

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>1 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

## Prosjektdirektiv

# Regional innføring av e-resept og kjernejournal Gjennomføringsfasen

Prosjektdirektivet for e-resept ble godkjent i Programstyret januar 2014, men er nå revidert mht. å inkludere PKI og Kjernejournal i samme direktiv, da alle disse leveransene er samordnet i ett prosjekt.

### GODKJENNINGER:

Navn	Rolle	Dokument versjon	Dato
	Programstyret, RKD	v1.0	Januar 2014
	Programstyret RKL	v2.0	

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>2 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>INNHALDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>2</b>
<b>1 PROSJEKTETS NAVN.....</b>	<b>4</b>
<b>2 PROSJEKTEIER.....</b>	<b>4</b>
<b>3 BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET .....</b>	<b>4</b>
3.1 BAKGRUNN OG LØSNING .....	4
<b>4 AVGRENSNINGER OG AVHENGIGHETER .....</b>	<b>8</b>
4.1 ETABLERING AV LIB.....	11
<b>5 INTERESSETER .....</b>	<b>11</b>
5.1 INTERNE INTERESSETER .....	11
5.2 EKSTERNE INTERESSETER .....	12
<b>6 KRITISKE SUKSESSFAKTORER .....</b>	<b>13</b>
<b>7 PROSJEKTORGANISERING OG STYRING .....</b>	<b>14</b>
7.1 PLASSERING AV PROSJEKTET.....	14
7.2 DET REGIONALE PROSJEKTETS INTERNE ORGANISERING.....	14
7.3 LOKAL LEDERGRUPPE.....	17
7.4 ROLLER.....	17
<b>8 RESULTATMÅL OG EFFEKT MÅL.....</b>	<b>18</b>
8.1 RESULTATMÅL.....	18
8.2 EFFEKT MÅL.....	19
<b>9 HOVEDMILEPÆLER (OVERORDNET).....</b>	<b>22</b>
9.1 REKKEFØLGE PÅ MOTTAKSPROSJEKTENE .....	22
<b>10 BUDSJETT (OVERORDNET) .....</b>	<b>25</b>
<b>11 RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE .....</b>	<b>25</b>
<b>12 KVALITETSSIKRING .....</b>	<b>25</b>
12.1 LØSNINGEN.....	25
12.2 GJENNOMFØRINGEN.....	26
<b>13 ENDRINGSHÅNDTERING .....</b>	<b>26</b>
<b>14 PROSJEKTAVSLUTNING .....</b>	<b>26</b>
14.1 VEDLEGG.....	28
14.2 ANNEN TILGJENGELIG DOKUMENTASJON .....	28

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>3 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

## ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av
0.1	17.4.13		Opprettet dokument	Thomas Smedsrud	
0.5	7.8.13		Oppdatert med utestående kap.	Thomas Smedsrud	
0.9	15.11.13		Endelig utkast oversendt programstyret for behandling 27.11.2013	Thomas Smedsrud	
0.91	21.1.14	Kap. 4	Mindre justeringer og tillegg i tabell som viser avhengigheter til andre prosjekt/program	Øyvind Tobiassen	
0.91	21.1.14	Kap. 7	Endring i organisasjonskart mht. samorganisering	Øyvind Tobiassen	
0.91	21.1.14	Kap. 9	Justering av tidspunkt for B4 –B6 beslutning, samt justering av tidsplanene basert på gjennomgang av Sykehuspartners foreløpig plan for DIPS oppgraderingen og innspill fra forankring av plan hos helseforetakene	Øyvind Tobiassen	
0.92	24.3.14	Kap. 4	Samorganisering av mottaksprosjekter for e-resept og PKI	Marianne Bille	
0.92	24.3.14	Kap 9.1	Anonymisert rekkefølge av øvrige mottaksprosjekt, basert på beslutning i RKL programstyre	Marianne Bille	
1.50	21.01.15		Arbeidsversjon. Ikke ferdigstilt eller godkjent.	Øyvind Tobiassen	
1.60	15.04.15		Dokumentet er revidert med å innarbeide Kjernejournal	Øyvind Tobiassen	
1.90	21.04.15		Dokumentet er klargjort for behandling i programstyret	Benedicte Børge-Ask	

## REFERANSER TIL STYRENDE DOKUMENTER

Nr.	Dokumentnavn	Dato
1	Brev til HOD av 17-12-2012: Plan for innføring av e-resept i Helse Sør-Øst	17.12.12
2	Prosjektmandat Regional innføring av e-resept	23.1.13

## Regional innføring av e-resept og kjernejournal

Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen

Referanse PPM-  
verktøy: PRJ01808

Referanse til regnskap:  
SP Prosjektnr: 58252,58338  
og 58871

### 1 PROSJEKTETS NAVN

Prosjektets navn er Regional innføring av e-resept og Kjernejournal<sup>1</sup>.

### 2 PROSJEKTEIER

Leder av programstyret for regional klinisk løsning (RKL).

