



Offi § 5.

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
42/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	03.05.2017
Saksansvarlig:	Einar Bugge	Saksbehandler: Einar Bugge

Elektronisk medikasjon og kurve

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar informasjonen om gjennomføring av fase 3 – Elektronisk Kurve og Medikasjon til orientering.
2. Styret ber administrerende direktør innarbeide endringer i kostnader og ventet nytteverdi i langsiktig plan.
3. Styret ber om en nærmere orientering om status og konsekvenser for deltakelse fra klinisk personell innen utgangen av 2017.

Sammendrag

Planleggingsfasen for systemstøtte for Elektronisk Medikasjon og Kurve (fase 2) ble lagt inn i programmet for Felles Innføring av Kliniske System. Styringsgruppen har gitt sin tilslutning til videreføring til fase 3, og anbefalte at saken forankres i styrene i de lokale helseforetakene før endelig behandling styret i Helse Nord RHF 23. mai 2017. Likelydende sak fremmes derfor til styrene i helseforetakene (HF) for behandling før RHF-styrets møte.

Bakgrunn

Administrerende direktør i Helse Nord RHF opprettet i 2010 et forprosjekt for å utrede behovet for elektronisk medikasjon- og kurveløsning (EK) i Helse Nord. Kartleggingen pekte på at EK er nødvendig for å møte nasjonale kvalitetskrav med hensyn til behandlingsdokumentasjon, legemiddelhåndtering og tryggere pasientforløp. Videre var konklusjonen at det er et stort behov for å samle informasjon om observasjoner, fysiologiske parametre, medikasjon, tiltak og effekter/bivirkninger i et elektronisk system hvor pasientdata kan være tilgjengelig for flere behandlere samtidig.

Administrerende direktør besluttet i januar 2012 å starte anskaffelse av IKT-støtte for EK for alle fagområder i sykehusene.

Resultat av anskaffelsen er behandlet i RHF-styresak 125-2014, med følgende vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF godkjenner oppstart av forprosjekt Elektronisk Kurve og Medikasjon innenfor en ramme på 26 mill kroner.*
2. *Styret ber adm. direktør legge frem rapport fra forprosjekt med anbefaling om videre fremdrift, når aktivitetene i fase 2 er gjennomført.*
3. *Styret ber adm. direktør legge frem plan for gevinstrealisering som en del av beslutningsunderlaget for gjennomføringen av hovedprosjektet (fase 3).*

Planlegging og forprosjektering av prosjektet ble lagt til program for Felles innføring av kliniske system (FIKS). I forbindelse med rullering av langsiktig plan 2017-2020 (15.06.2016), godkjente RHF-styret en helhetlig ramme for planlegging og forprosjekt på 42,6 mill. av en beregnet totalramme på 181 mill. med et innføringsløp fram til 2020.

Styringsgruppen for FIKS har i tre saker (SG FIKS Sak 5,12 og 18 – 16) forskuttert bruk av ytterligere 12,1 mill i forprosjektfasen for blant annet å ta inn deler av fase 3 aktivitetene, og samtidig forlenget forprosjektfasen fra årsskiftet og fram til juni 2017 når en ferdig løsning skal testes og verifiseres. En vesentlig del av kostnadsøkningen for forprosjektet er knyttet til forlenget frikjøp av interne kliniske ressurser i Helse Nord.

Status i prosjektet

Ferdig, konfigurert kurveløsning med integrasjoner skal ferdigstilles i juni 2017. Forutsatt vellykket verifikasjonstest i juni, anbefaler prosjektgruppen og styringsgruppen start av fase 3; innføring av EK – implementering per HF.

Prosjektet har i løpet av høsten 2016 revidert gevinstrealiseringsplanen, laget mandat for implementeringsprosjektet og utarbeidet et detaljert budsjett for fase 3- implementering. Innføringsperioden er totalt beregnet til 4,5 år, fra august 2017 til desember 2021. Oppstart av fase 3 forutsetter en verifisert løsning i juni 2017.

Forankring i foretaksgruppen

Prosjektplan, utkast til mandat og oppdatert gevinstrealiseringsplan ble behandlet i styringsgruppen i FIKS 25. mars 2017, med følgende vedtak:

1. *SG FIKS tar revidert gevinstrealiseringsplan til orientering.*
2. *SG FIKS gir sin tilslutning til mandat, prosjektplan, organisering og budsjett/økonomi, og godkjenner oppstart av forberedelser og rekruttering av interne ressurser til prosjektet.*
3. *SG anbefaler at oppstart av fase 3 forankres i helseforetakenes styrer i april 2017, og legges frem for endelig beslutning i styret i Helse Nord RHF i mai 2017.*

Gevinstrealiseringsplan

Kliniker-gruppen har revidert gevinstrealiseringsplanen og kost-nytte etter gjennomgang av EK-løsningen i Helse Sør-Øst fra samme leverandør. Totale kostnader inkludert kjente, negative effekter, er beregnet til 1 953 mill. kr. Total nytte er beregnet til 4.060 mill. kr. Dette gir en netto nytteverdi beregnet til 2.107 mill. kr. (2017-tall), og en netto nåverdi på 1.207 mill. kr., forutsatt teknisk levetid ut 2036. Investeringen har positiv nåverdi f.o.m. år 2025.

Se vedlegg 1 for detaljer.

Plan for neste fase med prosjektorganisering

Etter gjennomføring av planfasen, er vurderingen at innføringsfasen må økes fra 16 mnd slik opprinnelig antatt, til 4,5 år (2017-2021). Årsaken til dette er kompleksiteten i alle endringer som skal finne sted.

Innføringen vil skje stegvis, og i delleveranser ved hvert HF. Planen forutsetter avslutning av forprosjektet i juni 2017, og start innføring (fase 3) i august 2017.

Det forutsettes at hvert helseforetak har en lokal implementeringsorganisasjon, samtidig som et regionalt prosjekt styrer videreutviklingen av den regionale løsningen, samt oppstart og gjennomføring av lokale aktiviteter. I tillegg må et eget delprosjekt etablere drift, overvåkning og 1. og 2. linje brukerstøtte innen første idriftsettelse 1. halvår 2018.

Planen starter med AIO (anestesi, intensiv og operasjon) ved UNN HF, der oppstart Harstad og Narvik er planlagt våren 2018, og Tromsø høsten 2018.

Implementeringen på akuttmottak, somatiske og psykiatriske sengeposter m.m. er lagt til perioden Q4-2018 til Q1-2021. NLSH HF starter i Q2-2018 for AIO, med implementering fram til Q2-2020. Det betyr at NLSH er første HF i regionen med komplett EK-løsning.

FSYK og HSYK starter implementeringen senere, med implementering AIO i 2019 og akuttmottak/ sengeposter m.m. i 2020-2021.

Se vedlegg 2 for mer informasjon.

Investeringskostnader

I styresak 125-2014 vedtok RHF-styret at prosjektet skulle startes innenfor en total ramme på 181,4 mill. kr.

Etter gjennomført forprosjekt, er konklusjonen at budsjettet må økes til 283,8 mill. kr. De to viktigste årsakene til dette er:

1. Innføringsperioden er økt fra 16 mnd til 4,5 år; merkostnaden er om lag 100 millioner fordelt på både interne ressurser og leverandørens prosjektkostnader. Den største økningen knytter seg til forlengelse av frikjøp av interne ressurser i det regionale prosjektet.
2. Den brede klinikerinvolveringen i forprosjektfasen har medført større endringer av Helse Sør-Øst sin løsning enn tidligere forutsatt. Merkostnaden for konfigurering av en mer

brukervennlig løsning ligger i forlengelsen av forprosjektet fra årsskiftet og fram til juni (omlag 12,1 mill. kr.).

Det forutsettes at ressurser fra HFene til det regionale prosjektet kompenseres på timebasis etter avtalt timesats, etter samme modell som ved Felles Innføring av Kliniske System.

I løpet av fase 2 er det i tillegg avdekket indirekte følgekostnader på ca 159 mill. kr.:

- Utstyr og lokal infrastruktur: 48,0 mill. kr.
- Trådløst nettverk : 40,8 mill. kr.
- Lokale mottaksprosjekt : 70,3 mill. kr. (eksklusive superbrukere):

Styret i Helse Nord RHF godkjente indirekte følgekostnader knyttet til EK-prosjektet på 88,8 mill. kr. i sak 72-2016 *Langsiktig plan 2017-2020 inkl. rullering av investeringsplan 2017-2024*.

Kostnadene til lokale mottaksprosjekt er ikke tidligere medtatt i langsiktig plan. Disse utgjør for helseforetakene:

- UNN HF: 24,3 mill. kr.
 - NLSH HF: 20,6 mill. kr.
 - HSYK HF: 12,7 mill. kr.
 - FIN HF: 12,7 mill. kr.
- Til sammen: 70,3 mill. kr.

I tillegg kommer kostnader til opplæring av superbrukere. Det forutsettes at helseforetakene dekker egne ressurser i mottaksprosjektene. Adm. direktør i Helse Nord RHF vil vurdere hvordan dette kan tas hensyn til ved rullering av langsiktig plan 2018-2021.

Det vises til vedlegg 3 for nærmere informasjon.

Mandat for fase 3 – Gjennomføringsfasen

Styringsgruppen gav i møte 25. mars 2017 sin tilslutning til mandat for fase 3 (se vedlegg 4). Forutsatt vedtak om gjennomføring av fase 3, vil det utarbeides egne mandater for hvert mottaksprosjekt ved helseforetakene, samt for delprosjektet ”*Etablering av EK som tjeneste for Helse Nord*”.

Mandatet inneholder overordnet risikovurdering for fase 3. Ingen annen region eller kunde med Metavision har gjennomført tilsvarende, regional innføring før. Samlet risiko er relativt høy. Mange parallelle aktiviteter skal skje samtidig, og avhenger av leveranseevne både fra leverandør og Helse Nord IKT. I tillegg skal både regionalt og de lokale prosjektene levere for at løsningen skal kunne gå i drift på forsvarlig måte.

God planlegging, ansvarsfordeling og sterk leverandør-styring er viktigste risikoreducerende tiltak.

Styringsgruppen har gitt sin tilslutning til den planlagte gjennomføringen, og anbefaler at fase 3 startes i august 2017, forutsatt vellykket verifikasjonstest i juni 2017. Prosjektet er et av flere tiltak for gjennomføring av regionens kvalitetsstrategi for 2016-2020.

Sammenheng med langsiktig plan

Innføring av elektronisk kurve og medikasjon er bl.a. behandlet i:

Styresak 125-2014: System for Elektronisk Kurve og Medikasjon – ramme 181,4 mill. kr.

Styresak 72-2016: Langsiktig plan – indirekte kostnader – ramme 88,8 mill. kr.

Dette betyr at gjennomføring av fase 3 forutsetter at styret i Helse Nord øker investeringsrammen med 102,4¹ mill.kr, og at helseforetakene i tillegg allokterer til sammen 70,3 millioner til innføringsprosjektene i perioden 2018-2021.

Medbestemmelse

Elektronisk Medikasjon og kurve – fase 3 blir drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 9. mai 2017.

Brukermedvirkning

Elektronisk Medikasjon og kurve – fase 3 blir behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 11. mai 2017.

Vurdering

Direktøren er fornøyd med det grundige arbeidet som er gjort i planleggingsfasen. Prosjektgruppen har satt seg inn i funksjonalitet som er levert til andre kunder, og har sammen med leverandøren kommet frem til forbedringer som gjør systemet vesentlig mer brukervennlig enn erfaringen er andre steder. Anbefaling om utvidelse av prosjektperioden til 4,5 år må ansees som et risikoreducerende tiltak.

Det er brukt mye tid på kartlegging og forankring av nytteverdi, og det ligger godt til rette for å opprette gevinstavtaler med helseforetakene før oppstart av fase 3.

Adm. direktør mener at innføring av systemstøtte for kurve og medikasjon (EK) er et av de viktigste enkelttiltak for å redusere risiko for medikamentrelaterte uønskede hendelser. Systemstøtten vil øke den samlede informasjonsmengden rundt hver pasient, og øke helsepersonellens oversikt vesentlig sammenliknet med i dag. Kartleggingen fra 2010 er i høyeste grad relevant for å møte fremtidens behov.

Prosjektet planlegges gjennomført samtidig med innføring av neste generasjons elektroniske pasientjournal (DIPS Arena). Prosjektene legges inn i et samlet program, for å sikre god integrasjon mellom disse systemene.

¹ 283,8 – 181,4 = 102,4 mill. kr.

Erfaringene fra Felles Innføring av Kliniske System blir videreført inn i det nye programmet, og en kjerne på 6-8 medarbeidere følger med over i det nye programmet.

Tromsø, 21.4.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Gevinstrealiseringsplan – Elektronisk Medikasjon og Kurve
2. Gjennomføringsplan fase 3 – Elektronisk Medikasjon og Kurve
3. Investeringskostnader – Elektronisk Medikasjon og Kurve – **U-off. jfr. off.l. § 23, 1. ledd**
4. Mandat for gjennomføringsfasen – Elektronisk Medikasjon og Kurve

Gevinstrealiseringsplan



INNFØRING AV FELLES, REGIONAL ELEKTRONISK MEDIKASJONS- OG KURVELØSNING (EK)

REVIDERT 14. MARS 2017 (FASE 2)

Denne fylles ut ved behandling.

Prosjektnummer 882	Journalnummer	
Behandlet dato: 24.3 2017	Behandlet av / Prosjekteier: Styringsgruppen EK/ Styringsgruppen FIKS	Utarbeidet av EK-prosjektet ved Bjørn Børresen
Beslutning: <Godkjent/ikke godkjent/ øvrige vurderinger må gjøres >		
Signatur (prosjekteier)		

OPPSUMMERING

Formålet med gevinstrealiseringsplanen er å gi linjeorganisasjonen/ HFene et best mulig utgangspunkt for å realisere gevinstene med innføring av felles, elektronisk medikasjons- og kurveløsning. Den skal tydeliggjøre målene, og bidra til en god forventningsstyring.

Følgende kliniker-gruppe utarbeidet første versjon (per 17.2.2016):

- Hanne Kvarenes, overlege, NLSH HF
- Aud Aspvik, fagutv.spl, UNN HF
- Gerd-Mona Nilsen, enhetsleder/ sykepleier, HSYK HF
- Nina Brox, avd.leder/ farmasøyt, Sykehusapoteket Nord HF
- Elisabeth T. Johansen, farmasøyt, Sykehusapotek Nord HF
- Lars Marius Ytrebø, overlege, UNN HF
- Else Aune, rådgiver/spl, Helse Nord IKT

Samme kliniker-gruppe, med unntak av Johansen og Ytrebø, deltok i revisjonen per 16.2. 2017. Utarbeidelsen ble ledet av prosjektleder Bjørn Børresen, med støtte fra Steve Lillehaug ved FIKS.

Gruppen har gruppert effektmålene i følgende gevinstområder:

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

Kliniker-gruppen har identifisert gevinster/ nytte-effekter med bakgrunn i eksisterende dokumentasjon og referansebesøk til Helse Sør-Øst og Helse Vest (per februar 2016). Det ble foretatt en revisjon etter ferdigstilt gjennomgang av HSØ-løsningen i forprosjektet (per februar 2017). Både kvalitative og kvantitative gevinster er beskrevet i en gevinstoversikt. Det er lagt vekt på å beskrive konkrete gevinster, som anses realistiske å oppnå med innføringen av den elektroniske medikasjons- og kurveløsningen. Forutsetninger som vi vet må på plass for å oppnå en gevinst eller nytte-effekt, og forslag til måling av oppnådd gevinst, er en del av gevinstoversikten, men presenteres ikke i selve gevinstrealiseringsplanen (dette dokumentet).

Identifiserte gevinster er grunnlaget for en kost-nytte-beregning. I gevinstoversikten er det angitt hvorvidt en gevinst er kvalitativ eller kvantitativ. For de gevinstene som både er kvantitativ, har en økonomisk verdi, og er mulig å måle, er det beregnet en økonomisk gevinst. Dette er identifisert økonomisk nytte.

Det er også beregnet en økonomisk verdi av kjente, negative effekter for effektiviteten/ tidsbruken til helsearbeidere. Dette er gjort for å framstille et balansert bilde av effekter, og som er viktig for ikke å skape urealistisk høye forventninger (dvs. en forventning om at elektronisk kurve ikke har negative virkninger, som økt tidsbruk ved ordninger og registrering av informasjon). Dette er viktig for en korrekt forventningsstyring. Dette inngår i total kostnad.

Det er lagt til grunn en trinnvis innføring fram til 2022, og en 15 års driftsperiode fra 2021 fram til og med 2036. Det er generelt høy usikkerhet knyttet til beregningene. Totale kostnader er MNOK 1 953, og total nytte i denne perioden er beregnet til MNOK 4 060. Det gir en kost-nytte på MNOK 2 107 (2017-tall).

En nåverdi-beregning, med 4 % diskonteringsrente, viser at en ferdig implementert regional kurveløsning har en nåverdi på MNOK 1 207 mill.kr (per 2017). Da er det lagt til grunn at løsningen er i drift ut 2036. Gitt forutsetningene lagt til grunn for nåverdi-beregningen, vil nåverdien være positiv fra rundt 2024.

Innholdsfortegnelse

Dokumentinformasjon	4
Dokumentdistribusjon.....	4
Revisjonshistorikk.....	4
Kontakter.....	4
Ordliste/definisjoner i rapporten	4
1. Bakgrunn.....	5
1.1. Formål og mål for prosjektet.....	5
1.2. Formålet med gevinstrealiseringsplan (dette dokument).....	7
1.3. Metode og framgangsmåte.....	8
2. Prosjektets interessenter	10
3. Gevinstoversikt	11
3.1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	11
3.2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	13
3.3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	14
3.4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	15
3.5. Andre gevinster/ effekter	19
4. Nytte-effekter (kvantitative)	20
4.1. Tidsbesparelser.....	21
4.2. Økt kapasitet	21
4.3. Redusert pasientskadeerstatning	21
4.4. Bedre DRG-utbytte	22
4.5. Reduserte legemiddelkostnader	22
5. Kost-nytte.....	23
5.1. Totale kostnader – Total nytte (2015-2036)	23
5.2. Akkumulert nåverdi i 2016	25
6. Gevinstrealiseringsplan.....	26

DOKUMENTINFORMASJON

Dokumentdistribusjon

Navn	Organisasjon/foretak/avdeling
Prosjekteier	HN RHF
Styringsgruppen	Styringsgruppen for FIKS
Prosjektplassen (felles for prosjektet)	https://service.projectplace.com/pp/pp.cgi/r1148043030

Revisjonshistorikk

Versjon	Av	Dato	Beskrivelse
0.1	Bjørn Børresen	21.12.15	Første versjon oversendt Bengt Nilsfors.
0.2	Bjørn Børresen	13.01.16	Første versjon oversendt til SG for EK, til behandling 20. jan 2016 (fase 1). SG for EK gav sin tilslutning med kommentarer i møtet 20. jan.
0.3	Bjørn Børresen	22.01.16	Oversendt Klinisk IKT Fagråd (Faglig styringsgruppe). Rettelser foretatt. Klinisk IKT Fagråd tok planen til orientering 25. jan. 2016
0.9	Bjørn Børresen	01.02.16	Kvalitetssikring, mindre rettelser foretatt. Oversendt SG FIKS.
1.0	Bjørn Børresen	17.02.16	Godkjent av SG FIKS
2.0	Bjørn Børresen	17.02.17	Revidert versjon ferdigstilt fra prosjektet.

Kontakter

Rolle	Navn, foretak	E-post	Telefon/mobil
Prosjektleder	Bjørn Børresen	bjorn.borresen@fiks.helsenord.no	+47 97153080

Ordliste/definisjoner i rapporten

Ord / definisjon	Beskrivelse
Gevinst	En nytte-effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent, f.eks brukere eller pasienter. Dvs. en forandring hos brukerne eller samfunnet som har oppstått som følge av virksomhetens tiltak, f.eks innføring av elektronisk kurve. En gevinst kan både være en fordel og en ulempe, og begge deler bør tas med.
Gevinstoversikt	Oversikt over sentrale, potensielle gevinster av et prosjekt, med sentrale forutsetninger for at disse skal realiseres. Det bør også være forslag til hvordan en gevinst kan måles/ identifiseres (indikatorer/ måleparametere på oppnådd gevinst), og hvem som er ansvarlig for å måle/ følge opp.
Gevinstansvarlig	Identifiserte gevinster av prosjektet bør være tilordnet en bestemt gevinstansvarlig i linjeorganisasjonen. Den gevinstansvarlige skal være en pådriver for gevinstrealiseringen, og bør være noen som får en fordel av prosjektet. Ved HFene vil det typisk være klinikk-/ avdelingsledelse.

1. BAKGRUNN

I 2010 opprettet Adm.dir ved Helse Nord RHF et forprosjekt som skulle utrede behovet for medikasjons- og kurveløsninger (EK) i Helse Nord. Kartleggingen/ studien i dette prosjektet påpekte at:

- EK er nødvendig for å møte nasjonale kvalitetskrav mht:
 - Behandlingsdokumentasjon
 - Legemiddelhåndtering
 - Forbedre behandlingsforløpet for den enkelte pasient
- Det er stort behov for å samle informasjon om:
 - Observasjoner
 - Fysiologiske parameter
 - Medikasjon
 - Tiltak
 - Effekter/bivirkninger
- Implementering av EK i hele pasientforløpet må ha fokus på hele på behandlingsskjeden, ikke enkeltavdelinger

Adm. dir. besluttet januar 2012 i samråd med helseforetaksdirektørene, å igangsette en anskaffelsesprosess av IKT-støtte for kurve og medikasjon for alle fagområder.

