrale elementer. Endringene med kommunesammenslåinger, interkommunale IKT-nettverk, og organisering av nye «helsefelleskap» vil gi muligheter for felles finansiering og forvaltning av nødvendige felleskomponenter og fellestjenester.

Juridisk samhandlingsevne sikrer at organisasjoner som arbeider under ulike regelverk kan samhandle. Tidligere problemer med juridisk samhandlingsevne er ryddet opp i etter ny Pasientjournal-lov. Regelverket er i dag harmonisert, stiller de samme krav til ulike typer virksomheter, og til deling av data «internt» og «eksternt»¹⁷. De dataansvarlige virksomheter kan avtale hvordan helseopplysninger skal gjøres tilgjengelig i samhandlingen dem imellom¹⁸. Mulighetsrommet er i liten grad tatt i bruk, og realisering av mulighetene krever forbedret styring og forvaltning av felles avtaler mellom virksomhetene som inngår i samhandlingen.

Standarder, referansearkitekturer og anbefalinger publisert hos Direktoratet for e-helse og Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) skal benyttes, og løsninger skal vurderes opp mot de gjeldende referansearkitekturer:

Figur 5 Forhold mellom referansearkitekturer og løsningsarkitekturer - Hentet fra 'Samhandlingsarkitekturer i helse- og omsorgssektoren'¹⁹



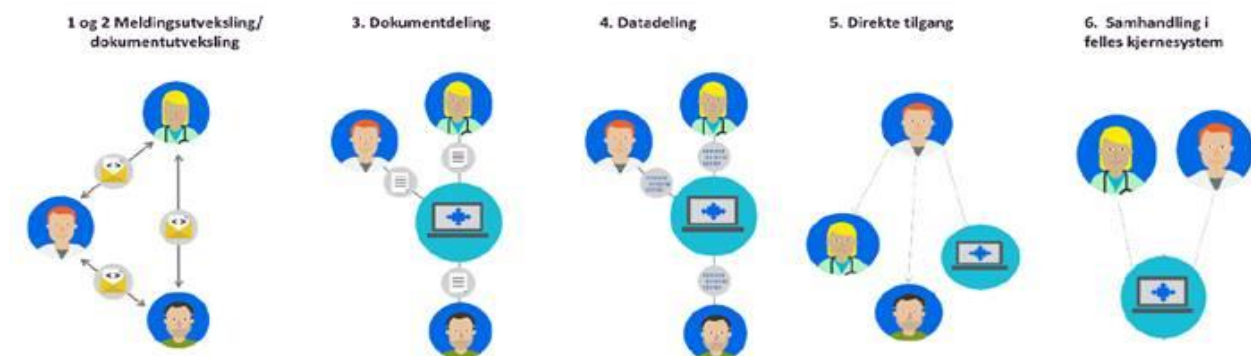
¹⁶ For eksempel i meldingsstandards til helsedirektoratets registre, i felles kjernesystem, og i samlinger av god praksis som på www.arketyper.no og i nasjonalt metadatagrunnlag som definisjonskataloger og kodeverk på www.volven.no

¹⁷ Forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter er opphevet ved ny harmonisert [Forskrift om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\)](#). Ny forskrift er tilpasset [Pasientjournalloven](#) og GDPR.

¹⁸ Pasientjournalloven §9 og §19.

¹⁹ Direktoratet for e-helse, [HITR 1212:2018](#)

