



FORENKLET SAMFUNNSØKONOMISK ANALYSE

PROSJEKT FOR DIGITALE INNBYGGERTJENESTER | HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN



INNHold

1.	Beskrivelse av tiltaket	3
1.1	Om helsestasjonstjenesten	3
1.2	Om det foreslåtte tiltaket	3
1.3	Målsettinger og tjenester	5
1.4	Langsiktig målbilde	9
2.	identifisering av nyttevirksomheter	10
2.1	Anvendt kompetanse i verdsetting av nyttevirksomheter	10
2.2	Samlet oversikt over nyttevirksomheter	10
3.	Verdsette ikke-prissatte kvantitative virkninger for helsestasjoner	11
3.1	Identifisering av nyttevirksomheter og prissetting	11
3.2	Innbyggere	12
3.3	Helsetjenesten	13
3.4	Samfunn	14
4.	Prissatte virkninger	14
4.1	Forutsetninger for prissatte nyttevirksomheter	14
4.2	Nyttevirksomheter	15
4.3	Kostnadsvirkninger	16
4.3.1	Forutsetninger for kostnadsvirkninger	16
4.3.2	Prissatte kostnadsvirkninger	18
5.	Verdsette kvalitative virkninger for helsestasjoner	18
5.1	Innbyggere	18
5.2	Helsetjenesten	19
5.3	Samfunn	20
6.	Usikkerhetsanalyse	21
7.	Oppsummering av den samfunnsøkonomiske analysen	22

1. BESKRIVELSE AV TILTAKET

1.1 Om helsestasjonstjenesten

Oppdraget til helsestasjonstjenesten er å drive helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid mot barn og deres foreldre, knyttet både til psykisk og fysisk helse.

Tjenesten er et lavterskeltilbud som følger barn og deres familier med helseopplysning, veiledning, standardiserte undersøkelser, vaksiner og annen målrettet oppfølging på faste tidspunkter. I tillegg skal tjenestene fange opp risikofaktorer, problemer og skjevutvikling, samt sette inn nødvendige forebyggende tiltak.

Helsestasjonene:

- Driver forebyggende helsearbeid og gir informasjon om helse, utvikling og samspill.
 - Har ansvaret for oppfølging av om lag 374 000 barn.
 - Skal følge opp de rundt 60 000 barna som årlig fødes i Norge.
 - Skal årlig tilby om lag 1 mill. kontroller.
 - Tjenestene er frivillig og tilbudet er gratis.
 - Har ansvar for vaksinene i vaksinasjonsprogrammet.
 - Er det eneste tilbudet som treffer bortimot 100 % av alle barn første leveår, uavhengig av sosioøkonomisk status.
-
- Mange kommuner tilbyr per i dag ikke kontroller i tråd med veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten på grunn av manglende kapasitet.
 - Tjenestene har i de senere år fått tilført ansvar for stadig flere oppgaver.
 - Tidlig intervensjon og forebyggende arbeid, der helsestasjonene har en helt sentral rolle, er fremhevet i samhandlingsreformen og de sentrale meldingene for primærhelseområdet (Meld. St. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste).
 - Det er bred støtte i Stortinget for at kommunene bør styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, både gjennom økt bemanning og ved bedre organisering av tjenestene.¹

1.2 Om det foreslåtte tiltaket

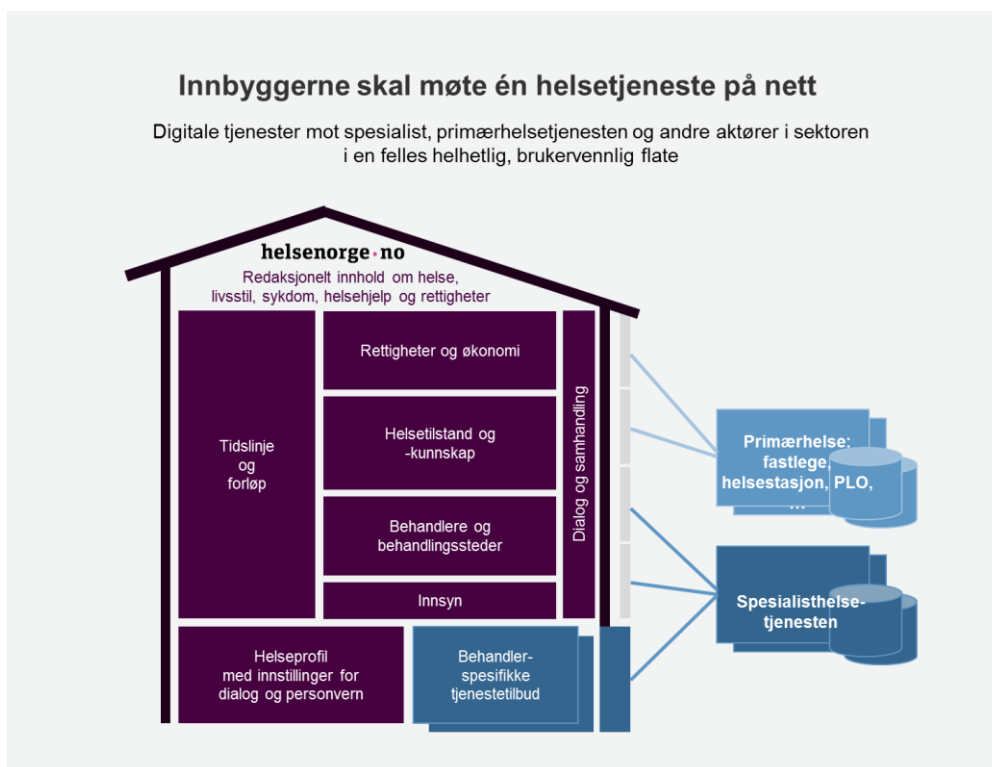
- Kjernen i tiltaket er å tilby digitale tjenester for foreldre med barn i alderen 0-5, som er inne i helsestasjonsprogrammet. Dette innebærer et viktig steg mot realiseringen av «pasientenes helsevesen» innenfor helsestasjon- og skolehelsetjenesten.
- Brukere av helsestasjonene er en målgruppe som har høy digital kompetanse, og som ofte ser på digitale løsninger som sitt første valg, både for innhenting av kunnskap og for utførelse av tjenester. Per i dag tilbys det ingen digitale innbyggertjenester til disse brukerne.

¹ Brev fra Helseminister Bent Høie til landets ordførere «Til landets ordførere - Midler til oppbygging av helsetjenester til barn og unge i kommunene» <https://www.nsf.no/Content/2792203/Til%20landets%20ordf%C3%B8rere%20om%20C3%B8remerkede%20midler.pdf>

- De digitale innbyggertjenestene innebærer en styrking og videreutvikling av de metoder og verktøy helsestasjonene i dag bruker i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet mot innbyggerne. De digitale tjenestene må sees i sammenheng med hverandre og i kombinasjon med «analoge» arbeidsmetoder.
- Tjenestene bygger videre på helsenorge.no og støtter opp om visjonen om at innbyggere skal møte de ulike delene av helsetjenesten ett sted på nettet, uavhengig av nivå på tjenestene. Det vil si at helsestasjonstjenestene vil framstå for innbyggerne i en helhetlig flate sammen med dialog med fastlege, henvisning til spesialist, journal til sykehus etc.
- Hensynet til informasjonssikkerhet og personvern er helt sentralt for løsningen (per i dag skjer det mye bruk av e-post og SMS ved helsestasjonene som er i strid med regler for informasjonssikkerhet).