Selve anskaffelsesprosessen ble gjennomført i perioden 2012-2014 med sterk kliniker-involvering fra HFene. EVERY ASA leverte samlet sett det økonomisk mest fordelaktige tilbudet¹ med produktet MetaVision fra IMDSOFT (underleverandør). Kontrakt ble underskrevet 16. desember 2014.

MetaVision er en gjennomgående kurve som kan støtte ulike fagområders behov. Dette er samme løsning som er valgt i Helse Sør-Øst for gjennomgående medikasjons- og kurveløsning (Sykehuset Østfold HF og OUS HF). Tilbudet til EVERY representerte den laveste risikoen totalt sett sammenlignet med de øvrige tilbudene ved en innføring av EK i regionen.

1.1. Formål og mål for prosjektet

HN skal innføre en felles EK-løsning for å bedre pasientsikkerheten, og sikre helsearbeideres medisinskfaglige beslutningsstøtte og oversikt over relevant pasient-/behandlingsdokumentasjon. EK skal optimalisere behandlingskvalitet, samt sikre høy kvalitet på data relatert til virksomhetsdokumentasjon, undervisning, forskning, utvikling og rapportering.

HN har som overordnet mål å innføre MetaVision som elektronisk medikasjons- og kurveløsning for prehospitaltjenester (opsjon), akuttmottak, intensiv, nyfødttintensiv, operasjon, anestesi, sengepost, dagbehandling og poliklinikk for alle foretakene i helseregionen. Målet er å kvalitetssikre behandlingen og legemiddelhåndteringen gjennom dokumentasjon av data som følger pasienten gjennom hele pasientforløpet og er tilgjengelig for alle behandlere til enhver tid/sted.

EK-prosjektet skal bidra til å realisere Helse Nord's Kvalitetsstrategi - Det gode pasientforløp (2016-2020)², som har pasientens helsetjeneste, pasientsikkerhet, kunnskapsforankring og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis som satsningsområder.

EK-prosjektet har effektmål innenfor fire gevinstområder.

1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering:

¹ "Økonomisk mest fordelaktige" betyr det tilbudet som har best forhold mellom kost og nytte/ kvalitet.

² [http://www.helse-](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/RAPPORTER%20OG%20H%C3%98RINGER/Kvalitetsstrategi%20Helse%20Nord%202016-2020.pdf)

- Økt pasientsikkerhet med løsning som gir forsvarlig, standardisert og kvalitetssikret legemiddelhåndtering
- Tilgang til pasientens legemiddelliste i hele pasientforløpet
- Mer forsvarlig rekvirering, oppbevaring, ordinerer, istandgjøring og administrering av legemidler
- Bedre oversikt over interaksjoner, dosering, bivirkninger, utblanding, administrasjonsmåter, etc.
- Korrekt og forståelig informasjon om legemidler til pasienten som kan hentes fra relevante kilder (e.g. Helsebiblioteket, FEST, Norsk legemiddelhåndbok)
- Sikker dobbeltkontroll og tilknytning direkte til legemiddelet, pasientens kurve, pasienten selv og helsearbeideren som administrerer legemidlet
- Entydig informasjon, og bedre dokumentasjon av administrering og evt. avvik

2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet:

- Økt kvalitet i behandlingen av pasienter i helhetlige pasientforløp og de arbeidsprosessene som løsningen understøtter
- Løsning med god beslutningsstøtte i pasientbehandlingen som er knyttet opp mot nasjonale veiledere for pasientbehandling og prosedyrer
- Økt oversikt og tilgjengelighet til relevant pasient- og behandlingsdokumentasjon
- Standardiserte og integrerte løsninger som støtter virksomhetens behov for arbeids- og informasjonsflyt i helhetlige pasientforløp
- Automatisert datafangst og bedre kvalitet i registrering av data fra medisinteknisk utstyr (MTU)

3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten

- Legge til rette for felles faglig utvikling og standardisering i regionen som følger nasjonale og internasjonale standarder
- Understøtte kunnskapsbasert praksis og klinisk fagrevisjon
- Strukturere data til organisasjons-, utviklings- og forskningsformål

4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling

- Økt kvalitet og effektivitet for helsepersonellet i de arbeidsprosessene som løsningen understøtter
- Felles løsning som bidrar til kostnadseffektivitet for HN

For å oppnå disse effektmålene skal løsningen ha høy stabilitet, skalerbarhet, brukervennlighet, tilgjengelighet og sikkerhet. Løsningen skal også følge Nasjonal IKT sine anbefalinger til arkitektur og elektronisk samhandling ved bruk av tjenester.

Rekvirering, ordinerer, istandgjøring og administrering av legemidler dokumenteres i dag på papir. MetaVision (MV) vil tilby brukerne en gjennomgående elektronisk løsning som sikrer en bedre og sikrere legemiddelhåndtering og er en viktig forutsetning for en lukket legemiddelsløyfe .

Løsningen vil være regionalt konfigurert, fullt integrert med både sykehus-FEST (Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte) og DIPS legemidler i bruk (LiB). Dette vil realisere ønsket om én regional felles medikasjonsdatabase som fleksibelt kan tilpasses pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten. Målet er *strukturert* informasjonsflyt om legemidler:

- Innad i foretaket i hele pasientforløpet
- Mellom de kliniske IKT-systemene DIPS og MV.
- Ut og inn av spesialisthelsetjenesten (bl.a til Reseptformidler)

Overgangen fra papir til EK vil ha følgende spesifikke implikasjoner:

- Sikrer leselig/entydig informasjon og dokumentasjon av legemiddelpraksis fra ordinerer, istandgjøring og administrering av legemidler.

- Integrasjon av Legemidler I Bruk (LIB DIPS Medikasjon) til EK vil redusere manuelle arbeidsoperasjoner/avstemminger/overføringer i pasientforløpene og sikre en effektiv og kvalitetssikret kommunikasjon om legemidler inn og ut av spesialisthelsetjenesten.
- Integrasjon med Statens legemiddelverks FEST-database sikrer en oppdatert og kvalitetssikret legemiddeldatabase. Dette vil redusere behovet for å benytte lokale ressurser til oppdatering av lokale legemiddeldatabaser.
- Felles regional medikasjonsdatabase vil øke kvaliteten og redusere variabiliteten i legemiddeltjenesten ved at man standardiserer ordinasjoner, for eksempel i form av bedre oversikt over interaksjoner, dosering, bivirkninger, utblanding, administrasjonsmåter.
- Sikker dobbeltkontroll og tilknytning direkte til legemiddelet, pasienten og helsearbeideren som administrerer legemidlet
- Standardisering vil redusere bruken av legemidler utenfor LIS (legemiddelinnkjøpssamarbeidet) og dermed redusere kostnader.
- EK vil muliggjøre en pasienttilpasset forskrivningspraksis ved at ordineringspakker linkes til definerte pasientforløp. Dette vil understøtte dagens arbeidsflyt og kvalitetssikre at medikasjonelementene følger definerte behandlingsforløp.
- Generisk ordinerer blir standard ordinasjonsform. Ordinasjon på produktform skjer unntaksvis
- Bidra til styring og monitorering av antiinfektiva-bruk som ledd i antibiotikastyringsprogram.

1.2. Formålet med gevinstrealiseringsplan (dette dokument)

Formålet med gevinstrealiseringsplanen er å gi linjeorganisasjonen/ HFene et best mulig utgangspunkt for å realisere gevinstene med innføring av felles, elektronisk medikasjons- og kurveløsning. Den skal tydeliggjøre målene, og bidra til en god forventningsstyring.

Gevinstrealiseringsplanen skal bli en operativ handlingsplan til bruk i oppfølgingen av prosjektet og realisering av ønskede gevinster. En god gevinstrealiseringsplan motvirker ansvarspulverisering og forplikter og motiverer linjeledelse og linjeorganisasjonen i arbeidet med realiseringen av gevinster. Det vil også være et grunnlag for å avgjøre hvilke regionale prosedyrer som bør innføres.

Gevinstrealiseringsplanen kommuniserer de forventede gevinstene av et prosjekt og presenterer realistisk planlegging overfor interessenter i prosjektet.

Ved implementering på en avdeling/klinikk (fase 3), vil prosjektet stille følgende spørsmål til avd./klinikk-ledelsen:

- Hvilke nytte-effekter identifisert i gevinstoversikten er relevant for dere, og hvilke vil dere oppnå? Hvilke mål gir dette for avd/klinikken?
- Hvilke forslag til målinger vil dere ta i bruk for å verifisere at målene er nådd?
- Hvilke tiltak/ endringer ser dere er nødvendig for å oppnå disse målene? Hva krever det av omstilling? Hvilke endringer av lokale prosedyrer må gjøres for å være i tråd med de regionale?
- Hvordan vil dere kommunisere forventede nytte-effekter og mål, og hvordan dere fra ledelsen vil følge opp dette på egen avd/ klinikk?

På denne måten vil gevinstrealiseringsplanen tydeliggjøre målsetningene ute ved klinikkene, og være et verktøy for forventningsstyring.

Videre bidrar planen til å holde fokus på virkninger og gevinstrealisering som ligger langt frem i tid. Prosjektet får et levende arbeidsverktøy som kan justeres underveis ved at planen oppdateres løpende - minimum i forbindelse med overgangen fra én fase til en annen.

Hvorvidt Helse Nord vil gjennomføre før-, underveis-, og etter-evalueringer, for eksempel i form av et elektronisk spørreskjema, er opp til ledelsen å beslutte. Prosjektet kan fremme forslag om dette, basert på mal og opplegg ved Helse Vest, der dette gjennomføres for alle avdelinger som implementerer kurven (KULE-prosjektet i Helse Vest). Dette anbefales å være opp til det enkelte HF.

1.3. Metode og framgangsmåte

En kliniker-gruppe har identifisert gevinster/ nytte-effekter med bakgrunn i eksisterende dokumentasjon og referansebesøk til Helse Sør-Øst og Helse Vest. I Helse Vest er det gjort et tilsvarende gevinst-arbeid. Ved Sykehuset Østfold er MetaVision innført som gjennomgående kurveløsning, både for anestesi/intensiv/operasjon/overvåkning, og for somatiske og psykiatriske sengeposter. Poliklinikkene har ikke tatt løsningen i bruk, og den dekker ikke medikamentell kreftbehandling.

Først er både kvalitative og kvantitative gevinster beskrevet i en gevinstoversikt. Det er lagt vekt på å beskrive konkrete gevinster, som anses realistiske å oppnå med innføringen av Metavision som elektronisk medikasjons- og kurveløsning. Det er lagt til grunn en gjennomgående kurveløsning på tvers av organisatoriske grenser, jf. Sykehuset Østfold. Hvis det er viktige forutsetninger som vi vet må på plass for å oppnå en gevinst eller nytte-effekt, er dette også beskrevet i gevinstoversikten (excel).

Identifiserte gevinster er grunnlaget for en kost-nytte-analyse. I gevinstoversikten er det angitt hvorvidt en gevinst er kvalitativ eller kvantitativ. For de gevinstene som både er kvantitativ, og har en økonomisk verdi, er det beregnet en økonomisk gevinst. Dette er gjort for konkrete gevinster der det er mulig å måle en økonomisk verdi. Det er gjennomgående lagt til grunn konservative og forsiktige estimater og premisser i beregningene. Videre er det økonomiske gevinster som ikke kommer med i beregningen, da det anses som umulig å måle eller for spekulativt på nåværende tidspunkt å forsøke å beregne.

Det betyr at mulig økonomisk gevinst er større enn estimatet på total, økonomisk nytte som framgår under.

Det er ikke tatt med gevinster knyttet til en lukket legemiddelsløyfe/ automatisert logistikk for legemidler, da elektronisk kurve alene ikke oppnår dette.

Revisjonen per februar 2017 viste at prosjektgruppen ser flere og større gevinster enn i fase 1, etter at prosjektet har arbeidet i ett år med løsningen. Dette kommer til uttrykk i en høyere estimert økonomisk gevinst.

Det er viktig å påpeke at en realisering av gevinster, forutsetter en innføring i tråd med planen, og at man sikrer at forutsetningene for å realisere gevinstene faktisk er tilstede.

Videre har vi også beregnet økonomisk verdi av kjente, negative effekter for effektiviteten/ tidsbruken til helsearbeidere. Dette er gjort for å framstille et balansert bilde av effekter, og som er viktig for ikke å skape urealistisk høye forventninger (dvs. en forventning om at elektronisk kurve ikke har negative virkninger, som økt tidsbruk ved ordninger og registrering av informasjon). Dette er viktig for en korrekt forventningsstyring. Dette inngår altså i kost-nytte-beregningen.

Revisjonen per februar 2017 viste at prosjektgruppen også ser større negative effekter enn i fase 1, etter at prosjektet har arbeidet i ett år med løsningen. Dette kommer til uttrykk i en høyere estimert, negativ økonomisk effekt.

På kostnadssiden inngår investeringskostnad (kjøp og innføring), intern ressursbruk under innføring, kostnad for drift i 15 år, i tillegg til de negative effektene omtalt i avsnittet over. Det er en usikkerhet knyttet til «pukkel-kostnader» utover innføringskostnader, som er svært vanskelig å måle.

Revisjonen per februar 2017 har tatt med kjente, indirekte følgekostnader, slik som innføring av trådløst nettverk og intern ressursbruk ved HFene. Dette øker de totale kostnadene.

Økonomisk kostnad er usikker, og kan være noe større enn estimert i kost-nytte-beregningen under.

2. PROSJEKTETS INTERESSENER

Gevinstrealiseringsplanen har foreløpig angitt hvorvidt den enkelte gevinst/ nytte-effekt lar seg realisere på en enkeltavdeling (f.eks første avdeling på HFet som innfører elektronisk kurve), eller om gevinsten forutsetter at mange avdelinger tar i bruk kurven gjennomgående.

Dette legger føringer for hvem som er *gevinstansvarlig*. For avdelingsvise gevinster er avd./klinikk-ledelse gevinstansvarlige, mens adm.dir og fagdirektører er ansvarlige for de gjennomgående gevinstene på tvers av avd/klinikker. Dette ønsker prosjektet å formalisere i egne gevinstavtaler med gevinsteier når løsningen skal implementeres på HFene (fase 3).

For øvrig viser vi til beskrivelsen av prosjektets interesser i mandatet.

3. GEVINSTOVERSIKT

3.1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
1	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Økt pasientsikkerhet som følge av at gjennomgående elektronisk kurve sikrer korrekt videreføring av legemiddelordinasjoner gjennom hele pasientforløpet, på tvers av lokalisasjoner.
2	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Sikrere legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering som følge av at ordinerer er signert og kontrollert av lege jfr forskrift/retningslinjer. Elektronisk kurve kan varsle lege om at ordinerer skal vurderes og signeres daglig.
3	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Mindre feilmedisinering som følge av utydelig og mangelfull kurve. Dagens papirkurve gir rom for feiltolkning pga dårlig lesbarhet og mangelfulle ordinasjoner. EK sikrer entydige, lesbare og fullstendige (generisk navn, styrke, dosering, legemiddelform, utblanding, administrasjonsmåte) ordinasjoner jmf retningslinjer.
4	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Elektronisk kurve sikrer tilgang til kurve på tvers av lokalisasjoner, og gjør det mulig å ordinere legemidler uavhengig hvor lege befinner seg, med samtidig fullstendig oversikt over pasientens legemiddelbehandling.
5	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Redusere tilfeller av feil behandlingsslengde av legemidler, som kan føre til unødvendige bivirkninger og senskader. Beslutningstøtte gjennom forordningsmaler og kommentarfelt samt egen rubrikk i ordinasjonsvinduet gjør det enklere for legen å definere behandlingsslengde.
6	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Økt kvalitet i ordinasjonene ved at lege mottar beslutningsstøtte ved ordinasjon. Det vil være innlagt automatisk interaksjonssøk med varslings, link til felleskatalog/SPC og andre viktige opplysninger som er lagt inn på hvert enkelt virkestoff.
7	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Varsel om CAVE ved forordning	Unngå pasientskade ved at lege varsles om registrerte legemiddelallergier/reaksjoner (CAVE) ved ordinasjon av nytt legemiddel.
8	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene.	Bedre styring av antibiotikabruk ved hjelp av behandlingsveiledere/protokoller. *Gir mulighet for på overordnet nivå å følge/rapportere antibiotikabruken på alle nivå. *Mulighet til monitorering av at antibiotikabruk forskrives etter retningslinjer, som følge av obligatorisk angivelse av indikasjon.

9	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene.	Økt kvalitet, kontroll og styring på ordinasjonene som følge av varsling av serumspeil som er tatt/bør tas. Eksempler: immunsuppresjon (mykofenolsyre, ciklosporin), antiepilektikum (karbamazepin, fenytoin, valproinsyre, fenobarbital), antikoagulasjonsmiddel (warfarin), digitalisglykosid (digitoksin, digoxin), antipsykotikum (litium).
10	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på legemiddelsamstemming	En gjennomgående strukturert informasjonsflyt om legemidler kan tilrettelegge for økt kvalitet på samstemming av legemiddellister ved innleggelse. Dette sikres ved at LIB (Legemidler i Bruk i DIPS samstemmes med legemiddelinformasjon fra reseptformidleren og kan overføres elektronisk til kurven. Gjennomgående kurve fjerner behov for samstemming mellom avdelinger underveis i forløpet. Full oversiktlig tilgang til ordinasjonshistorikken under oppholdet gir bedre forutsetninger for Samstemming UT. Samstemte legemiddellister bidrar til rett legemiddelbehandling.
11	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Standardiserte maler på ordinasjonene	Ordnasjonsmaler gir bedre kvalitet i ordinasjonene. Malene sikrer standardisert dosering av legemidlene, samt standardisert og kvalitetssikret utblending og istandgjøring. Malene sikrer også mer effektiv ordinerings.
12	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Standardiserte pakker (flere maler)	Ordnasjon ved hjelp av standardiserte forløpspakker gir effektiv, standardisert og kvalitetssikret legemiddelbehandling i tråd med gjeldende retningslinjer, f.eks postoperativ legemiddelbehandling med antiemetika, analgetika, antibiotika eller Sepsisbehandling.
13	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Prosesstøtte i klargjøring og administrasjon av legemidler og forordnede tiltak	Redusert antall tilfeller der pasient får legemidler og tiltak til feil tid. Sykepleier varsles om når oppgaver skal utføres, som f.eks klargjøring/administrering av doser og forordnede tiltak som sårstell, skifte av venekanyler etc.
14	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Dokumentasjon av dobbeltkontroll ved istandgjøring	Kvalitetssikring av valideringen ved klargjøring, som bidrar til økt trygghet for brukeren. EK sikrer dobbeltkontroll/signaturer.
15	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Sikre dokumentasjon av gitt legemiddel	Dokumentasjon av produktnavnet på legemidlet som er klargjort og gitt til pasienten gir bedre sporbarhet og sikrer at man vet til enhver tid hvilket legemiddelprodukt pasienten har fått.
16	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kvalitet på forordningene	Redusert antall pasienter som får unødvendige legemidler som følge av legemiddelbruk med ukjent indikasjon. Elektronisk kurve gir mulighet for å dokumentere indikasjon. Dette gjør både helsepersonell og pasienten selv trygg på hvorfor de forordnede legemidlene brukes. Dette kan i sin tur medføre at unødvendige/uaktuelle ordinasjoner seponeres i større grad. Informasjon om indikasjon kan videreformidles i epikrise og til E-resept.
17	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Obligatoriske skjema sikrer kvalitet i operasjonsstuen	Økt antall pasienter får riktig behandling i operasjonsforløpet ved at nasjonale retningslinjer (som f.eks antibiotikaproylakse før kirurgi) legges inn som maler som lege enkelt kan ordinere i forkant av operasjonen.

18	Bedre og sikrere legemiddelhåndtering	Gj.gående	Bedre kontroll og oversikt over væskebalanse	Økt antall pasienter med bedre oversikt over væskebalansen. Det vil redusere komplikasjoner og sykelighet relatert til for mye/lite væske.
----	---------------------------------------	-----------	--	--

3.2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
19	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Bedre etterlevelse av regionale prosedyrer	Bedre etterlevelse av regionale prosedyrer ved økt tilgjengelighet, noe som vil øke kvaliteten og standardiseringen i behandlingen.
20	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Sammenstilt og oversiktlig informasjon	Sammenstilt og oversiktlig informasjon over behandlingsforløpet er tidsbesparende, og gir bedre kvalitet på beslutninger og behandlinger.
21	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Bedre samhandling	Felles, elektronisk kurve gir bedre samhandling mellom fagområder, f.eks mer effektiv ekstern rådgivning. Dette gjelder også på tvers av fysisk lokalisasjon.
22	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Færre unødvendige/mer rettmessige overflyttinger mellom avd/sykehus	Med felles informasjonsgrunnlag og mulighet for ekstern fagstøtte og gjennomgang av pasientdata på avstand kan beslutninger om overflyttinger skje på mer informert grunnlag. Det kan redusere omfanget av unødvendige overflyttinger. Pasienter med for dårlig prognose blir ikke overflyttet til høyere omsorgsnivå. Pasienter som trenger overflytting kan bli lettere, tryggere og raskere identifisert.
23	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Økt bruk av LEON (Laveste Effektive Omsorgsnivå)	Pasienter kan beholdes på lokalsykehus i stedet for å overflyttes til høyere omsorgsnivå, fordi det er lettere å få god ekstern prosess-støtte.
24	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Avd	De sykeste pasientene prioriteres/tilses først	God tilgang på vitalparametre og f.eks NEWS-score gjøre det lett å skaffe seg oversikt og over pasientene i avdeling/mottak, og lettere å vurdere hvem som skal prioriteres. Mulighet for elektroniske varsel ved endring i scoringsvariable og automatisert endring av overvåkingsintervaller.
25	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Avd	Økt oversikt over intervensjoner som krever oppfølging av sykepleier	Økt oversikt over behandling/ tiltak som krever oppfølging, reduserer pasientskader som følge av ikke utførte observasjoner/tiltak.
26	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Avd	Bedre kommunikasjon og mer motiverte pasienter	Grafisk framstilling av kurve kan brukes/vises i samtale med pasient, for å illustrere det som sies og evt som et virkemiddel for å motivere pasienten.

