



# Sluttrapport

## **Prosjekt: Felles modell for innføring og nettverk for e-helse i kommunal sektor**

*Hvordan legger til rette for innføring og økt bruk for nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging?*

16.02.2024

## Innhold

Sammendrag .....	3
1. Bakgrunn for prosjektet og organisering av arbeidet.....	6
2. Mål for arbeidet.....	9
3. Leveranser fra prosjektet.....	10
3.1 Felles innføringsløp for e-helse i kommunal sektor .....	10
3.2 Organisering av regionale nettverk for e-helse .....	11
4. Leveranseområde 1: Felles innføringsløp e-helse .....	11
4.1 Felles innføringsløp for e-helse i kommunal sektor.....	11
4.2 Forutsetninger for å lykkes med felles innføringsløp .....	15
4.3 Eksempler på felles innføringsløp.....	17
4.4 Innføring er ikke pålagt, selvstyretten består.....	20
5. Leveranseområde 2: Regional nettverksorganisering e-helse .....	21
5.1 Regional nettverksorganisering e-helse .....	21
5.2 Funksjoner i den regionale gruppen for e-helse i hver region .....	22
5.3 Arenaer for nasjonalt samarbeid, kompetanseheving og erfaringsdeling .....	23
6. Helseteknologiordningen .....	24
7. Finansiering av nettverksarbeidet .....	24
8. Realisering og veien videre.....	24
8.1 Etablering av regional gruppe e-helse 2024 (Leveranseområde 2).....	25
8.2 Realisere felles innføringsløp i 2024 (Leveranseområde 1).....	26
8.3 Overgangsfase inntil ny organisering er på plass .....	26
8.4 Felles samlinger og arenaer i 2024 .....	27
8.5 Evaluering og læring .....	27

## Sammendrag

Som en del av samarbeidsavtalen med Helse- og omsorgsdepartementet om utbredelse av nasjonale e-helseløsninger og som en del av rapporteringen på nasjonale tilskudd i 2023, ble KS i tilskuddsregelverket for innføring av e-helseløsninger i kommunene i 2023, gitt i oppdrag, sammen med Norsk helsenett SF (NHN), å foreslå en felles modell for innføringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. KS har med bakgrunn i dette gjennomført et utredningsarbeid og deretter et prosjekt som har utarbeidet og forankret forslag til modell for felles innføringsløp og faglig forankring innen digitalisering av helse og omsorgsområdet for kommunal sektor, med formål å foreslå ny regional organisering av nettverk innen e-helse. Forslagene er utviklet i samråd med NHN, drøftet med de aktuelle nettverkene<sup>1</sup> i kommunal sektor, direktoratet for e-helse og nasjonal rådsmodell. Gjennom samstyringsstrukturen for digitalisering og smart bruk av teknologi i kommunal sektor – med topplederorganet KommlIT som øverste rådgivende organ - har KS fått både anerkjennelse for en godt gjennomført og involverende prosess – men også bred støtte til modellen med tilhørende organisering og det videre arbeidet med dette.

### *Et felles arbeid for økt gjennomføringskraft innen digitalisering i helse og omsorg*

KS iverksatte våren 2023 en vurdering av status på nettverkene i dag opp mot utfordringsbildet fremover, der man vurderte organisering, formål, roller og ansvar, målgruppe, kompetanse, synergier, behov og forventninger. Et overordnet spørsmål i arbeidet var: hvordan bruke nettverkene på en hensiktsmessig og koordinert måte for å understøtte utbredelse og innføring på e-helseområdet i kommunal sektor.

Funnene fra arbeidet viste at etablerte nettverk bidrar positivt til innføring og utbredelse, men at det er behov for bedre samordning og koordinering fordi rolle- og ansvarsdeling mellom ulike nettverk både fremstår uklar og ukoordinert sett fra kommunenes side, men også fordi dette kan medføre unødvendig ressursbruk. I tillegg oppleves dagens modell som uforutsigbar for dem som avgir ressurser inn i arbeidet. Det er et sterkt behov for å sikre varig strukturer og finansiering for å sikre kontinuitet i arbeidet. I tillegg er det vesentlig å forsterke arbeidet i nettverkene for å bistå i større grad med forankring, endringsledelse og gevinstrealisering. I tillegg er det behov for å ivareta og videreutvikle kompetanse som kan understøtte høyere bruk samt vurdere og gjennomføre mer felles innføringsløp med flere kommuner.

Med bakgrunn i denne vurderingen, ble arbeidet videreført høsten 2023, med formål om å konkretisere en utbredelsesmodell og nettverk for innføring av nasjonale e-helseløsninger, digitale samhandlingsløsninger og velferdsteknologi. Det ble etablert et prosjekt i KS som sammen med en arbeidsgruppe med representanter fra de mest aktuelle nettverkene deltok aktivt i arbeidet og et styringsråd for rapportering av status og drøfting av sentrale problemstillinger.

Mål for arbeidet har vært:

- Raskere utbredelse og bedre bruk av helseteknologi<sup>2</sup>
- Benytte frikjøpte nettverksressurser mer effektivt og koordinert til både felles innføringsprosesser og relevant støtte til kommunene innen e-helseområdet
- Legge til rette for at de regionale nettverkene kan sikre forankring og beslutningsprosesser, som fremmer innføringsprosesser

---

<sup>1</sup> KS e-Komp, KS kommunenettverk for velferdsteknologi og DHO, KS fag- og prioriteringsutvalg e-helse og de regionale digitaliseringsnettverkene

<sup>2</sup> Helseteknologi: digitale samhandlingsløsninger, journalløsninger og velferdsteknologi, roboter, etc.

- Legge til rette for faglig forankring, erfaringsdeling og beste praksis som fremmer innovasjon, bærekraft og gevinstrealisering

Prosjektets anbefalinger er:

### 1. **Behov for felles innføringsløp for nasjonale e-helseløsninger, kommunale fellesløsninger og velferdsteknologi**

- a. Prosjektet har identifisert en innføringsmodell med tre ulike innføringsløp avhengig av løsning som skal innføres:
  - Felles nasjonale innføringsløp
  - Felles regionale innføringsløp
  - Delvis nasjonale innføringsløp
- b. Etablering av en nasjonal koordineringsgruppe for felles innføringsløp i kommunal sektor.

Prosjektet har identifisert ulike forutsetninger som må ivaretas for å lykkes med felles innføringsløp:

- Tydeliggjøre kriterier for når en løsning er klar til overgang fra utprøving til nasjonal innføring.
- Program/prosjekt må utarbeide felles materiell for å understøtte effektiv utbredelse og innføring.
- Prosjektet anbefaler at man jobber videre med tiltak, som sikrer helsefaglige vurderinger og faglig forsvarlighet av løsningene før nasjonal innføring igangsettes.
- Leverandørdialog og -styring, som bidrar til at fellesløsningene er tilrettelagt hos leverandørene.

### 2. **Utvikling av ny regional nettverksorganisering e-helse**

Etablering av en regional gruppe for e-helse i hver region, tilknyttet diginettverkene. Formålet er å samle kompetanse og ressurser, samt bedre koordinering og forankring ovenfor kommunene. Videre skal den regionale gruppen bidra til effektiv innføring av løsninger, i tråd med kommunal sektors portefølje og behov i regionen (helse- og oppvekstledere).

Forslaget innebærer å etablere en ny samordnet regional organisering innen e-helse, som skal ivareta følgende funksjoner:

- *Kontaktperson e-helse*: hovedansvar for forankring, koordinering og oversikt over behov og prioriteringer på e-helse i regionen
- *Innføringsleder(e)*: bidrar og kan lede regionale og nasjonale innføringsløp
- *Ressurspersoner e-helse*: Støtte i innføringsprosesser, erfaringsdeling, tjenesteutvikling og -innovasjon innen nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Samt noe støtte i mer driftsrelatert spørsmål.

### **Realisering i 2024**

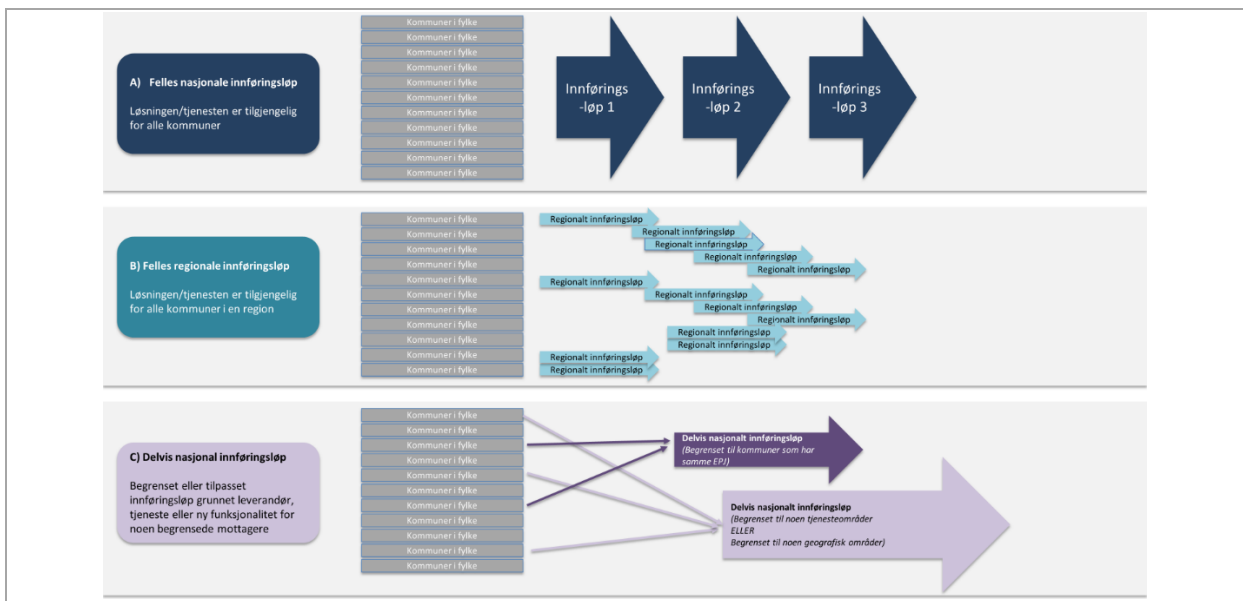
Arbeidet med å realisere forslaget vil skje i 2024. I tråd med de vedtatte felles prinsippene for utbredelse og samstyring på e-helseområdet i kommunal sektor, foreslås det at de regionale digitaliseringsnettverkene gjennom avtale med KS, får oppgaven med å etablere den nye regionale gruppen for e-helse, inklusive konkrete oppgaver for å støtte utbredelse og innføring av prioriterte eHelseområdet. Oppgavene finansieres gjennom nasjonale tilskuddsmidler og skal understøtte felles prioriteringer og ambisjoner i kommunal sektor.