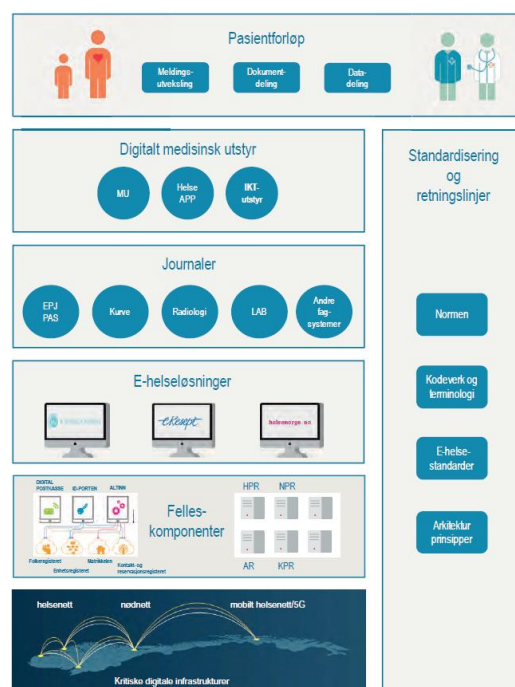
Prosjektet skal videre bruke nasjonal samhandlingsarkitekturs²⁰ **6 modeller for teknisk samhandling**, og søke å finne muligheter ved å tenke utenfor boksen, for eksempel ved å finne løsninger som benytter kombinasjoner av de beskrevne samhandlingsmodellene:



Figur 6 Samhandlingsmodeller hentet fra 'Samhandlingsarkitekturer i helse- og omsorgssektoren'

Prosjektet skal samordne arkitekturvalg i løsningsutviklingen med prosjekt for nasjonal kommunal løsning (Akson), og velge den «samhandlingsform»²¹ som en kan anta vil bli besluttet for samme type informasjonstjeneste med en senere ny kommunal løsning.

Prosjektet skal generelt støtte opp om, og ta ut gevinster av **6 kategorier av digitaliseringstiltak** nevnt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023²². Dette innebærer blant mye annet at prosjektet skal støtte opp om pågående arbeid med nasjonale grensesnitt, som FIKS-plattformen som felles arkitektur for kommunenes elektroniske samhandling, og de regionale helseforetakenes FELLES PLAN – 2019 for grensesnitt med nasjonale løsninger og overgang til strukturert journal.



Figur 7 Digitaliseringstiltak - hentet fra 'Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023', Boks 8.4 "Hva trengs og hvem har ansvaret?"

²⁰ Direktoratet for e-helse, [HITR 1212:2018](https://www.direktoratet.no/tema/dokumenter/hitr-1212-2018)

²¹ Tre «samhandlingsformer» er nevnt i «Akson: Innspill til løsningsomfang og arkitektur, Bilag 2 Helhetlig samhandling utsendt 29.11.19»: «Sende og motta», «Slå opp og tilgjengeliggjøre», «Endre og dele»

²² Meld. St. 7 (2019–2020) [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/), figur 8.2 (https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/)

3.2. Identifiserte tiltaksområder

Forprosjektet har identifisert tiltakene som er listet opp under, men videre arbeid i prosjektet må ta stilling til om det skal legges til eller eventuelt fjernes tiltak fra denne listen. Tiltakene er inndelt i to områder for å forenkle videre arbeid med å realisere tiltakene.

Tiltaksområde 1 tar utgangspunkt i å forbedre og utvide samhandlingen som gjøres i dag med kjent teknologi, og vil være enklere å implementere.

Tiltakene i område 2 er nye, opererer i mer upløyd mark, og vil kreve ytterligere arbeid med å forstå behovet, kartlegge mulighetsrommet, se på ulike alternativer og foreslå hvordan disse kan realiseres.

3.2.1. Tiltaksområde 1 - mer av det vi allerede gjør

Dagens meldingsutveksling:

Kartlegge status, beskrive utfordringsbildet for følgende områder:

- Forbedret visning av meldinger som sendes og mottas i dag
 - epikriser (inkl. legemiddelliste)
 - laboratoriesvar
- Funksjonalitet for vedlegg
 - Det bør kunne sendes og mottas vedlegg til meldingene som sendes i dag
- Meldingene som utveksles må tilfredsstille krav til standarden
 - Gjeldende versjon av meldingen
 - Godkjent i NHNs Meldingsvalidator
 - Applikasjonskvitteringer
 - Korrekt adressering
- Bidra til ytterligere utbredelse av eksisterende meldingsutveksling
 - Dialogmeldinger
 - Epikrise til PLO-løsninger
 - Epikrise til helsestasjoner
 - Henvisninger fra PLO-løsninger
 - Henvisninger fra helsestasjoner
 - Laboratoriesvar til helsestasjoner
 - Laboratoriesvar til PLO
 - Kliniske henvisningsråd
 - Fødselsepikriser