### 3 BAKGRUNN FOR, HENSIKT MED OG KORT BESKRIVELSE AV PROSJEKTET

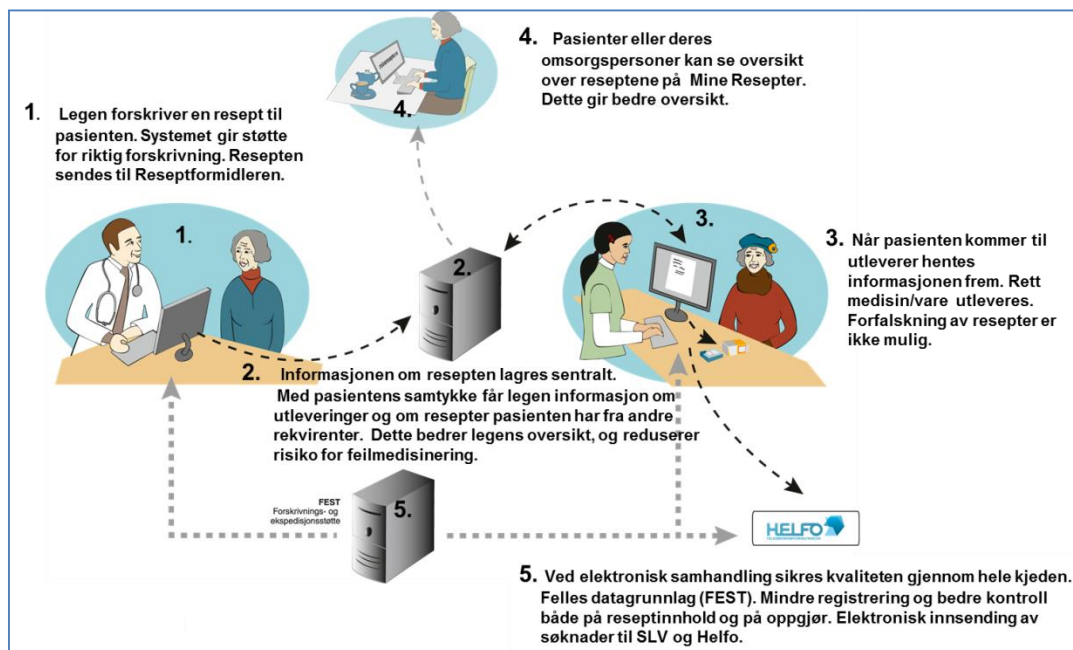
#### 3.1 Bakgrunn og løsning

##### 3.1.1 E-resept

Feilmedisinering resulterer hvert år i skader og dødsfall, og undersøkelser tyder på at omfanget er svært høyt. E-resept er et viktig bidrag til å nå målene om økt pasientsikkerhet gjennom tryggere legemiddelbruk.

E-resept er en løsning for håndtering av elektroniske resepter. Løsningen knytter de ulike aktørene i e-reseptkjeden sammen i et helhetlig forløp, fra forskrivning via utlevering til økonomisk oppgjør.

Figur 3.1.1 viser e-reseptkjeden og samhandlingen mellom de ulike aktører og pasienten som sluttbruker.