Realiseringen vil skje gjennom noen felles føringer fra KS i samarbeid med nettverksressurser i regionen med kompetanse og erfaring på e-helseområdet. Prosjektet anbefaler at hver region, i en overgangsfase, etablerer gode prosesser som sikrer dialog og involvering med diginettverket, KS FPU

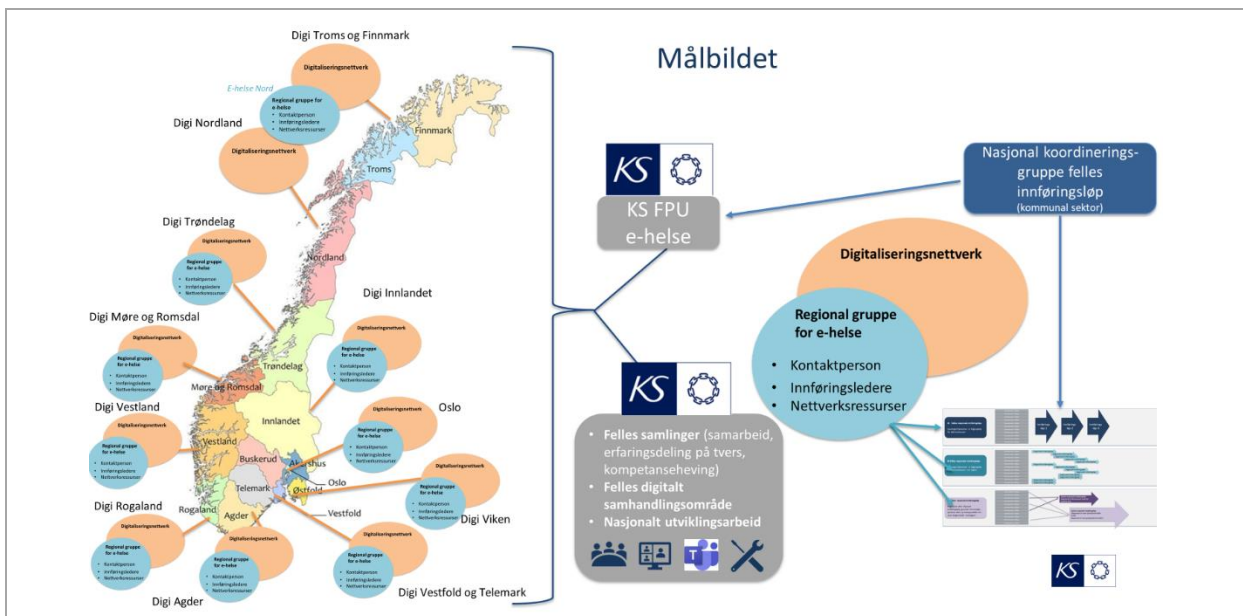
e-helse, KS e-Komp og KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Det er viktig at arbeidet sees i en tverrsektoriell sammenheng der erfaringer kan deles i fellesskap.

Inntil den nye modellen er på plass, videreføres frikjøp av ressurspersoner i nåværende KS e-Komp og KS Kommunenettnetket for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. KS vil følge opp med Diginettverkene hva dette betyr med hensyn til fordeling av midler sett opp mot ambisjonene i regionene.

Parallelt med dette realiseringsarbeidet, etableres den nasjonale koordineringsgruppen. Dermed kan det legges til rette for samordning av planer og igangsette noen utvalgte felles innføringsløp innen e-helse i kommunale sektor, med utgangspunkt i kommunal sektors portefølje. I tillegg vil den nye regional gruppe e-helse, kunne bidra til faglig utvikling på tvers av alle landets kommuner innen digitaliseringsområdet, og med utgangspunkt i helse og omsorgssektoren.



Figur 1 Visualisering av ny modell for felles innføringsløp e-helse i kommunal sektor



Figur 2 Visualisering av målbildet og sammenheng mellom ny organisering av nettverk e-helse, modell felles innføringsløp og kobling til KS Fag- og prioriteringsutvalg e-helse

# 1. Bakgrunn for prosjektet og organisering av arbeidet

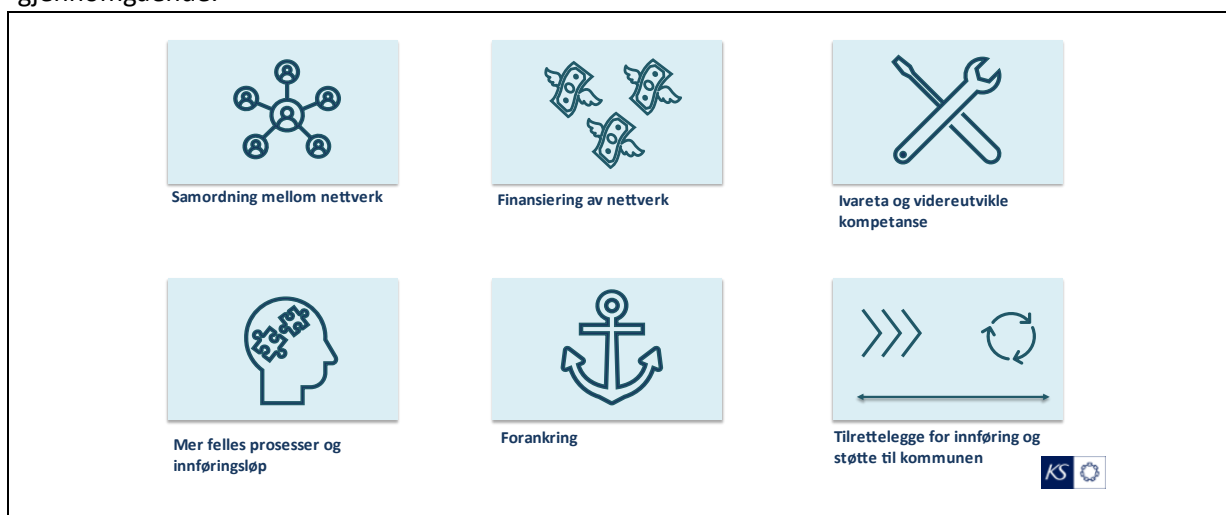
Gjennom samarbeidsavtalen med Helse- og omsorgsdepartementet om utbredelse av nasjonale e-helseløsninger og rapporteringen på nasjonale tilskudd i 2023, ble KS i tilskudsregelverket for innføring av e-helseløsninger i kommunene i 2023, gitt i oppdrag, sammen med Norsk helsenett SF (NHN), å foreslå en felles modell for innføringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget skulle også beskrive hvordan et slikt nettverk kunne støtte opp under helseteknologiordningen, som var utredet i regi av Direktoratet for e-helse.

Med bakgrunn i dette, iverksatte KS våren 2023 en vurdering av status for dagens nettverk knyttet til innføring av nasjonale e-helseløsninger og velferdsteknologi. Formålet var å undersøke erfaringer og status på disse nettverkene sett opp mot utfordringsbildet fremover. Områder som ble undersøkt, gjennom en rekke intervjuer med ulike informanter, var utfordringer, organisering, roller og ansvar, målgruppe, kompetanse, synergier og behov fremover.

Et sentralt spørsmål for arbeidet våren 2023 var: *Hvordan bruke nettverk og ressurser på en hensiktsmessig og koordinert måte for å understøtte innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger og helseteknologi i kommunal sektor?*

I vurderingen var det nettverkene KS e-Komp, KS Kommunenetttverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging og de regionale digitaliseringsnettverkene som var i hovedfokus. Vurderingen viste imidlertid at det er en rekke andre nettverk og aktører som også er relevante og har grenseflater til de tre nettverkene. Regionale helseledernetverkene, helsefelleskapene, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), Statsforvalter og ulike regionale IKT-samarbeid fremstod som særlig relevante for både samarbeid og koordinering.

Gjennom en rekke intervjuer og vurderinger av dagens nettverk, var det seks hovedfunn som var gjennomgående:



Figur 3 Utredningens seks hovedutfordringer

- **Det er behov for bedre samordning mellom dagens nettverk på e-helseområdet.** For kommunene er det krevende å forholde seg til en rekke ulike nettverk, med ulike prosesser, mandat og kontaktpunkter. Nettverkene selv opplever tidvis overlap og at de går i «beina på hverandre». For kommunene er det i tillegg viktig å forholde seg mer til e-helse i stort enn enkeltvis løsning og teknologier.
- **Ulike finansieringskilder for nettverkene og ulike rapporteringslinjer, gjør samordning krevende, samt behov for mer varig finansiering for å sikre kontinuitet i arbeidet.**

- **Kompetansen som finnes i nettverkene, er verdifull. De må ivaretas og videreutvikles.** Den er bygget over flere år, og den er ikke lett å erstatte. Samtidig er det også nye kompetanseområder og metoder som nettverkene trenger for å bedre kunne støtte kommunene på ibruktakelse av både nasjonale e-helseløsninger og velferdsteknologi.
- **Det er stort potensial for flere felles prosesser og innføringsløp.** Det vil ikke skalere dersom nettverkene primært jobber 1-1 med kommunene. Det er ikke nok kapasitet i nettverkene til dette og det vil ta lang tid. Det er derfor mye å vinne på å samle kommuner med like behov og jobbe mer samlet med både innføring, felles prosesser og støtte.
- **Forankring og eierskap til det som innføres og endringene er avgjørende. Forankring mangler flere steder i dag.** Alle er enig i at forankring hos helselederne og eierskapet i den enkelte kommune til det som innføres er avgjørende for å lykkes. Det er i dag ingen felles tydelig struktur for hvordan denne forankringen systematisk skal ivaretas og håndteres.
- **Det er behov for støtte til både innføring og kontinuerlig tjenesteutvikling.** Et verdifullt bidrag fra dagens nettverk handler om den kontinuerlige og mer behovsrettede støtten de gir til kommunene. Det er viktig med kapasitet som også støtter den kontinuerlige tjenesteutviklingen med helseteknologi. Det oppstår alltid behov og utfordringer i etterkant av en innføringsprosess. Muligheten fange opp behov som går igjen i flere kommuner nasjonalt og håndtere disse i fellesskap, er viktig.

I tillegg til disse utfordringene, er det en gjennomgående utfordring at det går for sakte å innføre og ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og moden velferdsteknologi.

Hovedfunn, utfordringsbildet og prinsipper for videre arbeid med å utvikle nettverkene ble forankret og fikk støtte i KommIT-rådet 10. mai 2023<sup>3</sup>. Et notat som oppsummerte arbeidet, dagens nettverk, funn, prinsipper for videre utvikling av nettverkene og viktige perspektiver fra KS ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 22. mai 2023<sup>4</sup>. Alle nettverkene har blitt presentert hovedfunnene fra arbeidet og fått muligheten til å diskutere og gi innspill på både funn og viktige grep i det videre utviklingsarbeidet.

Høsten 2023 ble det igangsatt et arbeid som skulle utarbeide konkrete forslag til endringer å løse utfordringene som var blitt identifisert. *Hvordan legger til rette for innføring og økt bruk for nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging?* I den forbindelse ble det opprettet et prosjekt i avdeling e-helse i KS og en arbeidsgruppe med representanter fra de mest sentrale nettverkene og NHN, som sammen skulle utarbeide forslag. I tillegg ble det opprettet et styringsråd som skulle følge prosjektet og gi råd underveis. Figur 4 viser organiseringen av prosjektet.