Figur 1: Oppsummering av konsept



Figur 2: Helsestasjonstjenestene bygger videre på helsenorge.no-plattformen og bidrar slik til at innbyggerne skal møte én helsetjeneste på nett

1.3 Målsettinger og tjenester

Målsettingene for det foreslåtte tiltaket er forankret i de sentrale meldingene og utredningene for helsestasjonstjenesten og primærhelsetjenesten, især *Meld. St. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste*

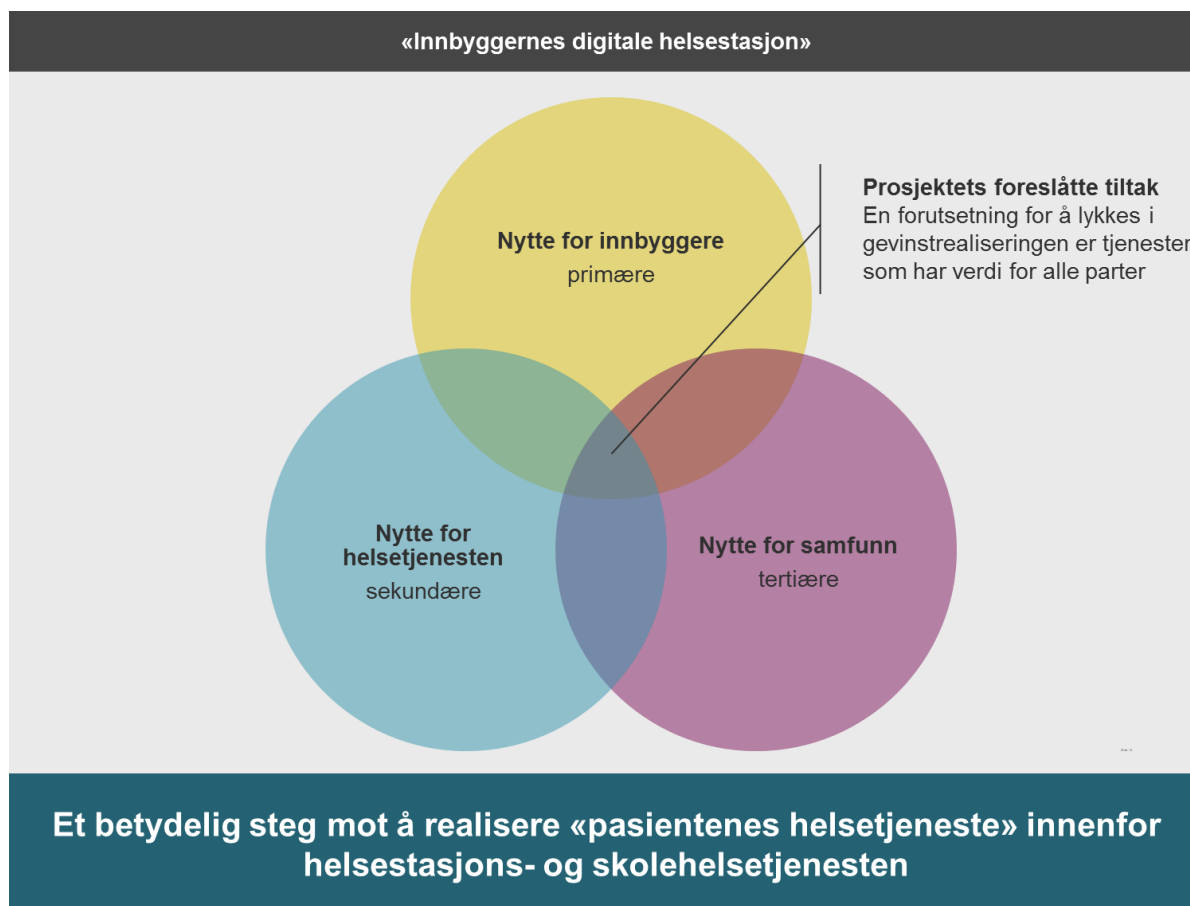
De primære målsettingene for innbyggertjenestene er å møte innbyggernes behov og forberede tjenesten sett fra deres ståsted. Samtidig er det en forutsetning for å kunne lykkes med å realisere gevinster at tiltakene har verdi også for tjenesten selv. Prosjektet har identifisert tiltak og tjenester som samtidig møter målsettinger for alle tre nivåer samtidig - innbygger, helsestasjon og samfunn.

Overordnede målsettinger for tiltaket:

1. Primært - Innbygger:
 - Øke tilgjengelighet til helsestasjonstjenesten.
 - Øke kvaliteten på tjenesten, og medvirkning og mestring hos innbyggere som bruker helsestasjonene.
2. Sekundært - Helsetjeneste:
 - Støtte personellet ved helsestasjonene i å bruke ressursene sine bedre.
 - Styrke metoder i det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet.

3. Tertiært - Samfunn:

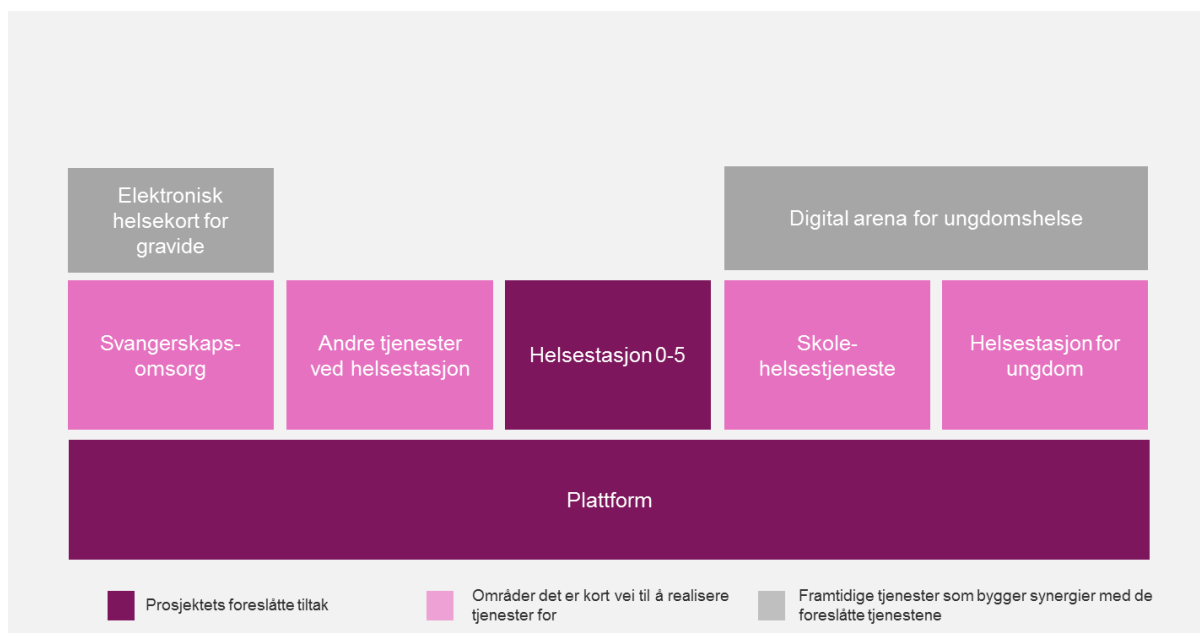
- Fremme bedre folkehelse, gjennom tidlig intervensjon og aktive, informerte innbyggere
- Bedre bruk av samfunnets ressurser gjennom mer effektive tjenester og spille på innbyggernes egne ressurser.