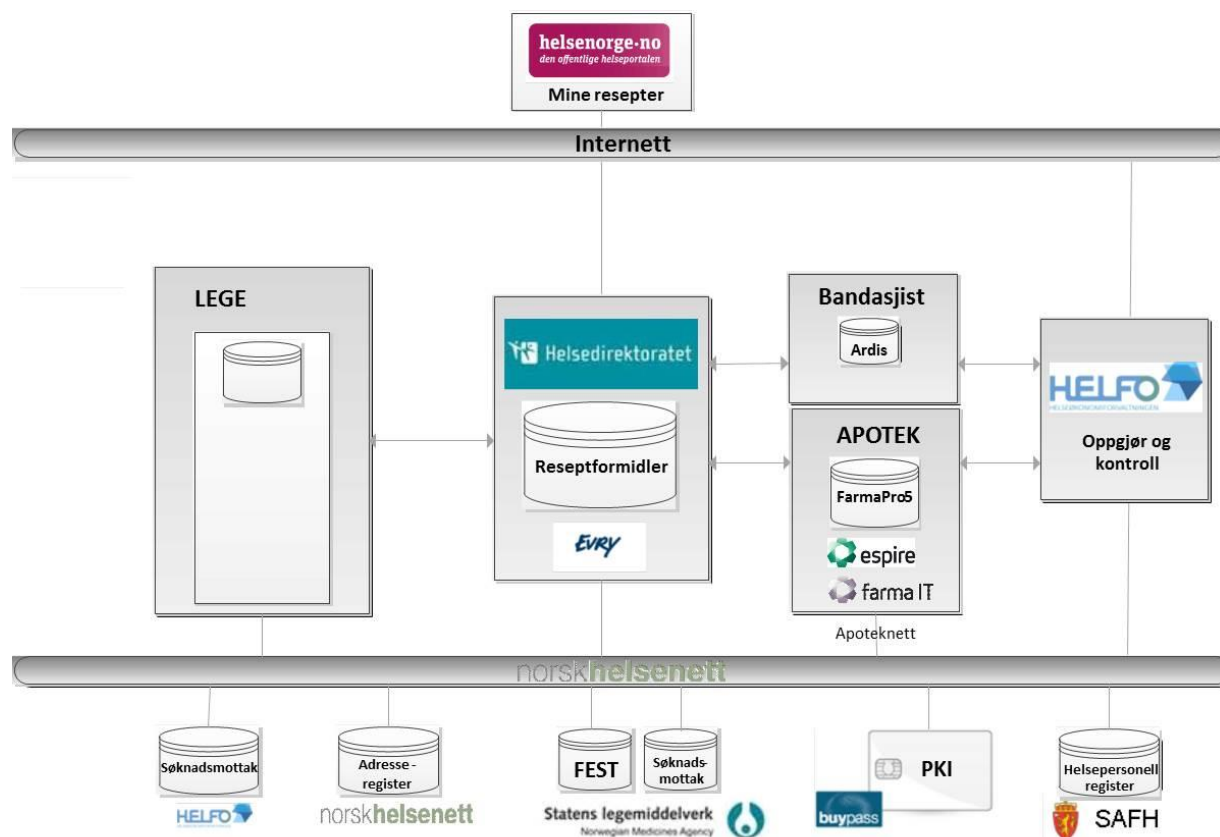


<sup>1</sup> PKI er ikke lengre en del av prosjektnavnet, da PKI er et omfattende begrep og med PKI i prosjektnavnet har det skapt uklarheter knyttet til prosjektets omfang.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>5 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

Løsningen er avhengig av flere aktører og løsningskomponenter som alle må fungere sammen. Ansvar for de ulike komponentene er delt mellom ulike aktører i helsetjenesten og på leverandørsiden.

I figur 3.1.2 er de viktigste aktørene, løsningskomponentene og IT-systemene illustrert.



Helse Sør-Øst har i brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 17-12-2012 lagt frem en forpliktende plan for innføring av e-resept i alle helseforetak i regionen innen utgangen av 2015. Program for regional klinisk løsning (RKL) har ansvar for å gjennomføre innføringen i henhold til bestilling. Dette ansvaret ble overført til det nye programmet, Regional klinisk løsning (RKL) fra 2015.

Løsningen i Helse Sør-Øst baserer seg på DIPS Medication Suite og er fullt integrert i DIPS EPJ. Løsningen er avhengig av godkjenning i HDIR. Videre er løsning for kvalifiserte sertifikater og utstedelse av disse, basert på avtale inngått med Commfides Norge AS.

### 3.1.2 Kjernejournal

Kjernejournal er et nasjonalt initiativ, forankret i St.meld. 9 (2012-2013) En Innbygger – en journal og St.meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Tiltaket framheves som et viktig strategisk tiltak i samhandlingsreformen.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>6 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

Mangel på viktig informasjon om pasienten kan føre til utilsiktede hendelser, skade og dødsfall og unødvendige sykehusinnleggelse. Hensikten med kjernejournal er at helsepersonell skal få rask og sikker tilgang til helseopplysninger på tvers av juridiske enheter slik at de kan gi tryggere helsehjelp. Brukerne av kjernejournal vil derfor i en første fase være fastleger og aktørene i den akuttmedisinske kjeden.

Kjernejournalen inneholder en oversikt over de legemidler pasienten har fått utlevert fra apotek, e-resepter, legemiddelallergier, kritisk informasjon om pasienten, og pasientens kontakter med helsetjenesten.

Den tekniske driften av nasjonal kjernejournal ivaretas av Norsk Helsenett. Pasienten vil få tilgang til opplysningene i kjernejournalen via «Min helse» på Helsenorge.no, og kan selv registrere egne opplysninger.

Helsedirektoratet (Hdir) har gjennomført en evaluering av piloteringen i Trondheims- og Stavangerområdet. Det er kommet overveiende positive tilbakemeldinger på organisering av prosjektet, funksjonalitet og teknisk løsning for kjernejournal, innføring, drift og forvaltning. Per oktober 2014, var hovedutfordringen i pilotene at få innbyggere kjente til kjernejournal og mulighet for å reservere seg. Helsedirektoratet vil gjøre flere tiltak i den videre innføringen for å øke innbygges kjennskap til kjernejournal.

HSØ har mottatt henvendelse fra Helsedirektoratet om forventninger til at RHFet følger opp og legger til rette for pilotering av kjernejournal i ett helseforetak i 2015, og videre utrulling på øvrige HF i 2016-17. Pilotering av kjernejournal er derfor prioritert og det er besluttet at Ahus skal pilotere kjernejournal i 2015.

Løsningen i Helse Sør-Øst baserer seg på DIPS. Løsningen er avhengig av godkjenning i HDIR.

### 3.1.3 PKI

PKI (Public Key Infrastructure) er et rammeverk for utstedelse, administrasjon og bruk av digitale sertifikater over datanettverk. Anvendelsesområder for PKI er kryptering, autentisering og signering av dokumenter eller programvare. Signering har to hovedfunksjoner: Verifisering av dataintegritet og ikke-avviselighet. I det siste ligger at man ikke kan benekte at man har signert.