---

<sup>3</sup> <https://opengov.360online.com/Meetings/KS/File/Details/246848.PDF?fileName=Vurdering%20av%20nettverk%20p%C3%A5%20e-helseomr%C3%A5det&fileSize=117024>

<sup>4</sup> Notat følger som vedlegg til rapporten



Figur 4 Organiseringen av prosjektet høsten 2023

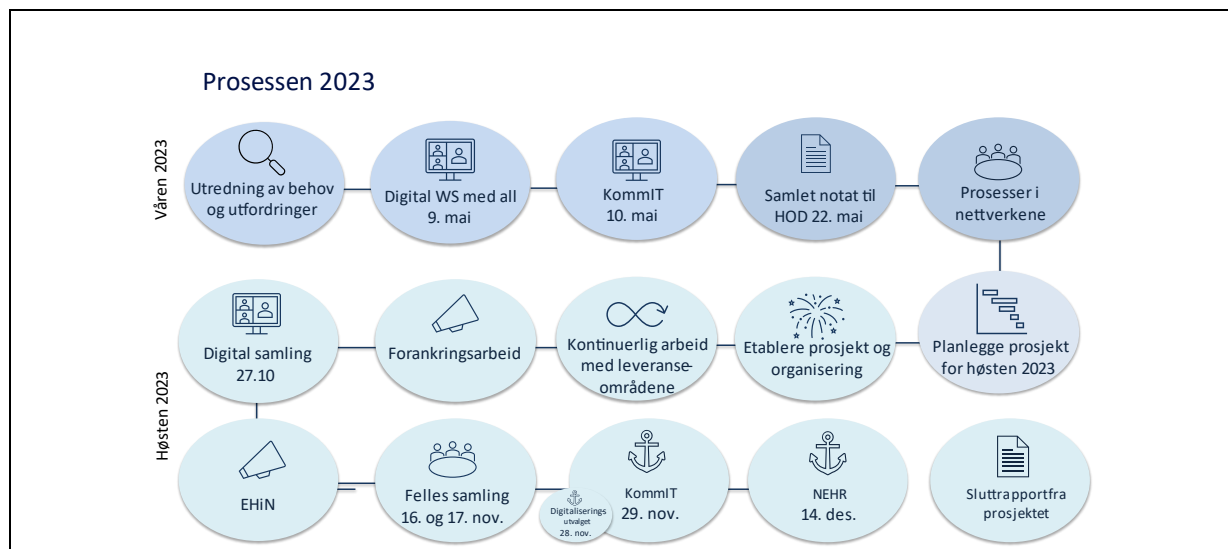
Arbeidsgruppen har hatt møter ca. annen hver uke, gjennom høsten, for å diskutere og videreutvikle konkrete forslag innen de to leveranseområdene for prosjektet. 27. oktober presenterte arbeidsgruppen et utkast, i en digital workshop, der KS e-Komp nettverket, KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, de regionale digitaliseringsnettverkene og representantene i KS Fag- og prioriteringsutvalg e-helse ble invitert og fikk mulighet til å gi innspill. Videre ble disse nettverkene invitert til en fysisk samling 16. og 17. november, der oppdatert forslag fra prosjektet ble presentert. Nettverkene satt sammen regionsvis, og diskuterte hvordan realisering kan gjøres og hva som blir viktig i deres region. Kort oppsummert var nettverksressursene ved begge disse anledningene positive til endrings-forslagene. De understreket samtidig viktigheten av læring og justering underveis, tydelighet rundt rammer for styring, samt forutsigbare rammer for ressurspersonene som skal bidra og jobbe i de nye strukturene fremover.

I tillegg til disse storsamlingene, har det blitt gjennomført en rekke forankrings- og innspillmøter med ulike aktører og interessenter i løpet av høsten. Herunder:

- Helse- og omsorgsdepartementet
- Digitaliseringsutvalget KS
- KommIT-rådet
- Digitaliseringsnettverkene - lederne
- KS Agder
- Direktoratet for e-helse
- Helsedirektoratet
- HelseNord
- KDU Troms og Finnmark
- EPJ-løftet
- NUIT
- Leverandørmøte
- Programstyret Pasientens legemiddelliste (PLL)
- Nasjonal rådsmodell for e-helse
- Den norske legeföreningen
- Norsk sykepleierforbund
- Presentasjon på ulike konferanse, som EHiN m.fl.



Prosjektets arbeid og hovedanbefalinger har blitt forankret i den kommunale samstyingsstrukturen for digitalisering og smart bruk av teknologi og i sentrale nasjonale fora. Den sammenhengende prosessen fra utredningen våren 2023 og frem til utarbeidelsen av sluttrapporten med de konkrete anbefalinger fra prosjektet, er visualisert i figuren nedenfor.



Figur 5 Dialog- og forankringsprosessen

## 2. Mål for arbeidet

En av hovedutfordringene med dagens situasjon er at innføringen og bruk av både nasjonale e-helseløsninger og det som er definert som «moden» velferdsteknologi<sup>5</sup> går for sakte. Det tar for lang tid før løsningene er innført i flere kommuner, løsningene blir ikke tatt i bruk og bruken er lav flere steder. Den nylig gjennomførte effektstudien for kjernejournal i sykehjem og hjemmetjenesten<sup>6</sup> tydeliggjør at *tilgjengeliggjort* ikke er det samme som *nyttiggjort*. Det er helt vesentlig at de nasjonale e-helseløsningene og velferdsteknologi understøtter kommunenes behov og at det legges til rette for god opplæring og støtte til gevinstrealisering.

På velferdsteknologiområdet har flere kommuner utfordringer med å skalere teknologiene de har testet ut. Utfordringen for mange kommuner er å komme ut av «pilotfasen». Velferdsteknologi er sektorovergrep og innebærer en rekke nye oppgaver som må håndteres av flere dersom det skal fungere i drift. Det krever at man jobber godt med å fordele roller, ansvar, oppgaver, rutiner samt tilpasser prosesser og organisering i egen organisasjon. Flere kommuner har behov for støtte til innføring av velferdsteknologi, da det medfører endring i arbeidsprosesser, organisering og tjenesteforløp. Formålet med innføring av velferdsteknologi er blant annet å øke trygghet og mestring hos innbygger og øke omsorgskapasitetene i tjenestene. Teknologien må i hovedsak forenkle og forbedre helsepersonellens hverdag, og bidra til å opprettholde (eller forbedre) tjenestenivå med færre helsepersonell.

En annen utfordring, er det krevende interessentkartet med mange nettverk og aktører som kommunene må forholde seg til. Det er gode intensjoner og ambisjoner i alle nettverkene, men mottaksevnen til kommunene er begrenset og dermed ikke mulig å delta i alle aktiviteter og initiativer som de ulike nettverkene har. Når nettverkene og ressursene ikke er koordinerte og samkjørte,

<sup>5</sup> Eksempelvis elektronisk medisineringsstøtte, GPS- og sporingsteknologi, trygghetsalarmer, digitalt tilsyn

<sup>6</sup> <https://www.ks.no/contentassets/0c5d1dd8eaa04bb49f8b32f692811988/Effektstudie-Kjernejournal-versjon-til-publiserings.pdf>

mandater overlapper og måten man jobber på er ulik, blir det i sum en krevende situasjon for alle parter, både kommunene og de frikjøpte nettverksressursene. I dagens nettverk på e-helseområdet er det mye kompetanse og mange dyktige personer. Utredningen våren 2023 viser likevel at nettverksressursene bør brukes mer koordinert og samordnet.

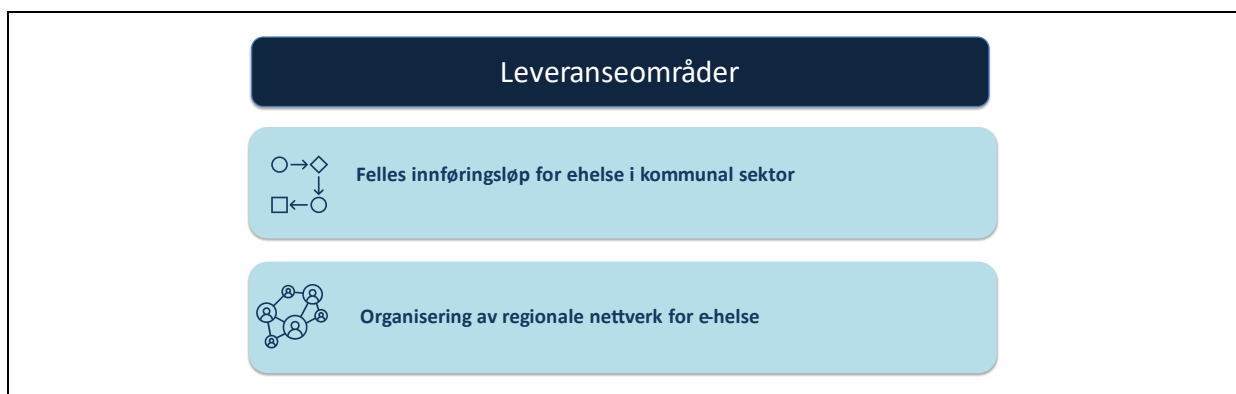
Tre overordnede mål for prosjektet har derfor vært å legge til rette for:

- raskere utbredelse og bedre ressursbruk
- å benytte frikjøpte nettverksressurser mer effektivt og koordinert til både felles innføringsprosesser og relevant støtte til kommunene innen e-helse
- å legge til rette for at de regionale nettverkene kan sikre forankring og beslutningsprosesser, som fremmer innføringsprosesser

I tillegg var det viktig å finne en struktur som hensyntar felles innretning til faglig utvikling i form av beste praksis, veiledning, opplæring og erfaringsdeling.

### 3. Leveranser fra prosjektet

Det ble definert to arbeidsspørsmål som prosjektet skulle fokusere på. Det ene arbeidsspørsmålet handler om å utvikle *en generisk modell for felles innføringsløp*, som kan sikre en bedre overgang fra prosjekt/program til konkret nasjonal utbredelse og innføring i den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Det andre arbeidsspørsmålet handler om *organiseringen av nettverk for e-helseområdet* i kommunal sektor og deres kobling til felles innføringsløp. I arbeid med ny organiseringen av nettverk for e-helse var utfordringsbildet som ble avdekket våren 2023 viktige innspill.



Figur 6 Prosjektets leveranseområder

#### 3.1 Felles innføringsløp for e-helse i kommunal sektor

Dette arbeidsspørsmålet handler om hvordan gå fra program-/prosjektfase, hvor en nasjonal løsning har blitt utviklet og utprøvd, deretter blitt definert som «klar» for nasjonal utbredelse, til en vellykket innføring i flere kommuner. Vellykket innføring betyr her at løsningen både har blitt *teknisk innført og tatt i bruk, ikke minst at det legges til rette for gevinstrealisering i virksomhetenes tjenesteytelse*. Videre hvordan overgangen fra innføring til mer kontinuerlig drift og videreutvikling kan håndteres.

En forutsetning for å lykkes med felles innføringsløp, er etablering av tydelige felles kriterier for når et produkt/løsning går over fra nasjonalt program/prosjekt og til nasjonal utbredelse i kommunene, og hva som må følge med løsningen (eksempelvis. veilednings- og opplæringsmateriell) slik at utbredelsen skal bli så effektiv som mulig.

En utfordring i dag, er at løsningene som innføres ikke er ferdige, før man begynner en stor innføring. De er heller ikke nødvendigvis tilpasset kommunenes behov, eller utviklet på kommunenes premisser. I tillegg har leverandørene ikke gjort sine eventuelle tilpasninger eller ferdigstilt utviklingsarbeidet. Det skaper plunder og heft, og legger ikke til rette for gevinstrealisering. Både i det konkrete innføringsløpet og muligheten for å kjøre felles innføringsløp med flere kommuner. I tillegg ferdigstilles det for lite av felles maler og støttemateriell (for eksempel ROS, DPIA, gevinstanalyser, gevinstindikatorer, opplæring, etc.) i prosjekt- og utprøvningsfasen, som kan overleveres og gjenbrukes i en nasjonal innføring.

### 3.2 Organisering av regionale nettverk for e-helse

Dette arbeidssporet handler om hvordan samordne og videreutvikle nettverkene, slik at de kan understøtte felles innføringsløp, felles prosesser, råd og støtte til kommunene på e-helseområdet best mulig. Prosjektet har blant annet sett på endringer knyttet til organisering og strukturer for å løse utfordringene for dagens nettverk, og understøtte flere felles innføringsløp, erfaringsdeling, beste praksis, veiledning, opplæring og samarbeid på tvers av regioner.