Figur 3: Innbyggernes digitale helsestasjon - realiserer nyttevirksomheter for innbygger, helsestjeneste og samfunn samtidig

Et annet prinsipp for satsningen er å utvikle tjenester og funksjonelle og tekniske komponenter som:

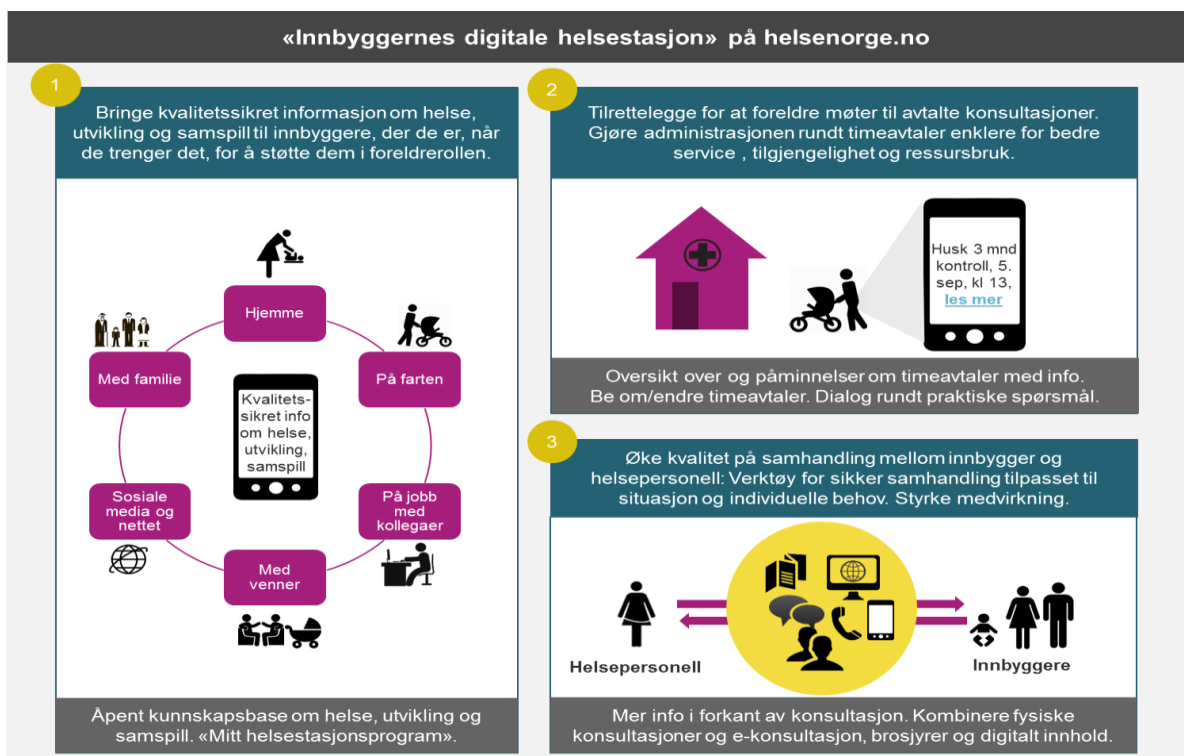
1. *Kan og bør* skaleres til nasjonalt nivå
2. Som bygger på eksisterende teknologi og funksjonalitet for felles kommunale og nasjonale innbyggertjenester
3. Som er en sentral byggekloss for videreutvikling av digitale tjenester innenfor helsestasjons- og skolehelsestjenesten, så vel som e-helseløsninger innen andre deler av sektoren.



Figur 4: Prosjektets foreslåtte tiltak utgjør sentrale og nødvendige byggeklosser for videre digitalisering innenfor tjenesten.

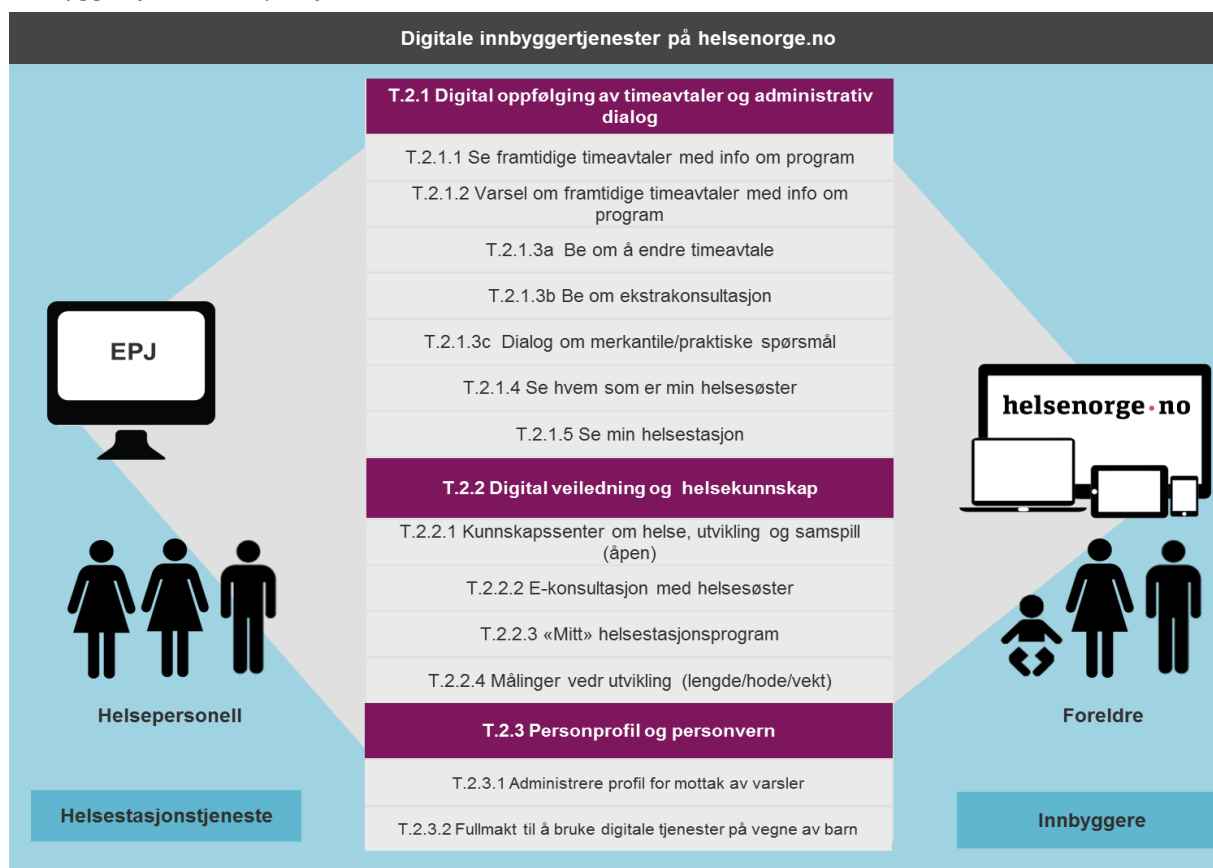
Gjennom prosjektets behovsanalyse er det utledet tre tjenesteområder:

1. Styrke foreldres kunnskap om helse, utvikling og samspill, for å støtte dem i oppfølging av egne barn.
2. Sikre oppmøte og forenkle administrasjonen i forbindelse med timeavtaler - for bedre service, tilgjengelighet og riktig ressursbruk.
3. Øke kvalitet på samhandling mellom innbygger og helsepersonell: Verktøy for sikker samhandling tilpasset situasjon, individuelle behov og preferanser. Styrke medvirkning.



Figur 5: Hovedformål og tjenester for digitale innbyggertjenester på helsenorge.no

Innbyggertjenestene prosjektet foreslår å realisere:



1.4 Langsiktig målbylde

Fokus for første trinn av de digitale tjenestene retter seg mot foreldre med barn som deltar i helsestasjonsprogrammet 0-5 år. Dette området innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten er valgt fordi:

- det treffer et stort antall brukere
- det er mest modent for digitalisering
- de viktigste digitale tjenestene vil kunne være en modell for tjenester innenfor andre områder av tjenesten.

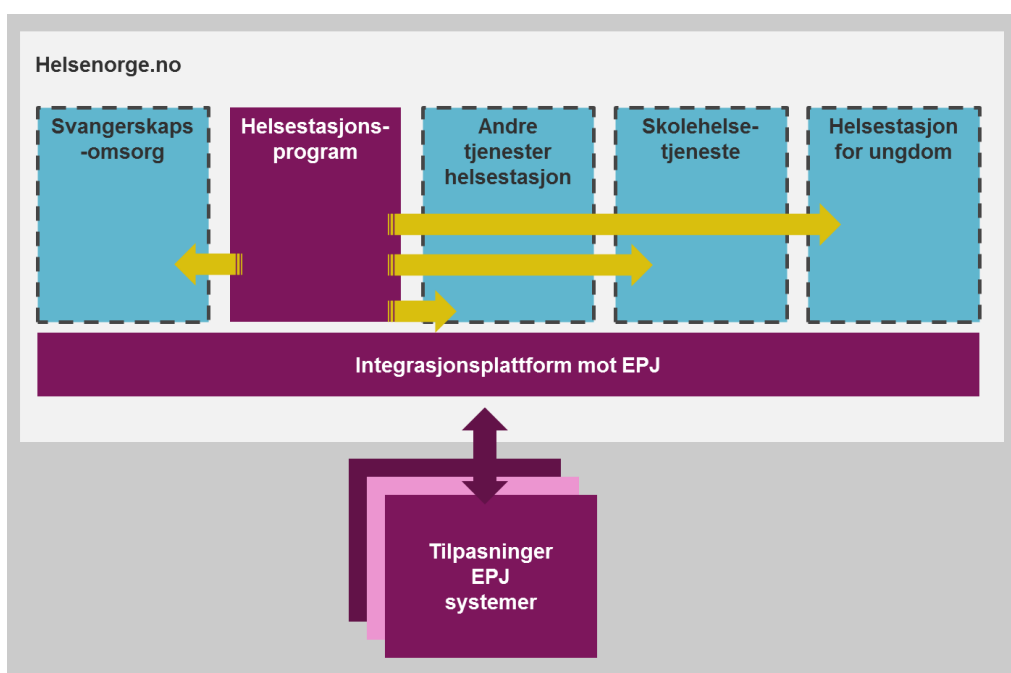
Neste trinn er å utvide tjenestene til andre områder, der det også er behov for styrking:

- Svangerskapsomsorg
- Skolehelsetjeneste
- Ungdomshelsestasjoner
- Andre tjenester ved helsestasjonene
 - Fysioterapi, psykolog
 - Reisevaksine
 - Individuell plan

For å få tjenestene i trinn 1 opp og gå, vil man gjøre en betydelig grunninvestering som gjør at det er kort vei til å utvikle tilsvarende digitale tjenester på andre områder av helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Det er komponenter som:

1. Integrasjonsplattform mellom helsenorge.no og EPJ-systemene
2. Betydelige tekniske og funksjonelle tilpasninger i EPJ systemene
3. De digitale tjenestene mot innbyggerne på helsenorge.no.



Figur 6: De foreslåtte tjenestene danner grunnlag for å utvikle tjenestespekteret videre

Tjenestene vil ha betydelige synergieffekter sammen med andre prosjekter som er på gang.

- Direktoratet for e-helse har etter oppdrag fra Departementet påbegynt arbeidet med «Elektronisk helsekort for gravide». Elektronisk helsekort for gravide kombinert med tjenester for avtaler, dialog og helseinformasjon, som dette prosjektet foreslår, vil utgjøre et betydelig løft av svangerskapsomsorgen.
- Det er søkt om oppstart av forprosjekt som ser på en ny digital arena for ungdomshelse. Tjenester for dialog med skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom vil være sentralt i en slik løsning.

2. IDENTIFISERING AV NYTTEVIRKNINGER

For å vurdere virkningene, sammenlikner prosjektet en forventet situasjon ved gjennomføring av prosjektet med forventet fremtidig situasjon gitt at tiltaket ikke blir gjennomført.