Meldingsutveksling utover dagens etablerte samhandling

Kartlegge status, beskrive utfordringsbildet for følgende:

- Dialogmeldinger til PLO (på polikliniske pasienter)
- Dialogmeldinger til andre behandlergrupper – helsefaglig dialog
- Elektronisk rekvisisjon av laboratorieprøver – fra PLO og helsestasjon
- Elektronisk henvisning av radiologi – fra PLO og helsestasjon
- Status på henvisning
- Videresending av henvisning ny tilstand

Felles behandlingsrettede helseregister

Kartlegge status, beskrive utfordringsbildet, identifisere hvem som ønsker dette og

foreslå teknisk løsning slik at helsepersonell ved flere ØHD/KAD/Helsehus/Legevakter får tilgang til DIPS.

Revitalisere IKT-utvalg/fagråd

Revitalisere samhandling i eksisterende samhandlingsstrukturer, slik at disse kan bli en aktiv part når man skal forankre nye e-helse prosjekter som berører både spesialist- og primærhelsetjenesten.

3.2.2. Tiltaksområde 2 – Nye samhandlingstiltak

- **Felles avviksrapportering og – oppfølging**

Dette var foreslått som et prosjekt i program Støtte til Samhandling, men ble aldri realisert. Det er et behov for å kunne rapportere og følge opp avvik på tvers av omsorgsnivåene. I dag er det ressurskrevende og vanskelig å rapportere opp avvikssaker på tvers. For å få på plass en løsning her, må det avklares hvem som skal tilby en slik løsning, hvordan utviklingen skal finansieres og hvordan man skal forvalte denne, inkl. tilganger.

- **Felles behandlingsplan**

Nasjonalt jobber man nå med å se på behandlingsplan og hvordan man skal dele behandlingsplan når pasientene går mellom ulike omsorgsnivåer. Tiltaket i Vest bør understøtte nasjonalt initiativ, og sørge for at vi tilrettelegger for å ta i bruk nasjonal løsning. En bør vurdere om vi i Vest skal melde oss som pilot. «Behandlingsplan» er ikke et avklart begrep, og prosjektet bør avklare hvor regionalt og lokale tiltak bør settes inn. Det kan være flere nivåer av «behandlingsplaner» som ikke alle dekkes av nasjonalt initiativ, som f. eks Individuell plan, plan for innleggelse/institusjonsopphold, tverrfaglig behandlingsplan, pleieplan, enfaglig plan (fysioterapiplan, ergoterapiplan, osv), kriseplaner og egenomsorgsplaner.

- **Dokumentdeling – deling av journaldokumenter med helsepersonell i andre**

virksomheter gjennom Kjernejournal og/eller annen XDS infrastruktur

Helse Sør Øst kjører en nasjonal pilot på deling av journaldokumenter gjennom kjernejournalen. Utfra erfaringene herfra vil direktoratet for e-helse anbefale hva man skal gjøre og avklare for å tilby journaldokumenter også fra andre. Tiltaket bør tilrettelegge for at Helse Vest er kilde for journaldokumenter som annet helsepersonell kan be om tilgang til.

- **Radiologisvar – deling av radiologisvar og bilder**

Må identifisere hva som må avklares og gjøres for at radiologibilder og beskrivelser skal kunne deles med annet helsepersonell (og evt pasienten?), må se på hvilke kilder bildene og beskrivelsene skal hentes fra. Skal man starte med å dele fra Sectra eller skal man tenke kjernejournal fra starten?

- **Laboratoriesvar – deling av laboratoriesvar**

Må identifisere hva som må avklares og gjøres for at laboratorierekvisisjoner og -svar skal kunne deles med annet helsepersonell (og evt pasienten?), må se på hvilke kilder svarene skal hentes fra. Skal man dele gjennom kjernejournal eller skal man dele gjennom en frittstående ROS (Rekvisisjon og Svar-løsning.)