## 4. Leveranseområde 1: Felles innføringsløp e-helse

### Prosjektets hovedanbefalinger knyttet til felles innføringsløp på e-helseområdet for kommunal sektor:

- Ved innføring av nasjonale e-helseløsninger, anbefales det en modell der **tre typer innføringsløp** må vurderes:
  - A) Felles nasjonale innføringsløp
  - B) Felles regionale innføringsløp
  - C) Delvis nasjonale innføringsløp
- Disse tre hovedtypene innføringsløp må testes ut for læring og eventuelle justeringer i 2024
- Det må etableres en **nasjonal koordineringsgruppe for felles innføringsløp** i kommunal sektor, bestående av representanter fra:
  - KS
  - Nasjonal tjenesteleverandør/Norsk helsenett SF
  - Representanter fra regionale gruppe e-helse
  - Øvrige representanter avhengig av behov/løsning
- **Forutsetninger for å lykkes med felles innføringsløp** som prosjektet har pekt på:
  - Planlegging av felles innføringsløp må starte allerede i program-/prosjektfasen
  - Det må etableres **kriterier**, som tydeliggjør når en løsning er klar for overgang fra utprøving til nasjonal innføring og utbredelse.
  - Program/prosjekt må utarbeide **felles materiell** for å understøtte effektiv utbredelse og innføring.
  - Prosjektet anbefaler at man jobber videre med tiltak som sikrer **helsefaglige vurderinger og faglig forsvarlighet i løsningene** før nasjonal innføring igangsettes.

### 4.1 Felles innføringsløp for e-helse i kommunal sektor

Prosjektet har gjennom en rekke innspill, erfaringer fra ulike regioner og dagens nettverksressurser sett behovet for mer felles, koordinerte innføringsløp for kommuner. Dette vil kunne bidra til raskere

innføring og mer effektiv bruk av ressurspersoner som leder og støtter innføringsprosesser. Det skalerer ikke dersom de få ressurspersonene som er frikjøpt for å støtte kommunene, bistår med innføring enkeltvis i hver kommunene. Førstevalget bør være å hjelpe flere kommuner samtidig i fellesløp, og deretter hjelpe de kommunene som av ulike grunner kanskje trenger mer skreddersøm og tettere støtte i innføringsarbeidet. For kommunene vil det å delta i felles innføringsløp, over tid, også skape gode rammer for erfaringsdeling og samarbeid mellom kommunene som kan fortsette etter at det «formelle» innføringsløpet er gjennomført.

Ved innføring av nasjonale e-helseløsninger anbefaler derfor prosjektet at det planlegges for felles innføringsløp i kommunal sektor. Ettersom løsningene som skal innføres vil være ulike, foreslås det en modell med tre ulike typer felles innføringsløp som vurderes ved nasjonal innføring (se illustrasjon i figur 3). Hvilket innføringsløp som vil være mest hensiktsmessig, vil avhenge av ulike faktorer og velges fra case til case. Sentrale vurderingskriterier vil kunne være:

- Er løsningen klar til nasjonal innføring eller bare en begrenset innføring noen steder?
- Er løsningene tilpasset kommunenes behov og er gevinster og effekter godt dokumentert?
- Er det en samtidighet mellom ulike aktører, som er viktig å hensynta?
- Hvordan er kompetansen og tilgjengelig kapasitet hos sentrale aktører til innføring?
- Er det leverandørvhengigheter som bør hensyntas?

#### **En nasjonal koordineringsgruppe for felles innføringsløp i kommunal sektor**

Dersom dette skal fungere, er det behov for én nasjonal koordineringsgruppe for felles innføringsløp i kommunal sektor. Gruppen bør bestå av blant annet representanter fra KS, NHN og regionene som ivaretar planleggingen og koordineringen av de felles innføringsløpene. Gruppen bør koordinere og samarbeide med «avgivende» program/prosjekt. Det er videre viktig at program/prosjekt også følger med på innføringsløpene og kan understøtte der det er behov og motta læring og tilbakemeldinger som kan være viktig inn i det videre programarbeidet/prosjektarbeidet.

Også innenfor området velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging vil den nasjonale koordineringsgruppen ta en rolle i forbindelse med utbredelse av nasjonale velferdsteknologi-komponenter som VKP samt ved skalering og felles innføringsløp der flere kommuner har behov for innføring av felles løsninger eller teknologi.

Den nasjonale koordineringsgruppen for felles innføringsløp må også legge til rette for evaluering av de enkelte innføringsløpene, som sikrer at erfaring, læring og tilbakemeldinger fra de gjennomførte innføringsløpene bidrar til forbedring og videreutvikling av nye, fremtidige innføringsløp. Når man har vurdert hvilke innføringsløp som vil være egnet for de ulike løsningene, begynner en detaljplanlegging av disse og kommunene får både informasjon og inviteres til å delta/melde seg på aktuelle innføringsløp.

#### **En modell for felles innføringsløp e-helse i kommunal sektor**

Prosjektet anbefaler en modell bestående av tre typer innføringsløp som bør vurderes for nasjonal utbredelse/innføring av løsninger på e-helseområdet:

##### **a) Felles nasjonale innføringsløp:**

Løsningen/tjenesten er tilrettelagt og klar for innføring i alle kommuner. Det planlegges og gjennomføres felles nasjonale innføringsløp på tvers av regioner i flere puljer og der de fleste aktiviteter gjennomføres digitalt. Kommunene får informasjon om kommende innføringsløp, forutsetninger for deltakelse og beslutter deretter om de vil delta og hvilke pulje de ønsker å delta i. Kommunene som deltar, vil få støtte og bistand i innføring av den aktuelle nasjonale e-

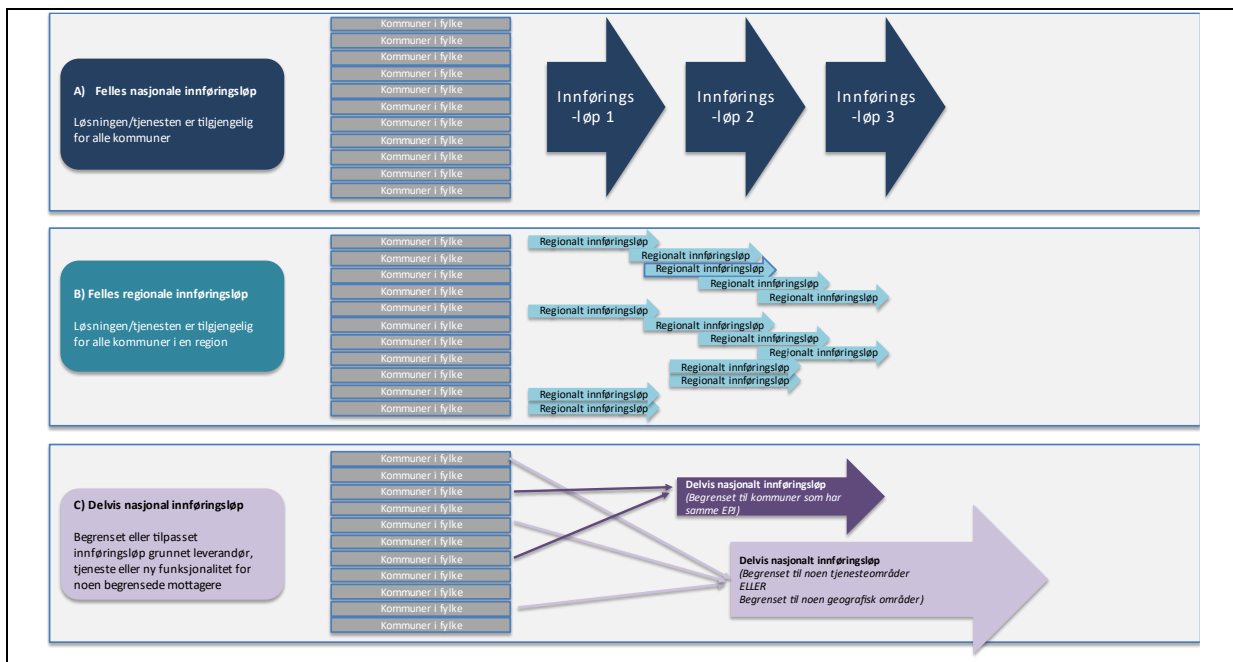
helseløsningen fra en nasjonal innføringsleder og deltar i innføringsløpet sammen med andre kommuner som har meldt seg på den aktuelle innføringsprosessen. Kommuner kan delta på tvers av regioner og den største delen av aktivitetene og prosessene vil gjennomføres digitalt.

**b) Felles regionale innføringsløp:**

Løsningen/tjenesten anbefales innført regionalt (fylke eller helseregion), fordi krav om samtidighet eller andre behov tilsier at et regionalt innføringsløp vil være mest hensiktsmessig. Kommunene får informasjon om det kommende regionale innføringsløpet, hva deltakelse krever, hva det betyr dersom man ikke deltar og beslutter deretter sin deltakelse. Kommunene i regionen/fylket som er påmeldt innføringsløpet får da støtte og bistand i innføring av den aktuelle nasjonale e-helseløsningen eller velferdsteknologien, fra en regional innføringsleder og støtteresurser. De deltar i felles innføringsløp sammen med andre kommuner og aktører i sin region.

**c) Delvis nasjonale innføringsløp:**

Dette innføringsløpet egner seg, dersom e-helseløsningen og/eller leverandører ikke er komplett. Et delvis eller begrenset innføringsløp kan være relevant, dersom leverandør, tjeneste eller ny funksjonalitet er tilgjengelig for et begrenset antall mottagere. På tross av at løsningen ikke er tilgjengelig for alle, ønsker man her likevel å gjøre en begrenset bredding av løsningen, da det vil gi nytte for de mottagerne som kan ta løsningen i bruk. Kommunene som kan delta i en begrenset bredding får informasjon om innføringsprosessen, hva deltakelse innebærer og tar deretter beslutning om deltakelse. I dette innføringsløpet er kommunikasjon spesielt viktig, slik at man forstår hvilke kommuner og aktører løsningen er tilgjengelig for. Det blir også svært viktig å sikre at løsningen videreutvikles, slik at den blir tilgjengelig og kan breddes til alle kommuner. Det må enten prosjekt/program og/eller nasjonal tjenesteleverandør ivareta.



Figur 7 Modell for tre ulike felles innføringsløp

Etter valgt innføringsløp (A, B eller C) for de aktuelle løsningene og overordnet planlegging av disse, inviteres kommunene til å ta en beslutning om hvilke løp som er aktuelle for dem å delta i. For at

kommunen skal kunne ta en god og informert avgjørelse, er det viktig at det fremkommer tydelig hva som må være på plass før innføringsløpet starter opp, hva en innføring vil kreve av kostnader og kapasitet i organisasjonen, hvilke ressurser kommunene må stille med i innføringsløpet og hva eventuelle konsekvensene av å ikke bli med på et felles innføringsløp vil kunne være.

### **Lokalt eierskap til teknologi som innføres**

Ved innføring av helseteknologiløsninger<sup>7</sup>, er det viktig med lokalt eierskap til teknologien som skal innføres. For å lykkes med endringsprosesser og gevinstrealisering på e-helseområdet, er det viktig med god lederforankring hos helseledere. Innføringsløpene må derfor vektlegge hva det vil kreve av kommunene og ledelsen i både innføringsfasen og etter innføringen, og bidra med faglig veiledning og materiell i hele innføringsprosessen.

### **Gjennomføringsfasen av innføringsløpene**

I selve gjennomføringsfasen av felles innføringsløp må det tilrettelegges for løpende støtte, erfaringsdeling, oppfølging av status på bruk og samarbeid mellom kommunene. Erfaringer fra tidligere innføringsløp, viser at det er viktig å ikke «slippe» kommunene for tidlig. Det tar tid før endringer er på plass og fokus på bruk over tid er viktig. Tilnærmingen i gjennomføringsfasen vil være at man fasiliteterer noen felles prosesser og opplæring knyttet til utvalgte områder som er relevant for den aktuelle løsningen som innføres sammen med kommunene. Deretter må kommunene selv gjøre en jobb lokalt i egen kommune for å sikre både eierskap til det som innføres og at de får de nødvendige tilpasningen de trenger.