2.1 Anvendt kompetanse i verdsetting av nyttevirknninger

- ledende helsesøstre fra Bergen og Oslo
- fagsystemansvarlige fra Oslo
- helsesøstre og merkantilt personell
- helseøkonomisk kompetanse fra Oslo kommune
- ressurser fra Direktoratet for e-helse innenfor metode og tjenestedesign

2.2 Samlet oversikt over nyttevirknninger

Tabellen under gir en samlet oversikt over nyttevirknninger av digitaliseringsprosjektet:

- Kvantitative, ikke-prissatte
- Kvantitative, prissatte
- Kvalitative

Mål	Nyttekategori	Nyttevirkning		
INNBYGGER 1. Økt tilgjengelighet, økt kvalitet, mestring og medvirkning	1.1 Tilgjengelighet og forenkling	1.1.1. Enklere å møte til og administrere timeavtaler (tidsbesparelse) ● 1.1.2. Tilgang til kvalitetssikret informasjon ved behov ● 1.1.3. Enklere å få kontakt med tjeneste vedr. spørsmål ● 1.1.4. Redusere fysiske oppmøter ●		
	1.2 Kvalitet, mestring og medvirkning	1.2.1. Økt mestring knyttet til helse og samspill, styrket medvirkning ● 1.2.2. Oppfølging fra helsestasjon mer tilpasset behov ● 1.2.3. Økt tillit til tjeneste og trygghet ● 1.2.4. Møte helsetjenesten ett sted på nettet (helsenorge.no) ●		
	1.3 Personvern og informasjonssikkerhet	1.3.1. Sikker digital meldingsutveksling ● 1.3.2. Tilganger basert på fullmakter ●		
	HELSETJENESTE 2. Bedre utnyttelse av ressurser, tilpassete metoder	2.1 Bedre bruk av ressursene til personell	2.1.1. Mindre tidstap (reduere ikke-møtt) ▲ 2.1.2. Mindre tid på administrativt arbeid ▲ 2.1.3. Mer effektiv oppfølging av henvendelser fra innbyggere ● 2.1.4. Mindre tid på å besvare generiske spørsmål om helse ●	
		2.2 Styrke arbeidsmetoder	2.2.1. Metoder og verktøy for samhandling tilpasset situasjon ● 2.2.2. Bedre samarbeid med innbyggere, sikre oppfølging ● 2.2.3. Tilgang på kvalitetssikret informasjon ● 2.2.4. Bedre omdømme for tjeneste ●	
		2.3 Grunnlag for videre digitalisering av tjenesten	2.3.1. Legge teknisk grunnlag for videre utvikling av tjenester ● 2.3.2. Bygge kompetanse innen digitalisering ● 2.3.3. Etablere forvaltningsregimer ●	
		SAMFUNN 3. Bedre folkehelse, bedre ressursbruk	3.1 Økt folkehelse	3.1.1. Styrke evne til å fange opp avvik tidlig ● 3.1.2. Styrke kunnskap og mestring i befolkningen knyttet til helse... ●
			3.2 Bedre bruk av samfunnets ressurser	3.1.3. Likhet i tjenestetilbudet til innbyggere... ● 3.2.1. Riktigere målretting av ressurser ●
			3.3 E-helse og digitalisering	3.3.1. Byggekloss i fremtidige e-helseløsninger ● 3.3.2. Katalysator for digitalt førstevalg ●
● Kvantitative, blå=ikke-prissatte, gul=prissatt ▲ Kvalitative				

Figur 7: Samlet oversikt over nyttevirksomheter

- I tabellen over er nyttevirksomhetene man har klart å prissette markert med gult.
- Nyttevirksomheter som har betydelige kvantitative aspekter, men som det ikke foreligger grunnlag for å gjøre beregninger ut fra, er markert med blå prikk.
- Andre nyttevirksomheter er å anse som kvalitative.

Nyttevirksomhetene er ytterligere beskrevet i de neste avsnittene under.

3. VERDSETTE IKKE-PRISSETTE KVANTITATIVE VIRKNINGER FOR HELSESTASJONER

3.1 Identifisering av nyttevirksomheter og prissetting

Å vurdere kvaliteten på og effekten av folkehelsearbeidet som helsestasjonene har ansvar for, er generelt utfordrende. Derfor er det å prissette nyttevirksomheter av de digitale innbyggertjenestene krevende.

Dette skyldes bl.a. at:

1. For folkehelsearbeid er tidsperspektivet langt², årsak-virkning sammenhengene komplekse, og aktørene er mange. Konsekvensene av f.eks. skjevutvikling som ikke blir fanget opp, vil ofte gi seg utslag på måter som må håndteres av andre aktører, eller i en større samfunnsmessig sammenheng, enn de som har ansvaret for det forebyggende arbeidet, dvs. kommunene v/ helsestasjonstjenesten. Gevinstene av at avvik fanges opp og tiltak settes inn på et tidlig tidspunkt, kan imidlertid være enorme sett fra et innbygger- og samfunnsperspektiv.
2. Det foreligger lite statistikker og målinger knyttet til tjenester og prosesser vi kan bygge beregninger på. Det eksisterer i liten grad standardisering på mange av de indikatorene som kunne vært lagt til grunn, det er varierende datakvalitet og fagsystemenes datauttrekk er ofte ulikt satt opp, og i tillegg er det lite sentral innrapportering som handler om produktivitet i denne tjenesten. Prissetting av effektene i kapittel 3.2-3.4 forutsetter derfor en rekke manuelle undersøkelser i tillegg til de vi utførte i utformingen av kapittel 4.
3. Det eksisterer få omforente kvalitetsindikatorer for tjenestene som samles inn på nasjonalt nivå for denne tjenesten. - Hvordan vite hva vi skal bli bedre i forhold til.

I tillegg vil det være en kompleks og tidkrevende oppgave å prissette de nyttevirkningene som innbyggere opplever i sitt dagligliv.

Konsekvensen av dette er at prosjektet har konsentrert seg om å prissette noen få nyttevirkninger sett fra kommunenes side.

Kapitlene 3.2, 3.3 og 3.4 viser ulike gevinster som det er mulig å beregne. Det vil imidlertid være tidkrevende å innhente data for å gjøre dette, da dette ikke finnes lett tilgjengelig per i dag. I kapittel 4 omtales de prissatte gevinstene nærmere.

3.2 Innbyggere

Navn på virkning	Omfang	Betydning	Konsekvens	Beskrivelse av virkningen, hvorfor/hvordan virkningen oppstår og forutsetninger
1.1 Tilgjengelighet og forenkling				
1.1.1. Enklere å møte til og administrere timeavtaler (tidsbesparelse)	Stor	Stor	++++	«Døgnåpen» mulighet til å se timeavtaler med utdypende info på helsenorge.no, og mulighet til å sende meldinger om timeadministrasjon, SMS-varslere med påminnelse og utdypende info. Erstatte bl.a. telefonhenvendelser (bruk av vanlig

² «IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten»

				e-post er i de fleste tilfeller i strid med regler for behandling av helseopplysninger).
1.1.2. Tilgang til kvalitetssikret informasjon ved behov	Stor	Stor	++++	Åpen, kunnskapsbase om helse, utvikling og samspill som er tilgjengelig uavhengig av plattform. Info om program og praktiske forhold. Det er i dag en jungel av ikke-kvalitetssikret informasjon rettet mot foreldre. Innbygger slipper å lete for å finne kvalitetssikret helseinformasjon. .
1.1.3. Enklere å få kontakt med tjeneste vedr. spørsmål	Stor	Stor	++++	Mulighet til å sende sikre digitale meldinger til helsestasjon, om praktiske spørsmål, eller av helsemessig art til helsesøster.
1.1.4. Redusere fysiske oppmøter	Middels	Stor	+++	Mulighet for oppfølging fra helsesøster i form av digital konsultasjon.