- **Tilrettelegge for utvikling og deling av journalsammendrag**

Det er et behov for å se et oppdatert sammendrag av journalen, slik at man ikke må lete seg gjennom journalnotater som ikke er like relevante. Behovet for et slikt sammendrag, ofte betegnet som Patient Summary, blir pekt på og aktualisert fra flere ulike hold. For dette tiltaket må man følge med i nasjonale diskusjoner/tiltak og følge opp med en eventuell realisering i vest.

- **Vedtak**

Tilrettelegge for at kommunale vedtak vedr pasienter blir tilgjengeliggjort for helsepersonell på sykehus (kjernejournal har hjemmel for å vise dette). Når tilgjengelighet til kjernejournal blir realisert for kommunale løsninger, vil forholdene ligge til rette for at dette tiltaket kan piloteres og implementeres i vest.

- **Sys-vak**

Det er viktig å ha oversikt over hvilke vaksiner pasienten har fått og her bør det jobbes for at alle relevante enheter kan registrere og hente ut informasjon om pasientenes vaksiner

- **Ta i bruk felles informasjonsmodeller - der de finnes**

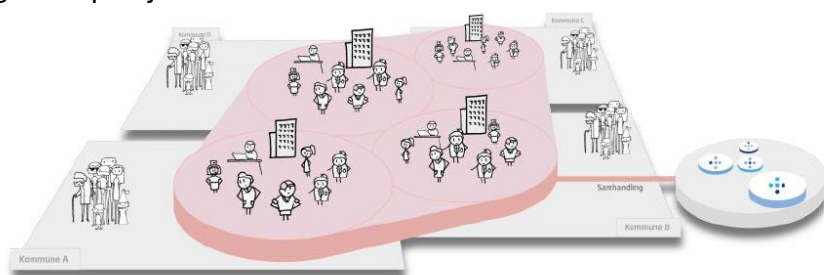
Det tar lang tid å samordne til felles kodeverk og felles informasjonsmodeller for semantisk samhandlingsevne mellom IKT-system. Derfor kan en på kort sikt vurdere å ta i bruk felles informasjonsmodeller med terminologi og kodeverk som allerede er implementert i systemene, for eksempel via informasjonsmodellene i standard meldinger²³. Gitt en løsning for dokument/datadeling kan en for eksempel vurdere å bruke standardenes felles koder for å dele informasjon om nærmeste pårørende, bosted, boligforhold og omsorgssituasjon, eller status for individuell plan mellom IT-system²⁴.

3.3. Alternative konsepter som er vurdert

Den nasjonale konseptvalgutredningen for målbildet «En innbygger – én journal» og nasjonal kommunal løsning legges til grunn i prosjektet.

I konsept 7 anskaffes det én nasjonal journalløsning for alle tjenesteområder i kommunal helse- og omsorgstjeneste med helhetlig samhandling. Løsningen skal brukes av alle kommuner, fastleger og andre avtaleparter.]

Konseptet har høyt ambisjonsnivå for samhandling med spesialisthelsetjenesten.



Figuren viser at alle aktører jobber i samme journalløsning i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at det er etablert god samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Gjennomføringsrisikoen i konsept 7 er samlet sett vurdert som moderat til kritisk²⁵.

Prosjektet 'Digitalisering av helse i vest' skal benytte seg av nasjonal konseptvalgsvurdering og veikart for realisering av målbildet, og utnytte muligheter for samtidige og samvirkende lokale og regionale tiltak i perioden fram til ny nasjonal løsning for samhandling er realisert på vestlandet. *Det alternative konsept som kan vurderes her, er å ikke gjøre noe i påvente av innføring av løsninger som blir levert i nasjonalt prosjekt.* Å gjøre minimalt i påvente på nasjonale løsninger på lang sikt er vurdert som ikke aktuelt på grunn av at lovens krav (se punkt 2.3) ikke er endret: Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ligger fast, med lovkrav om at virksomhetene skal utvikle journal og informasjonssystem med hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling. Gjennomføringsrisikoen for konsept 7 taler i tillegg for å fortsette påbegynt arbeid med å utvikle samhandlingsevnen regionalt.