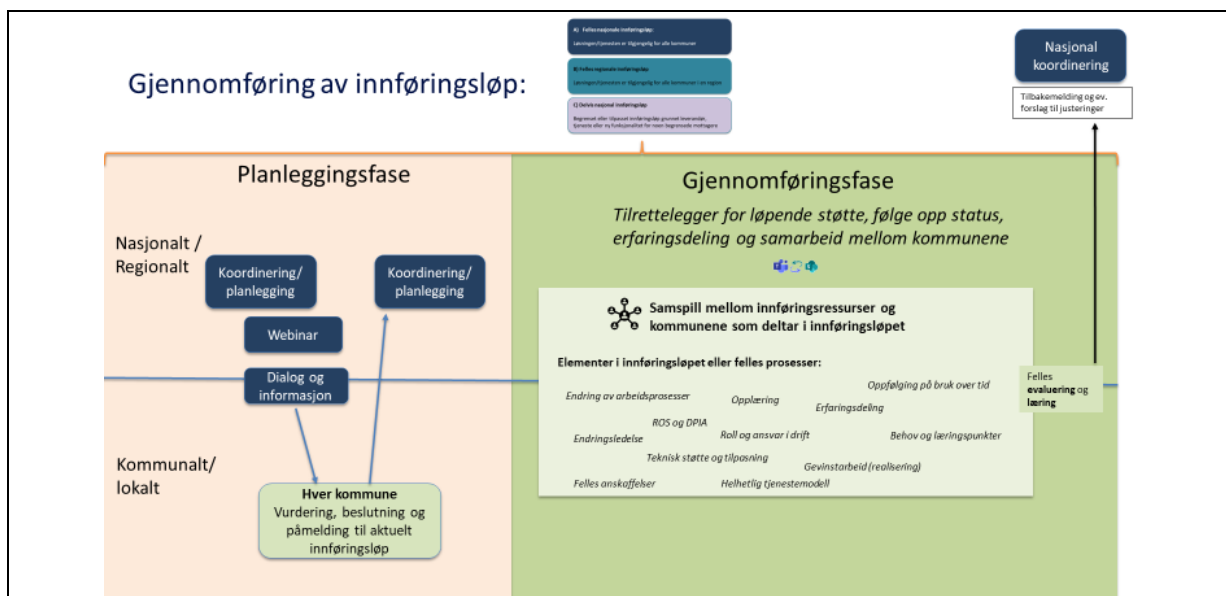
Eksempler på områder som det kan være aktuelt å ha felles prosesser og opplæring i:

- Gevinstarbeid (maler og analyser fra program-/prosjektfasen)
- Felles mal og opplæring i ROS og DPIA (utarbeidet i program-/prosjektfasen) Endringer i arbeidsprosesser,
- Endringsledelse
- Helhetlig tjenestemodell
- Støtte ved anskaffelser (ved velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging og EPJ)
- Leverandørdialog- og samarbeid
- Teknisk støtte og tilrettelegging
- Opplæring og trening i ny løsning og funksjonalitet
- Erfaringsdeling
- Overgang til drift
- Oppfølging av bruk over tid
- Felles evaluering og tilbakemelding på hele innføringsløpet, som deles med nasjonal koordineringsgruppe

Når det gjelder opplæring er det viktig å ha god dialog med leverandørene av de ulike løsningene og avklare hva de kan bidra med av støtte, materiell og gjennomføring av opplæring. For flere av de nasjonale e-helseløsningene er det eksempelvis endringer i særlig EPJ-systemene som tjenestene forholder seg til og vil ha behov for opplæring og støtte i, når disse endres. Det er viktig å se nærmere på hvordan skape en felles leverandørdialog som sikrer felles prioritering i tråd med kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet med tilhørende portefølje.

---

<sup>7</sup> Nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging, journalløsninger, ny funksjonalitet i journalløsninger, roboter, etc.



Figur 8 Enkel visualisering av sammenheng med planleggingsfase og gjennomføringsfase for felles innføringsløp der ulike elementer kan inngå for å understøtte innføring og ibruktakelse i kommunene.

Hvilke elementer som bør være med i det aktuelle felles innføringsløpet vil som nevnt påvirkes av hva som innføres. Dersom det primært er en utvidet funksjonalitet i en eksisterende løsning som innføres, vil selve innføringsløpet og elementene man fokuserer på, kunne være mindre omfattende enn f.eks. innføring av Pasientens legemiddelliste (PLL), Kjernejournal (KJ) eller ulik type velferdsteknologi. Ulike målgrupper fra kommunen bør inviteres på ulike temaer som det jobbes med i innføringsløpet. Det er eksempelvis viktig at mellomledere involveres og forstår hvilke endringer løsningene vil innebære for de ansatte og hvilket ansvar de har for endringsledelse og deres rolle i gevinstrealiseringsarbeidet, ikke minst hvilke støtte de kan få i dette viktige arbeidet.

#### 4.2 Forutsetninger for å lykkes med felles innføringsløp

Gjennom høstens arbeid har prosjektet identifisert flere forutsetninger i utviklings- og utprøvningsfasen (nasjonalt program/prosjekt) som må ivaretas for å lykkes med felles innføringsløp. Ettersom prosjektets mandat har vært innføring og organisering av nettverk, har ikke prosjektet gått i dybden på forutsetningene som ivaretas i program-/prosjektfasen. I det følgende vil noen sentrale områder og forutsetningene som prosjektet har avdekket trekkes frem, slik som:

- Kriterier for «Klar til bruk»
- Helsefaglig vurdering av løsninger
- Leverandørstyring- og dialog

Prosjektet presiserer at disse forutsetningene må håndteres, for å tilrettelegge for effektive felles innføringsløp.

#### Kriterier for «Klar til bruk»

Prosjektet anbefaler en tydeliggjøring av hva som skal til, før man går over til nasjonal innføring. Det bør utarbeides en liste på kriterier som må være oppfylt før man går til neste fase, som vil være felles innføringsløp (A, B eller C). KS har begynt arbeidet med å lage kriterier, som skal forankres med relevante aktører og i samstyringsstrukturen for e-helse, som tydeliggjør overgangen til innføring basert på en vurdering av om løsningene er tilpasset kommunenes behov, på kommunenes premisser. Når kriteriene er på plass, er det viktig at de kommuniseres tydelig tidlig i program-/prosjektfasen.

Dermed kan programmet/prosjektet basere arbeidet sitt opp mot kriteriene, og de har forutsigbarhet rundt hvilke kriterier leveransene vil bli vurdert opp mot ved en overgang til nasjonal innføring.

En innføring av nasjonale e-helseløsninger og velferdsteknologi krever mye mer enn bare en teknisk løsning som fungerer. En hovedutfordring i dag er at løsningene ikke er godt nok tilpasset kommunenes behov eller utviklet i tråd med kommunenes premisser. I tillegg er implementering, bruk og endringen av måten man jobber på, som er krevende for mange kommuner. I dag overleveres det for lite felles og gjennomarbeidede maler og materiell fra program-/prosjekt-fasen som kan understøtte kommunene i innføringsprosessen. Eksempelvis delvis utfylte maler for ROS, DPIA, gevinstanalyser, opplæringsmateriell, eksempler på endringer i arbeidsprosesser, informasjonsmateriell, etc. Det er lite effektivt dersom alle skal lage egne maler for eksempelvis ROS og DPIA, store gevinstanalyser, opplærings- og informasjonsmateriell. Det er derfor prosjektets klare anbefaling at utarbeidelse av slikt materiell bør skje i program-/prosjektfasen, i samarbeid med utprøvningskommunene, og som gjøres tilgjengelig for innføringsnettverkene.

Materiellet som utarbeides må tilgjengeliggjøres for de felles innføringsløpene, og det må forvaltes og oppdateres av en nasjonal aktør, eksempelvis NHN, Helsedirektoratet, KS eller programmet/prosjektet (så lenge det pågår).

### **Behov for helsefaglig vurdering av løsninger før felles innføring**

Prosjektet har drøftet behovet for etablering av en uavhengig gruppe med klinisk, helsefaglig og administrativ kompetanse, som kan bistå med å vurdere om en løsning er klar for nasjonal innføring for kommunal sektor. Prosjektet har fått tydelig innspill på at det i dag er behov for en bedre vurdering om løsningene er helsefaglig forsvarlig før de går videre til felles innføring. Gjennom samarbeid tidlig i utviklingsfasen, må aktørene bli enige om en felles forståelse av kriterier, faglig krav og mål for løsningen, som prosjektet/program må hensynta.

Når man skal beslutte om løsninger er klare for nasjonal innføring, må det være trygghet for at løsningene har tilstrekkelig kvalitet, dekker kommunenes behov og ikke innehar store feil og mangler for kommunal sektor. Det gjøres helsefaglige vurderinger i de ulike prosjektene i dag, men dette gjøres primært som en ekstern kvalitetssikring ved slutføringen av prosjektet. Prosjektet anbefaler derfor at det jobbes videre med denne problemstillingen, for å finne gode tiltak på hvordan sikre at løsningene er faglig forsvarlige før de innføres i tjenestene.

### **Leverandørstyring og – dialog**

God dialog og leverandørstyring er viktig både innen nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Det er i dag en utfordring at det er mange som har dialog med leverandørene, og for leverandørene bli det uklart hvem de bør forholde seg til og hvilke prioriteringer leverandørene bør gjøre knyttet til tilpasninger og videreutvikling av sine løsninger. Det pågår et arbeid i regi av KS der man ser på strategisk leverandørdialog fremover, som sees opp mot kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet med tilhørende portefølje. Prosjektet har derfor ikke gått dypt inn i hvordan leverandørstyringen og -dialogen bør være, men har følgende innspill til det pågående arbeidet til KS og andre nasjonale aktører:

- Det er viktig at involveringen av leverandørene gjøres tidlig og at alle relevante leverandører får god informasjon underveis i både utviklingsarbeidet og utprøvingen
- Det er uheldig dersom leverandørene kobles på for sent i utviklingsarbeidet, eller bare noen få er involvert og informert



Det er uheldig dersom hver enkelt kommune ender opp med å forhandle alene med sine leverandører. Her vil det være en stor fordel om kommunene i større grad står sammen og gjennomfører felles leverandørdialog

### **Forvaltningsmodell**

Det er videre viktig å avklare hvordan forvaltningsmodellen for særlig nasjonale e-helseløsninger skal være. Her er roller, ansvar og finansiering viktig å avklare. Hvordan skal prosessene for å sikre en systematisk oversikt over behov fra tjenestene og hvordan skal prioriteringer gjøres? Ikke minst er det viktig å avklare finansieringskilder for videre utvikling av de nasjonale e-helseløsningene, basert på kommunal sektors samlede behov.

### 4.3 Eksempler på felles innføringsløp

For å eksemplifisere modellen med felles innføringsløp, har prosjektet tatt utgangspunkt i noen utvalgte løsninger som kan egne seg for de ulike felles innføringsløpene (A, B, C). Noen av løsningene kan være aktuelle innenfor flere av innføringsløpene. Hensikten med eksemplene er å vise overordnet hvordan de ulike innføringsløpene vil kunne gjennomføres og samspillet med ny nasjonal koordineringsgruppe i innføringsløpene.