I PKI rammeverket inngår det 4 ulike sertifikattyper til ulike bruksområder

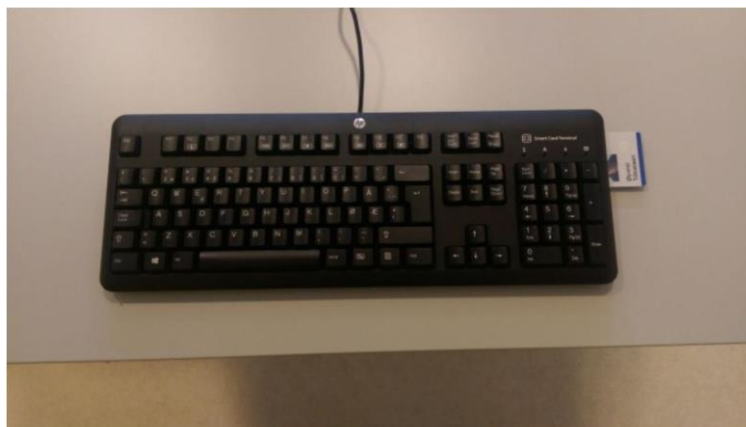
1. Kvalifisert personlig sertifikat kan benyttes til:
  - Signering av resepter, oppgjørsmeldinger, legeerklæring og sykemeldinger
  - Autentisere seg på nasjonal kjernejournal
2. Ikke-kvalifisert personlig sertifikat kan benyttes til:
  - Brukerautentisering på nett
3. Maskinsertifikat kan benyttes til:
  - Autentisering av datamaskin
  - Autentisering av tjeneste på datamaskin
  - Kryptering av kommunikasjon med datamaskin
4. Virksomhetssertifikat kan benyttes til:

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>7 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

- Kryptering av meldinger som f.eks henvisning, rekvisisjon, lab
- Integritet av meldinger

Digital signering av e-resepter ved bruk av kvalifisert personlig sertifikat er en klar forutsetning for innføring av e-resept. Videre krever innlogging/tilgang til kjernejournal også kvalifiserte personlige sertifikater.

Alle helsepersonell må derfor utstyres med et smartkort med personlig sertifikat som må settes i PC/tastatur for å kunne benytte både e-resept og kjernejournal.



PKI er et stort område, og prosjektet er begrenset til kun å innføre PKI omfang som kreves for e-resept og Kjernejournal. Dette innebærer at prosjektet innfører følgende PKI leveranser:

- Tjeneste for utstedelse av kvalifiserte personlige sertifikater på smartkort. Denne tjenesten vil bli etablert på hvert foretak og knyttet til Service kontorene. Personell ved service kontorene vil få opplæring og nye oppgave knyttet til denne tjenesten
- Utstedelse av smartkort og sertifikater til helsepersonell som skal ta i bruk e-resept og Kjernejournal. Utstedelse krever personlig fremmøte på Service kontorene
- Nødvendig utstyr som tastatur med smartkortleser

Dette er i tidligere prosjektdirektiv omtalt som PKI fase 1.

AHUS innførte PKI ved innflytning i nytt sykehus i 2008 og lokale sertifikater brukes i dag til blant annet pålogging på IT-systemer. Løsningen er basert på løsning fra Buypass. I og med at det allerede var en PKI løsning med mulighet for utstedelse av kvalifiserte sertifikater, ble Ahus valgt som pilot for e-resept og for kjernejournal.

Prosjektet gjennomførte i 2014 en regional anskaffelse for Helse Sør-Øst. Avtale ble inngått med Commfides Norge AS. Hovedinnholdet er anskaffelse av 8.000 kvalifiserte sertifikater til leger, mellomvare til nødvendige PCer som er i klinisk bruk, og 25 stasjonære og 5 mobile LRA-enheter for lokal utstedelse og vedlikehold. Det er i anskaffelsen stilt krav om at LRA-enheten kan benyttes for kortproduksjon, med tilhørende kortskrivere.

I avtalen er det ytterligere opsjoner for kjøp av flere sertifikater mht. kjernejournal.

VVHF blir første foretak som tar i bruk e-resept med Commfides sertifikater.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>8 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338</b> og <b>58871</b>

#### 4 AVGRENSNINGER OG AVHENGIGHETER

- Prosjektet tar ansvar for standardisert regionale innføringen av e-resept og Kjernejournal i DIPS og de aktivitetene som er nødvendige for å ta i bruk løsningen. Videre vil prosjektet ta ansvar for å standardisere og innføre løsning for utstedelse av kvalifiserte sertifikater, sertifikater til nødvendig helsepersonell samt korttastaurer til legearbeidsplassene, som er en forutsetning for innføring av e-resept og kjernejournal.
- Øvrige deler av PKI-løsning for HSØ med andre typer sertifikater og støtte for andre tjenester som PKI legger til rette for, f.eks. pålogging, follow-me-print, annen dokumentsignering, tilgang på tvers, vpn, nettverks- eller maskinautentisering osv inngår ikke i dette prosjektet.
- Det regionale prosjektet har ikke ansvar for innføringen av kjernejournal hos fastleger og på legevakter i Helse Sør-Øst. Dette ansvaret påligger Helsedirektoratet og kommunene. Det regionale prosjektet vil bistå med å sikre at informasjonsarbeidet som skjer i HF/ RHF er koordinert med de aktivitetene som Helsedirektoratet iverksetter overfor innbyggere, legevakter og fastleger. Hovedansvaret for informasjon til innbyggerne om kjernejournal og opplæring av legevakter og fastleger i bruk av kjernejournal påligger Helsedirektoratet. De HF baserte utbredelsesprosjektene bør koordineres med utbredelse av kjernejournal i kommunene i opptaksområdet.