27	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Tydligere ansvar for behandling og pleie	Kurven viser ikke-utførte arbeidsoppgaver, og hvilke arbeidsoppgaver som gjenstår, spesielt ved overflytting av pas mellom ulike avd.
28	Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet	Gj.gående	Kvalitetsikret legemiddelliste gjennom hele pasientforløpet	Om legemiddellisten kvalitetssikres ved innkomst (samstemmes), vil man ha oppdatert og korrekt legemiddelliste gjennom hele forløpet (inn, gjennom, ut). Det gir mer jobb ved innkomst, og mindre jobb i resten av pasientforløpet. Samlet sett gir dette bedre sikkerhet for pasienten.

3.3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
29	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Enklere og mer effektiv evaluering av egen praksis for forbedring av kvalitet - Pasientnivå	God tilgang til oversiktlig, samlet og presis informasjon vil forenkle evalueringer av behandlingsforløp, både for enkeltpasienter og på seksjon-/avdeling-/klinikk- og sykehusnivå (Rapportfunksjon i MV). Eksempel på pasientnivå: Såkalte "Hendelsesanalyser" blir vesentlig enklere å gjennomføre. Ansvar plasseres i større grad hos rett helsearbeider pga. digitale signaturer.
30	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Enklere og mer effektiv evaluering av egen praksis for forbedring av kvalitet - Systemnivå	God tilgang til oversiktlig, samlet og presis informasjon vil forenkle evalueringer av behandlingsforløp, både på populasjons- / seksjons-/avdelings-/klinikk- og foretaksnivå (Rapportfunksjon i MV). Lettere å hente ut tall til nasjonale kvalitetsregistre: Kan konfigurere rapporter i MV som er spesielt tilpasset slike rapporteringer. Det gjør det enklere å utøve målstyring og virksomhetsplanlegging.
31	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Avd	Oversikt over oppgaver som ikke er gjort i tide	Oversikt over hvilke oppgaver som ikke blir gjennomført i tide og tidspunktene på døgnet det er flest avvik, gir en mulighet til å 1. Lett identifisere behov for omrokking av ressurser på enkeltvakter (Enklere jobb for Skiftleder) Eksempel: Ved start av hver vakt: Hvilke - og hvor mange sykepleiere/hjelpepleiere skal fordeles til hvilke team? a) Hvilket pleieteam på avdelingen har flest ventende oppgaver som ikke er utført? b) Hva slags type oppgaver gjenstår: sykepleier- eller hjelpepleieroppgaver? 2. Evaluere om rutiner, bemanning og døgnyrte er hensiktsmessig i forhold til pasientflyt og behov for behandling/pleie.
32	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Dokumentasjon av klinisk praksis	MV vil kunne tilby en nær-nåtids monitorering av klinisk praksis gjennom effektiv eksport av kliniske data til regionalt datavarehus.

33	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Ledelsesverktøy	Nær nåtids-rapportering til bruk i overvåkning av arbeidprosesser.
34	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Ledelsesverktøy	Langt mer presist analyseverktøy for uheldige/uønskede hendelser på populasjonsnivå
35	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Forskning	MV vil kunne tilby en nær-nåtids monitorering av klinisk praksis gjennom effektiv eksport av kliniske data til regionalt datavarehus
36	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Ledelsesverktøy	Mulighet for kontinuerlig monitoring av utførte prosedyrer på pasienter, og faktisk (reelt) monitorere andelen som kodes.
37	Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten	Gj.gående	Utvikling av virksomheten	"Data mining": MV vil kunne tilby en rik datakilde for å kunne analysere sammenhenger mellom ressursbruk, effektivitet, økonomi og klinisk resultat.

3.4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
38	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Avd	Bedre arbeidsflyt på sengepost - konsekvenser for pasientflyt	<p>Mindre avhengighet av fysisk kurvetilgang gjør at mange sengepostprosesser kan forløpe parallelt* => Mulighet for bedre utnyttelse av arbeidsdagen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mindre tid brukt på fellesrapporter/gjennomgang av kurveinfo. Previsitter kan gjøres mer effektive og kan delvis erstattes av tidseffektive tavlemøter. Resultat: Mer bruk av tid til pasientarbeid istedet for i møter. Utskrivningsklare pasienter kan forlate sengepostene tidligere på dagen og dermed reduseres et kjent problem med opphopning og overbelegg i tidsrommet 14-17. Første del av arbeidsdag blir mere effektiv => Beslutning om supplerende undersøkelser / tiltak (eks radiologi) kan fattes/besluttet på et tidligere tidspunkt på dagen => Kortere liggetid og økt tendens til at arbeidsoppgaver kan utføres innenfor ordinær arbeidstid istedet for vakttid. Utskrivelser tidligere på dagen. Økt bruk av ordinær pasienttransport/fellestransport/bårebil istf bruk av dyre enkeltreiser på kveldstid i taxi/ambulans. *Eks: Sykepleier kan klargjøre medisiner samtidig som lege setter seg inn i pasientens medisinhistorikk og kliniske status. Mulighet for registrering av observasjoner ute hos pasient, øker tid brukt hos pasient, og reduserer risikoen for feil-registreringer.

39	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mer effektiv og tryggere konferering/innhenting av faglige råd	<p>Mer effektiv og trygg ekstern konferering/rådslaging. Mindre behov for lange beskrivelser av forløp og situasjoner ved konferering, siden begge parter kan se/demonstrere på samme skjermbilde via eks Skype. Lettere å få oversikt og felles forståelse som utgangspunkt for rådslaging. Bedre veiledning til LIS/sykepleiere, samt ved konferering til andre sykehus. Bedre kvalitet i rådgiving.</p> <p>Konferering uavhengig av Geografisk nærhet/lokalisasjon: Eks fra dagens praksis: Når farmasøyter på UNN skal innhente legemiddelkurver for å utføre legemiddelgjennomganger på Åsgård må de fysisk reise dit for å kunne skrive av kurvene. Med MetaVision kan de innhente kurve fra sitt eget kontor, og sparer mye tid på dette.</p>
40	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Bedre pasientflyt i og mellom avdelinger	Se punktet 39: Utskrivninger tidligere på dagen vil avhjelpe problemer med opphopning av pasienter i akuttmottak pga manglende kapasitet på moderavdeling. Det gir mulighet for raskere nedflytting fra høyere omsorgsnivå (eks intensivavdeling/overvåkningsavdeling) pga ledig sengekapasitet i moderavdeling. Dermed frigjøres plass til nye intensiv- / overvåkningspasienter (knapp ressurs), som innebærer en totalt bedre ressursutnyttelse.
41	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mer effektiv utskrivningsprosess av pasienter	Kurven er umiddelbart tilgjengelig for legen når utskrivningsarbeidet skal begynne, uansett hvor legen befinner seg. All informasjon om pasientens opphold foreligger på ett og samme sted.
42	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Parallelt forløpende arbeidsprosesser	Enklere tilgang til kurven bidrar til at kurven kan brukes av flere helsearbeidere samtidig.
43	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Tyding og tolking av håndskrift ordinasjoner/ observasjoner	Ingen tidsspille pga problemer med å tyde og tolke ordinasjoner/observasjoner
44	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Ingen tidsspille pga overføring og dobbeltsignering av kurve	Ingen tidsspille pga manuell overføring og dobbeltsignering av kurve frigir tid til andre oppgaver (gjelder post-overflyttinger, lange opphold (+5dg), lange legemiddel-lister/ for liten plass på en kurve, overflytting mellom HF).
45	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Gangtid	Ingen unødvendig gangtid fra annet arbeidssted til der kurven befinner seg. Frigir tid til andre oppgaver.
46	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Ingen tidsspille pga kurveleting	Ingen tidsspille pga kurveleting frigir tid til andre oppgaver.
47	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Økt bruk av kliniske scoringssystemer	Det er enklere å gjennomføre skåringer etter kliniske skåringsverktøy, som SAPS, SOFA, NEWS, og fremstille disse grafisk. Dette er viktig for det kliniske overblikket og for dokumentasjon av ressursbruk, samt bedrer kvaliteten i behandlingen.
48	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Nøyaktige personalia	Demografiske data hentes elektronisk . Dermed ingen problemer med feilføring av personalia/forvekslinger av kurven/manglende pasientdata
49	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mindre behov for dokumentasjon i EPJ	Kurven gir godt overblikk over pasientens tilstand, dette gir mindre behov for dokumentasjon i EPJ. Kan bidra til mindre dobbeltdokumentasjon.

50	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Strukturerte notater	Kurven bidrar til at dokumentasjonspraksis blir standardisert og etter ønskede kvalitetsnormer. Dette trykker og veileder helsearbeideren i dokumentasjonsarbeidet og kan gjøre dokumentasjonsarbeidet mer effektivt.
51	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Legemiddelutgifter II - LIS-preparater	Lavere legemiddelkostnader pga økt bruk av LIS-preparater. Effekten er dog liten, da Helse Nord allerede i dag i all hovedsak benytter legemidler det er inngått LIS-avtale på.
52	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Legemiddelutgifter III	Bedre lagerstyring og bruk av medikamenter mellom poster hindrer bestilling av for store kvanta, for store lokale medisinalagre og kassering av medikamenter utgått på dato. Gevinstene vil være minimale inntil det er gjennomført anskaffelse og integrasjon mot lagerstyrings-/logistikk-system.
53	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Legemiddelutgifter IV - Varighet av behandling	EK muliggjør en klarere plan for legemiddelbehandlingen av den enkelte pasient (dvs plan for seponering/nedtrapping/overgang iv-po). Derved unngår man at behandling kontinueres uendret pga manglende mulighet for å ordinere/doseredusere/seponere lengre fram i tid enn aktuelle kurveark. Mindre sykepleier-arbeidstid som går med til iv-behandling (utblanding, dobbeltkontroll, I Pvk-innleggelse, skifte og stell av pvk, opp- og nedkobling av drypp). Ved riktig beslutningsstøtte kan det minnes om at man bør gå fra intravenøs behandling til peroral behandling på et tidligere tidspunkt enn det ofte gjøres i dag. Eventuelt støtte i valg av mer smalspektret antibiotika til en rimeligere pris fremfor mer bredspektret antibiotika, samt riktig behandlingstid på antibiotika kuren, til beste for både pasient og resistensutvikling.
54	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Legemiddelutgifter V - Unngår kast av istandgjorte legemidler	Unngår kast av istandgjorte legemidler som følge av ikke oppdatert/tilgjengelig kurve. Legemiddeldoser for store deler av dagen blir ofte gjort i stand på morgenen av sykepleier fordi kurven er utilgjengelig store deler av dagen.
55	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Økt kodekvalitet	Kurven har funksjonalitet for automatisk og obligatorisk koding av prosedyrer når tiltak registreres i MV.
56	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Elektronisk dobbeltkontroll av klargjort legemiddel	Sparer tid for helsearbeidere; mindre tid på å lete etter kollegaer, mindre tid brukt på selve signeringen
57	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Leselig kurve	Mindre tid brukt på tyding og tolkning.
58	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Standardisert ordinerings	Mindre tid brukt på tyding og tolkning av hvordan ordinasjonen skal utføres (eks blandingsforhold av drypp - kommer ferdigordinert fra lege i MV)
59	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Avd	Oversikt over dagens arbeidsoppgaver	Kurven vil gi spl en oversikt over viktige ventende arbeidsoppgaver; bruker mindre tid på å samle denne informasjonen.

60	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Avd	Oversikt over utstyr/tilganger	Automatiske varsler for skifte av utstyr og regelmessige arbeidsoppgaver, som skifte av kateter og stell av SVK. Sparer tid på å lete når det ble lagt inn og når det skal skiftes neste gang.
61	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Standardisert kurvevisning	Standardiserte visninger gjør det enklere for helsearbeideren å jobbe på flere enheter, kurven ser lik ut og det er enklere å raskt finne den informasjonen du er ute etter.
62	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mindre manuell håndtering av papir	Bortfall av arbeid knyttet til scanning og makulering av kurvepapir. Sparer tid for helsearbeidere og sekretærer som kan frigjøres til andre oppgaver.
63	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mindre lager av ferdigtrykte blanketter	Mindre utgifter til lagerhold og vedlikehold av skjemaer. Ingen tid brukt til bestilling av skjemaer og sjekk av lager
64	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mindre tid til utvikling av egne kurveoppsett/ blanketter	Mindre utgifter til tid for å utvikle egne oppsett. Alle helseforetak bruker samme system - ingen lokale særløsninger
65	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Mer effektiv epikriseskriving	Lettere å skrive epikriser, fordi informasjon er lagret strukturert, mye informasjon foreligger sammenstilt. Det er lettere å få med fullstendig informasjon om alle terapeutiske og diagnostiske tiltak som er utført under oppholdet.
66	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Økt effektivitet i overflyttinger mellom sykehus	Automatiserte overflyttingsrapporter gir bedre overblikk ved overflytting, men erstatter ikke en ordinær fritekst overflyttingsrapport. Mindre informasjonstap ved overflytninger: Kurven er gjennomgående, også mellom sykehus og helseforetak: Dermed blir vesentlig mindre tid brukt på å etterlyse informasjon telefonisk/fax. Unngår forsinkelser i informasjonstilgangen.
67	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Avd	Automatisk innhøsting av pasientdata fra MTU	Automatisk høsting og mating av data til kurve sparer tid for helsearbeideren.
68	Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling	Gj.gående	Redusert liggetid	Det forventes en redusert liggetid som følge av færre legemiddelfeil, og økt kvalitet i behandlingen. Helse Vest HF peker på redusert liggetid/færre reinnleggelser for pasienter over 80, med en reduksjon på 10 %. For kroniske pasienter under 80 år forventes en reduksjon på 5 %. For øvrige pasienter under 80 år forventes en reduksjon på 0,5 %. Dette er bl.a basert på følgende artikkel: 'Kan läkemedelsintervention på akuten optimera läkemedelsterapi hos äldre patienter?' (Sarlov C ¹ , Shah-Shahid Z ² , Danell M ² , El-zaqzouq R ² , Elfsson B ² ¹ VO Akut, ² Apoteket Farmaci AB, Sjukhusapoteket, samtliga Södersjukhuset).

3.5. Andre gevinster/ effekter

GEVINSTOVERSIKT				
Nr.	Gevinstområde	Nivå	Gevinst - kortform	Beskrivelse av nytteeffekt:
69	Annet	Gj.gående	Bedre Pasientopplevelse I	Pasienter og pårørende vil oppleve at helsepersonell signaliserer bedre kontroll og oversikt over sykehistorie, tilstand og behandlingsplan; herunder f.eks. planlagte tiltak/undersøkelser/skifterutiner osv. Dette inngir tillit og opplevelse av faglighet. Trygghetsfølelsen til pasienten vil øke. Økt tillit, trygghet og forutsigbarhet i behandlingen vil innvirke positivt på behandlingsopplevelsen og behandlingsresultatene.
70	Annet	Gj.gående	Bedre pasientopplevelse II	Bruk av effektive og velfungerende elektroniske verktøy kan inngi opplevelse av et moderne og kompetent høyteknologisk behandlingsapparat /helsevesen. Det vil framstå som at sykehuset spesielt, og helsevesenet generelt er veldrevet, prioritert og framtidsrettet. Følelse av utbytte for skattepengene. Gir også samfunnsnytte på samme vis.
71	Annet	Gj.gående	Organisasjonskultur/Ansatt-tilfredshet	Bedre verktøy for å kunne følge opp faglige prosedyrer og faglige standarder vil gi helsepersonell økt faglig trygghet
72	Annet	Gj.gående	Organisasjonskultur	Bedre verktøy for å kunne følge opp faglige prosedyrer og faglige standarder vil gi helsepersonell økt yrkesstolthet
73	Annet	Gj.gående	Organisasjonskultur	Bedre verktøy for å kunne følge opp faglige prosedyrer og faglige standarder vil gi helsepersonell økt stolthet av arbeidsplassen
74	Annet	Gj.gående	Standardisering av regionale prosedyrer	Mindre ressurser bruk lokalt til utvikling/endring /forvaltning av papirkurver
75	Annet	Gj.gående	Økt tidsbruk som følge av elektronisk forordning	Økt tidsbruk knyttet til forordning av legemidler.
76	Annet	Gj.gående	Økt tidsbruk som følge av elektronisk dokumentasjon/ kurven.	Økt tidsbruk knyttet til økt kvalitet i registreringene, økt mulighet/omfang av registreringer, og større mengder informasjon som må vurderes. Dette vil kunne gi økt tidsbruk totalt.
77	Annet	Gj.gående	Økt tidsbruk som følge av elektronisk dokumentasjon/ kurven.	Økt tidsbruk pga tid på innlogging, evt. manglende responstid, søke opp riktig pas.m.m

Gevinst nr.75-77 er negative effekter, som er tatt inn i kost-nytte-beregningen. Det er viktig at prosjektet synliggjør at elektronisk kurve ikke bare sparer tid, men at økt kvalitet i dokumentasjon og legemiddelhåndtering også vil medføre at helsepersonell bruker mer tid på enkelte arbeidsoperasjoner enn tidligere. Dette er viktig å påpeke for at helsearbeidere skal få riktige forventninger til den elektroniske kurven.

4. NYTTE-EFFEKTER (KVANTITATIVE)

For de gevinstene som både er kvantitativ, og har en økonomisk verdi, er det beregnet en økonomisk gevinst. Dette er gjort for konkrete gevinster i gevinstoversikten, og *der det er mulig* å måle en økonomisk verdi. Det er kun tatt med gevinster som har en drifts/budsjettmessig gevinst for Helse Nord. For eksempel den samfunnsøkonomiske nytten av å spare liv og helse, er ikke inkludert.

Positive effekter:	Type effekt:	FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
Tidsbesparelse	Redusert antall arbeidstimer	kr 32 985 183	kr 86 690 419	kr 58 270 418	kr 34 007 812	kr 211 953 837
Økt kapasitet	Reduksjon i antall liggedøgn	kr 2 300 601	kr 6 640 564	kr 8 701 167	*	kr 17 642 332
Reduksjon i pasientskadeerstatning	Reduksjon i årlig erstatningsutbetalinger	kr 126 000	kr 900 000	kr 630 000	kr 144 000	kr 1 800 000
Bedre DRG-utbytte	Mindre tap pga avglemt koding av viktige prosedyrer og diagnoser	kr 2 727 273	kr 8 700 000	kr 5 800 000	kr 2 605 326	kr 19 832 599
Reduserte legemiddelkostnader	Redusert kassasjon, og endret antibiotikabruk	kr 237 721	kr 1 095 866	kr 901 968	kr 278 610	kr 2 514 164
SUM POSITIVE EFFEKTER		kr 38 376 777	kr 104 026 848	kr 74 303 553	kr 37 035 747	kr 253 742 931

* Pga. bruk av tall fra SSB er HSYK HF inkludert i beregningen for NLHS HF.

I tillegg er de negative effektene beregnet som følger:

Negative effekter:	Type effekt:	FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
Økt tidsbruk som følge av elektronisk forordning	Økt tidsbruk knyttet til forordning av legemidler.	kr 2 990 488	kr 2 990 488	kr 2 990 488	kr 2 990 488	kr 11 961 950
Økt tidsbruk som følge av elektronisk dokumentasjon	Økt tidsbruk knyttet til økt kvalitet i registreringen, økt mulighet til registrering av informasjon,	kr 2 248 847	kr 5 879 521	kr 3 843 455	kr 2 053 815	kr 14 025 637
Økt tidsbruk som følge av elektronisk dokumentasjon	Økt tidsbruk pga tid på innlogging, evt. manglende responstid, søke opp riktig pas.m.m	kr 3 462 146	kr 15 589 437	kr 7 608 897	kr 3 149 184	kr 29 809 664
SUM NEGATIVE EFFEKTER		kr 8 701 480	kr 24 459 445	kr 14 442 839	kr 8 193 487	kr 55 797 251

Under vises grunnlaget for de positive effektene, hvor det er beregnet en økonomisk verdi i egne tabeller. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig timepris på kr. 910,- (2017) for estimering av økonomisk verdi av arbeidstid. Det er lagt til grunn en gjennomgående kurve for alle fire HF.