### **A. Felles nasjonalt innføringsløp**

#### **Løsning: Kjernejournal (KJ)**

#### **Hvorfor er dette felles innføringsløpet egnet?**

Det er flere løsninger som i dag ligger som «Klart til bruk» i kommunal sektors portefølje og kunne egnet seg godt for felles nasjonale innføringsløp. For å konkretisere dette innføringsløpet har prosjektet valgt Kjernejournal (KJ), som flere regioner allerede har erfaring med felles regionale innføringsløp på.

KJ er en viktig grunnsten for andre nasjonale e-helseløsningene som skal innføres, for eksempel Pasientens legemiddelliste. KJ er «teknisk innført» i ca. 263 kommuner på tvers av regioner<sup>8</sup>. Ambisjonen er 356. Å igangsette felles innføringsløp for de 93 resterende kommunene er viktig. Det vil være mest effektivt å samle disse kommunene fremfor å kjøre innføringsløp for KJ i hver region med en liten gruppe. I tillegg kan det være behov for mer felles prosesser for å øke bruken av KJ i flere kommuner.

#### **Forslag til prosess:**

Første steg vil være at Nasjonal koordineringsgruppe etablerer en arbeidsgruppe for å planlegge et felles nasjonalt innføringsløp og utpeker en nasjonal innføringsleder. Arbeidsgruppen bør blant annet bestå av representanter fra regioner som har gjennomført felles innføringsløp på KJ og representanter fra regioner som har liten utbredelse av KJ. I tillegg bør relevante representanter fra NHN og KS med erfaring på KJ delta.

Arbeidsgruppen bør begynne med å få oversikt over de 93 kommunene som ikke har innført KJ og undersøke med kontaktpersonene i regionene om de har noe innsikt i *hvorfor* disse kommunene ikke har innført kjernejournal. Her kan det være viktige innspill til hvordan man bør tilpasse det nasjonale innføringsløpet for å sikre at det treffer for disse kommunene. Arbeidsgruppen detaljerer innføringsløpene med tidslinje og relevante aktiviteter og prosesser, der felles materiell gjenbrukes og

8

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOWYzNmM2YtMDM3NC00ZjQ0LTk5M2EtZTNhMWZiZU3NzdmliwidCI6ImUzZGFjNGZlLTliMGItNGY0MS04NjZlLTkzOTJkMGQ1NjZkYyIsImMiOiJh9&pageName=ReportSection01fc6e892e65924da4c0>

ev. videreutvikles (eksempelvis: informasjonsmateriell om KJ, gevinstanalyser, maler for ROS og DPIA, opplæringsmateriell, etc.). De aktuelle kommunene bør få informasjon om planleggingen av innføringsløpet, slik at de kan forberede seg på deltakelse.

Arbeidsgruppen deler forslaget over detaljert innføringsløp med nasjonal koordineringsgruppe, for å sikre koordinering med andre pågående innføringsløp og ev. felles kommunikasjonsaktiviteter. Deretter kan innføringsløpet igangsettes med felles informasjon til kommunene og påmelding.

Arbeidsgruppen gjennomfører det konkrete innføringsløpet i samarbeid med relevante aktører, eksempelvis NHN.

Etter gjennomført innføringsløp, gjør arbeidsgruppen en oppsummering og evaluering med deltakende aktører og kommuner. Evalueringen deles med nasjonal koordineringsgruppe for å sikre læring, erfaringsdeling som kan bidra til forbedringer i fremtidige innføringsløp. Erfaringen bør også deles i felles nasjonale samlinger/arenaer for e-helse i regi av KS.

I tillegg bør det være et fokus på å hente ut erfaringer fra kommuner som allerede benytter KJ og vurdere ytterligere tiltak for veiledning, faglig forankring, videreutvikling av løsningene m.v.

## **B. Felles regionalt innføringsløp**

### **Løsning: DigiHelsestasjon (basisløsning)**

#### **Hvorfor er dette felles innføringsløpet egnet?**

DigiHelsestasjon (basis) er eksempel på en løsning som både kan gjennomføres som et regionalt innføringsløp eller nasjonalt innføringsløp. DigiHelsestasjon er per i dag innført i 166 kommuner, og blir aktivt brukt i 160 av disse. Erfaringen med innføring av DigiHelsestasjon, så langt, tilsier at dette er en relativt enkel løsning å innføre og som raskt gir nytte og dermed motivasjon i tjenestene. Prosjektet har valgt å bruke det som en case her, for å vise hvordan en regional innføringsprosess rundt denne løsningen kan se ut.

#### **Forslag til prosess:**

Med utgangspunkt i kommunal sektors portefølje på e-helseområdet, for innføringsklare løsninger, vil den regionale gruppen for e-helse, i dialog med kommunene, forankre og planlegge regionalt innføringsløp. DigiHelsestasjon er et eksempel på en løsning som må forankres både i helse- og oppvekstsektoren i kommunene.

Regional kontaktperson for e-helsegruppen informerer nasjonal koordineringsgruppe om innføringsløpet de planlegger å gjennomføre for DigiHelsestasjon i regionen. Nasjonal koordineringsgruppe får da anledning til å samkjøre ev. samtidige felles innføringsløp på tvers av regioner eller legge til rette for samarbeid rundt elementer av innføringsløpet.

Regional innføringsleder detaljplanlegger og gjennomfører innføringsløpet sammen med regional gruppe e-helse og ev. andre relevante aktører og ressurser (f.eks. NHN, IKT-samarbeid, leverandører).

Etter gjennomført innføringsløp, gjør regional innføringsleder en oppsummering og evaluering med deltakende aktører og kommuner. Evalueringen deles med nasjonal koordineringsgruppe for å sikre læring, erfaringsdeling som kan bidra til forbedringer i fremtidige innføringsløp. Erfaringen bør også deles i felles nasjonale samlinger/arenaer for e-helse i regi av KS.

### **Hvorfor er dette innføringsløpet egnet?**

Helhetlig tjenestemodell er ingen nasjonal løsning eller teknologi som skal innføres. Helhetlig tjenestemodell er imidlertid et viktig verktøy for implementering av velferdsteknologi og danner grunnlaget for at velferdsteknologi skal kunne bli en integrert del av tjenestene i en kommune.

Modellen gir oversikt over de ulike oppgavene og ansvarsområdene som må organiseres og ivaretas i en kommune eller på tvers av kommuner dersom velferdsteknologi skal fungere i drift og kunne skaleres. Derfor er det viktig at kommuner jobber godt med denne modellen lokalt. Det er potensiale for å lage og gjennomføre felles prosesser rundt arbeid med denne modellen som flere kommuner kan delta i. Prosjektet foreslår derfor dette som et eksempel på en *felles prosess* som kan kjøres regionalt, med kommunene i regionen.

### **Forslag til prosess:**

Et naturlig startpunkt for denne prosessen vil være å se til en etablert oversikt over status på implementering av velferdsteknologi i kommunene i regionen, eventuelt gjennomføre en enkel undersøkelse rundt status på implementering og bruk av helhetlig tjenestemodell i kommunene. Hvor langt har de kommet i arbeidet modellen? Hvordan fungerer det? Hvilke deler av modellen er krevende? Hvordan fungerer fordelingen av roller og ansvar?

Dette kan gi relevant input for å detaljere en felles prosess i regionen der kommunene med relevante ressurspersoner (eksempelvis velferdsteknologikordinatorer og sentrale ledere) inviteres. Tilnærmingen til prosessen kan være en kombinasjon av tverrfaglig arbeid med modellen i hver enkelt kommune og felles arbeid, opplæring og erfaringsdeling på digitale eller fysisk samlinger der flere kommuner deltar. Basert på hva kommunene spiller inn som utfordringer med modellen kan innholdet på de felles samlingene prioriteres slik at det treffer på behovene. Nasjonalt materiell som er laget til Helhetlig tjenestemodell<sup>9</sup> bør benyttes inn i arbeidet og det bør også vurderes om det er andre aktører i regionen som bør involveres og kan bidra.

Det bør være en e-helseressurs i regionen med kompetanse på og erfaring med implementering av velferdsteknologi som tar rollen som «prosessleder. Når man har oversikt over status i kommunene og en skisse til hvordan et felles prosessløp kan se ut, bør dette deles med nasjonal koordineringsgruppe. Nasjonal koordineringsgruppe får da mulighet til å samkjøre og ev. koble andre regioner som har tilsvarende prosesser på gang, slik at man kan vurdere om man ønsker et samarbeid med andre regioner om deler av prosessløpet og/eller tilrettelegge for erfaringsdeling underveis i arbeidet.

Etter gjennomført innføringsløp, gjør prosessleder en oppsummering og evaluering med deltakende aktører og kommuner. Evalueringen deles med nasjonal koordineringsgruppe for å sikre læring, erfaringsdeling som kan bidra til forbedringer i fremtidige felles prosesser. Erfaringen bør også deles i felles nasjonale samlinger/arenaer for e-helse i regi av KS.

## **C. Delvis nasjonalt innføringsløp**

### **Løsning: Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)**

### **Hvorfor er dette felles innføringsløpet egnet?**

Velferdsteknologisk knutepunkt er en svært etterspurt løsningen i kommunal sektor. Dersom kommunene skal lykkes med å øke volumet innen både velferdsteknologi og digital

<sup>9</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/helhetlig-tjenestemodell-for-velferdsteknologi2/>

hjemmeoppfølging, er VKP et avgjørende element. Uten VKP går det masse tid på dobbeltføring og manuelle oppdateringer mellom journalsystemet og de ulike velferdsteknologiske løsningene.

Prosjektet mener at VKP er et godt eksempel på en løsning som vil egne seg godt for Delvis nasjonal innføring (spor C). Dette fordi det vil være nødvendig å samle kommuner til felles innføringsløp basert på andre kriterier enn geografi. Eksempelvis kriterier som: samme journalsystem eller samme velferdsteknologileverandør. I det videre arbeidet med å planlegge felles innføringsløp for VKP bør man avklare hvilke kriterier som er mest hensiktsmessig.

#### **Forslag til prosess:**

Nasjonal koordineringsgruppe etablerer en arbeidsgruppe med representanter fra NHN og kommuner som har innført, og kommuner som planlegger innføring av VKP. Sammen avklarer man hvilke kriterier, egenskaper eller forutsetninger som må være felles for kommunene som deltar i innføringsløpet og ev. i ulike puljer man deltar i. For VKP kan det eksempelvis være kommuner med samme velferdsteknologisystem, EPJ-system, samme responsentertjeneste og/eller felles anskaffelse.

Når kriteriene er avklart, vil arbeidsgruppen i samarbeid med nasjonal koordineringsgruppe avklare hvilke puljer med innføringsløp som bør gjennomføres og det er kapasitet til. Hver pulje bør ha en egen innføringsleder som detaljere innføringsløpet og leder innføringsløpet. Sammen med Nasjonal koordineringsgruppe avklarer man hvilke deler av innføringsløpene i de ulike puljene det kan være relevant å samarbeid om. Deretter inviteres kommunene til de ulike puljene med innføringsløp for VKP.

Etter gjennomført innføringsløp i de enkelte puljene, gjør hver innføringsleder en evaluering og oppsummering med deltakende aktører og kommuner. Evalueringen deles med nasjonal koordineringsgruppe for å sikre læring, erfaringsdeling som kan bidra til forbedringer i fremtidige innføringsløp. Erfaringen bør også deles i felles nasjonale samlinger/arenaer for e-helse i regi av KS.