Aktør	Ansvar/avhengighet
<b>DIPS ASA</b> <b>Nirvaco AS</b>	DIPS ASA utvikler e-resept-modulen i DIPS Medication Suite. DIPS ASA og Nirvaco AS, skal gjennom sine EPJ systemer muliggjøre integrasjon med Kjernejournal. Dette krever minimum Dips versjon 7.3 og Amis versjon 2.46.4. Det anbefales å vente på DIPS v. 7.3.9, da denne versjonen inneholder forbedringer av visningen.
<b>Commfides Norge</b> <b>As</b>	Det er inngått avtale med Commfides om å levere løsning for utstedelse og bruk av kvalifiserte sertifikater samt kvalifiserte sertifikater til alle legene i regionen. Videre er det opsjon i avtalen for kjøp av sertifikater for bruk for Kjernejournal og e-sykemelding.
<b>Sykehuspartner,</b> <b>prosjektledelse og</b> <b>bemannning</b>	Det regionale leveranseprosjektet er avhengig av ressurser fra Sykehuspartner for å kunne bemanne prosjektet, enten interne eller eksterne. Manglende bemanning av prosjektet vil kunne forsinke prosjektet.
<b>Regional innføring</b> <b>av løsning for</b> <b>utstedelse og bruk</b>	Det er et myndighetspålagt krav at alle e-resepter skal være signert med personlige kvalifiserte sertifikater (PKI på nivå 4, f.eks. smartkort med pin). Det innebærer at alle foretak må innføre dette i sammenheng med innføring av e-resept. Dette innebærer både sertifikatutstedertjenesten, som legges hos HFenes service kontorer, og bruk av sertifikater inkludert distribusjon av kortlesertastaurer til legearbeidsplassene.



	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>9 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338</b> og <b>58871</b>

<b>Infrastruktur-moderniseringsprogrammet, spesielt omleggingsprosjektene og IDM/IAM</b>	Utrulling av nye kortlesere, må i den grad det er mulig forsøkes samordnet med klientomleggingen og PC utrulling i IMP. Videre må det ivaretas kommunikasjon mellom arbeid i dette prosjektet og IMP. Prosjektet må samarbeide med IMP om etablering av PKI som en regional tjeneste
<b>Sykehuspartner – Kliniske fellesapplikasjoner</b>	e-resept krever DIPS EPJ v 7.1.5 eller høyere versjon, samt DIPS Medication suite V1.3 for bredding i HSØ. Rekkefølgeplanen for innføring av e-resept tar hensyn til oppgraderingsplanen for DIPS EPJ (DIPS 7.3.9 innføringen), samt overgang til "Ny medikasjon" i DIPS som også er en forutsetning for innføring av e-resept. For VVHF må DIPS 7.3.9 og e-resept prosjektet samkjøres, med en felles leveranse
<b>Integrasjonsfabrikken i SP</b>	e-resept- og kjernejournalløsningen forutsetter kommunikasjon via den regionale integrasjonsplattformen. En eventuell forsinkelse i dette arbeidet vil kunne forsinke leveransen fra prosjektet.
<b>Det enkelte helseforetak</b>	Se kapittel 7.2
<b>Regional kurve og medikasjon</b>	Etablering av en regional gjennomgående kurve inngår i RKL sitt mandat, og prosjekt for dette planlegges etablert i q3 2015. Dette prosjektet har ansvar for at det etableres en helhetlig medikasjonssløyfe og denne er integrert med alle kliniske systemer, kurveløsning og relevante nasjonale databaser (reseptformidleren, kjernejournal, etc.).  Det er flere kontaktpunkter mellom et slikt prosjekt og e-resept. For det første vil reseptformidleren være en kilde til informasjon ved innkost når Legemidler i bruk (LiB) skal oppdateres. Deretter vil e-resept brukes ved utskriving der hvor det har vært endring i medikasjonen eller pasienten trenger nye resepter på legemidler som allerede er i bruk.  Prosjektet foreslår at funksjonen LiB tas i bruk samtidig med e-resept. I samarbeid med regionalt kurveprosjekt må det lages klare retningslinjer for hvordan dette skal gjøres slik at rutinene vil fungere når kurveløsning og elektronisk forordning på sengeposter og AIO-poster skal breddes.
<b>Eksterne aktører – Kjernejournal; Helsedirektoratet (HDIR), og kommunesektoren</b>	Det regionale prosjektet har ikke ansvar for innføringen av kjernejournal hos innbygger, fastleger og på legevakter. Dette ansvaret påligger Helsedirektoratet.  Det er Helsedirektoratet som er «prosjekteier» for innføringen av kjernejournal. Det regionale prosjektet har ansvar for gjennomføring av innføringen i HSØ.  Innføring av kjernejournal på HF nivå bør koordineres med omkringliggende kommuner. Man har gode erfaringer med dette

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>10 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