4.1. Tidsbesparelser

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
Tidsbesparelse	Redusert antall arbeidstimer	FSYK	UNN	NLSH	HSYK	Totalt
	SUM	kr 32 985 183	kr 86 690 419	kr 58 270 418	kr 34 007 812	kr 211 953 837
Bedre arbeidsflyt på sengepost - konsekvenser for pasientflyt	Mindre avhengighet av fysisk kurvetilgang gjør at mange sengepostprosesser kan forløpe parallelt* => Mulighet for bedre utnyttelse av arbeidsdagen	kr 9 464 000	kr 20 384 000	kr 15 288 000	kr 12 376 000	kr 57 512 004
Mer effektiv utskrivningsprosess av pasienter	Kurven er umiddelbart tilgjengelig for legen når utskrivningsarbeidet skal begynne, uansett hvor legen befinner seg. All informasjon om pasientens opphold foreligger på ett og samme sted.	kr 478 478	kr 1 250 962	kr 817 756	kr 436 982	kr 2 984 178
Parallelt forløpende arbeidsprosesser	Enklere tilgang til kurven bidrar til at kurven kan brukes av flere helsearbeidere samtidig.	kr 11 483 472	kr 30 023 084	kr 19 626 152	kr 10 487 568	kr 71 620 277
Tyding og tolking av håndskrift ved ordinerer	Ingen tidsspille pga problemer med å tyde og tolke ordinasjoner	kr 4 784 780	kr 12 509 618	kr 8 177 563	kr 4 369 820	kr 29 841 782
Mindre tid brukt på tyding og tolking av kurven	Ingen tidsspille pga utydelige observasjoner/forordninger/ væskeregnskap	kr 899 539	kr 2 351 808	kr 1 537 382	kr 821 526	kr 5 610 255
Ingen tidsspille pga overføring og dobbeltsignering av kurve	Ingen tidsspille pga manuell overføring. Automatisert dobbeltsignering av kurve frigir tid til andre oppgaver	kr 1 351 350	kr 3 418 916	kr 2 279 277	kr 1 290 926	kr 8 340 469
Gangtid	Ingen unødvendig gangtid fra annet arbeidssted til der kurven befinner seg. Frigir tid til andre oppgaver.	kr 264 960	kr 1 193 069	kr 582 314	kr 241 009	kr 2 281 352
Oversikt over dagens arbeidsoppgaver	Kurven vil gi spl en oversikt over viktige ventende arbeidsoppgaver; bruker mindre tid på å samle denne informasjonen.	kr 1 349 308	kr 3 527 712	kr 2 306 073	kr 1 232 289	kr 8 415 382
Mindre manuell håndtering av papir	Bortfall av arbeid knyttet til scanning og makulering av kurvepapir. Sparer tid for helsearbeidere og sekretærer som kan frigjøres til andre oppgaver.	kr 920 150	kr 2 405 696	kr 1 572 608	kr 840 350	kr 5 738 804
Mer effektiv epikriseskriving	Lettere å skrive epikriser, fordi informasjon er lagret strukturert, mye informasjon foreligger sammenstilt. Det er lettere å få med fullstendig informasjon om alle terapeutiske og diagnostiske tiltak som er utført under oppholdet.	kr 897 146	kr 2 345 553	kr 1 533 293	kr 819 341	kr 5 595 334
Automatisk innhøsting av pasientdata fra MTU	Automatisk høsting og mating av data til kurve sparer tid for helsearbeideren.	kr 1 092 000	kr 7 280 000	kr 4 550 000	kr 1 092 000	kr 14 014 000

4.2. Økt kapasitet

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
Økt kapasitet	Reduksjon i antall liggedøgn	FSYK	UNN	NLSH/ HSYK	HSYK	TOTALT
	SUM	kr 2 300 601	kr 6 640 564	kr 7 703 576	kr 997 592	kr 16 606 804
Redusert antall liggedager I	Redusert antall liggedøgn (akutte innleggelses) - over 80 år: 10% reduksjon	kr 1 341 360	kr 3 030 940	kr 5 552 200	Inkl. NLSH (se til v)	kr 9 924 500
Redusert antall liggedager II	Redusert antall liggedøgn for øvrige pasienter: 0,5 % ("liggedager", ref. SSBs definisjon)	kr 959 241	kr 3 609 624	kr 2 151 376	kr 997 592	kr 7 717 832

4.3. Redusert pasientskadeerstatning

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
Reduksjon i pasientskadeerstatning	Reduksjon i årlig erstatningsutbetalinger	FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
	SUM	kr 5 580 545	kr 18 300 000	kr 12 230 000	kr 5 354 652	kr 1 800 000
Reduksjon i årlig erstatningsutbetaling til NPE som følge av legemiddelrelaterte legemiddelfeil: 2% reduksjon		kr 126 000	kr 900 000	kr 630 000	kr 144 000	kr 1 800 000

4.4. Bedre DRG-utbytte

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
		FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
Bedre DRG-utbytte						
	SUM	kr 2 727 273	kr 8 700 000	kr 5 800 000	kr 2 605 326	kr -
Økt kodekvalitet gir bedre DRG-utbytte		kr 2 727 273	kr 8 700 000	kr 5 800 000	kr 2 605 326	kr 19 832 599

4.5. Reduserte legemiddelkostnader

Kvantitativ gevinst - kategori:	Kort beskrivelse av nytteeffekt:	Økonomiske gevinster/ verdi:				
		FSYK	UNN	NLSH	HSYK	TOTALT
Reduserte legemiddelkostnader						
	SUM	kr 237 721	kr 1 095 866	kr 901 968	kr 278 610	kr 2 514 164
Reduserte legemiddelkostnader	En reduksjon av kassasjon på 10 %	77000	550000	385000	88000	kr 1 100 000
Reduserte legemiddelkostnader	Endret antibiotikabruk, mer smalspekret antibiotika: 5 % reduksjon	160 721	545 866	516 968	190 610	1 414 164

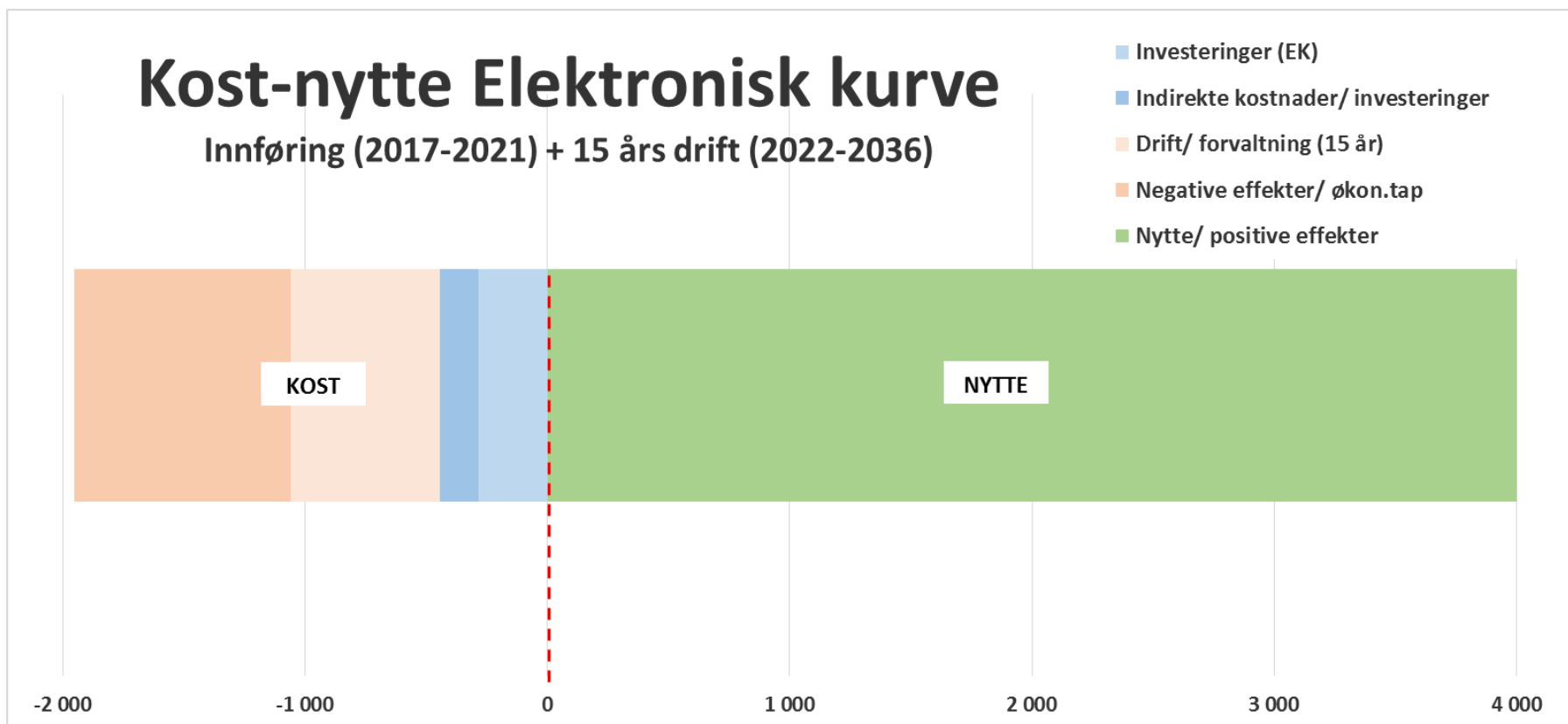
5. KOST-NYTTE

Det er lagt til grunn innføring fram til 1020, samt 15 års drift, fram til og med 2036. Det er generelt høy usikkerhet (S) knyttet til beregningene.

5.1. Totale kostnader – Total nytte (2015-2036)

KOST	S	Prosjektfase						Driftsfase					SUM
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2036	
Investerings (EK)		13 259 820	36 847 191	66 249 177	53 675 960	54 495 317	37 716 643	11 806 351	9 703 412				283 753 871
Indirekte kostnader/ investeringer				1 854 125	37 083 853	55 510 000	43 706 252	18 796 163	2 124 375				159 074 767
Drift og vedlikehold					25 666 164	28 116 741	29 267 879	31 489 185	38 159 621	38 159 621	38 159 621	29 481 781	617 511 564
Negative effekter/ økon.tap								55 797 251	55 797 251	55 797 251	55 797 251	55 797 251	892 756 014
TOTALE KOSTNADER INVEST. Og DRIFT (direkte og indirekte)		13 259 820	36 847 191	68 103 302	116 425 976	138 122 058	110 690 773	117 888 950	105 784 659	93 956 872	93 956 872	85 279 032	1 953 096 216
NYTTE													
Nytte-effekter/ pos.gevinster (økon.verdi)								253 742 931	253 742 931	253 742 931	253 742 931	253 742 931	4 059 886 902
TOTAL NYTTE								253 742 931	253 742 931	253 742 931	253 742 931	253 742 931	4 059 886 902
KOST-NYTTE													
TOTAL NYTTE-TOTALE KOSTNADER		-13 259 820	-36 847 191	-68 103 302	-116 425 976	-138 122 058	-110 690 773	135 853 981	147 958 272	159 786 059	159 786 059	168 463 899	2 106 790 686

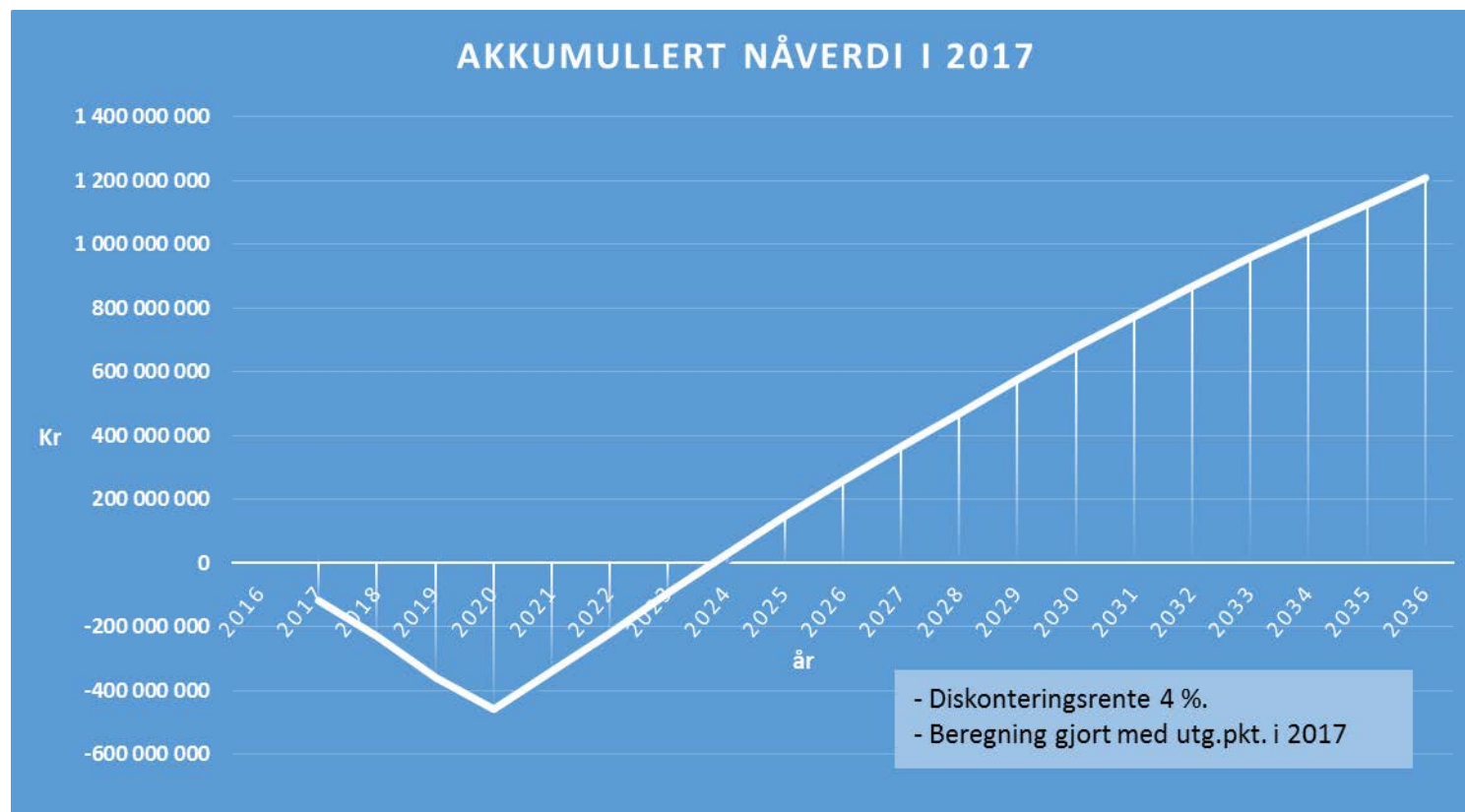
Årene 2025-2035 presenteres ikke i tabellen, men er lik 2024 (2017-tall).



Figur. Kost-nytte. Trinnvis innføring (fram til år 2021) + 15 års drift (fram til 2036). MNOK, 2017-tall.

Totale kostnader er MNOK 1 953, og total nytte er beregnet til MNOK 4 060. Det gir en kost-nytte på MNOK 2 107 (2017-tall).

5.2. Akkumulert nåverdi i 2016



Figur. Akkumulert nåverdi i 2017.

En nåverdi-beregning, med 4 % diskonteringsrente³, viser at en ferdig implementert regional kurveløsning i 2022 har en nåverdi på MNOK 1 207. Det er lagt til grunn en trinnvis innføring fram til 2022, og en 15 års driftsperiode fra 2021 fram til og med 2036. Det er generelt høy usikkerhet knyttet til beregningene.

Gitt forutsetningene lagt til grunn for nåverdiberegningen, vil nåverdien være positiv fra rundt 2024 (nytten oppveier kostnaden/ investeringen). Kontantstrømmen som er lagt til grunn for nåverdiberegningen er i 2017-kroner, og tar ikke høyde for prisjustering.

³ Iht. Finansdepartementet (Rundskriv. Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.) og Helsedirektoratet (Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder).

6. GEVINSTREALISERINGSPLAN

Prosjektet ønsker å inngå gevinstavtaler med de gevinstansvarlige. Det vil være adm.dir og fagdirektører for de gjennomgående gevinstene, og klinikk-/avdelingsledelse for de avdelingsvise.

Planen for implementeringsfasen innebærer opprettelse av lokale mottaksorganisasjoner. Det regionale prosjektet inngår gevinstavtaler med HFene, og de lokale prosjektene inngår gevinstavtaler løpende med klinikker/ avdelinger etter hvert som løsningen tas i bruk. Det regionale prosjektet lager en mal for en slik gevinstavtale, men hovedinnholdet vil være:

- ✓ *Ja, disse nytte-effektene er relevante – dette skal vi oppnå hos oss!*
- ✓ *Ja, lokale rutiner er revidert opp mot de regionale*
- ✓ *Ja, de ansatte får – og prioriterer opplæring iht. plan*

Hensikten er å få linjeledelsens oppmerksomhet mot endrings- og opplæringsbehov, tiltak og omstilling som er nødvendig for å oppnå gevinstene. Detaljplan for implementeringen må utarbeides i samarbeid med det lokale implementeringsprosjektet ved hvert HF, som vil angi hvilke klinikker/ avdelinger som går i drift når, og da hvilke klinikker/ avdelinger som det skal inngås gevinstavtaler med.

Overordnet implementeringsplan for fase 3 er lagt til grunn for revisjonen av gevinstrealiseringsplanen framgår under. Detaljert plan for inngåelse av gevinstavtaler i takt med implementeringen utarbeides i neste fase, i samarbeid med implementeringsorganisasjonene ved HFene.

Versjon: 1.0
Dato: 09.03.17

Utgiver: Lene Knutsen, EVRY
Godkjent: Bjørn Børresen, FIKS Helse Nord

evry.com

Fase 3

Implementering av Elektronisk Kurve i Helse Nord

Planbeskrivelse

Distribusjonsliste

09.03.2017	Bjørn Børresen		
10.03.2017	Bengt Nilsfors		

Revisjonshistorie

Rev. nr.	Rev. dato	Kommentar/ Endringer	Revidert av
0.8	10.03.17	Oversendt programleder FIKS	Bjørn Børresen
0.9	15.03.2017	Med vedlegg, oversendt p.l. FIKS	Bjørn Børresen

1 Innledning

Dokumentet har til hensikt å beskrive overordnede prinsipper og plan for implementering av Elektronisk Kurve i Helse Nord.

Prosjekt- og fremdriftsplan for Fase 3, Implementeringsprosjektet, er basert på i T-Bilag 4. Prosjektgjennomføringen vil skje iht. kontrakt.

Plan for gjennomføring av Fase 3 er utarbeidet som en generisk innføringsplan for det enkelte HF og har følgende delfaser:

1. Prosjektetablering
2. Regionale forberedelsesaktiviteter og organisering; ca 6-7 mnd
3. Tilpasninger/ videreutvikling av løsningen (*før* GO-live); ca 6-7 mnd
4. Regionale implementeringsaktiviteter (Generisk pr. HF); ca 5-7 mnd
 - a. Forberedelser til idriftsettelse (pr HF); ca 6 mnd
 - b. Forberedelser til idriftsettelse (pr lokasjon); ca 3 mnd
5. Utrullingsplan pr HF
 - a. UNN; februar 2018 – januar 2021
 - b. NLSH; april 2018 – mai 2020
 - c. FSYK; januar 2019 – april 2021
 - d. HSYK; juni 2019 – november 2020
6. Vedlikehold og forvaltning; februar 2018 -->

Det forventes at varigheten og på overnevnte delfaser vil variere fra HF til HF.

1.1 Referanser

- Smartsheet Prosjektplan for Fase 3 – Implementeringsprosjektet
<https://app.smartsheet.com/b/home?lx=yngEn4VZFZ2gmoxJGHdbnQ>
- Fase 3 - Overordnet implementeringsplan, alle HF v1.0.xlsx
<https://service.projectplace.com/pp/pp.cgi/r1313928440>
- Leverandørs Prosjektorganisasjon V 1.0.pptx
<https://service.projectplace.com/pp/pp.cgi/r1357807436>
- Organisasjonskart V 2.0
<https://service.projectplace.com/pp/pp.cgi/r1263497139>
- Kontrakten for EK Helse Nord

2 Prosjektplan, Fase 3 – Implementeringsprosjektet

2.1 Prosjektetablering

Hensikten med aktivitetene er å etablere regionale- og lokale prosjektorganisasjoner, informere og forberede Helseforetakene om det forestående prosjektet, samt detaljplanlegge implementeringsløpet sammen med de lokale mottaksprosjektene.

Det utarbeides prosjektmandat og direktiv.

Av nødvendig innhold kan nevnes:

- Rolledefinisjoner
- Ansvar og myndighet
- Styringsdokumenter
- Definere akseptanskriterier, kontroll, rammer og rutiner
- Rapporteringsrutiner
- Møter
- Rutiner for endringshåndtering

2.2 Prosjektorganisering

Leverandøren er ansvarlig for innføringen av tilbudt løsning i fase 3, Implementeringsfasen, og er ansvarlig for alle deler av leveransen, inkludert prosjektgjennomføring. Kunden er ansvarlig for å levere forutsatte ressurser og kompetanse, og oppfylle sine plikter og ansvar etter kontrakt.

Organiseringen av prosjektet er en modell med regionale- og lokale innførings- og mottaksprosjekter som legger til rette for at kommunikasjon, aktiviteter og ansvarsforhold kan bli håndtert på en ryddig måte gjennom prosjektet.