²³ Se punkt 2.2.3 B om standardmeldinger fra Helsedirektoratet

²⁴ <http://hrr.uit.no/hrr/>

²⁵ <https://ehelse.no/publikasjoner/konseptvalgutredning-nasjonal-losning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

4. FORVENTEDE GEVINSTER OG MULIGE ULEMPER

Overordnet nytteverdi vil være å oppfylle lovpålagt plikt til å utvikle IKT-system med hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling. Bakgrunn for plikten er forventede gevinster for pasientene. Forventede gevinster og mulige ulemper vil analyseres for det enkelte tiltak som springer ut av planlegging- og gjennomføringsfasen.

5. TIDSRAMME

'Digitalisering av helse i vest' er et samarbeid om gjennomføring av tiltak og prosjekter for å nå målsettinger for elektronisk samhandling. Prosjektet gjennomføres i faser.



Figur 8 Faseinndeling etter www.prosjektveiviseren.no

I planleggingsfasen våren 2020 skal prosjektet planlegge overordnet styring og forvaltning av felles tjenester og eventuelt foreslå finansiering av tiltak til neste års budsjetter. Dette er en gjentakende prosess frem til prosjektet avsluttes i 2025. Tiltakene kan gjennomføres som delprosjekter, eller som prosjekter underlagt annen styring.

6. VEIEN VIDERE

6.1. Organisering

Forprosjektet foreslår at det etableres et prosjekt som skal drive frem realisering av tiltakene. Styringsgruppe for dette etableres i samsvar med forslag i intensjonsavtale mellom KS og Helse Vest: Antallet deltakere kan være i størrelsesorden 10-15 – likelig fordelt mellom partene. Styrene kan være representert men hoveddelen bør være personer som sitter rimelig tett på og kjenner de aktuelle problemstillingene. De administrerende direktørene i helseforetakene er aktuelle og på kommunesiden; fylkesstyrerepresentanter, rådmenn, ledere for helse- og omsorgstjenestene og administrasjonen i KS.

Hovedansvaret for å fremskaffe ressurser til prosjektledelsen legges til Helse Vest. Det bør være representanter fra helseforetakene i Helse Vest, samt Regionalt EPJ Fagsenter i Helse Vest IKT, og representanter fra kommunene.

Timer, reiser, utvikling og leverandørstøtte følger prinsippet om egenfinansiering. Det foreslås å opprette egne arbeidsgrupper for hver av de aktuelle leveranse-områdene som blir pekt på i kapittel 6.2. Arbeidsgruppene vil rapportere til prosjektleder.

Etter hvert som en får enighet om felles tiltak som nevnt i kap. 3.3, må det etableres ny organisering for finansiering av prosjekttiltak og forvaltning/drift. Prosjektet må kontinuerlig identifisere aktuelle aktører, fordele ansvar, etablere avtaler etter hvert som arbeid for tiltak etableres. Følgende aktører er eksempelvis aktuelle:

- Helseforetakenes 'EPJ fagsentre' og/eller 'Dokumentsentre' (x4)
- Nye Helsefellesskap (x4)
- Helsefellesskapenes fagråd for IKT
- Kommunale IKT-avdelinger koordinert via fremtidige regionale digitaliserings-nettverk (DigiRogaland, DigiHordaland)
- KS e-Komp, kommunenes regionale kompetanseorganisasjon for utbredelse av e-helseløsninger
- Helseforetakenes felles tjenesteleverandør (HVIKT) koordinert via et Regionalt EPJ fagsenter (Helse Vest felles EPJ forvaltning)
- Felles arkitektur- og porteføljekontor og regionale prosjektprogrammer i Helse Vest (Heliks, Libra, Alle møter, Pakkeforløp, Pasientsikkerhet, etc.)
- Norsk Helsenet NHN
- Ny nasjonal tjenesteleverandør (NHN+)

Styringsdokument og mandater må revideres årlig av de deltakende virksomheter.

6.2. Leveranser i planleggingsfasen

6.2.1. Overordnet leveranse i planleggingsfasen

Med blick på de identifiserte tiltaksområdene, skal prosjektet *beskrive* nødvendige forutsetninger, sannsynlige konsekvenser (fordeler og ulemper) ved å ta i bruk ulike kombinasjoner av samhandlingsmodeller og infrastrukturer til å forbedre samhandling på kort, mellomlang og lang sikt.