	fra arbeidet med innføring av PLO meldinger, og liknende samhandlingsfora med kommunene bør tilstrebes.
<b>Eksterne aktører – e-resept; Helsedirektoratet (HDIR), HELFO, SLV osv.</b>	<p><u>E-resept:</u>  For at e-resept skal fungere med kvalifiserte sertifikater fra Commfides, er man avhengig av at alle aktørene i e-reseptkjeden har fungerende systemer for behandling av meldingene i e-resept signert med Commfides sertifikater.</p> <p>HDIR har gjennomført test av e-resept med Commfides sertifikater, og har bekreftet at e-resept kjeden er kompatibel med Commfides kvalifiserte sertifikater.</p> <p>For å sette DIPS e-resept løsning i produksjon i e-reseptkjeden er det krav om godkjenning hos HDIR. For hver hovedrelease av DIPS medikasjon, skal endringene testes og godkjennes av HDIR.</p> <p><u>Kjernejournal:</u>  Helsedirektoratet utvikler og innfører kjernejournal, Norsk helsenett drifter kjernejournal. Meldinger sendes til og fra Reseptformidler, folkeregisteret, helsepersonellregisteret, norsk pasientregister, fastlegeregisteret og helsenorge.no.  For at kjernejournal skal fungere, er man avhengig av at alle de ulike aktørene i kjernejournalløsningen har fungerende systemer for behandling av meldingene.  Videre er det en forutsetning at den nasjonale kjernejournalløsningen støtter Commfides kvalifiserte sertifikater. Det er blitt bekreftet fra HDIR at Kjernejournal vil støtte Commfides sertifikater i releasen som er tilgjengelig i løpet av november 2015.</p>
<b>Nasjonal Sikkerhetsinfrastruktur, NSI-prosjektet</b>	<p>Helsedirektoratet i samarbeid med Norsk Helsenett SF har påbegynt en konsekvensutredning for å samordne PKI (Public Key Infrastructure) løsningene i sektoren. Med samordning menes sentral styring og sentralt gitte krav til PKI-løsningene. Det vil kreve samordnet etablering av PKI-løsninger som sertifikatutstedelse(r) (CA-rollen), felles identitetsforvaltning for personell og felles sentral styring. En samordnet innføring av PKI-løsninger i sektoren betyr at en må finne en samordnet leveransemodell for løsningene.</p> <p>Prosjektet i samarbeid med HSØ Teknologistyring er med i dette nettverket, og har deltatt i kartleggingen.</p> <p>Dersom det etableres nasjonale løsninger for sertifikatutstedelse vil dette ha konsekvenser for HSØ sin løsning på sikt.</p>

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>11 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

<b>Regional Standardisering</b>	Prosjektet er ansvarlig for å innføre en regional standard for e-resept, kjernejournal og løsning for utstedelse og bruk av kvalifiserte sertifikater. Dette innebærer, dokumentasjon, oppsett og forvaltningsrutiner med mer.
---------------------------------	--

#### 4.1 Etablering av Legemidler i Bruk (LiB)

Det er naturlig når den nye medikasjonsmodulen med e-resept tas i bruk i alle foretakene, at man samtidig begynner å bruke funksjonen LiB. Dette innebærer imidlertid en relativt stor endring i legenes rutine ved innkomst og poliklinisk behandling som krever ressurser. Derfor er det viktig at gevinsten ved denne omleggingen er større enn kostnadene ved å gjøre det.

Den største gevinsten ved å etablere LiB ved innføring av e-resept kommer av mulighetene ved å kunne gjøre oppslag i reseptformidleren. Oppslaget gir aktive resepter og 4 ukers historikk etter sletting fra reseptformidleren. Dette gir et begrenset overblikk, og det er derfor svært viktig at de andre komponentene i informasjonsinnhentingen gjennomføres som vanlig for å få et best mulig totalbilde. For pasienter som mottar kommunale tjenester, skal innleggelsesrapport (PLO melding) som sendes første virkedag etter at pasient er innlagt inneholde ajourført LIB.

Fordelen når LiB først er etablert i en strukturert form, er at denne kan brukes til å eksportere til:

- Innkomstjournal
- Journalnotater
- Epikriser
- PLO-meldinger
- Henvvisninger
- Løsning for intern medikasjon

Ikke alle disse løsningene er på plass nå, men vil kunne tas i bruk etter hvert. Andre åpenbare fordeler med å ha dette på et strukturert FEST-format, vil være redusert fare for feil ved overleveringer mellom ulike dokumenter og informasjonsbærere (se kapittel 8).

Etablering av LIB må skje i nært samarbeid med regionalt kurveprosjekt.

## 5 INTERESSENER

Prosjektet e-resept og Kjernejournal har en rekke interessenter som direkte eller indirekte blir påvirket av innføringen og som selv har en påvirkning på prosjektgjennomføringen. Kommunikasjonsplanen beskriver hvordan de ulike interessenter skal informeres.

### 5.1 Interne interessenter

Nedenfor gis en oversikt over de mest sentrale interessentgruppene til prosjektet på et overordnet nivå. I gjennomføringsfasen vil prosjektet oppdatere sin detaljerte interessentanalyse løpende.

Følgende interne interessenter, som i ulik grad og ulikt format vil bli direkte berørt av prosjektet, er identifisert:

- Helsepersonell som skal ta i bruk e-resept og kjernejournal

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>12 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

- De lokale ibruktagelese prosjektene
- Sykehuspartner
- IKT-ledere, fagdirektører og IKT-avdelingene i foretakene
- Ledere i det enkelte helseforetak
- Hovedtillitsvalgte og hovedverneombud i foretakene
- Omliggende prosjekter og programmer
- Lokale pasientsikkerhetsprosjekter med interesser i LiB
- Ledere i det regionale helseforetaket
- Sikkerhetsansvarlig
- Servicekontorene på HF

## 5.2 Eksterne interessenter

Følgende omgivelser vil også være berørt av prosjektet som eksterne interessenter, hvor ulike kommunikasjons- og forankringstiltak fortløpende vurderes og gjennomføres:

- Pasienter og pårørende
- Legekantor og legevakt
- Apotekene
- Helsedirektoratet
- HELFO
- Leverandører (EPJ, reseptformidleren, PKI-løsninger etc.)
- Norsk helsenett
- Statens legemiddelverk (SLV)
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH)
- Primærhelsetjenesten
- HOD
- Rapporteringsinstanser (SSB, KITH)
- Politikere
- Media

Hovedprosjektet vil utarbeide en overordnet kommunikasjonsplan der interessentene og deres rolle beskrives nærmere. Formålet med kommunikasjonsplanen er å legge et grunnlag for målrettet og strukturert kommunikasjon med alle parter som berøres av regional innføring av e-resept.