3.3 Helsetjenesten

Navn på virkning	Omfang	Betydning	Konsekvens	Beskrivelse av virkningen, hvorfor/hvordan virkningen oppstår og forutsetninger
2.1 Bedre bruk av ressursene til personell				
2.1.3. Mer effektiv oppfølging av henvendelser fra innbyggere	Stor	Stor	++++	I stedet for at henvendelser fra innbyggere, formidles gjennom lapper og muntlige beskjeder går henvendelse direkte inn i EPJ til helsesøster. Enklere å journalføre, og kan selv styre mer når oppgaver løses.
2.1.4. Mindre tid på å besvare generiske spørsmål om helse	Lav	Middels	+	Mer generell informasjon tilgjengelig på nettet som innbyggere finner selv, eller helsestasjon kan henvise til. Det meste av informasjonsarbeidet vil fortsatt skje muntlig, men må minutter reduksjon utgjør til sammen en stor forskjell.
2.3 Grunnlag for videre digitalisering av tjenesten				
2.3.1. Legge teknisk grunnlag for videre utvikling av tjenester	Stor	Stor	++++	De viktigste byggeklossene for videreutvikling av digitale tjenester innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten etableres gjennom prosjektet.
2.3.3. Etablere	Stor	Stor	++++	Ved utbygging til nye tjenester vil det allerede være etablert et regime for

forvaltningsregimer				teknisk og funksjonell forvaltning. Dette kan skaleres opp i stedet for å etablere ny organisasjon og prosesser.
---------------------	--	--	--	---

3.4 Samfunn

Navn på virkning	Omfang Middels/ stor	Betydning Middels/ stor	Konsekvens Stor/+++	Beskrivelse av virkningen, hvorfor/hvordan virkningen oppstår og forutsetninger
3.3 E-helse og digitalisering				
3.3.1. Byggekluss i fremtidige e-helseløsninger	Stor	Stor	++++	Implementering av de digitale tjenestene vil legge grunnlag for å bygge videre nasjonale e-helseløsninger innen kommunesektoren, og helsesektoren mer generelt.

4. PRISSATTE VIRKNINGER

4.1 Forutsetninger for prissatte nyttevirkninger

For å prissette nyttevirkninger har vi, med bakgrunn i hva slags data som var tilgjengelig og hva som var forholdsvis enkelt å hente inn, har vi prissatt følgende to nyttevirkninger:

Nyttevirking	Tiltak	Datakilder	Omfang	Antatt effekt	Andre forutsetninger
<i>Redusere antall som ikke møter opp til kontroll uten å melde fra</i>	Digital oppfølging av timeavtaler og administrativ dialog Digital veiledning og helsekunnskap	Data fra fagsystemene i Bergen og Oslo. Beregninger foretatt i prosjektet.	81 000 kontroller, hver kontroll tar i gjennomsnitt 30 min. For kontroller det ikke møtes opp på, sendes det ofte ut brev. Porto kr. 10.	Redusere med 50 %, 40 500 konsultasjoner =20 250 timer (effekten tas ut jf. utrullingstakt). Overgang til digital ekstra påminnelse, for ca. 60 000 kontroller. Kr. 600 000(tas ut jf. utrullingstakt).	Timepris = 440 kr Lengde på kontroll = gjennomsnittlig 30 min Gjennomsnittlig «ikke møtt» uten å melde fra til helsestasjonen: 8 % Levetid: 10 år. Fagsystemers levetid er betydelig lenger enn standard levetid på IKT-utstyr. Utrullingstakt: 5 år, 367 driftsenheter.

<p><i>Redusere tid brukt i telefonen</i></p>	<p>Digital oppfølging av timeavtaler og administrativ dialog</p> <p>Digital veiledning og helsekunnskap</p>	<p>Undersøkelse, telefonbruk i en uke på to helsestasjoner i Oslo, en i Bergen og en i Nannestad. Samtale med ansatte på to helsestasjoner i Oslo.</p>	<p>27,5-30 årsverk brukes i løpet av et år på helsestasjonen 0-5 år. Tjenesten vurderer at det bør være mulig å redusere dette med om lag 50 % ved hjelp av digitale tjenester.</p>	<p>Redusere omfang med 50 %. 15 000 timer (tas ut jf. utrullingstakt).</p>	<p>(Minst 77 kommuner samarbeider om felles drift i 16 IKS. Trekker derfor fra 61 kommuner fra 428.)</p>
--	---	--	---	--	--

4.2 Nyttvirkninger

Redusere tidstep (ikke-møtt), ref. 2.1.1. i figur 7

Det utføres ca. 1 million kontroller årlig på helsestasjoner i Norge. Andelen som ikke møter til kontroll uten å gi beskjed er 8 % dvs. 81.000 kontroller pr. år. I slike tilfeller venter helsepersonell forgjeves og må bruke tid til å kontakte, og kanskje oppsøke familien som ikke kommer for å gjøre en ny timeavtale. Dette utgjør ca. 20 mill. kr. i året i tapt arbeidstid. Ofte sendes det også ut et brev pr. post om den nye timen.

Hver kontroll varer ca. 30. minutter. Dette gjør det mulig å anslå et gevinstpotensial på inntil 40.500 timer årlig. Det antas at man, ved å innføre bedre rutiner for varsling og informasjon om ny time, kan få ned antallet som ikke møter betydelig. Da Tannhelsetjenesten i Oslo innførte SMS-varsling/påminnelse av timer, økte oppmøtet med anslagsvis 40-50 %. I Helse Vest sitt «alle-møter»-program, ser det ut som andelen «ikke-møtt» er redusert med om lag 25-35 %, med en fortsatt positiv trend inn i 2015. Dersom man halverer andelen som ikke møter opp ved hjelp av nye rutiner for varsling og informasjon, vil dette i så fall gi en besparelse på ca. 20 500 arbeidstimer i året. Se vedlagt regneark for beregninger og forutsetninger.

Mindre tid på administrativt arbeid, ref. 2.1.2 i figur 7

Det er også gjennomført en kartlegging av telefonbruk i helsestasjonene Fyrstikktorget (halve bydel Gamle Oslo i Oslo), Frogner (hele bydel Frogner i Oslo), Nannestad og Nesstun (nesten hele bydel Fana i Bergen). Til sammen har disse ansvaret for i underkant av 10 000 barn. Dersom vi antar at bruksmønsteret for telefonbelastning på disse helsestasjonene forholdsmessig tilsvarer resten av landet, vil dette si at helsestasjonene i Norge til sammen bruker om lag 27,5-30³ årsverk på telefonsamtaler. Godt over 50 % av telefonene dreier seg om spørsmål som i stor grad kunne vært besvart elektronisk. Dette gjelder særlig de samtalene som kan erstattes av automatiserte eller selvbetjente løsninger, f.eks. enkel oversikt over timeavtaler, innholdet i neste time og kvalitetssikrede standardsvar på ofte stilte spørsmål mv. Dersom halvparten av disse «administrative samtalene» blir håndtert elektronisk ved hjelp av digital dialog og kalenderfunksjon, så vil dette kunne frigjøre om lag 15 000 arbeidstimer, eller 9,2 årsverk. Det kan også tenkes at funksjonalitet som ivaretar en form for integrering mot elektronisk pasientjournal vil ha positiv effekt, særlig med tanke på personvern og informasjonssikkerhet.