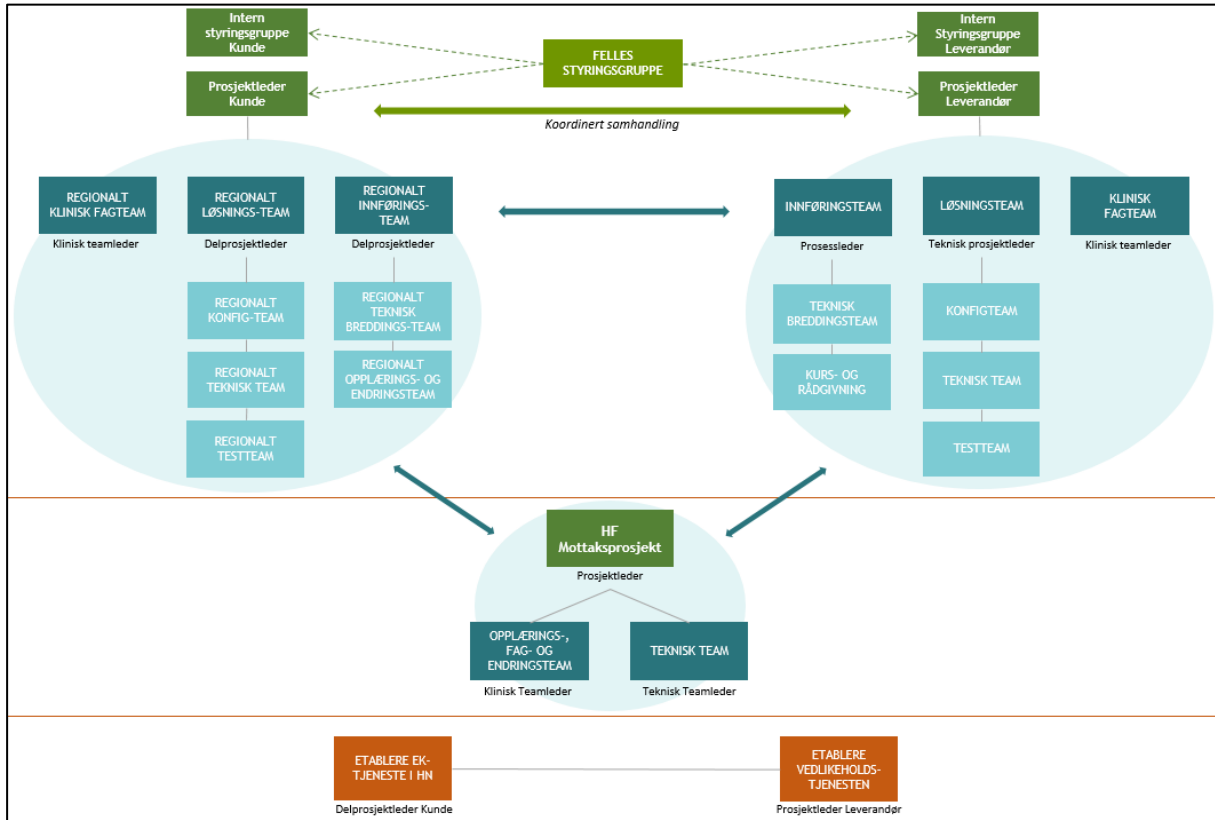
Det er lagt spesielt vekt på koordinert samhandling mellom Kunden og Leverandøren ved at det etableres parallelle og likt strukturerte prosjektorganisasjoner.

Det etableres én regional og lokale prosjektorganisasjoner per HF i implementeringsfasen. Kundens prosjektteam mottar kurs og rådgivning fra Leverandørens prosjektteam som også deltar i etableringen av regionale og lokale prosjekter og team.

Samhandlingen mellom prosjektorganisasjonene koordineres gjennom avtalt møte- og kommunikasjonsplan gjennom prosjektet.

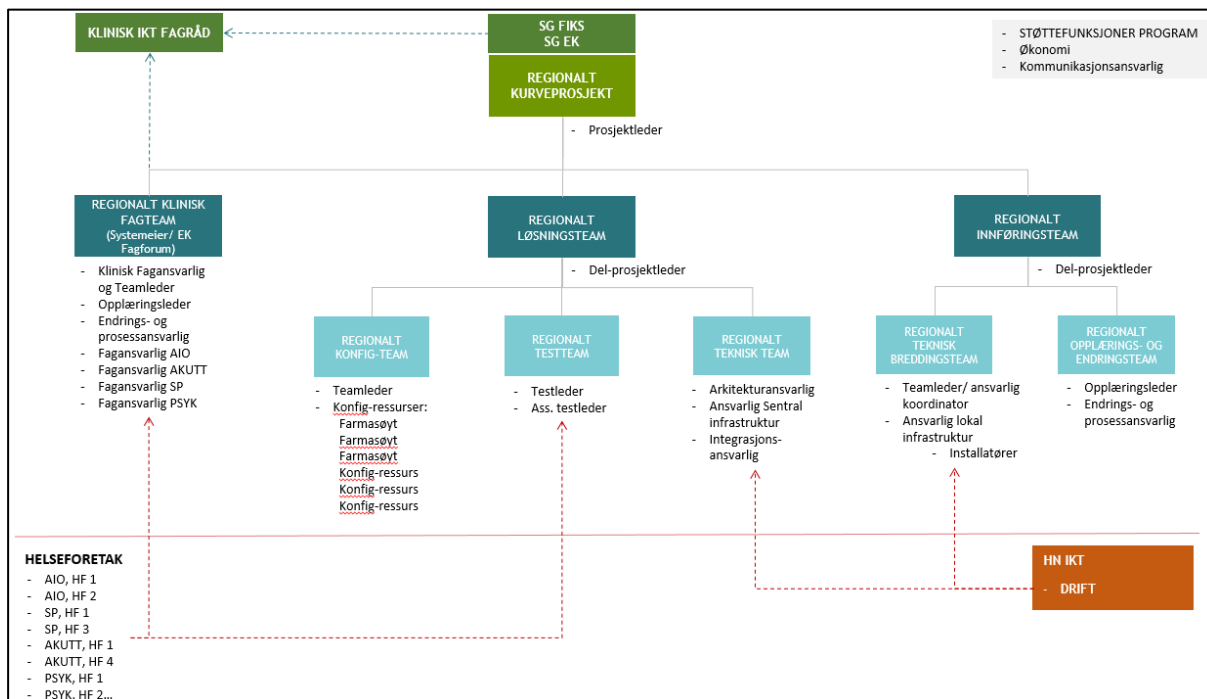
Nedenfor er anbefalt prosjektorganisering for gjennomføring av Fase 3, skissert for de regionale- og lokale prosjektene, samt Leverandørs prosjektorganisasjon.

2.3 Overordnet/ samlet prosjektorganisasjon for Fase 3



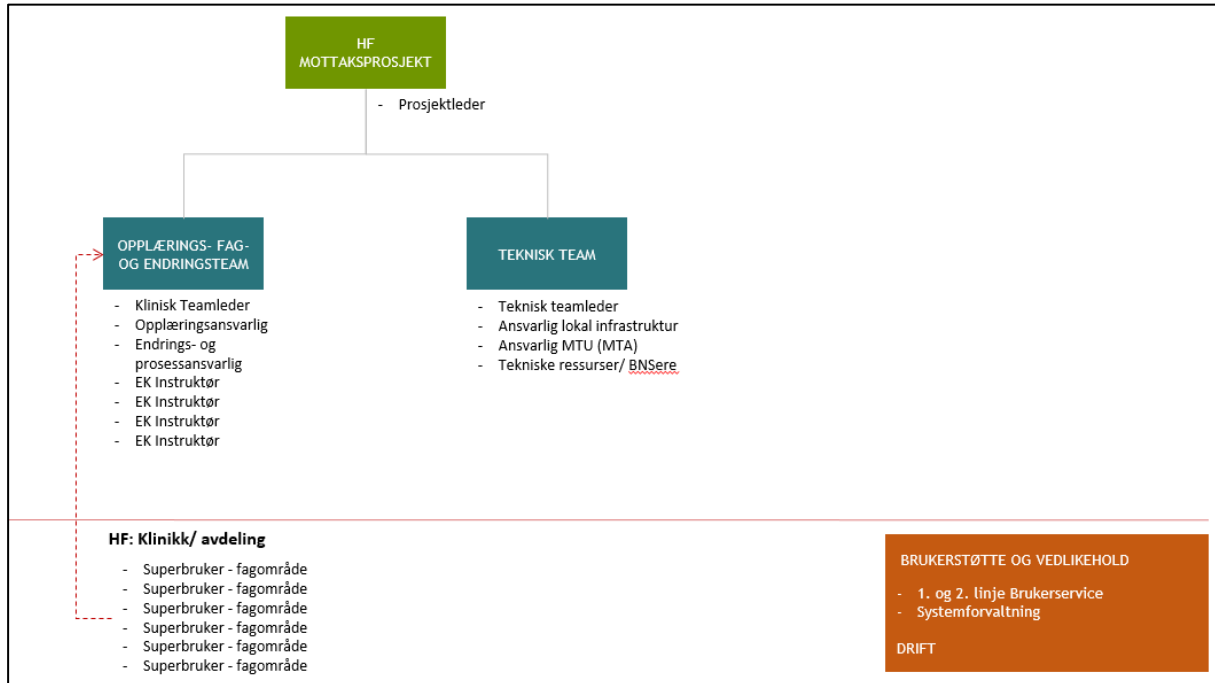
Skissen viser en den overordnede organiseringen av implementeringsprosjektet i Fase 3

2.4 Kundens regionale prosjektorganisasjon



Skissen viser Kundens regionale prosjektorganisasjon

2.5 Lokale mottaksprosjekter, pr HF

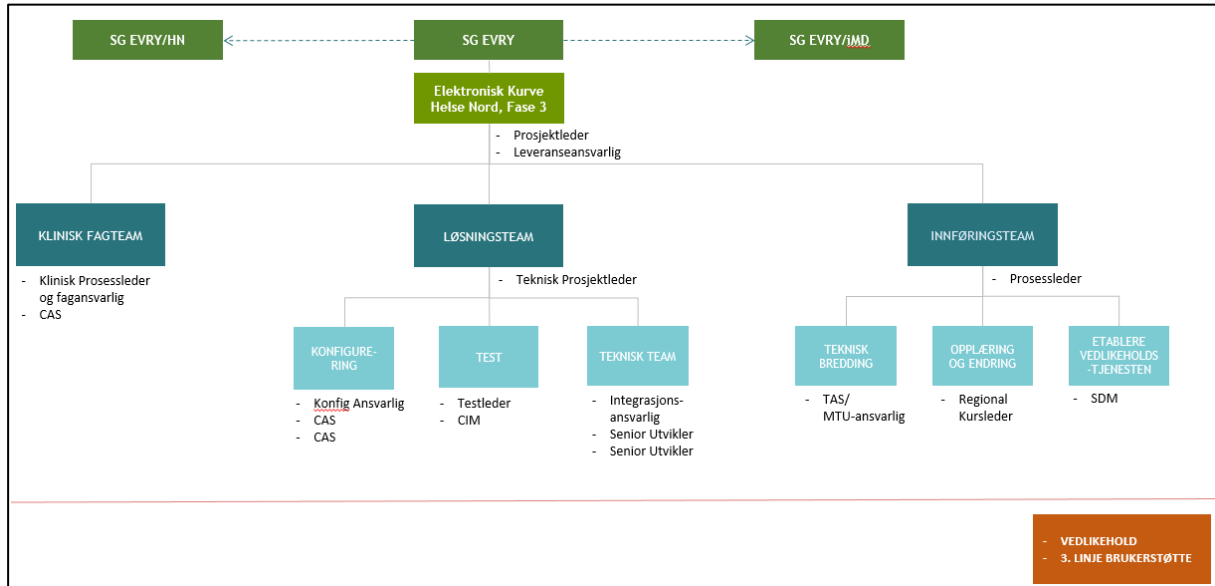


Skissen viser anbefalt organisering av lokale mottaksprosjekter pr HF.

Lokale mottaksprosjekter opprettes per helseforetak, og skal sammen med det Regionale Innføringsteamet samarbeide om innføringsaktiviteter etter overordnede planer og retningslinjer fra det Regionale prosjektet.

I de foretaksvise mottaksprosjekter anbefales det at det deltar utvalgt personell som kan håndtere viktige oppgaver tilknyttet implementering, slik at forventet mål med innføring kan oppnås. Det forventes kontinuitet og nødvendig tilgang til disse ressursene gjennom hele innføringsløpet for det aktuelle helseforetaket.

2.6 Leverandørens prosjektorganisasjon



Skissen viser Leverandørs prosjektorganisasjon

Leverandørens prosjektteam samarbeider med Kundens regionale- og lokale prosjektteam både pre- og post-innføringen ved hvert enkelt Helseforetak. Internt i Leverandørens organisasjon vil lokale ressurser stå for kontinuitet og høy grad av tilstedeværelse under innføringen.

Ressursene som benyttes fra underleverandør vil med sin kompetanse innenfor applikasjonens funksjonelle og tekniske detaljer, gjennomføre kurs, bistå i videreutvikling, tilpasning, test samt idriftsettelse av løsningen på det enkelte HF.

2.7 Regionale forberedelsesaktiviteter og organisering

Varighet ca 6-7 mnd.

Hensikten med aktivitetene i denne perioden er å etablere den regionale prosjektorganisasjonen inkl. Innføringsteam, Sentral drift, Teknisk forvaltning og Vedlikehold.

Forberedende planleggingsaktiviteter igangsettes, overordnede prinsipper for innføringsløpet etableres, brukerdokumentasjon og opplæringsmateriekl klargjøres og kurs gjennomføres.

Tabellen viser forberedende-, regionale aktiviteter for Fase 3:

Forberedelse og organisering	116d	16.06.17	11.01.18
Prosjektorganisering	100d	16.06.17	07.12.17
Utarbeide prosjektmandat og prosjektdirektiv	12d	16.06.17	07.08.17
Definere akseptanskriterier, kontroll, rammer og rutiner	12d	16.06.17	07.08.17
Identifisere interessenter og ressurser på første HF ihht utrullingsplan	60d	16.06.17	12.10.17
Inngå ressursavtaler, første HF ihht utrullingsplan	100d	16.06.17	07.12.17
Utarbeide kommunikasjonsplan ihht utrullingsplan	30d	08.08.17	18.09.17
Etablere Regional Prosjektorganisasjon	0	16.06.17	16.06.17
Etablere Regionalt Klinisk Fagteam	0	16.06.17	16.06.17
Etablere Regionalt Løsningsteam	0	16.06.17	16.06.17
Etablere Regionalt Innføringsteam	0	08.08.17	08.08.17
Etablere Regionalt Teknisk Breddingsteam	0	08.08.17	08.08.17
Etablere Regionalt Opplærings- og Endringsteam	0	08.08.17	08.08.17
Sentral Drift, Teknisk forvaltning og vedlikehold («Etablering av EK som tjeneste i HN»)	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide detaljert plan for etablering av sentral og lokal brukerservice, appl. drift og sys.forvaltning	104d	08.08.17	11.01.18
Etablere prinsipper, rutiner og prosesser for brukerservice, drift og applikasjonsforvaltning	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide overordnede prinsipper for Brukerservice, sentralt og lokalt	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide rutiner og prosesser for håndtering insidents (hendelser og feil)	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide rutiner for tilgangsstyring, brukerhåndtering, org/ admin	104d	08.08.17	11.01.18
Utarbeide prinsipper for sikkerhetsstrategi og beredskap	104d	08.08.17	11.01.18
Etablere Regional Teknisk forvaltning (vedlikeholdstjenesten)	65d	28.09.17	09.01.18
Etablere hotline til brukerservice	5d	28.09.17	04.10.17
Etablere 1. og 2. linje brukerstøtte og systemforvaltning	20d	05.10.17	01.11.17
Etablere 3. linje (Leverandør)	20d	02.11.17	29.11.17
Etablere drift; klargjøre og forberede idriftsettelse, første Fagområde, første HF	20d	30.11.17	09.01.18
Kick-off Regionalt prosjekt	2d	29.08.17	30.08.17
Kurs og opplæring	92d	01.08.17	11.12.17
Utarbeide opplæringsplan for Instruktører, Superbrukere og Sluttbrukere	20d	05.09.17	02.10.17
Utarbeide Brukermanual for MV i Helse Nord	60d	01.08.17	26.10.17
Utarbeide opplæringsmateriekl, inkl. e-læring	70d	05.09.17	11.12.17
Kurs: Teknisk opplæring av IT/ MTA/ MTU, UNN	5d	26.09.17	02.10.17

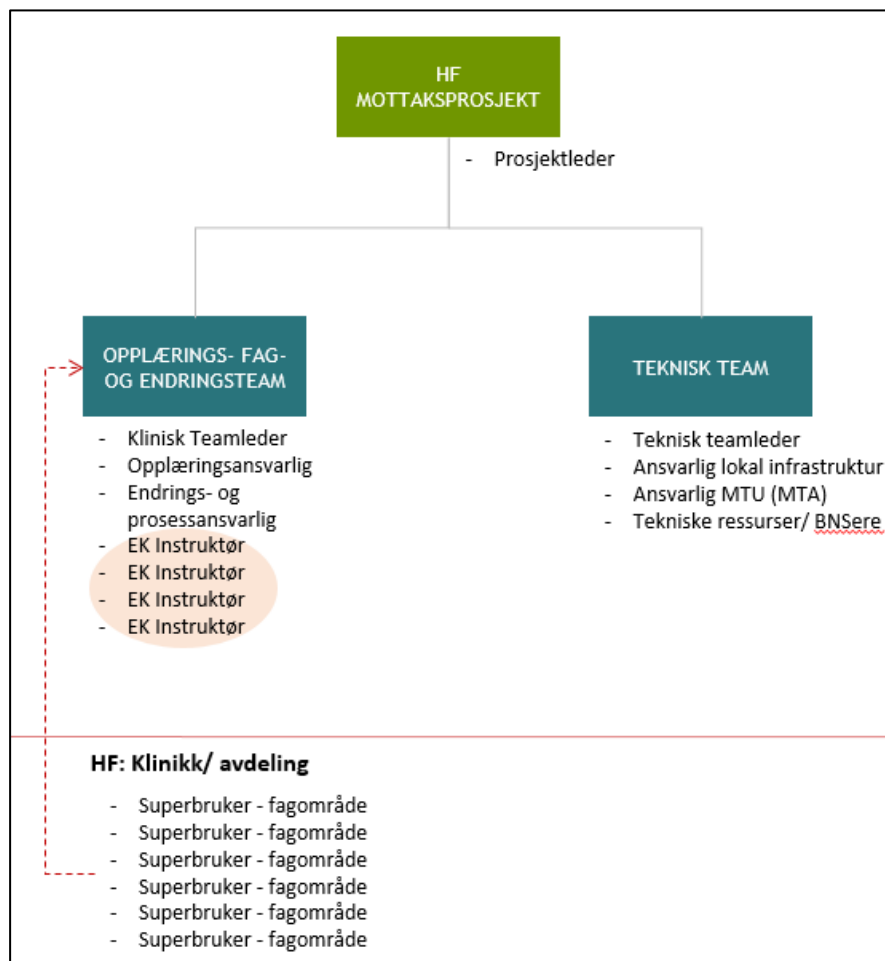
Kurs: Systemforvaltere (teknisk forvaltning)	5d	13.11.17	17.11.17
Kurs: Drift- og brukerstøtteansvarlige	3d	20.11.17	22.11.17
Kurs: Sikkerhetsansvarlige/personvernombud	1d	23.11.17	23.11.17

2.7.1 Kurs og opplæring

Prosjektet vil så tidlig som mulig i Fase 3 identifisere og etablere det lokale «Opplærings- Fag og Endringsteamet» for første HF, slik at arbeidet med å detaljplanlegge og gjennomføre Superbruker- og Sluttbrukeropplæring ikke forsinker innføringsplanen.

2.7.1.1 Målgrupper for Kurs og Opplæring

Rolle: EK Instruktør

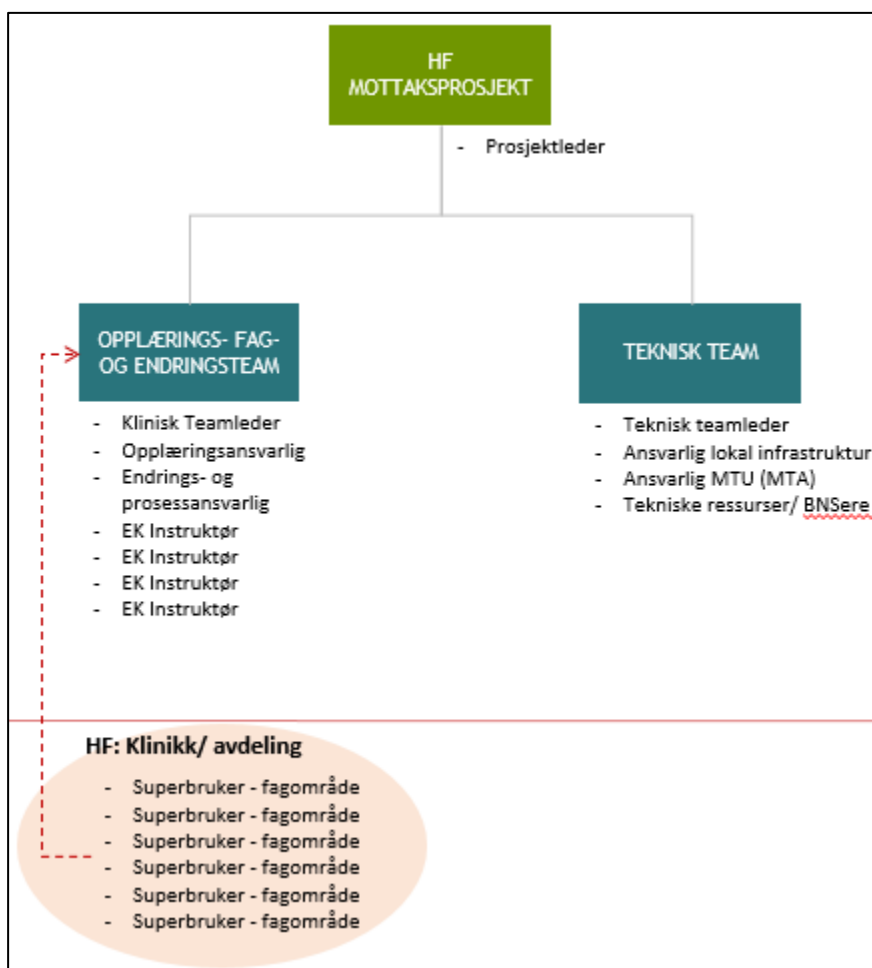


EK Instruktører er motiverte klinikere fra ulike disipliner, organisert som en del av «Opplærings- Fag og Endringsteamet» i det lokale mottaksprosjektet.

EK Instruktører er de som lærer opp og støtter Superbrukerne i løpet av- og etter oppstart, basert på Kurs fra Leverandøren som de har deltatt på.

For å kunne gjennomføre opplæringen innenfor en definert tidsperiode anbefaler vi at EK Instruktører jobber full tid med planlegging og undervisning av Superbrukere og støtter disse under innføringen.