Ut fra beskrivelsen, skal planleggingsfasen foreslå strakstiltak og tiltak som bør finansieres innenfor neste års budsjetter.

6.2.2. Meldingsutveksling/dokumentutveksling

Planleggingsfasen skal foreslå mandat for en koordinerende endringsstyring av meldingsutveksling på vestlandet. Endringsstyringen skal løpende kartlegge implementeringsstatus for alle meldingstyper i alle virksomheter, og innstille forslag til koordinert endring. Mandatet skal avklare forholdet mellom prosjektansvar hos Norsk Helsenett NHN, og virksomhetenes ansvar for koordinering av meldingsutveksling i bruk.

6.2.3. Dokumentdeling

Planleggingsfasen skal tydeliggjøre mulighetsrommet for å ta i bruk dokumentdeling slik at virksomheter kan gjøre innsyn på tvers av IKT-system innenfor tre varianter:

1. Innsyn for samarbeidende helsepersonell via Kjernejournal
2. Innsyn for samarbeidende helsepersonell via regional XDS infrastruktur
3. Innsyn for samarbeidende helsepersonell via direkte tilgang/felles kjernesystem

Det skal beskrives hvordan de tre ulike infrastrukturer kan komplementere hverandre, og hvordan framtidig bruk forholder seg til meldingsutveksling og datadeling.

Erfaring skal innhentes fra pågående prosjektarbeid med dokumentdeling i Helse Sør-Øst.

6.2.4. Datadeling

Mulighetsrommet for å ta i bruk datadeling som samhandlingsmodell skal tydeliggjøres for følgende scenarier:²⁶

1. Tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter hvor en av virksomhetene tilgjengeliggjør helseopplysninger fra sitt lokale behandlingsrettede helseregister.
2. Tilgang til og oppdatering av helseopplysninger mellom virksomheter hvor det eksisterer en databehandleravtale, eller hvor det eksisterer et samarbeid om felles journal etter pasientjournalloven § 9 hvor datadeling benyttes som teknikk for deling.
3. Tilgang til og oppdatering av helseopplysninger mellom virksomheter og en nasjonal løsning basert på pasientjournalloven §10 eller egen forskrift.
4. En innbyggers tilgang til sine helseopplysninger via bruk av f.eks. portal og mobile app-er
5. En innbyggers innrapportering og oppdateringer av sine helseopplysninger

Fordeler og ulemper med alternative tekniske infrastrukturer skal beskrives for lokale/regionale pasientforløp i alle 5 scenarier.

6.2.5. Direkte tilgang og samhandling i felles kjernesystem

Å dele dokumenter og data gjennom samhandlingsmodellene «Direkte tilgang», og «Samhandling i felles kjernesystem» skal vurderes som alternative konsept i sammenheng med modellene «meldingsutveksling», «dokumentdeling» og «datadeling». Det skal innhentes erfaring fra deling av dokumenter og data i DIPS hos kommunale enheter (Jæren Øyeblikkelig hjelp, Sogn Lokalmedisinske Senter, Fjell sykehjem og legevakt i Bergen), og fra

²⁶ Hentet fra Nasjonal referansearkitektur for datadeling: <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/referansearkitektur-for-datadeling>

bruk av SAMPRO i sykehusenheter (Helse Førde). Det skal samtidig også innhentes vurdering av Kjernejournalens potensiale for samhandlingsformål.

6.3. Kostnader og investeringsvurdering

Overordnet vil det være stordriftsfordeler ved gjenbruk av kompetanse og tjenester, samt at felles finansiering ofte vil være *en forutsetning for å ta ut gevinster som fordeler seg på ulike virksomheter*.