Det er viktig å merke seg at nyttevirkningene er beregnet med bakgrunn i gjennomsnittstall i store helsestasjoner med dedikerte merkantile ressurser. I mindre kommuner kan det antas at de merkantile ressursene er mindre, og at helsesøster selv håndterer noe mer merkantile oppgaver, f.eks. i Nannestad, hvor det kun er merkantile ressurser tre dager per uke. Nytteeffektene i form av mer frigjort tid for helsesøster kan dermed antas å være noe høyere i mindre kommuner.

Oppsummert:

<i>Netto nåverdi av tiltakene</i>	Tallformat	Nåverdi
Netto nåverdi av tiltakene	I kroner	- 400 000
Nåverdi investeringskostnad i offentlig sektor	I kroner	27 200 000
Netto nåverdi av tiltaket per krone investert i offentlig sektor	I kroner	0

Nåverdi av prissatte virkninger

Nyttevirkinger i kommunene	Tallformat	Nåverdi
Tidsbesparelse i kommunene, redusere andel "Ikke møtt" uten å si fra, redusere telefonsamtaler	I kroner	116 500 500
Reduksjon i drift- og vedlikeholdskostnader i kommunene	"	5 000 000
Sum nytte- kommunene (10 år)	"	121 400 000

4.3 Kostnadsvirkninger

4.3.1 Forutsetninger for kostnadsvirkninger

Kostnadskomponenter kan oppsummeres i følgende tabell:

³ Avhengig av metode for ekstrapolering

Kostnad		Kommentarer
Timer per årsverk	1695	
Timepris	Kr. 440	Interne fagressurser, tidsbruk for opplæring i kommuner
Timepris konsulent	Kr. 1020	Systemutvikling, planlegging og implementeringskostnader
Økning i andel av årsverk til teknisk drift av løsning per driftsenhet	3 %	
Opplæringsbehov ny tjeneste ansatte, timer per ansatt	3	
Antall ansatte som har behov for opplæring i ny tjeneste per driftsenhet	2	
Opplæring i basis elektronisk meldingsutveksling, antall timer per ansatt.	15	
Antall ansatte per driftsenhet/kommune inkl. driftsleverandør som mottar opplæring i basis elektronisk meldingsutveksling	2	
Gj.snittlig økning i årlig lisens-/vedlikeholdskostnad til EPJ	2 %	
Øvrige drifts- og vedlikeholdskostnader hos Norsk Helsenett , helsenorge og 800HELSE	Kr. 2 000 000 per år	Beregnet ut i fra 25 % av utviklingskostnader
Utrullingstakt	5 år, 367 IKT driftsenheter	Minst 77 kommuner samarbeider om felles drift i 16 IKS. Se egen tabell under.
Levetid	10 år	Fagsystemers levetid er betydelig lenger enn standard levetid på IKT-utstyr

Utrullingstakt	2018	2019	2020	2021	2022
Antall driftsenheter (kostnadsdriver)	3	26	91	243	367
Andel av befolkningen (effektdriver)	18 %	42 %	69 %	90 %	100 %

4.3.2 Prissatte kostnadsvirkninger

Kostnadsvirkninger i virksomheten	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Investeringskostnader for virksomheten	5 140	13 840	4 050	380	1 080	2 570	2 120
Drifts- og vedlikeholdskostnader - nytt system	0	0	110	1 940	5 310	10 910	15 570
Endrings- og omstillingskostnader i virksomheten	70	390	260	0	0	0	0
Sum kostnad - offentlig sektor	5 210	14 230	4 420	2 320	6 390	13 480	17 690

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Investeringskostnader for virksomheten	0	0	0	0	0	0
Drifts- og vedlikeholdskostnader - nytt system	15 690	15 800	15 920	16 040	16 160	16 290
Endrings- og omstillingskostnader i virksomheten	0	0	0	0	0	0
Sum kostnad - offentlig sektor	15 690	15 800	15 920	16 040	16 160	16 290

5. VERDSETTE KVALITATIVE VIRKNINGER FOR HELSESTASJONER

5.1 Innbyggere

Navn på virkning	Omfang	Betydning	Konsekvens	Beskrivelse av virkningen, hvorfor/hvordan virkningen oppstår og forutsetninger
1.2 Kvalitet, mestring og medvirkning				
1.2.1. Økt mestring knyttet til helse og samspill, styrket medvirkning	Middels	Stor	+++	Mer informerte, aktive innbyggere – stiller mer forberedt til møter gjennom at de får info om innhold av kontroll på forhånd . Enklere å initiere kontakt med tjeneste. Støtte i kunnskapsbase ved behov.
1.2.2. Samspill med helsepersonell mer tilpasset individuelle preferanser og situasjon	Middels	Stor	+++	Flere verktøy å spille på i samarbeidet mellom innbyggere og helsepersonell – digitale og «analoge» (e-konsultasjon, kunnskapsbase) som kan tilpasses den enkeltes innbyggers behov og preferanser, og den konkrete situasjonen.

Vedlegg 1a – Forenklet samfunnsøkonomisk analyse – helsestasjoner og skolehelsetjenesten

1.2.3. Økt trygghet og tillit til tjeneste	Lav	Stor	++	Tilgjengelighet og støtte til mestring av daglige utfordringer skaper en opplevelse av trygghet og tillit til tjenesten.
1.2.4. Møte helsetjenesten ett sted på nettet (helsenorge.no)	Stor	Middels	+++	Innbyggere møter helsestasjonstjenestene i en helhetlig flate sammen med andre innbyggertjenester. Betydningen vil øke i takt med implementering av flere tjenester på helsenorge.no
1.3 Personvern				
1.3.1. Sikker digital meldingsutveksling	Stor	Stor	++++	Til erstatning fra mye av den informasjonsflyten som i dag skjer muntlig, via lapper, eller på e-post, og kan passere gjennom ledd som ikke skulle hatt informasjonen. Informasjon sendes elektronisk, kan spores og følges opp av innbygger, mottas av de som har rettigheter til det, og journalføres.
1.3.2. Tilganger basert på fullmakter	Stor	Stor	++++	Foreldre kan bruke løsning på vegne av barn. Begge foreldre kan få innsyn i den samme informasjonen rundt helsestasjonsprogram og involvere seg på lik linje.