#### **Testing og gjennomføring av felles innføringsløp i 2024**

I 2024 blir det viktig å detaljere og teste de ulike innføringsløpene, i tett samarbeid med arbeidsgrupper bestående av ulike ressurspersoner som kjenner de aktuelle løsningene og teknologiene. Prosjektet har valgt å ikke bruke PLL som eksempel i denne rapporten, da PLL fortsatt er definert som under utprøving og ikke «klar til bruk» for nasjonal innføring. Samtidig mener prosjektet at det blir viktig at den nasjonale koordineringsgruppen fra 2024 kobler seg på utprøvingen av PLL for å begynne arbeidet med å vurdere overordnet hvordan felles innføringsløp for PLL på sikt kan se ut, basert på de erfaringene som gjøres i utprøvingen.

#### **4.4 Innføring er ikke pålagt, selvstyretten består**

Pasientjournalloven har i dag pålagt kommunene å betale for de statlige nasjonale e-helseløsningene. Det er foreløpig ikke pålegg om bruk. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer om pålegg til bruk skal innføres.

Det er derfor opp til den enkelte kommune å selv vurdere om de ønsker å innføre de nasjonale e-helseløsningene og velferdsteknologi. Innføringsmodellene beskrevet i dette dokumentet er dermed ikke å anse som «pålegg». Det er viktig at selvstyretten består og at det nettopp er vurderingen av gevinstpotensialet, sett opp mot den enkelte kommunes kapasitet og mulighet til innføring, som må være grunnleggende.

Det er en forutsetning at alle løsninger kan vise til at de understøtter kommunenes behov, at det gir en reell avkastning, effektivisering og kvalitetsheving som danner grunnlaget for den enkeltes kommunes vurdering om innføring og bruk. KS vil bidra med å samle og frembringe denne kunnskapen, forutsatt at de nasjonale programmene og prosjektene har utarbeidet dette.

## 5. Leveranseområde 2: Regional nettverksorganisering e-helse

### Prosjektets hovedanbefalinger: Etablering av en regional gruppe for e-helse i hver region

Etablering av en regional gruppe for e-helse i hver region, tilknyttet Diginettverket. Formålet med gruppen er å:

- **samle kompetansen regionalt** innen nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging, innførings-, prosess- og prosjektledelse
- **samordne og koordinere ressurser som bidrar med innføring og støtte** til kommunene på e-helseområdet
- **sikre forankring inn mot kommuner**, herunder helseledere og andre interessenter
- **koordinere og legge regionale planer**, med utgangspunkt i kommunal sektors portefølje på e-helse og prioriterte områder fra regionen (helse- og oppvekstledere)
- Funksjoner i regional gruppe for e-helse i hver region:
  - **Kontaktperson e-helse**: hovedansvar for forankring, koordinering og oversikt over behov og prioriteringer på e-helse i regionen
  - **Innføringsleder(e)**: bidrar og kan lede regionale og nasjonale innføringsløp
  - **Nettverksressurser e-helse**: Støtte i innføringsprosesser (regionalt og nasjonalt), tilrettelegge for erfaringsdeling, samarbeid, tjenesteutvikling og -innovasjon innen nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi i digital hjemmeoppfølging. Det kan også gis noe støtte/råd i mer driftsrelatert og tekniske spørsmål om løsningene.
- **Regionens representant inn i KS Fag- og prioriteringsutvalg (KS FPU) e-helse må sikre god involvering, dialog og forankring** til regional gruppe e-helse og kommunene i regionen.

### 5.1 Regional nettverksorganisering e-helse

Prosjektet anbefaler etablering av en regional gruppe for e-helse, tilknyttet Diginettverkene. Formålet med denne gruppen er å samle kompetanse og nettverksressurser regionalt innen både nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi, digitale hjemmeoppfølging, innførings-, prosess- og prosjektledelse. Ressursene i denne gruppen vil bidra med aktiviteter, prosesser, støtte og innføringsløp med kommunene i sin region på e-helseområdet. De vil også kunne lede og bidra i innføringsløp. Utgangspunktet for aktiviteter og arbeid i regionen vil være kommunal sektors portefølje på e-helseområdet<sup>10</sup> og prioriterte regionale behov innen e-helse fra helseledere og ev. oppvekstledere.

I tillegg vil ressursene delta i felles nasjonale arenaer, digitale og fysiske, for erfaringsdeling, kompetanseheving og samarbeid på tvers av regionene. Ressursene vil også kunne bidra inn i nasjonalt utviklingsarbeid, som det er behov for. De nasjonale arenaene vil være fasilitert av KS.

Helt konkret betyr denne endringen at de to nettverkene *KS e-Komp* og *KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digitale hjemmeoppfølging* legges ned i sin nåværende form, og at ressurspersoner og kompetanse i disse nettverkene i stedet vil inngå i den nye, felles gruppen for e-

<sup>10</sup> <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/kommunal-portefolje/>

helse i hver region. Dette grepet vil kunne gi bedre samordning av ressurspersoner, kompetanse og kapasitet innen e-helse i hver region, og det sikrer en struktur som er lik på tvers av regionene i landet.

En likere struktur i hver region vil også være fordelaktig for arbeid *bør løses* nasjonalt eller på tvers av regionene, og ikke minst samhandlingen med andre aktører og nettverk både regionalt og nasjonalt. For kommunene vil denne endringen legge til rette for «en-vei-inn» til støtte og koordinering innen e-helseområdet i hver region. I tillegg vil regional gruppe e-helse kunne samle og koordinere felles behov fra kommunene i regionen, som kan løftes inn som fellestiltak som del av kommunal sektors ambisjoner på e-helse.

Regional gruppe e-helse kan, i samarbeid med KS, også bidra til å avklare foregangskommuner og/eller pilotkommuner, samt ressurspersoner som kan delta i nasjonale råd og utvalg. Regional gruppe e-helse kan også koordinere behovs- og endringsønsker fra kommunene og videreformidle dette inn til KS og NHN.

## 5.2 Funksjoner i den regionale gruppen for e-helse i hver region

Følgende funksjoner og hovedoppgaver bør ivaretas i den regionale gruppen for e-helse i hver region:

- **Kontaktperson e-helse:** hovedansvar for forankring, koordinering og oversikt over samlet behov på e-helse for kommunene i regionen
- **Innføringsleder(e):** bidrar og kan lede regionale og nasjonale innføringsløp for kommunene
- **Nettverksressurser e-helse:** Støtte i driftsrelatert spørsmål, innføringsprosesser, råd, erfaringsdeling, veiledning, beste praksis, tjenesteutvikling og -innovasjon, innen nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi i digital hjemmeoppfølging

Prosjektet anbefaler en kontaktperson for den regionale organiseringen for e-helse, som koordinerer og sikrer forankring av regionens arbeid innen e-helse for samtlige kommuner i fylket. Forankring med helselederne knyttet til behov og det som innføres må sikres. Det er prosjektets anbefaling at kontaktpersonen for regional gruppe e-helse er den som sitter som regionens representant i KS Fag- og prioriteringsutvalg e-helse.

Ettersom prosjektet anbefaler felles innføringsløp vil det være behov for at regionene har innføringsledere(e), som kan bidra og lede regionale og nasjonale innføringsløp. Disse ressurspersonene kan også lede mer felles prosesser innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, dersom de har kompetanse og erfaring med dette.

I tillegg til felles innføringsløp vil kommunene ha behov for bistand og råd knyttet til tjenesteutvikling, endringsarbeid, prosessedelse, kompetanseheving, teknologi, metoder og erfaringsdeling både innen nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Nettverksressursene som gir støtte til kommunene i disse oppgavene, vil lett fange opp behov, utfordringer og utviklingstiltak som *bør løftes* nasjonalt og løses i fellesskap på tvers av regioner.

### **Sammenheng mellom nasjonal koordineringsgruppe for felles innføringsløp og regional gruppe e-helse**

Ved etableringen av nasjonal koordineringsgruppe (kapittel 4.1) vil det inviteres representanter fra regional gruppe for e-helse fra noen av regionene. Når det er avklart hvilke felles innføringsløp man ønsker å gjennomføre, vil representanter fra regional gruppe for e-helse delta i arbeidsgrupper for å planlegge og detaljere de aktuelle innføringsløpene. For de løsningene der et felles regionalt innføringsløp vil være best egnet (B), vil gjennomføring av innføringsløpet gjøres av regional gruppe e-helse i den enkelte regionen, men koordineres med den nasjonale koordineringsgruppen.

Avhengig av type innføringsløp, kompetanse og erfaring vil innføringsledere fra regionene kunne få i oppgave å lede noen av de felles nasjonale innføringsløpene (A og C).

### 5.3 Arenaer for nasjonalt samarbeid, kompetanseheving og erfaringsdeling

Både i etableringsfasen av den nye regionale gruppen for e-helse i hver region og i det videre arbeidet, blir det viktig med felles arenaer på tvers av regionene som kan stimulere til samarbeid, erfaringsdeling, felles utviklingsarbeid og kompetanseheving. For å lykkes med både samarbeid og erfaringsdeling på tvers av regionene, er det viktig å bygge kultur preget av tillit, psykologisk trygghet, motivasjon, fellesskapsfølelse og samfunnsoppdraget. God fasilitering av fysiske og digitale samlinger på tvers av regionene, åpne delings- og kommunikasjonsarenaer og felles nasjonalt utviklingsarbeid vil kunne understøtte dette. KS vil legge til rette for og fasilitere dette.

#### **Felles fysiske samlinger**

Det vil være behov for felles fysiske, nasjonale samlinger for de nye regionale gruppene for e-helse. Her vil de sentrale frikjøpte ressurser i regional organisering e-helse bli invitert. Samlingene vil være tematiske og temaer velges med utgangspunkt i felles behov og problemstillinger som blant annet nettverksressursene spiller inn. Målet med samlingene er å videreføre erfaringsdeling, kompetanse- deling, kompetanseheving og felles utviklingsarbeid på tvers av regioner. KS vil invitere til og koordinere disse samlingene. Antall samlinger i løpet av året, innhold på samlingene og målgruppe for samlingene vil detaljeres videre i realiseringsfasen. Innholdet på de ulike samlingene vil også kunne påvirke hvilke interessenter det kan være aktuelt å invitere til de enkelte samlingene.

#### **Digitale samlinger**

I tillegg til felles fysiske samlinger, vil KS invitere til jevnlig digitale fellessamlinger med fokus på ulike fagområder, pågående prosesser, erfaringsdeling og felles arbeid rundt behov som oppstår. KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging har hatt veldig god erfaring med faste digitale møter og måten disse kan gjennomføres på, for å sikre aktiv involvering, samarbeid, erfaringsdeling og samhold på tvers av regioner som er relevant for rollen de står i.

#### **Felles delingsområder**

KS vil etablere et felles delingsområder på Teams på tvers av regionene. Her vil alle ressurspersonene i de regionale gruppene for e-helse inviteres inn og få tilgang til dokumenter, felles informasjon og gode muligheter for både dialog og rask lavterskel deling med hverandre om ulike problemstillinger og behov de erfarer i regionene og kommunene de støtter.

#### **Nasjonalt utviklingsarbeid**

I tillegg til felles innføringsløp vil det oppstå store og små behov på tvers av kommuner og de regionale gruppene for e-helse, som det vil være fordelaktig å løse sammen. Det kan også være behov som det er viktig å løfte videre nasjonalt. I KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging har man testet ut en modell, der man har etablert mindre arbeidsgrupper (ad hoc) som relativt raskt har bidratt med å løse behov som har blitt identifisert på tvers av kommuner. Gjennom de felles samlingene for nettverket var det mulig å fange opp behov, vurdere om behovet gjaldt for flere kommuner og regioner, og deretter prioritere tiltak og bruke kompetanse og kapasitet i nettverket og i KS, til å løse behovet. Oppdateringene som har blitt gjort av Helhetlig tjenestemodell, utarbeidelsen av Felles rammer og anbefalinger for anskaffelse av velferdsteknologi og oppdatering av veiledningstekster for rapportering til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), er eksempler på slikt felles nasjonalt utviklingsarbeid. Det har kommet «nedenfra» i nettverket og blitt løst i fellesskap på tvers av regioner med koordinering og fasilitering fra KS. Prosjektet anbefaler at man fortsetter å jobbe etter en slik modell i den nye organiseringen med helseteknologiområdet.