Kommunikasjonsarbeidet vil være knyttet til målsettinger, milepæler og aktiviteter i prosjektet, og til målene i kommunikasjonsstrategien for HSØ.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>13 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

## 6 KRITISKE SUKSESSFÅKTORER

De kritiske suksessfaktorene i prosjektet kan plasseres langs to akser - i interne og eksterne og i tekniske og funksjonelle. Følgende suksessfaktorer ansees som kritiske:

	Tekniske	Funksjonelle
<b>Interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Løsningen fra Commfides leveres i tide, og at det ikke oppstår større utfordringer under produksjonssetting</li> <li>DIPS-oppgradering til 7.3 i HSØ følger tidsplan</li> <li>Overgang til nye medikasjon i DIPS gjennomføres på SivHF og SIHF inne prosjektoppstart for e-resept</li> <li>Tilgang til nødvendige testmiljø</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ledelsen i de enkelte foretak bemanner og prioriterer prosjektet</li> <li>Helsepersonell ser e-resept og kjernejournal som enkelt og hensiktsmessig, og tar løsningen i bruk</li> <li>Tilgang til nødvendig ressurs og kompetanse og at bemanningen fra Sykehuspartner har kontinuitet fra HF til HF</li> </ul>
<b>Eksterne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DIPS leverer ønsket og godkjent funksjonalitet i tide</li> <li>Reseptformidleren og resten av e-reseptkjeden, samt kjernejournal fungerer feilfritt med DIPS og Commfides sertifikater.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasienter/innbyggere er tilfredse og ønsker å ta i bruk e-resept og kjernejournal</li> <li>Apotekene er forberedt på noe økt kontakt med sykehusene i en overgangsfase</li> <li>HELFO er forberedt på overgangen til e-resept med tilhørende oppgjør og søknader</li> </ul>

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>14 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338</b> og <b>58871</b>

## 7 PROSJEKTORGANISERING OG STYRING

### 7.1 Plassering av prosjektet

Prosjektet inngår i programmet for Regional klinisk løsning (RKL) og vil forholde seg til de prosesser og styringsmekanismer som inngår i programmet.

Ibruktageprosjektet på AHUS er definert som pilot og finansieres delvis av det regionale prosjektet. Dette vil også påvirke styringslinjene til prosjektet.

Viktigste roller	Ansvar	Navn	Kommer fra
<b>Prosjekteier</b>	Øverste ansvarlig for prosjektet	Leder av programstyret RKL	HSØ
<b>Programleder</b>	Mottar rapportering fra prosjektet og gir retningslinjer for utarbeidelse av regionale føringer	Benedicte Børge-Ask	HSØ

### 7.2 Det regionale prosjektets interne organisering

#### 7.2.1 Bakgrunn og føringer

Basert på erfaringer fra gjennomføring av regionale prosjekter, har Digital fornying kommet med reviderte retningslinjer for gjennomføringsstrategi for regionale prosjekter.

Utdrag fra saksfremlegg - Sak 44/14 Revidert gjennomføringsstrategi for Digital fornying - Sak til Fornyingsstyre 16.12.14

*"Digital fornying har frem til nå hovedsakelig vært organisert med adskilte leveranseprosjekter i de strategiske programmene og mottaksprosjekter hos helseforetakene. Erfaringene så langt tilsier at gjennomføringen bedres signifikant når leveranse- og mottaksaktiviteter samorganiseres under felles ledelse. Således vil Digital fornying i det videre ta større ansvar for gjennomføringen av både leveranse- og mottaksdelene. Samtidig vil dette ikke gi mindre krav til helseforetakenes involvering, men kun at helseforetakenes ressurser virker gjennom Digital fornying"*

Og videre i vedlegg til saken - Revidert gjennomføringsstrategi for Digital fornying - utdrag :

*"Erfaring så langt i Digital fornying og andre tilsvarende program i hele regionen peker på at prosjektgjennomføringen er mer vellykket i de tilfeller der leveranseprosjektet og mottaksprosjektet er organisert under en felles ledelse. I gjennomføringen av program regional klinisk løsning vil det som hovedregel legges til grunn at både leveranse- og mottaksaktiviteter er organisert som en del av programmet. Helseforetakenes deltakere vil gå inn i programmet og ivareta sine innføringsaktiviteter i dennes styringslinje. Ettersom det vil være helseforetaket som er endelig ansvarlig for beslutning om innføring og organisasjons- og prosessendringer som følge av innføringen må det på helseforetakets side utpekes en ansvarlig leder som fasilitere nødvendig beslutningsprosess i helseforetaket. Endelig struktur for samarbeid mellom program*

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>15 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338</b> og <b>58871</b>