5.2 Helsetjenesten

Navn på virkning	Omfang	Betydning	Konsekvens	Beskrivelse av virkningen, hvorfor/hvordan virkningen oppstår og forutsetninger
2.2 Styrke arbeidsmetoder				
2.2.1. Metoder og verktøy for samhandling tilpasset situasjon	Middels	Middels	++	Får et bredere spekter av verktøy å spille på i samhandling med innbygger som kan tilpasses innbygger og situasjon på en måte som er effektiv.
2.2.2. Bedre samarbeid med innbyggere, sikre oppfølging	Middels	Middels	++	Innbyggere kan stille informert i møtet med helsesøster – gir bedre forutsetning for medvirkning. System på oppfølging av henvendelser fra innbyggere (i stedet for gulelapper og muntlige beskjeder)

2.2.3. Tilgang på kvalitetssikret helseinformasjon	Middels	Lav	+	Helsesøstre vil også finne helseinformasjon et samlet sted de kan støtte seg på selv. Avhjelper der det er manglende kompetanseheving i tjenesten.
2.2.4. Bedre omdømme for tjeneste	Liten	Stor	++	Tjenesten oppfattes som å spille på lag med innbygger, jmf «pasientenes helsevesen» og progressiv. Tilby tjenester som appellerer til begge kjønn.
2.3 Grunnlag for videre digitalisering av tjenesten				
2.3.2. Bygge kompetanse innen digitale innbyggertjenester	Stor	Stor	++++	Tjenestene vil være de første nasjonale innbyggertjenester for helsestasjon- og skolehelsetjeneste.

5.3 Samfunn

Navn på virkning	Omfang	Betydning	Konsekvens	Beskrivelse av virkningen, hvorfor/hvordan virkningen oppstår og forutsetninger
3.1 Bedre folkehelse				
3.1.1. Styrke evne til å fange opp behov og sette inn tiltak tidlig.	Lav	Stor	++	Styrkete verktøyene for folkehelsearbeidet ved helsestasjonene. Styrke relasjonen til innbyggere som bruker helsestasjon.
3.1.2. Styrke kunnskap og mestring i befolkningen knyttet til helse og utvikling	Stor	Stor	++++	Øke kunnskap og bevissthet om helse, utvikling og samspill i befolkningen gjennom verktøy for oppfølging og kunnskapsbase.
3.1.3. Likhet i tjenestetilbudet til innbyggere uavhengig av geografi og status	Stor	Stor	++++	De digitale tjenestene som utvikles er felles nasjonale tjenester. Verktøy for å støtte nasjonale mål om likeverdige helsetjenester, gjennom å tilby digitale tjenester på flere språk.
3.2 Bedre bruk av samfunnets ressurser				
3.2.1. Riktigere målretting av ressurser	Middels	Stor	+++	Økt bevissthet hos grupper som i utgangspunktet med riktig informasjon vil være i stand til å hjelpe seg selv (empowerment).
3.3.2. Katalysator	Middels	Middels	+++	Brukere av helsestasjon er unge og digitalt

Vedlegg 1a – Forenklet samfunnsøkonomisk analyse – helsestasjoner og skolehelsetjenesten

for digitalt førstevalg				aktive. Ved å bli «rekruttert» inn i bruk av digitale innbyggertjenester er det stor sannsynlighet at de vil gå videre til å ta i bruk andre e-helsetjenester, og digitale tjenester generelt.
-------------------------	--	--	--	--

6. USIKKERHETSANALYSE

Tabell 10: Fra søknadsskjema: Usikkerhet knyttet til interne virkninger i virksomheten

Navn på virkning	Kort begrunnelse for vurdering av usikkerheten	Vurdering
Gevinster for alle virkninger	Gevinstene er regnet på nasjonal basis men det er usikkert om tilstrekkelig antall kommuner vil ta i bruk tjenesten. Nasjonale og kommunale føringer om krav til digitalisering er dog med til å redusere denne risiko.	Middels
Større tilgjengelighet øker behovet for tjenesten. Dette medfører en merbelastning på tjenesten.	En lettere tilgjengelig helsetjeneste har historisk sett hatt en tendens til å øke behovet og bruken av tjenesten.	Lav
Gevinstrealisering/implémentering i helsestasjonstjenesten	Gevinster blir ikke realisert. Man innfører ny funksjonalitet uten å endre arbeidsprosesser. Endringsmotstand hos ansatte gjør at nye funksjoner ikke tas i bruk. Usikkerheten kan reduseres med god forankring hos ledere. En slik forankring tas med i gjennomføringsstrategien hos prosjektet men er utfordrende med tanke på antall kommuner og bydeler	Lav
Implementering i helsestasjonstjenesten	Behov for involvering fra lokale ressurser blir undervurdert i implementeringen. Hjemmetjenesten og kommunene må frigjøre ressurser som aktivt kan bidra til forankring og kvalitet i forbindelse med gjennomføringen.	Lav
Frigjøring av tid	Det kan ta mer tid å besvare en skriftlig henvendelse enn telefon og det er usikkert hvor mye dialogen øker når det blir enklere for innbyggeren å kontakte helsestasjonen via digital kanal 24 timer i døgnet.	Lav

Tabell 11: Fra søknadsskjema: Usikkerhet knyttet til øvrige virkninger

Navn på virkning	Kort begrunnelse for vurdering av usikkerhet	Vurdering
Løsningen tas ikke i bruk	Befolkningen vet ikke om den nye tjenesten og tilgodegjør seg ikke muligheten. Ved innføring av	lav

	tjenesten bør det tas høyde for dette.	
--	--	--

Tabell 12: Fra søknadsskjema: Samlet vurdering av usikkerhet knyttet til samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Gi en kort begrunnelse for vurdering av usikkerhet	Angi om usikkerheten knyttet til virkningen er lav, middels eller høy
Den samlede usikkerheten vurderes til å være middels. Det er noe usikkerhet knyttet til gevinstene, men prosjektet vil ved å sette inn relevante tiltak i stor grad bidra til å redusere denne.	Middels

7. OPPSUMMERING AV DEN SAMFUNNSØKONOMISKE ANALYSEN

Denne prosjektsøknaden omhandler et prosjekt som har et betydelig nasjonalt omfang og som vil bidra til å bane vei for videre digitalisering av tjenester innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

- Prosjekt etablerer en plattform og leverer noen av de første digitale innbyggertjenestene innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester.
- De foreslåtte tjenestene støtter opp under viktige målsettinger for tjenesten, og tar tak i sentrale utfordringsområder som er påpekt gjennom meldinger og utredninger de senere årene.
- Prosjektet har en mengde kvantitative effekter som innenfor rammen av denne analysen ikke har vært mulig å prissette på grunn av kompleksitet og manglende datagrunnlag. I tillegg er det en rekke kvalitative gevinster.
- Av alle nyttevirkningene, har bare et par vært mulig å prissette. Disse berører besparelser i helsetjenestenes interne prosesser, som er en sekundær målsetting. Når man baserer seg på kun disse få prissette effektene alene, er prosjektet likevel tilnærmet samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Tabell 13: Fra søknadsskjema: Oppsummering samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Netto nåverdi av prissette effekter (i mill. NOK)	-0,4
Vurdering av ikke-beregnende kvantitative effekter	+++
Vurdering av kvalitative effekter	+++
Investeringskostnad i offentlig sektor (i mill. NOK)	27,2
Netto nåverdi per investert krone i offentlig sektor (i kroner)	0
Samlet vurdering av usikkerhet knyttet til tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet	middels