## 6. Helseteknologiordningen

Målet med helseteknologiordningen er blant annet å stimulere kommuner til å samordne seg, legge til rette for investeringer, anskaffelser og innføring av bedre teknologiske løsninger, samt implementering og endring av arbeidsprosesser i tjenestene. Det er foreløpig skissert fire virkemidler som legges til helseteknologiordningen<sup>11</sup>.

- Tilskudd til kommuner for investering og ta i bruk helseteknologi.
- Tilskudd til KS til nettverksarbeid
- Tilskudd digitale samhandlingsløsninger
- Søknadsbasert tilskudd til «sosial kontakt og økt digital helsekompetanse for eldre»

I 2024 vil tilskudd blant annet gis til områdene velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging og journalløsninger. Ordningen skal innrettes på en måte som gjør at det blir en god overgang fra Nasjonalt velferdsteknologi-program til helseteknologiordningen for kommunene.

Helseteknologiordningen skal bygges ut over tid, basert på erfaringer og tilgjengelige økonomiske rammer, og skal på sikt kunne omfatte alle typer helseteknologi. Ordningen sees i sammenheng med pågående arbeid i KS med samordning og koordinering innen digitalisering av helse- og omsorgstjenestene.

Prosjektets anbefalinger understøtter helseteknologiordningen. Kommuner/samarbeid som mottar tilskudd gjennom helseteknologiordningen, vil kunne dele erfaringer og dermed øke merverdien av tilskuddsmidlene via regional gruppe for e-helse og etablerte nasjonale arenaer (5.3).

## 7. Finansiering av nettverksarbeidet

Statsbudsjettet har under Helseteknologiordningen avsatt midler til nettverk for innføring av helseteknologi. De regionale gruppene for e-helse vil kunne være finansiert ved hjelp av disse midlene. KS vurderer muligheten for at disse midlene kan tildeles de regionale digitaliserings-nettverkene sammen med et oppdragsbrev/-avtale og felles føringer og prinsipper. Dette vil være i tråd med og bygge videre på de allerede vedtatte prinsippene for utbredelse og samstyring på e-helse for kommunal sektor.

Prosjektet anbefaler at det vurderes en mer varig finansiering av nettverk og felles innføringsløp (finansiering over flere år). Dette for å skape forutsigbarhet og kontinuitet i arbeidet, samt sikre at verdifull kompetanse og nettverksressurser ikke forsvinner.

## 8. Realisering og veien videre

Prosjektet understreker at realiseringen av anbefalingene må skje stegvis og det vil ta tid for regionene å få på plass ny organisering på e-helseområdet (regional gruppe e-helse). KS sendte 8. desember 2023 ut informasjon til nettverksressursene, som omhandlet videreføring av KS e-Komp og Kommunenettnettet, inntil den nye modellen er operasjonalisert. Selv om etablering av ny organisering vil ta tid, anbefaler prosjektet at man allerede første halvår i 2024 igangsetter testing av foreslått modell for felles innføringsløp på noen utvalgte løsninger. Eksisterende nettverksressurser vil kunne bidra i dette arbeidet.

Prosjektet foreslår å videreføre styringsrådet og arbeidsgruppen for å bidra med råd og innspill i den videre konkretiserings- og realiseringsfasen. I tillegg har DigiRogaland og DigiVestland i KommIT-møtet

---

<sup>11</sup> [Nå er resten av helseteknologiordningen på plass - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)



29. november 2023, stilt seg til disposisjon til å bidra særskilt i denne realiserings- og etableringsfasen.

Prosjektet anbefaler at det utarbeides en implementeringsplan tidlig januar 2024, som tydeliggjør felles rammer, arbeidsspor og tidslinjer for etableringsarbeidet som gjennomføres i 2024. Det er viktig at implementeringsarbeidet i hver region har et felles utgangspunkt, oppstart og noen like rammer. Det vil i den forbindelse være fordelaktig med midlertidige kontaktpersoner i hver region som kan sikre informasjon til og fra KS i etablerings- og implementeringsfasen.

Videre anbefales det å gjennomføre dialog- og forankringsmøter i første del av 2024 med de regionale digitaliseringsnettverkene, kommunedirektørutvalg og regionale helseledernettsverk og KS region.

### 8.1 Etablering av regional gruppe e-helse 2024 (Leveranseområde 2)

I arbeidet med å realisere og etablere gruppen for e-helse i hver region, anbefaler prosjektet at man oppretter en midlertidig arbeidsgruppe for etablering av regional organisering. Denne gruppen bør ha med representanter fra Diginettverket, KS Fag- og prioriteringsutvalg e-helse, KS e-komp og KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Dette for å sikre at bredde, kompetanse og erfaringer fra e-helseområdet i regionen, ivaretas ved etablering av ny felles regional gruppe for e-helse. Den midlertidige arbeidsgruppen bør ha kontaktpersoner, som kan ha dialog med KS, for å sikre god koordinering og samarbeid i etableringsfasen på tvers av regionene.

I flere regioner pågår det også spredningsprosjekter innen *velferdsteknologi til barn, unge og voksne med varig nedsatt eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse* og *digital hjemmeoppfølging* som det er viktig at den regionale gruppen for e-helse vurderer hvordan de best kan understøtte.

Aktørkartet og de ulike interessentene kan variere noe mellom regionene. Det er derfor viktig at man i etableringsarbeidet i regionene finner ut hvordan man ønsker å samarbeide og samskape med de ulike aktørene regionalt.

#### **Avtale med regionale digitaliseringsnettverkene om oppgaver relatert til innføring og nettverk**

I tråd med de vedtatte felles prinsippene for utbredelse og samstyring på e-helseområdet i kommunal sektor, foreslås det at de regionale digitaliseringsnettverkene blant annet får oppgaven med å etablere den nye regionale gruppen for e-helse i tilknytning til diginetnetverket. Oppgaven bør løses i samarbeid med nettverksressurser i regionen med kompetanse og erfaring på e-helseområdet. KS vil utarbeide felles rammer og prinsipper for etableringsarbeidet og det regionale nettverksarbeidet på e-helseområdet.

Oppdragsbrevet vil kunne inneholde oppgaver, noen basisfunksjoner og kompetanseområder som må ivaretas i hver region, samt felles prinsipper og føringer for arbeidet som vil gjelde på tvers av Diginettverkene og de nye regionale gruppene for e-helse.

#### ***Forslag til felles prinsipper og føringer:***

- Aktiviteter og bistand på e-helseområdet fra frikjøpte ressurser må støtte alle landets kommuner og fylkeskommuner
- Aktivitetene skal ta utgangspunkt i kommunal sektors porteføljen som er tilsluttet fra KommIT-rådet, og være i tråd med Kommunenes ambisjoner på e-helseområdet
- Digitaliseringsnettverket er ansvarlig for regional forankring overfor kommunene i fylket, herunder helseledere og andre relevante interessenter

- Den regionale gruppen må ivareta funksjoner som må være like på tvers av regionene: Kontaktperson, innføringsleder(e), nettverksressurser
- De frikjøpte ressurser skal komme fra flere kommuner for å sikre bredden i fylket og lokalkunnskap
- Samlet kompetanse må ivareta:
  - erfaring med velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging, journalløsninger og nasjonale e-helseløsninger
  - prosjekt-, prosess- og endringsledelse, anskaffelse, gevinstrealisering, tjenesteinnovasjon, implementering og innføringsledelse
- Frikjøpte ressurser skal kunne lede og bidra inn i regionale og nasjonale felles innføringsløp
- Frikjøpte ressurser skal delta i nasjonale arenaer for erfaringsdeling, kompetanseutvikling, felles utviklingsarbeid og samarbeid på tvers av regioner
- Frikjøpte ressurser skal kunne delta i nasjonal koordineringsgruppe ved behov

Tilnærmingen med oppdragsbrev og forslaget til felles prinsipper og føringer vil være et viktig utgangspunkt for kommende dialog og forankring med blant annet Diginettverkene i første kvartal 2024.

## 8.2 Realisere felles innføringsløp i 2024 (Leveranseområde 1)

Prosjektet anbefaler at man starter med planlegging av felles innføringsløp selv om ny regional organisering e-helse ikke er etablert. Det er viktig å teste ut modellen for felles innføringsløp og bygger kompetanse på innføringsprosesser hos flere regionale e-helseressurser.

Prosjektet anbefaler derfor etableringen av den nasjonale koordineringsgruppen og opprettelse av aktuelle arbeidsgrupper for planlegging og gjennomføring av følgende felles innføringsløp i 2024:

- Kjernejournal for de resterende kommunene (Felles nasjonalt innføringsløp, A)
- Velferdsteknologisk knutepunkt (Delvis nasjonalt innføringsløp, C)

Prosjektet anbefaler å begynne med disse to løsningene for å teste modellen, og kan utvide med andre løsninger som ligger klar i porteføljen dersom det er kapasitet. I tillegg må det avklares og etableres en oversikt over hvilke felles regionale innføringsløp (B) de ulike regionene ønsker å gjennomføre hos seg i 2024. Dette for å kunne avklare kapasitet hos NHN, tilrettelegge for erfaringsdeling og samarbeid på tvers av regionene.

## 8.3 Overgangsfase inntil ny organisering er på plass

Prosjektet anbefaler en overgangsfase der eksisterende ressurser i KS e-komp og KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging videreføres. Dette for å sikre forutsigbarhet og videreføring av pågående prosesser og aktiviteter, i påvente av ny etablering av regional organisering e-helse. Disse nettverksressursene vil også bidra inn i de prioriterte felles innføringsløpene som igangsettes. Informasjon om dette ble som nevnt sendt ut fra KS til alle nettverksressursene 8. desember 2023. Når det gjelder KS kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging må de forholde seg til ressursnivået for 2022 ettersom de hadde noe ekstra midler i 2023.

I regioner der det er behov for å erstatte ressurser som har sluttet før ny regional organisering er på plass, må dette gjøres i dialog med Diginettverket og det pågående arbeidet med etablering av ny regional organisering.

## 8.4 Felles samlinger og arenaer i 2024

KS planlegger å videreføre nasjonale arenaer for erfaringsdeling, kompetansedeling, kompetanseheving og felles utviklingsarbeid på tvers av regioner. Det vil være behov for både fysiske og digitale samlinger. I tillegg vil det etableres et fellesområde for deling og løpende dialog på tvers av regioner og ressurspersoner. I 2024 vil disse arenaene i tillegg fylle en viktig funksjon knyttet til å etablere en felles kultur og tillit mellom ressurspersoner og regioner.

## 8.5 Evaluering og læring

Dette er et innovasjonsarbeid og det er derfor viktig med evaluering, læring og justering underveis. Når de regionale gruppene for e-helse er etablert i hver region og har fått virke en stund, bør man sammenstille erfaringer for å vurdere eventuelle felles justeringer.

De felles innføringsløpene som gjennomføres i 2024 må også evalueres, for å vurdere hvilke tilpasninger som eventuelt bør gjøres og hvordan roller, ansvar og forankring fungerer. Basert på vedtak fra Kommit-rådet<sup>12</sup>, bør det allerede i 2025 gjøres en evaluering på status og læringspunkter så langt.

---

<sup>12</sup> <https://opengov.360online.com/Meetings/KS/Meetings/Details/230783>