Investeringene gjelder primært regionale og lokale behov, men også ibruktagelse av nasjonale e-helseløsninger. Om det siste sier Nasjonal helse- og sykehusplan:

«Beslutninger om investeringer i samhandlingsløsninger på kort og lengre sikt bør så langt som mulig være konsistente, slik at risikoen for feilinvesteringer reduseres. En sentral del av forprosjektet for Akson er derfor å vurdere mulig gjenbruk av eksisterende nasjonale e-helseløsninger. Forprosjektet avsluttes ved utgangen av 2019 og vil med denne rapporten som er planlagt ferdigstilt januar 2020, legge til rette for at det så raskt som mulig kan tas beslutninger om hvilke samhandlingsløsninger som skal brukes, både på kort og lang sikt, og hvor mye av dagens løsninger som kan gjenbrukes. Utvikling av samhandlingsløsningene, både dagens og fremtidige, krever uansett at nødvendige felleskomponenter og regelverk videreutvikles i de kommende årene, at helseregionene samordner moderniseringsarbeidet mer enn i dag, og at digitaliseringsarbeidet i kommunene styrkes».²⁷

I tråd med digitaliseringsrundskrivets prinsipp «Tenk stort – start smått», må prosjektet starte med egenfinansiering av kostnadene fra deltakende virksomheter, og gjennomføre det en på kort sikt kan klare innenfor egne rammer. Planleggingsfasen må gi innspill til en eventuell utvidelse.

6.4. Usikkerhet

Det foreligger stor usikkerhet både for trusler og muligheter med tanke på

- Finansiering
- Ressurser
- Koordinering ift. andre ehelse-satsinger
- Styringsstruktur²⁸
- Kapasitet hos leverandører
- Endringsevne hos helsepersonell²⁹

²⁷ Meld. St. 7 (2019–2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, kap. 8.4.1.

²⁸ F. eks styringstruktur som kan beslutte ENTEN å ta ut gevinster fra dagens løsninger og påbegynte investeringer ELLER legge i bero i påvente av nye planlagte løsninger.

²⁹ Det er ofte stor vilje til endring hvis de ser at endringer vil lette/bedre arbeidsprosessen, men stor uvilje om det ikke virker nyttig.

VEDLEGG: LESEVEILEDNING - PROSJEKTBEGRUNNELSE

Hva er en prosjektbegrunnelse?

Gjennom konseptvurderingen utredes ulike konsepter for å oppnå de overordnede målsetningene. Det mest fordelaktige konseptet danner grunnlaget for utarbeidelsen av en grov Prosjektbegrunnelse (business case) som benyttes i den videre styringen av prosjektet.

En prosjektbegrunnelse skal gi en begrunnelse for at det er hensiktsmessig/riktig å gjennomføre et prosjekt som involverer kostnader, gevinster, usikkerhet og tid. Gyldigheten av begrunnelsen blir vurdert kontinuerlig over prosjektets levetid.

Formål med prosjektbegrunnelsen

Formålet med prosjektbegrunnelsen er å skape en omforent forståelse av prosjektets berettigelse og forventning til prosjektets betydning for virksomheten. Dette som en del av beslutningsunderlaget for om prosjektet skal gjennomføres eller ikke.

Hvem utarbeider prosjektbegrunnelsen?

Ansvar for prosjektbegrunnelsen ligger hos prosjekteier. Som oftest er det leder av utredningsarbeidet i konseptfasen, eventuelt påtroppende prosjektleder, som utarbeider dokumentet, fortrinnsvis i samarbeid med prosjekteier.

Hvem mottar prosjektbegrunnelsen?

Prosjektbegrunnelsen mottas av prosjekteier og prosjektstyret som en del av styringsdokumentasjonen.

Når utarbeides prosjektbegrunnelsen?

Prosjektbegrunnelsen utarbeides i konseptfasen som en første grov versjon knyttet opp mot prosjektforslaget. Eventuelt i planleggingsfasen som en videreføring av nytte/kost-analysen i prosjektforslaget. Prosjektbegrunnelsen oppdateres etter behov ved hver faseovergang.

Med andre ord skal en overordnet begrunnelse (business case) ligge til grunn for BP2, og videre detaljeres i BP3. Prosjektbegrunnelsen skal oppdateres i prosjektgjennomføringen (BP4) gjennom kontinuerlig vurdering av gyldigheten av begrunnelsen i prosjektets levetid.