Rolle: Superbrukere og Sluttbrukere



Opplæringsaktiviteter for Superbrukere og Sluttbrukere i regionen vil omfatte mange avdelinger og et tilsvarende stort antall ansatte innenfor hvert helseforetak.

Superbrukere for de ulike fagområdene, må som et minimum delta på kurs over 3 dager. I tillegg bør de delta i planlegging og forberedelser av Sluttbrukeropplæringen sammen med det lokale «Opplærings- Fag og Endringsteamet».

Antallet Superbrukere som behøves innenfor hvert fagområde pr HF, avhenger av antallet Sluttbrukere som trenger opplæring og støtte. Vi anbefaler minimum én Superbruker pr. 10 Sluttbrukere, da dette gir god mulighet for å sikre tilgjengelig kompetanse i den kliniske hverdagen.

Opplæring av Sluttbrukere bør fokuseres på relevante applikasjons-elementer for deres respektive roller; derfor krever dette tilpasset opplæring. Omfanget av opplæringen, så vel

som dens varighet, lokasjon og rammer, forberedes på forhånd av det lokale «Opplærings-Fag og Endringsteamet» og Superbrukere.

2.7.1.2 Gjennomføring av kurs og opplæring

EK Instruktører og Superbrukere:

Opplæringen vil bli gitt av Leverandør og blir gjennomført pr. HF. Opplæringen fullføres før oppstart akseptansetest. Estimert tid for Instruktører er fem dager. Estimert tid for superbrukerkurs er tre dager. I den grad det er ønskelig av Kunde, vil Leverandør være til støtte for superbrukere i opplæringen av sluttbrukere, samt ved oppstart i klinikken.

Sluttbrukere:

Opplæringen vil bli gitt av Superbrukere, og blir gjennomført pr. HF. E-læring må gjennomføres i forkant av klasseromsundervisning. Estimert tid for e-læringskurs er 3 timer pr. bruker, estimert tid for klasseromsundervisning er 4 timer pr. bruker. Total tid for opplæring pr. sluttbruker blir da 7 timer. Hver enkelt sluttbruker gjennomgår relevant(e) e-læringskurs etter behov. Klasseromsundervisning blir tilbudt ut i fra fagområde og personellgruppe. Som et supplement til grunnopplæringen anbefales det auditorievisninger for oppfriskning og tips/triks tre til fire uker etter oppstart.

Drift og brukerstøtte:

Opplæringen vil bli gitt av Leverandør, og blir gjennomført i forkant av første installasjon. Opplæring gis ved oppskalering etter hvert som HFene går i drift. Estimert tid for opplæring av drift og brukerstøtte er syv timer. Opplæringen vil inneholde en gjennomgang av systemarkitektur, database, terminalserver, samt grunnleggende problemløsning.

Regionale- og lokale prosjektteam, systemforvaltere/administratorer:

Opplæring vil bli gitt av Leverandør og blir gjennomført pr. HF i forkant av testing (før første installasjon). Estimert tid for opplæring av systemforvaltere/administratorer er 14 dager. Teknisk IKT-personell og Konfigurasjonsansvarlig har lik start på kurset- tre dager, med fokus på det funksjonelle i løsningen. Etter tre dager deles gruppen i to. Konfigurasjonsansvarlig får opplæring i konfigurasjonsverktøyet. Opplæring av teknisk IKT-personell inkluderer en gjennomgang av arkitekturen, installasjon og vedlikehold av hele systemet (servere, arbeidsstasjoner, databaser og terminalservere). Det anbefales at helseforetakets prosjektleder og øvrige deltakere i prosjektgruppen deltar på hele eller deler av kurset. Prosjektgruppen bør minimum delta på kursets tre første dager, for øvrig vil oppgaver og ansvarsområder bestemme hvilke andre deler av kurset som er relevant for den enkelte.

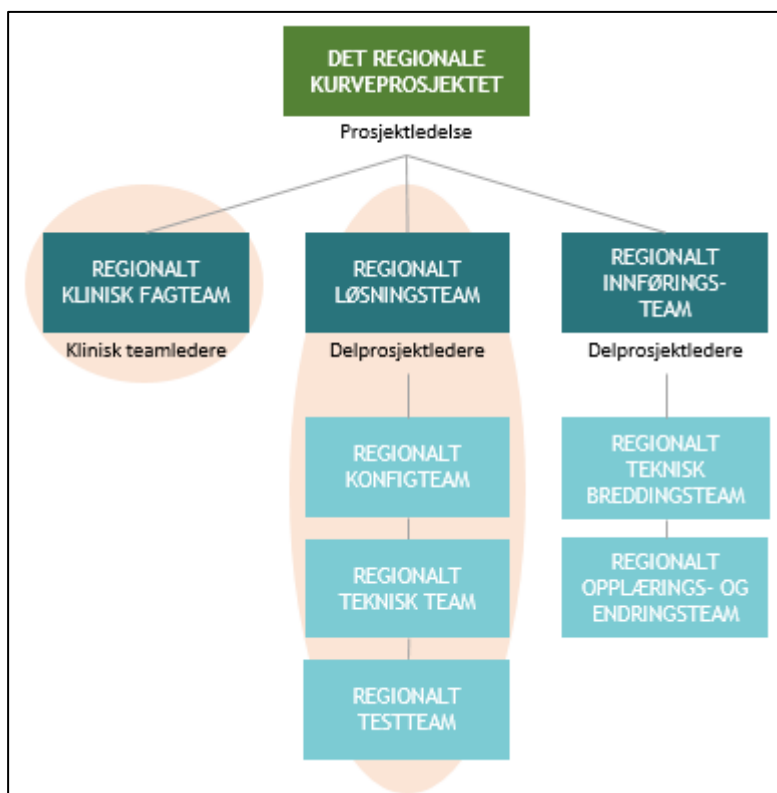
Sikkerhetsansvarlige/personvernombud: Opplæring vil bli gitt av Leverandør, og blir gjennomført pr. HF i forkant av testing (før første installasjon). Estimert tid for kurset er 7 timer. Opplæringen omhandler tilgangsstyring, sikkerhet, logging og rapportering.

2.8 Tilpasninger/ videreutvikling av løsningen (før første Idriftsettelse)

Varighet: ca 6-7 mnd.

Prosjektplanen legger til rette for å ivareta nødvendige regionale tilpasninger av løsningen for spesifikke områder gjenstående fra Fase 2, før første idriftsettelse i Fase 3.

Aktivitetene ledes og gjennomføres av det Regionale prosjektets Kliniske Team i samarbeid med det Løsningsteamet.



2.9 Regionale implementeringsaktiviteter (Generisk pr. HF)

Varighet: ca 5-7 mnd (vil variere fra HF til HF).

Aktivitetene gjenspeiler en generisk innføringsplan for det enkelte HF.

Hensikten med aktivitetene i denne perioden er å etablere en lokal prosjektorganisasjon, informere lokale organisasjonensheter om det forestående prosjektet, samt detaljplanlegge implementeringsløpet med lokale ressurser gjeldende for;

- Kurs og opplæring
- Lokal infrastruktur
- Oppkobling av utstyr, inkl MTU
- Endringsledelse

- Drift og teknisk forvaltning

Varigheten på de enkelte implementeringsløp vil avhenge av status på infrastruktur og andre tekniske- og praktiske forutsetninger for gjennomføringen ifm oppstart av implementeringen på det enkelte HF-et. Kartlegging, bestilling og installasjon bør starte tidlig, minimum 4 måneder før første idriftsettelse. Alle bestillingsrutiner etc må identifiseres så tidlig som mulig slik at ansvarsforhold og leveranser er iht. enhver tid gjeldende implementeringsplan.

Tabellen viser implementeringsaktiviteter for UNN (generisk pr HF):

Regionale implementeringsaktiviteter (GENERISK PR HF)	425d	27.06.17	14.06.19
UNN	267d	08.08.17	02.11.18
Etablere Mottaksprosjekt, UNN	0	05.09.17	05.09.17
Etablere Prosjektledelse, UNN	0	05.09.17	05.09.17
Etablere Teknisk Team, UNN	0	05.09.17	05.09.17
Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam, UNN	0	05.09.17	05.09.17
Utarbeide detaljert implementeringsplan, UNN	102d	08.08.17	10.01.18
Utarbeide detaljert plan for Idriftsettelse AIO, UNN	40d	05.09.17	30.10.17
Utarbeide detaljert testplan for Akseptansetest AIO, UNN	30d	05.09.17	16.10.17
Utarbeide detaljert opplæringsplan for Sluttbrukere AIO, UNN	30d	24.10.17	04.12.17
Lokal Infrastruktur, AIO UNN	40d	29.08.17	24.10.17
Utarbeide detaljert plan for kartlegging og installasjon av lokal infrastruktur	12d	29.08.17	13.09.17
Fysisk kartlegging AIO, UNN (pc, skjerm, klo, arm, printer, osv)	35d	05.09.17	23.10.17
Bestille Lokal infrastruktur AIO, UNN	0	24.10.17	24.10.17
Endringsledelse	30d	08.08.17	18.09.17
Utarbeide detaljert plan for Endringsarbeid, UNN	20d	08.08.17	04.09.17
Identifisere endringsressurser Fagområde; AIO, UNN	20d	22.08.17	18.09.17
Etablere endringsressurser, UNN	0	18.09.17	18.09.17
Kurs og opplæring	65d	05.09.17	04.12.17
Kurs: UNN Instruktører (MV applikasjonsopplæring, sertifisering)	5d	05.09.17	11.09.17
Kurs: Teknisk IKT Personell	5d	12.09.17	18.09.17
Identifisere og allokere Superbrukere, UNN	20d	19.09.17	16.10.17
Etablere Superbrukere; Fagområde AIO, UNN	0	16.10.17	16.10.17
Gjennomføre Superbrukeropplæring, AIO, UNN	30d	24.10.17	04.12.17
Drift og teknisk forvaltning; forberede første idriftsettelse	0	10.01.18	10.01.18

2.9.1 Forberedelser til idriftsettelse (pr HF, Lokasjon, Klinik/ Avdeling)

Varighet: ca 6 mnd

Under forprosjektet er det etablert endrede arbeidsrutiner og prosedyrer. Disse må presenteres og gjennomgås av endringsledere- og endringsressurser på det enkelte HF.

Kick-off, informasjonsmøter og endringsarbeid iverksettes iht. utrullingsplan, før opplæring av Sluttbruker gjennomføres pr lokasjon.

Planleggings- og forberedelsesarbeidet for kundens akseptansetest gjøres i denne perioden.

Den regionale MV-løsningen gjøres tilgjengelig på lokasjonen før det gjennomføres en installasjonstest og teknisk verifisering av at den fungerer. Installasjonstesten gjelder for løsningen som helhet, inkl integrasjoner mot andre systemer og integrasjoner av MTU. Alle interfacer, inkl MTU testes. Det gjennomføres en klinisk validering av data som høstes.

Tabellen viser implementeringsaktiviteter for UNN (generisk pr HF):

Forberedelser til Idriftsettelse	247d	05.09.17	02.11.18
HF; UNN	97d	05.09.17	30.01.18
Kick-off UNN (Innføringsteam + HF Mottaksprosjektet)	2d	05.09.17	06.09.17
Iverksette endringsarbeid og gevinstrealisering (UNN, ledernivå)	40d	23.11.17	30.01.18
Inngå gevinstrealiseringsavtale med identifiserte interessenter, UNN	20d	23.11.17	02.01.18
Identifisere og etablere Fagteam- og endringsledere pr Klinik/ avdeling	10d	03.01.18	16.01.18
Lokal kvalitetskontroll og gjennomgang pr Klinik/ Avdeling ihht utrullingsplan	10d	17.01.18	30.01.18
Lokasjon; Harstad	182d	05.12.17	02.11.18
Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO	30d	05.12.17	26.01.18
Informasjonsmøte	2d	10.01.18	11.01.18
Iverksette Endringsarbeid for håndtering av prosess- og prosedyreendringer	30d	17.01.18	27.02.18
Identifisere arbeidsflyt pr avdeling	5d	17.01.18	23.01.18
Identifisere behov for endring av prosesser/rutiner/prosedyrer pr avdeling	10d	24.01.18	06.02.18
Iverksette endringsaktiviteter; impl. av nye arbeidsprosesser og prosedyrer	15d	07.02.18	27.02.18
Kurs og opplæring	182d	05.12.17	02.11.18
Teknisk opplæring - Lokal MTA	5d	05.12.17	11.12.17
Allokere Superbrukere til spesifikke oppstartsenheter	5d	18.01.18	24.01.18
Sluttbrukeropplæring AIO, Harstad	154d	25.01.18	02.11.18

2.9.2 Utrullingsplan pr HF

Utrullingsplan pr HF	808d	19.12.17	21.04.21
UNN	734d	19.12.17	07.01.21
NLSH	525d	12.03.18	29.05.20
FSYK	614d	05.12.18	21.04.21
HSYK	417d	18.04.19	20.11.20

Leverandøren gjennomfører systemtest inklusiv test av ytelse og lokal infrastruktur. Etter gjennomført vellykket test varsler Leverandøren Kunden om at Installasjonsdag er nådd.

For hvert HF gjennomføres en lokal akseptansetest pr fagområde. Gjennomføringen av akseptansetesten er kundens ansvar. Akseptansetesten baserer seg på testtilfeller fra verifikasjonstesten i det regionale forprosjekt, inkl justeringer og tilpasninger levert i Fase 3.

Etter at akseptansetesten er godkjent og de siste forberedelser for produksjon er gjennomført settes løsningen i produksjon = Idriftsettelse.

F.o.m. idriftsettelse, starter godkjenningsperioden.

Oppstart bør planlegges på en grundig måte, med hensyn til interne og eksterne supportprosedyrer, så vel som konsekvenser for personellet som blir berørt.

I løpet av den første oppstartsuken anbefales det at Superbrukere yter 24/7 support til Sluttbrukerne.

Driftsansvarlige har ansvar for alle de tekniske aspektene ved oppstart. I løpet av oppstartsperioden, anbefales det at det tekniske teamet yter 24/7 support (enten på stedet eller fjernbasert via telefon).

Leveringsdag nås etter bestemmelser definert i SSA-T.

Samlet akseptansetest for Helse Nord skjer når alle HF'ene har implementert hele løsningen, og er på samme versjon av løsningen.

2.9.2.1 Utrullingsplan UNN, pr Fagområde

Varighet: Desember 2018 – Januar 2021

2.9.2.1.1 AIO UNN

Varighet: Februar 2018 – Desember 2018

Utrullingsplan pr HF, pr Fagområde	808d	19.12.17	21.04.21
UNN	734d	19.12.17	07.01.21
AIO	201d	19.12.17	13.12.18
FAT, UNN, AIO	5d	19.12.17	05.01.18
Installasjonsdag, UNN, AIO	0	10.01.18	10.01.18
Akseptansetest AIO, UNN	15d	10.01.18	30.01.18
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte UNN, AIO	5d	07.02.18	13.02.18
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning UNN, AIO	5d	07.02.18	13.02.18
Idriftsettelse UNN, AIO	0	30.01.18	30.01.18
Harstad	40d	14.02.18	13.04.18
Anestesi/ operasjon	15d	14.02.18	06.03.18
Intensiv	20d	14.03.18	13.04.18
Narvik	35d	25.04.18	20.06.18
Anestesi/ operasjon	15d	25.04.18	23.05.18
Intensiv	15d	31.05.18	20.06.18
Tromsø	80d	24.08.18	13.12.18
Anestesi/ operasjon	80d	24.08.18	13.12.18
Oppvåkning (post operativ)	25d	04.09.18	08.10.18

Intensiv	60d	13.09.18	05.12.18
Medisinsk intensiv- hjerteroppvåkning	35d	24.09.18	09.11.18
NOR Nevro- orto- rehab Klinikken	25d	03.10.18	06.11.18
Leveringsdag UNN, AIO	0	13.12.18	13.12.18

2.9.2.1.2 Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - UNN (minus poliklinikker og dagkirurgi)

Varighet: November 2018 – August 2020

Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - UNN	458d	14.11.18	25.08.20
FAT, UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	14.11.18	20.11.18
Installasjonsdag, UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	23.11.18	23.11.18
Akseptansetest UNN, AKUTT, SP, PSYK	15d	23.11.18	13.12.18
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	21.12.18	07.01.19
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	21.12.18	07.01.19
Idriftsettelse UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	13.12.18	13.12.18
Akuttmottak og somatiske sengeposter	426d	08.01.19	25.08.20
Harstad	120d	08.01.19	24.06.19
Akutt	30d	08.01.19	18.02.19
Akuttmottak	30d	08.01.19	18.02.19
Medisinske sengeposter	50d	26.02.19	06.05.19
Medisinsk avdeling	50d	26.02.19	06.05.19
Kirurgiske sengeposter	30d	14.05.19	24.06.19
Kirurgisk avdeling	30d	14.05.19	24.06.19
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (fød)	25d	21.05.19	24.06.19
Nevro- orto- rehab klinikken (NOR) - (ORPL) Ortopedi	15d	28.05.19	17.06.19
Narvik	78d	19.02.19	06.06.19
Akutt	15d	19.02.19	11.03.19
Akuttmottak	15d	19.02.19	11.03.19
Medisinske sengeposter	30d	19.03.19	29.04.19
Medisinsk avdeling	30d	19.03.19	29.04.19
Kirurgiske sengeposter	23d	07.05.19	06.06.19
Kirurgisk avdeling	15d	07.05.19	27.05.19
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (fød)	20d	10.05.19	06.06.19
Nevro- orto- rehab klinikken (NOR) - (ORPL) Ortopedi	5d	15.05.19	21.05.19
Tromsø	306d	25.06.19	25.08.20
Akutt	50d	25.06.19	02.09.19
Akuttmottak	50d	25.06.19	02.09.19
Medisinske sengeposter	102d	17.09.19	05.02.20
Medisinsk Klinik	80d	17.09.19	06.01.20
Hjerte-, lunge klinikken	50d	07.10.19	13.12.19
Barne- og ungdomsklinikken	50d	25.10.19	02.01.20

Nevro- orto- rehab klinikken (NOR)	60d	14.11.19	05.02.20
Kirurgiske sengeposter	134d	20.02.20	25.08.20
Hjerte-, lunge klinikken	25d	20.02.20	25.03.20
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	120d	11.03.20	25.08.20
Nevro- orto- rehab klinikken (NOR)	55d	31.03.20	15.06.20
Psykiatri	180d	09.07.19	16.03.20
Harstad	35d	09.07.19	26.08.19
Psykisk helse- og rusklinikken	35d	09.07.19	26.08.19
Narvik	25d	10.09.19	14.10.19
Psykisk helse- og rusklinikken	25d	10.09.19	14.10.19
Tromsø	100d	29.10.19	16.03.20
Psykisk helse- og rusklinikken	100d	29.10.19	16.03.20
Barne- og ungdomsklinikken	40d	26.11.19	20.01.20
Leveringsdag UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	25.08.20	25.08.20

2.9.2.1.3 Rest, UNN

Varighet: Juli 2020 – Januar 2021

REST - UNN	122d	22.07.20	07.01.21
FAT, UNN, REST	1d	22.07.20	22.07.20
Installasjonsdag, UNN, REST	0	31.07.20	31.07.20
Akseptansetest UNN, REST	15d	31.07.20	20.08.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte UNN, REST	5d	28.08.20	03.09.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning UNN, REST	5d	28.08.20	03.09.20
Idriftsettelse UNN, REST	0	20.08.20	20.08.20
Restlokasjoner	90d	04.09.20	07.01.21
Harstad	20d	04.09.20	01.10.20
Narvik	10d	18.09.20	01.10.20
Tromsø	60d	02.10.20	24.12.20
Andre distriktsenheter	60d	16.10.20	07.01.21
Endelig implementering godkjent - UNN	0	07.01.21	07.01.21

2.9.2.2 Utrullingsplan NLSH, pr Fagområde

Varighet: April 2018 – Mai 2020

2.9.2.2.1 AIO, NLSH

Utrullingsplan pr HF, pr Fagområde	808d	19.12.17	21.04.21
NLSH	525d	12.03.18	29.05.20
AIO	171d	12.03.18	21.01.19

FAT, NLSH, AIO	5d	12.03.18	16.03.18
Installasjonsdag, NLSH, AIO	0	21.03.18	21.03.18
Akseptansetest NLSH, AIO	15d	21.03.18	13.04.18
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte NLSH, AIO	5d	23.04.18	27.04.18
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning NLSH, AIO	5d	23.04.18	27.04.18
Idriftsettelse NLSH, AIO	0	13.04.18	13.04.18
Vesterålen	32d	30.04.18	20.06.18
Anestesi/ operasjon	15d	30.04.18	28.05.18
Intensiv/ smerte	25d	14.05.18	20.06.18
Lofoten	18d	29.08.18	21.09.18
Anestesi/ operasjon	10d	29.08.18	11.09.18
Overvåking/ mottakelse	15d	03.09.18	21.09.18
Bodø	60d	19.10.18	21.01.19
Anestesi/ operasjon	60d	19.10.18	21.01.19
Intensiv og Smerte	40d	30.10.18	02.01.19
Leveringsdag NLSH, AIO	0	21.01.19	21.01.19

2.9.2.2.2 Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - NLSH (minus poliklinikker og dagkirurgi)

Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - NLSH	365d	06.09.18	07.02.20
FAT, NLSH, AKUTT, SP, PSYK	5d	06.09.18	12.09.18
Installasjonsdag, UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	17.09.18	17.09.18
Akseptansetest UNN, AKUTT, SP, PSYK	15d	17.09.18	05.10.18
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	15.10.18	19.10.18
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning UNN, AKUTT, SP, PSYK	5d	15.10.18	19.10.18
Idriftsettelse UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	05.10.18	05.10.18
Akuttmottak og somatiske sengeposter	333d	22.10.18	07.02.20
Vesterålen	75d	22.10.18	12.02.19
Medisinske sengeposter	40d	22.10.18	14.12.18
Medisinsk avdeling	40d	22.10.18	14.12.18
Hode- bevegelsesklinikken (HBEV)	15d	25.10.18	14.11.18
Diagnostisk Klinikk	15d	30.10.18	19.11.18
Kirurgiske sengeposter	30d	02.01.19	12.02.19
Kirurgisk og ortopedisk klinikk (KIROT)	30d	02.01.19	12.02.19
Kbarn føde/ gyn	20d	09.01.19	05.02.19
Lofoten	83d	17.12.18	19.04.19
Medisinske sengeposter	40d	17.12.18	19.02.19
Medisinsk avdeling	40d	17.12.18	19.02.19
Hode- og bevegelsesklinik (HBEV)	7d	19.12.18	07.01.19
Diagnostisk Klinikk	7d	21.12.18	09.01.19
Kirurgiske sengeposter	40d	25.02.19	19.04.19

Kirurgisk og ortopedisk klinikk (KIROT)	40d	25.02.19	19.04.19
Bodø	253d	20.02.19	07.02.20
Akutt	50d	20.02.19	30.04.19
Akuttmottak	50d	20.02.19	30.04.19
Medisinske sengeposter	110d	08.05.19	08.10.19
Medisinsk Klinikk	110d	08.05.19	08.10.19
Hode- bevegelsesklinikk (HBEV)	50d	13.05.19	19.07.19
Kirurgiske sengeposter	83d	16.10.19	07.02.20
Kirurgisk og ortopedisk klinikk (KIROT)	80d	16.10.19	04.02.20
Kvinne-/ Barn Klinikk (Kbarn)	80d	21.10.19	07.02.20
Psykatri	155d	03.06.19	03.01.20
Vesterålen	21d	03.06.19	01.07.19
Psykisk Helse og rusklinikk (PHR)	5d	03.06.19	07.06.19
PHR DPS	18d	06.06.19	01.07.19
Lofoten	15d	17.06.19	05.07.19
Psykisk Helse og rusklinikk (PHR)	15d	17.06.19	05.07.19
Bodø	120d	22.07.19	03.01.20
Psykisk Helse og rusklinikk (PHR)	120d	22.07.19	03.01.20
Leveringsdag NLSH - AKUTT, SP, PSYK	0	07.02.20	07.02.20

2.9.2.2.3 Rest, NLSH

REST - NLSH	102d	09.01.20	29.05.20
FAT, NLSH, REST	5d	09.01.20	15.01.20
Installasjonsdag, NLSH, REST	0	20.01.20	20.01.20
Akseptansetest NLSH, REST	15d	20.01.20	07.02.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte NLSH, REST	5d	17.02.20	21.02.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning NLSH, REST	5d	17.02.20	21.02.20
Idriftsettelse NLSH, REST	0	07.02.20	07.02.20
Restlokasjoner	70d	24.02.20	29.05.20
Vesterålen	20d	24.02.20	20.03.20
Lofoten	10d	09.03.20	20.03.20
Bodø	50d	23.03.20	29.05.20
Andre distriktsenheter	30d	06.04.20	15.05.20
Endelig implementering godkjent - NLSH	0	29.05.20	29.05.20

2.9.2.3 Utrullingsplan FSYK, pr Fagområde

Varighet: Januar 2019 – April 2021

2.9.2.3.1 AIO, FSYK

FSYK	614d	05.12.18	21.04.21
AIO	111d	05.12.18	17.05.19
FAT, FSYK, AIO	5d	05.12.18	11.12.18
Installasjonsdag, FSYK, AIO	0	14.12.18	14.12.18
Akseptansetest FSYK, AIO	15d	14.12.18	14.01.19
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte FSYK, AIO	5d	22.01.19	28.01.19
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning FSYK, AIO	5d	22.01.19	28.01.19
Idriftsettelse FSYK, AIO	0	14.01.19	14.01.19
Kirkenes	27d	29.01.19	06.03.19
Operasjon/ anestesi	15d	29.01.19	18.02.19
Intensiv	20d	07.02.19	06.03.19
Hammerfest (med Alta)	45d	18.03.19	17.05.19
Operasjon/ anestesi	45d	18.03.19	17.05.19
Intensiv	25d	27.03.19	30.04.19
Leveringsdag FSYK, AIO	0	17.05.19	17.05.19

2.9.2.3.2 Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - FSYK
(minus poliklinikker og dagkirurgi)

Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - FSYK	275d	26.12.19	13.01.21
FAT, FSYK, AKUTT, SP, PSYK	5d	26.12.19	01.01.20
Installasjonsdag, FSYK, AKUTT, SP, PSYK	0	06.01.20	06.01.20
Akseptansetest FSYK, AKUTT, SP, PSYK	15d	06.01.20	24.01.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte FSYK, AKUTT, SP, PSYK	5d	03.02.20	07.02.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning FSYK, AKUTT, SP, PSYK	5d	03.02.20	07.02.20
Idriftsettelse FSYK, AKUTT, SP, PSYK	0	24.01.20	24.01.20
Akuttmottak og somatiske sengeposter	171d	10.02.20	05.10.20
Kirkenes	72d	10.02.20	19.05.20
Akuttmottak	25d	10.02.20	13.03.20
Medisinske sengeposter	55d	24.02.20	08.05.20
Kirurgiske sengeposter med føde/gyn	55d	04.03.20	19.05.20
Hammerfest	69d	03.06.20	07.09.20
Akuttmottak	20d	03.06.20	30.06.20
Medisinske sengeposter	40d	12.06.20	06.08.20
Sengeposter Kvinne/barn	40d	12.06.20	06.08.20
Kirurgiske sengeposter	55d	23.06.20	07.09.20
Alta	20d	08.09.20	05.10.20
Psykiatri	52d	03.11.20	13.01.21
Tana	10d	03.11.20	16.11.20
Alta	13d	24.11.20	10.12.20

Lakselv	7d	18.12.20	28.12.20
Karasjok	7d	05.01.21	13.01.21
Leveringsdag FSYK - AKUTT, SP, PSYK	0	27.01.21	27.01.21

2.9.2.3.3 Rest, FSYK

REST - FSYK	72d	29.12.20	07.04.21
FAT, FSYK - REST	5d	29.12.20	04.01.21
Installasjonsdag, FSYK - REST	0	07.01.21	07.01.21
Akseptansetest FSYK - REST	15d	07.01.21	27.01.21
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte REST	5d	04.02.21	10.02.21
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning REST	5d	04.02.21	10.02.21
Idriftsettelse FSYK - REST	0	27.01.21	27.01.21
Restlokasjoner	40d	11.02.21	07.04.21
Endelig implementering godkjent - FSYK	0	21.04.21	21.04.21

2.9.2.4 Utrullingsplan HSYK, pr Fagområde

Varighet: Juni 2019 – November 2020

2.9.2.4.1 AIO, HSYK

HSYK	417d	18.04.19	20.11.20
AIO	118d	18.04.19	30.09.19
FAT, HSYK, AIO	5d	18.04.19	24.04.19
Installasjonsdag, HSYK, AIO	0	29.04.19	29.04.19
Akseptansetest HSYK, AIO	15d	29.04.19	17.05.19
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte AIO	5d	27.05.19	31.05.19
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning AIO	5d	27.05.19	31.05.19
Idriftsettelse HSYK, AIO	0	17.05.19	17.05.19
Mo i Rana	28d	03.06.19	10.07.19
Anestesi/ operasjon	18d	03.06.19	26.06.19
Intensiv	25d	06.06.19	10.07.19
Mosjøen	23d	18.07.19	19.08.19
Anestesi/ operasjon	20d	18.07.19	14.08.19
Intensiv	20d	23.07.19	19.08.19
Sandnessjøen	25d	27.08.19	30.09.19
Anestesi/ operasjon	25d	27.08.19	30.09.19
Intensiv	18d	30.08.19	24.09.19
Leveringsdag AIO - HSYK	0	30.09.19	30.09.19

2.9.2.4.2 Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter – HSYK (minus poliklinikker og dagkirurgi)

Akuttmottak, somatiske og psyk sengeposter - HSYK	151d	09.01.20	06.08.20
FAT, HSYK, AKUTT, SP, PSYK	5d	09.01.20	15.01.20
Installasjonsdag, HSYK, AKUTT, SP, PSYK	0	20.01.20	20.01.20
Akseptansetest HSYK, AKUTT, SP, PSYK	15d	20.01.20	07.02.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte AKUTT, SP, PSYK	5d	17.02.20	21.02.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning AKUTT, SP, PSYK	5d	17.02.20	21.02.20
Idriftsettelse HSYK, AKUTT, SP, PSYK	0	07.02.20	07.02.20
Akuttmottak og somatiske sengeposter	51d	24.02.20	04.05.20
Mo i Rana	51d	24.02.20	04.05.20
Akutt	10d	24.02.20	06.03.20
Akuttmedisinsk avdeling	10d	24.02.20	06.03.20
Medisinske sengeposter	25d	12.03.20	15.04.20
Kirurgiske sengeposter	33d	19.03.20	04.05.20
Fødeavdeling	15d	19.03.20	08.04.20
Kir/Gyn/ort	30d	24.03.20	04.05.20
Mosjøen	23d	02.03.20	01.04.20
Akutt	10d	02.03.20	13.03.20
Akuttmedisinsk avdeling	10d	02.03.20	13.03.20
Medisinske sengeposter	20d	05.03.20	01.04.20
Kirurgiske sengeposter	7d	12.03.20	20.03.20
Fødeavdeling	7d	12.03.20	20.03.20
Sandessjøen og Brønnøysund	28d	09.03.20	15.04.20
Akutt	7d	09.03.20	17.03.20
Akuttmedisin	7d	09.03.20	17.03.20
Medisinske sengeposter	25d	12.03.20	15.04.20
Kirurgiske sengeposter	10d	17.03.20	30.03.20
Fødestue	10d	17.03.20	30.03.20
Fødestue Brønnøysund	7d	20.03.20	30.03.20
Psykatri	58d	19.05.20	06.08.20
Mo i Rana	20d	19.05.20	15.06.20
Psykiatriske sengeposter	20d	19.05.20	15.06.20
Mosjøen	15d	19.06.20	09.07.20
Psykiatriske sengeposter	15d	19.06.20	09.07.20
Sandessjøen og Brønnøysund	17d	15.07.20	06.08.20
Psykiatriske sengeposter SSJ	7d	15.07.20	23.07.20
Psykiatriske sengeposter BR	7d	29.07.20	06.08.20
Leveringsdag HSYK - AKUTT, SP, PSYK	0	06.08.20	06.08.20

2.9.2.4.3 Rest, HSYK

REST - HSYK	88d	22.07.20	20.11.20
FAT, HSYK, REST	5d	22.07.20	28.07.20
Installasjonsdag, HSYK, REST	0	31.07.20	31.07.20
Akseptansetest HSYK, REST	15d	31.07.20	20.08.20
Idriftsette 1. og 2. linje brukerstøtte HSYK, REST	5d	28.08.20	03.09.20
Oppstart drift og applikasjonsforvaltning HSYK, REST	5d	28.08.20	03.09.20
Idriftsettelse HSYK, REST	0	20.08.20	20.08.20
Restlokasjoner	56d	04.09.20	20.11.20
Mo i Rana	10d	04.09.20	17.09.20
Mosjøen	10d	23.09.20	06.10.20
Sandessjøen og Brønnøysund	7d	12.10.20	20.10.20
Andre distriktsenheter	20d	26.10.20	20.11.20
Endelig implementering godkjent - HSYK	0	20.11.20	20.11.20

2.9.3 Vedlikehold og forvaltning

UNN	712d	30.01.18	07.01.21
Første Idriftsettelse UNN	0	30.01.18	30.01.18
AIO	129d	13.04.18	13.12.18
AIO Harstad	0	13.04.18	13.04.18
AIO Narvik	0	20.06.18	20.06.18
AIO Tromsø	0	13.12.18	13.12.18
Leveringsdag UNN, AIO	0	13.12.18	13.12.18
Akuttmottak og somatiske sengeposter	396d	18.02.19	25.08.20
Akutt Harstad	0	18.02.19	18.02.19
Akutt Narvik	0	11.03.19	11.03.19
Akutt Tromsø	0	02.09.19	02.09.19
Med. sengepost Harstad	0	06.05.19	06.05.19
Med. sengepost Narvik	0	29.04.19	29.04.19
Med. sengepost Tromsø	0	05.02.20	05.02.20
Kir. sengepost Harstad	0	24.06.19	24.06.19
Kir. sengepost Narvik	0	06.06.19	06.06.19
Kir. sengepost Tromsø	0	25.08.20	25.08.20
Psykiatriske sengeposter	145d	26.08.19	16.03.20
Psyk, Harstad	0	26.08.19	26.08.19
Psyk, Narvik	0	14.10.19	14.10.19
Psyk, Tromsø	0	16.03.20	16.03.20
Leveringsdag UNN, AKUTT, SP, PSYK	0	25.08.20	25.08.20
REST	60d	01.10.20	24.12.20
Harstad	0	01.10.20	01.10.20

Narvik	0	01.10.20	01.10.20
Tromsø	0	24.12.20	24.12.20
Endelig implementering godkjent - UNN	0	07.01.21	07.01.21
NLSH	503d	13.04.18	29.05.20
Første Idriftsettelse NLSH	0	13.04.18	13.04.18
AIO	107d	20.06.18	21.01.19
AIO Vesterålen	0	20.06.18	20.06.18
AIO Lofoten	0	21.09.18	21.09.18
AIO Bodø	0	21.01.19	21.01.19
Leveringsdag NLSH, AIO	0	21.01.19	21.01.19
Akuttmottak og somatiske sengeposter	293d	14.12.18	07.02.20
Akutt Bodø	0	30.04.19	30.04.19
Med. sengepost Vesterålen	0	14.12.18	14.12.18
Med. sengepost Lofoten	0	19.02.19	19.02.19
Med. sengepost Bodø	0	08.10.19	08.10.19
Kir. sengepost Vesterålen	0	12.02.19	12.02.19
Kir. sengepost Lofoten	0	19.04.19	19.04.19
Kir. sengepost Bodø	0	07.02.20	07.02.20
Psykiatriske sengeposter	134d	01.07.19	03.01.20
Psyk, Vesterålen	0	01.07.19	01.07.19
Psyk, Lofoten	0	05.07.19	05.07.19
Psyk, Bodø	0	03.01.20	03.01.20
Leveringsdag NLSH, AKUTT, SP, PSYK	0	07.02.20	07.02.20
REST	50d	20.03.20	29.05.20
Vesterålen	0	20.03.20	20.03.20
Lofoten	0	20.03.20	20.03.20
Bodø	0	29.05.20	29.05.20
Endelig implementering godkjent - NLSH	0	29.05.20	29.05.20
FSYK	592d	14.01.19	21.04.21
Første Idriftsettelse FSYK	0	14.01.19	14.01.19
AIO	52d	06.03.19	17.05.19
AIO Kirkenes	0	06.03.19	06.03.19
AIO Hammerfest (med Alta)	0	17.05.19	17.05.19
Leveringsdag FSYK, AIO	0	17.05.19	17.05.19
Akuttmottak og somatiske sengeposter	146d	13.03.20	05.10.20
Akutt Kirkenes	0	13.03.20	13.03.20
Akutt Hammerfest	0	30.06.20	30.06.20
Med. sengepost Kirkenes	0	08.05.20	08.05.20
Med. sengepost Hammerfest	0	06.08.20	06.08.20
Kir. sengepost Kirkenes	0	19.05.20	19.05.20
Kir. sengepost Hammerfest	0	07.09.20	07.09.20
Somatikk Alta	0	05.10.20	05.10.20

Psykiatriske sengeposter	42d	16.11.20	13.01.21
Psyk, Tana	0	16.11.20	16.11.20
Psyk, Alta	0	10.12.20	10.12.20
Psyk, Lakselv	0	28.12.20	28.12.20
Psyk, Karasjok	0	13.01.21	13.01.21
Leveringsdag FSYK - AKUTT, SP, PSYK	0	27.01.21	27.01.21
REST	0	07.04.21	07.04.21
Restlokasjoner	0	07.04.21	07.04.21
Endelig implementering godkjent – FSYK/ RHF (regional løsning)	0	21.04.21	21.04.21
HSYK	395d	17.05.19	20.11.20
Første Idriftsettelse - HSYK	0	17.05.19	17.05.19
AIO	58d	10.07.19	30.09.19
AIO Mo i Rana	0	10.07.19	10.07.19
AIO Mosjøen	0	19.08.19	19.08.19
AIO Sandnessjøen	0	30.09.19	30.09.19
Leveringsdag HSYK, AIO	0	30.09.19	30.09.19
Akuttmottak og somatiske sengeposter	41d	06.03.20	04.05.20
Akutt Mo i Rana	0	06.03.20	06.03.20
Akutt Mosjøen	0	13.03.20	13.03.20
Akutt Sandnessjøen og Brønnøysund	0	17.03.20	17.03.20
Med. sengepost Mo i Rana	0	15.04.20	15.04.20
Med. sengepost Mosjøen	0	01.04.20	01.04.20
Med. sengepost Sandnessjøen og Brønnøysund	0	15.04.20	15.04.20
Kir. sengepost Mo i Rana	0	04.05.20	04.05.20
Kir. sengepost Mosjøen	0	20.03.20	20.03.20
Kir. sengepost Sandnessjøen og Brønnøysund	0	30.03.20	30.03.20
Psykiatriske sengeposter	38d	15.06.20	06.08.20
Psyk, Mo i Rana	0	15.06.20	15.06.20
Psyk, Mosjøen	0	09.07.20	09.07.20
Psyk, Sandnessjøen og Brønnøysund	0	06.08.20	06.08.20
Leveringsdag HSYK - AKUTT, SP, PSYK	0	06.08.20	06.08.20
REST	46d	17.09.20	20.11.20
Mo i Rana	0	17.09.20	17.09.20
Mosjøen	0	06.10.20	06.10.20
Sandnessjøen og Brønnøysund	0	20.10.20	20.10.20
Andre restlokasjoner	0	20.11.20	20.11.20
Endelig implementering godkjent - HSYK	0	20.11.20	20.11.20

Vedlegg: Overordnet prosjektplan (fase 3 – implementering per HF).

VEDLEGG 1. INNFORING AV ELEKTRONISK KURVE		2017				2018				2019				2020				2021			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
REGIONALT	Regionalt kurve-prosjekt Etablering Regional Prosjektorganisasjon Etablering Regionalt Teknisk Bredningsteam Etablering Regionalt Opplærings- og endringsteam Etablere Drift/ overvåking, 1/2. linje																				
UNN	Etablering lokalt og forberedelser Kartlegging Lokal Infrastr. AIO Bestille Lokal infrastruktur AIO Etablere Prosjektledelse (Mottaksprosjekt) Etablere Teknisk Team Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam Etablere endringsressurser Etablere Superbrukere AIO Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO Idriftsette drift og systemforvaltning AIO "Bredning" - opplæring og idriftsetning per klin/avd AIO AKUTT, SP PSYK SP REST																				
NLSH	Etablering lokalt og forberedelser Kartlegging Lokal Infrastr. AIO Bestille Lokal infrastruktur AIO Etablere Prosjektledelse (Mottaksprosjekt) Etablere Teknisk Team Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam Etablere endringsressurser Etablere Superbrukere AIO Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO Idriftsette drift og systemforvaltning AIO "Bredning" - opplæring og idriftsetning per klin/avd AIO AKUTT, SP PSYK SP REST																				
FSYK	Etablering lokalt og forberedelser Kartlegging Lokal Infrastr. AIO Bestille Lokal infrastruktur AIO Etablere Prosjektledelse (Mottaksprosjekt) Etablere Teknisk Team Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam Etablere endringsressurser Etablere Superbrukere AIO Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO Idriftsette drift og systemforvaltning AIO "Bredning" - opplæring og idriftsetning per klin/avd AIO AKUTT, SP PSYK SP REST																				
HSYK	Etablering lokalt og forberedelser Kartlegging Lokal Infrastr. AIO Bestille Lokal infrastruktur AIO Etablere Prosjektledelse (Mottaksprosjekt) Etablere Teknisk Team Etablere Opplærings- Fag og Endringsteam Etablere endringsressurser Etablere Superbrukere AIO Installasjon, utplassering og oppkobling av utstyr AIO Idriftsette drift og systemforvaltning AIO "Bredning" - opplæring og idriftsetning per klin/avd AIO AKUTT, SP PSYK SP REST																				
Regional drift og systemforvaltning	Første idriftsettelse - PR HF AIO AKUTT, SP PSYK SP REST Full regional drift og forvaltning																				

Mandat:**Innføring av felles, elektronisk medikasjons- og kurveløsning for Helse Nord (EK) - fase 3****Prosjektinformasjon**

Prosjektnavn		Prosjekt-id
Innføring av felles, elektronisk medikasjons- og kurveløsning for Helse Nord (EK)		Prosjektnummer: <ul style="list-style-type: none"> 883 (Fase 3)
Assosiert program, prosjektet relateres til:		Prosjekttype
FIKS – Felles innføring av kliniske systemer		Implementeringsfase (fase 3)
Oppdragsgiver	Prosjekteier	Prosjektleder
(Leder for den avdeling eller enhet som tar beslutning om å etablere prosjektet. Skal godkjenne prosjektforslaget og beslutter hvem som skal være formell Prosjekteier)	(Har det overordnede ansvar for prosjektet på vegne av linjeorganisasjonen. Etablere og leder styringsgruppa. Holder kontakt med prosjektleder.)	
HN RHF v/ Hilde Rolandsen	Hilde Rolandsen	Bjørn Børresen (Helse Nord RHF)

Nøkkelinformasjon

Godkjent budsjett ved Helse Nord RHF			Kommentar
<p>Prosjektet har en ramme på MNOK 283 for gjennomføring av fase 3.</p> <p>Dette er medregnet en kompensasjon til HFene for deres ressursinnsats i det regionale EK-prosjektet.</p> <p><i>Til beslutning i SG-møte for FIKS, 24. mars 2017.</i></p>			Se Vedlegg 1. Budsjett/økonomi.
Oppdatert totalbudsjett og buffer (for endringsordrer) fra og med og til og med prosjektavslutning			
Budsjett (NOK)	Buffer (NOK)	Belastes koststed:	Kommentar
Budsjett fase 3: MNOK 283	-	9280	Se Vedlegg 1.
Beskriv kort bakgrunnen for prosjektet	<p>Helse Nord har anskaffet en regional, elektronisk medikasjons- og kurveløsning (EK), ref. Styresak 125-2014. Kontrakt ble underskrevet med EVRY ASA 16. desember 2014, og gjelder ferdig implementering og vedlikehold av Metavision som gjennomgående kurveløsning i regionen. Anskaffelsesprosjektet ble avsluttet 2.2. 2015. Helse Nord RHF er prosjekteier og eier av kontraktene.</p> <p>Mandatet gjelder for det regionale prosjektet for regional innføring av elektronisk kurve (fase 3). Adm. Dir. i Helse Nord er det regionale prosjektets eier. Det regionale prosjektet skal sikre en implementering av én regional løsning, i tråd med regionale retningslinjer for arbeidsflyt, og utøve en regional ledelse og koordinering av implementeringen. Det regionale prosjektet skal sørge for opprettelse av lokale impl.organisasjoner per HF iht. plan, og forberede, klargjøre og lede den regionale innføringen av elektronisk kurve. Det inkluderer også opplæring av lokale prosjektressurser og teknisk personell, slik at HFene og HNIKT kan opprette sine prosjekter og tjenester for innføring av elektronisk kurve. Prosjektet har en veiledende rolle mot de lokale prosjektene, og har ansvaret for kjøpskontrakten og den merkantile oppfølging av leverandør.</p>		

	Foretaksdirektørene er eiere av implementeringsprosjektene på HFene, og disse har lokale prosjektledere som rapporterer til HF-ledelsen iht. eget mandat og styringsstruktur.
Effektmål: (to-be situation) (Beskriv hvilke effektmål og hva som vil oppnås med å gjennomføre prosjektet)	<p>HN skal innføre en felles EK-løsning for å bedre pasientsikkerheten, og sikre helsearbeidere medisinsk faglig beslutningsstøtte og oversikt over relevant pasient/behandlingsdokumentasjon. EK skal optimalisere behandlingskvalitet, samt sikre høy kvalitet på data relatert til virksomhetsdokumentasjon, undervisning, forskning, utvikling og rapportering.</p> <p>HN har som overordnet mål å innføre Metavision som elektronisk medikasjons- og kurveløsning for prehospitale tjenester, akuttmottak, intensiv, operasjon, anestesi, sengepost, dagbehandling og poliklinikk for alle foretakene i helseregionen. Målet er å kvalitetssikre behandlingen og legemiddelhåndteringen, slik at dataene følger pasienten gjennom hele pasientforløpet.</p> <p>EK-prosjektet skal bidra til å realisere Helse Nord's Kvalitetsstrategi (2011-2014), som har kunnskap, pasientfokus, pasientsikkerhet og dokumentasjon og analyse av klinisk praksis som satsingsområder.</p> <p>EK-prosjektet har effektmål innenfor fire gevinstområder (ref. Gevinstrealiseringsplan, v.2.0).</p> <p>1. Bedre og sikrere legemiddelhåndtering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt pasientsikkerhet med løsning(er) som gir forsvarlig og kvalitetssikret legemiddelhåndtering • Tilgang til pasientens legemiddelliste i hele pasientforløpet • Mer forsvarlig rekvirering, oppbevaring, ordinerings, istandgjøring og administrering av legemidler • Bedre oversikt over interaksjoner, dosering, bivirkninger, utblanding, administrasjonsmåter, etc. • Korrekt og forståelig informasjon om legemidler til pasienten som kan hentes fra relevante kilder (e.g. Helsebiblioteket, FEST, Norsk legemiddelhåndbok) • Sikker dobbeltkontroll og tilknytning direkte til legemiddelet, pasientens kurve, pasienten selv og helsearbeideren som administrerer legemidlet • Entydig informasjon, og bedre dokumentasjon av administrering og evt. avvik <p>2. Bedre prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt kvalitet i behandlingen av pasienter i helhetlige pasientforløp og de arbeidsprosessene som løsningen understøtter • Løsning(er) med god beslutningsstøtte i pasientbehandlingen som er knyttet opp mot nasjonale veiledere for pasientbehandling og prosedyrer • Økt oversikt og tilgjengelighet til relevant pasient- og behandlingsdokumentasjon • Standardiserte og integrerte løsning(er) som støtter

	<p>virksomhetens behov for arbeids- og informasjonsflyt i helhetlige pasientforløp</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automatisert datafangst og bedre kvalitet i registrering av data fra medisinteknisk utstyr (MTU) <p>3. Bedre støtte for forskning, ledelse og utvikling av virksomheten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for felles faglig utvikling og standardisering i regionen som følger nasjonale og internasjonale standarder • Understøtte kunnskapsbasert praksis og klinisk fagrevisjon • Strukturere data til organisasjons-, utviklings- og forskningsformål <p>4. Mer effektiv ressursbruk og pasientbehandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt kvalitet og effektivitet for helsepersonellet i de arbeidsprosessene som løsningen(e) understøtter • Felles løsning(er) som bidrar til kostnadseffektivitet for HN <p>For å oppnå disse effektmålene skal løsningen ha høy stabilitet, skalerbarhet, brukervennlighet, tilgjengelighet og sikkerhet. Løsningen skal også følge Nasjonal IKT sine anbefalinger til arkitektur og elektronisk samhandling ved bruk av tjenester.</p>
<p>Resultatmål / Hovedleveranser: (Beskriv de største leveransene fra prosjektet og hva som ønskes oppnådd før prosjektet er slutt)</p>	<p>Hovedmålet er en ferdig, implementert løsning for alle HF som én felles, regional løsning.</p> <p>Delmål (inkl. felles delmål med de lokale HF-prosjektene):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokale prosjektorganisasjoner er etablert per HF iht. plan • EK som tjeneste er etablert for Helse Nord • Gevinstavtale inngått med hvert HF • Gjennomført opplæring (prosjekt- og opplæringsressurser HFene, teknisk personell vedlikehold/ drift) – felles delmål Regionalt/ HF • Overlevert regionale retningslinjer og gjennomført endring av rutiner/ prosedyrer lokalt – felles delmål Regionalt/ HF • Gjennomført lokal kartlegging, bestilling av utstyr/ oppgraderinger, installasjon og idriftsettelse iht. plan – felles delmål Regionalt/ HF • Gjennomført akseptansetester, idriftsettelse og godkjenning (leveransedag) per HF – felles delmål Regionalt/ HF • Overlevert løsning til drift og forvaltning (prosjekt avsluttet)
<p>Hovedmilepæler:</p>	<p>Milepæler/Leveranser</p>
<p>Fase 3:</p>	<p>Implementeringsfasen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • MP1: 15.8.2018 	<p>Regional prosjektorganisasjon etablert</p>
<ul style="list-style-type: none"> • MP2: 9.1.2018 	<p>EK etablert som tjeneste for HN</p>
<p>UNN HF:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • MP3.1: 5.9.2017 	<p>Mottaksprosjekt UNN etablert</p>
<ul style="list-style-type: none"> • MP3.2: 30.1.2018 	<p>Idriftsettelse AIO-UNN</p>
<ul style="list-style-type: none"> • MP3.3: 13.12.2018 	<p>Idriftsettelse SP-UNN</p>

• MP3.4: 20.8. 2020	Idriftsettelse REST-UNN
• MP3.5: 7.1. 2021	Endelig leveringsdag UNN/ implementering godkjent
NLSH HF:	
• MP4.1: 1.1.2018	Mottaksprosjekt NLSH etablert
• MP4.2: 13.4.2018	Idriftsettelse AIO-NLSH
• MP4.3: 5.10.2018	Idriftsettelse SP-NLSH
• MP4.4: 7.2. 2020	Idriftsettelse REST-NLSH
• MP4.5: 29.5.2020	Endelig leveringsdag NLSH/ implementering godkjent
FIN HF:	
• MP5.1: 26.11.2018	Mottaksprosjekt FIN etablert
• MP5.2: 14.1.2019	Idriftsettelse AIO-FIN
• MP5.3: 24.1.2020	Idriftsettelse SP-FIN
• MP5.4: 27.1.2021	Idriftsettelse REST-FIN
• MP5.5: 21.4.2021	Endelig leveringsdag FIN/ implementering godkjent
HSYK HF:	
• MP6.1: 9.4.2019	Mottaksprosjekt HSYK etablert
• MP6.2: 17.5.2019	Idriftsettelse AIO-HSYK
• MP6.3: 7.2.2020	Idriftsettelse SP-HSYK
• MP6.4: 20.8.2020	Idriftsettelse REST-HSYK
• MP6.5: 20.11.2020	Endelig leveringsdag HSYK/ implementering godkjent
RHF:	
• MP7: 21.4.2021	Endelig leveringsdag FIN/ implementering godkjent
• MP8: 30.6.2021	Prosjekt avsluttet - overlevert regional forvaltning
Vedlegg	Vedlegg 1. Budsjett/ økonomi.
Forutsetninger / begrensninger (Antakelser og forutsetninger mot linjeorganisasjon eller andre prosjekter. Lag også en liste på leveranser som ikke er inkludert i dette prosjektet, dette for å unngå misforståelser.)	<p>Planer, organisering og budsjett/ intern ressursbruk forutsetter at EK er lagt under et program, med støtte-funksjoner som juridisk/ avtalemessig bistand, økonomi og kommunikasjon.</p> <p>EK-prosjektet forutsetter program-støtte og et prosjekt for Pasientforløp som ivaretar problemstillinger på tvers, knyttet til hvordan de kliniske systemene skal samspille for å understøtte helhetlige pasientforløp.</p> <p>EK forutsetter oppgraderinger/ innkjøp av nødvendig utstyr/ lokal infrastruktur etter behov på HFene (ref. indirekte følgekostnader, se Vedlegg 1).</p> <p>EK forutsetter trådløst nettverk og bruk av trådløse enheter fra 2019, da akuttmottak og sengeposter skal ta i bruk løsningen.</p> <p>Det er ikke forutsatt, men ønskelig fra prosjektet å benytte nytt, regionalt kjøremiljø ved regionalt datasenter. Det krever en egen beslutning, der risiko knyttet til avhengighetene som oppstår er vurdert og akseptert.</p> <p>Løsningen forutsetter drift og overvåkning fra Helse Nord IKT fra første idriftsettelse (februar 2018), noe delprosjektet «Etablering av EK som tjeneste i Helse Nord» skal sikre.</p>
Dato for oppstart	Dato for oppstart av gjennomføringsfasen

1.8 2017	Oppstart av regionalt prosjekt EK.
Hvilke interessenter vil få en klar fordel av at prosjektet gjennomføres?	På hvilken måte kan prosjektet bli fordelaktig for disse?
Helse Nord RHF	Realisering av Helse Nords Kvalitetsstrategi og IT-strategiske mål knyttet til effektiv bruk av IKT i regionen.
HFene i Helse Nord	Det vises til effektmålene for prosjektet over, og gevinstrealiseringsplan for prosjektet. Gevinster og effektmålene handler om økt kvalitet i pasientbehandlingen og pasientsikkerhet, og at EK skal gi god understøttelse av helhetlige pasientforløp.
Helse Sør-Øst	Helse Sør-Øst, spesielt OUS HF og SØ HF, er svært interessert i Helse Nords innføring av EK. Det gjelder både videreutvikling av Metavision som produkt, og hvordan Helse Nord kan bidra til bedre integrasjoner og gode løsninger for understøttelse av pasientforløpene.
HN-IKT	HNIKT er avhengig av godt samarbeid og kvalitet i leveransene fra prosjektet for å kunne drifte, overvåke og levere gode tjenester for videre drift og teknisk forvaltning. EK bestiller tjenester og påvirker en rekke andre prosjekter i HNIKT.
Pasienter	Effektmålene for EK handler om økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet i behandlingen.
Sentrale helsemyndigheter	Effektmålene er med på å realisere nasjonale målsetninger knyttet til bedre samhandling, økt pasientsikkerhet, kvalitet i behandlingen og effektivitet.
Hvilke interessenter vil se på prosjektet som ufordelaktig hvis det gjennomføres?	På hvilken måte kan prosjektet bli ufordelaktig for disse? (kort beskrivelse).
EVRY	EVRY har inngått en kontrakt som følger implementeringstakten. Det gjør at selskapet er lite interessert i forsinkelser i innføringen av EK.
DIPS	DIPS ønsker å bidra til gode totalløsninger, men er i utgangspunktet en konkurrent. De kan oppleve at innføring av Metavision konkurrerer med deres innføring av DIPS Arena, både ressursmessig og produktmessig.
Skal hele eller deler av prosjektets investerings eller driftskostnader faktureres fra prosjektet til andre enheter? (ja/nei) Hvis "ja": -Til hvem? -Hvordan avgjøres det hvor mye som skal faktureres? - Når skal dette faktureres?	Prosjektet opprettes under et nytt program for innføring av kliniske systemer, som er kostnadssted.

Risikofaktorer på tid, kostnader, kvalitet frem til prosjektavslutning (fase 3)

Nr	Risikobeskrivelse	Konsekvens	Tiltak	Sannsynlighet	Periode
1	Kvalitet i leveranse fra HFene. Avhengig av lokal prosjektledelse, deltakelse og tilgang på tilstrekkelige og	Høy. Krever god prosjektledelse lokalt, og forståelse for omstilling/ endringsarbeid.	Klare ressursavtaler og ansvarsfordeling mellom regionalt og lokalt prosjekt. Kompetansekrav til de lokale HFene.	Middels	Impl.-perioden per HF

	kompetente ressurser i rollene i det lokale prosjektet.				
2	Kvalitet i leveranse fra HN-IKT – regional infrastruktur/ miljøer	Høy Prosjektet er avhengig av etablering av QA- og prodmiljø iht. prosjektets behov (krav og tid). Avhengig av høy grad av kvalitet i leveransene, til riktig tid, og dermed prioritering internt i HN-IKT.	HN-IKT representert i styringsgruppe, og klare bestillinger, gjerne i form av signerte avtaler.	Middels/ høy	Hele perioden.
3	Kvalitet i leveranse fra HN-IKT – integrasjons-løsninger/ avhengigheter til teknisk forvaltning av DIPS/ andre systemer	Høy Prosjektet er avhengig av etablerte og nye integrasjoner, som må etableres på integrasjonsplattformen . Integrasjonene avhenger av DIPS/ andre systemer, og er kritiske for EK i drift.	HN-IKT representert i styringsgruppe, og klare bestillinger, gjerne i form av signerte avtaler.	Middels	Hele perioden.
4	Kvalitet i leveranse fra EVRY/ iMDsoft. - Løsning - Prosjektgjennomføring - Tekniske leveranser - Opplæring/ kurs	Høy. Erfaringen fra HSØ og forprosjektet er variabel kvalitet i alle leveranser, og at EVRY sliter med iMDsoft som underleverandør.	Tydelig kontraktsoppfølging og ansvarliggjøring av leverandør i fasen.	Middels	Hele perioden.
5	Avhengigheter til funksjonell forvaltning av andre systemer	Middels EK medfører endringer i DIPS EPJ og LAB, samt i arbeidsflyt for DIPS. EK er også avhengig av kvalitet i dataene fra DIPS, som er informasjon som gjenbrukes og vises i kurven.	Avtaler med funksjonell forvaltning om bistand og leveranser, planlagt i god tid.	Middels	Hele perioden.
6	Avhengig av regionale rådgivningsorgan (fagforum og fagråd)	Middels. Klinisk IKT Fagråd er faglig styringsgruppe. Prosjektet er avhengig av at behov utenfor EK-prosjektet faktisk følges opp. Det er risiko for manglende standardisering i forkant, og at beslutninger ikke videreføres til HFene.	Tydelige saker fra prosjektet, der forventet oppfølging referatføres.	Middels	Hele perioden.

7	Kompetanse og kvalitet i det regionale EK-prosjektet	Høy EK skal levere en regional løsning, og manglende kompetanse eller riktige ressurser kan medføre sviktende kvalitet, oppfølging av HFene eller framdrift.	Ressursavtaler, rollebeskrivelser og klare ansvarsforhold og kompetansekrav.	Middels	Hele perioden.
8	Manglende lederforankring lokalt og regionalt	Middels EK er et strategisk, kritisk prosjekt som krever leder-forankring og støtte.	Regionale og lokale styringsgrupper, samt faglig referansegruppe.	Lav	Hele perioden.
9	Uavklart arkitektur i en kompleks systemportefølje	Middels Risiko for dobbeltarbeid, dublisering og tap av kritisk, klinisk informasjon. Det er overlappende funksjonalitet i MV og DIPS, og det er uklart hva som utvikles i DIPS Arena. Risiko for at klinikerer ikke får en helhetlig prosess- og beslutningsstøtte, og i siste instans være en trussel for pasientsikkerheten.	Prosjekt Pasientforløp.	Middels	
10	Uforutsette risiki	Høy EK-prosjektet er svært komplekst med mange avhengigheter, og innebærer betydelig omstilling/ endringsarbeid ved HFene.	Gevinstavtaler og tydelig ansvarsavklaring mellom regionalt prosjekt og HFene.	Middels/høy	Hele perioden.

Oversikt over tilgjengelige ressurser frem til prosjektavslutning

Rolle/Ansvar:	Navn	Enhet	Periode (ukenummer)	Deltakelse(%) Ressurser som bidrar mer enn 10%
Prosjektleder	Bjørn Børresen	HN RHF	1.7.2017-	100 %

Prosjektleder starter implementeringsfasen etter at mandat, plan og budsjett/ ressurser er godkjent, og vil rekruttere bemanning til rollene i prosjektorganisasjonen ved tilslutning.

Styringsgruppe

Styringsgruppen for prosjektet er Styringsgruppen for nytt klinisk program etter FIKS. Programleder rapporterer til styringsgruppen.

I tillegg har leverandøren en intern styringsgruppe, som sammen med Helse Nord's styringsgruppe utgjør Felles styringsgruppe. Felles styringsgruppe skal fatte beslutninger som krever enighet mellom kunde og leverandør, for eksempel evt. endringer til avtalen. I Felles styringsgruppe med leverandør, foreslås følgende representasjon fra Helse Nord:

- Geir Tollåli, fagdirektør, Helse Nord RHF (Felles styringsgruppe-leder)
- Randi Brendberg, Helse Nord RHF
- Programleder, nytt klinisk program, Helse Nord RHF
- Oddbjørn Schei, adm.dir, Helse Nord IKT

Det vil opprettes lokale styringsgrupper for de lokale implementeringsprosjektene. Adm.dir ved HFet er prosjekteier ved HFet.

Faglig styringsgruppe EK

- Klinisk IKT Fagråd, unntatt representantene fra Fagforumene til andre systemer (LAB, EPJ, Radiologi), utgjør Faglig styringsgruppe.

For å sikre at tilpasninger og konfigurasjon skjer så effektivt som mulig i fase 2, og med forankring i de ulike fagmiljøene, foreslår Leverandøren at det etableres en faglig styringsgruppe. Den faglige styringsgruppen skal ta beslutninger om funksjonalitet, arbeidsflyt og integrasjoner.

Fagdirektørene er øverste faglige representant for hvert HF, og er representert i Klinisk IKT Fagråd. Det anbefales at Faglig styringsgruppe består av disse representantene i Klinisk IKT Fagråd. Representantene fra Fagforumene til andre systemer (LAB, EPJ, Radiologi) kan delta, men beslutninger skal kunne fattes kun med deltakelse fra fagdirektørene.

Referansegrupper

Utvidet kliniker-gruppe fra forprosjektet videreføres som referansegruppe for prosjektet. Gruppen kan endres til EK Fagforum etter overlevering til forvaltning.

Prosjektet benytter andre fagforum og fagråd som høringsinstanser etter behov.

Rapporteringer fra Prosjektleder

Rapportering fra prosjektleder går til Hilde Rolandsen, Eierdirektør, Helse Nord RHF og Bengt Nilfsors, programleder FIKS.

Fullmakter

- Lede prosjektet innenfor vedtatte rammer og plikt til å melde avvik.

Annen viktig tilleggsinformasjon

Ingen.

Vedlegg til prosjektavtalen (mandatet)

Nøkkelleveranser	Besluttet levert (Dato)	Levert (ja/nei)	Hvis nei: Forklar årsaken til at dokumentet ikke er levert på dato
Vedlegg 1. Prosjektbudsjett.	15.3.2017	Ja	
Vedlegg 2. Prosjektplan.	15.3.2017	Ja	
Vedlegg 3. Gevinstrealiseringsplan (rev.)	15.3.2017	Ja	

Signaturer (Navn og dato)

<p>Oppdragsgiver Godkjenner det strategiske grunnlaget og avgrensinger beskrevet over. Aksept på etablering og godkjent planleggingsfase</p>	<p>Hilde Rolandsen Eierdirektør, Helse Nord RHF.</p>
<p>Prosjektleder Tar ansvar for prosjektet i henhold til prosjektgrunnlag og avgrensninger beskrevet over.</p>	<p>Bjørn Børresen Prosjektleder, Helse Nord RHF.</p>