*og helseforetak vil bli utarbeidet av prosjektene, basert på prosjektenes kompleksitet og innvirkning på den lokale organisasjonen. ”*

## 7.2.2 Prosjektorganisering

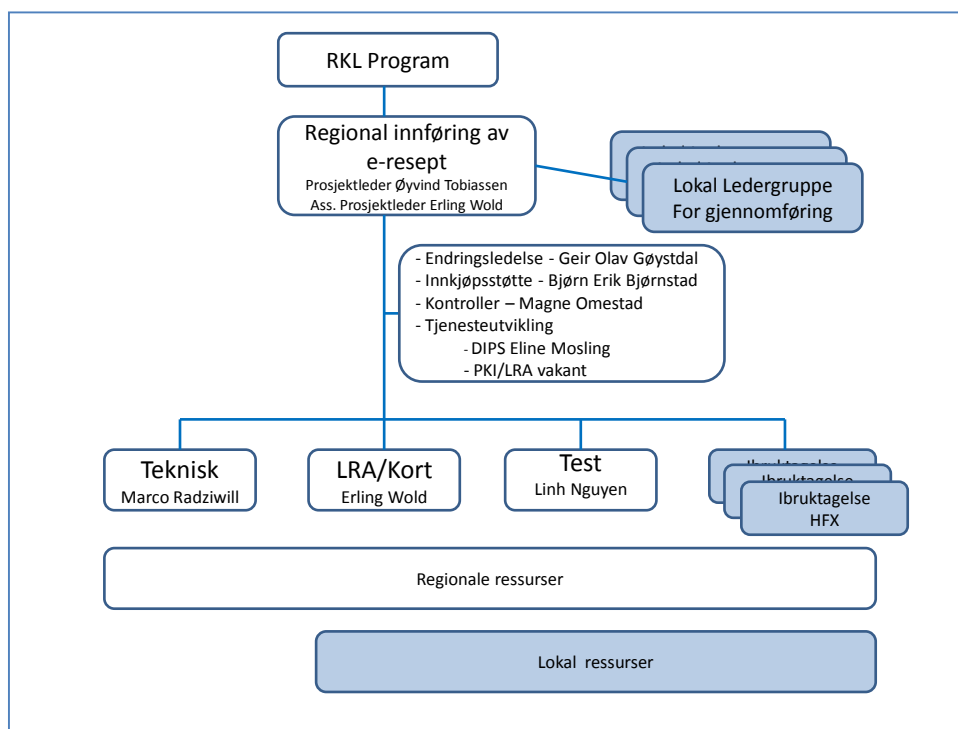
Basert på disse føringene, vil det regionale e-resept og kjernejournalprosjektet ta et større ansvar for den lokale innføringen, og det lokale gjennomføringsprosjektet i hvert HF vil bli organisert som et delprosjekt i det regionale prosjektet og ledes av en lokal delprosjektleder fra respektive HF.

Alle delprosjektene bemannes av personell fra helseforetak, Sykehuspartner og leverandører etter behov.

De formelle beslutningene knyttet til omfang (tid, kost og kvalitet), samt de overordnede beslutningspunktene B4 og B7 besluttes i Programstyret for regional klinisk løsning (RKL).

For å sikre lokal forankring og et lokalt eskaleringspunkt for beslutninger og tiltak, forutsetter prosjektet at hvert HF har en lokal ledergruppe som kan bistå prosjektet ved behov. I de fleste HF vil det være naturlig å benytte HFets porteføljestyre for dette formålet. Dette avklares ved oppstart av prosjektet for det enkelte prosjekt.

Prosjektet vil ha følgende organisering internt.



	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>16 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

### 7.2.3 Delprosjekt – Teknisk

Delprosjekt – Teknisk, ledes av delprosjektleder, som er ansvarlig for å gjennomføre all tekniske endringer for å etablere løsningen i respektiv HF. Dette innebærer:

- Teknisk klargjøring testmiljø
- Teknisk klargjøring produksjonsmiljø
- Oppgradere produksjonsmiljøet
- Teknisk dokumentasjon

### 7.2.4 Delprosjekt – LRA/Kort

Delprosjekt – LRA/Kort, ledes av delprosjektleder, som er ansvarlig for å gjennomføre alt arbeid knyttet til etablering av lokal tjeneste for utstedelse og bruk av kvalifiserte sertifikater. Dette innebærer:

- Etablere LRA- funksjon på HF service kontor
- Planlegging og utstedelse av nye smartkort
- Distribusjon av kortlesertastaturer
- Dokumentasjon
- Etablere og dokumentere regional løsning og forvaltning av denne

### 7.2.5 Delprosjekt – Test

Delprosjekt – Test, ledes av testleder, som er ansvarlig for å gjennomføre alt arbeid knyttet til test i prosjektet. Dette innebærer:

- Gjennomføring av test alle testfaser/nivåer
- Test av produksjonsmiljø
- Produksjonstest ved oppgradering
- Dokumentasjon

### 7.2.6 Delprosjekt – Ibrukttagelse

Delprosjekt – Ibrukttagelse, ledes av en lokal delprosjektleder fra HF, som er ansvarlig for å gjennomføre alt arbeid knyttet til lokal ibrukttagelse av e-resept. Dette innebærer:

- Utarbeiding av lokal brukerdokumentasjon, basert på regionale dokumenter
- Utarbeiding av plan, forankring og gjennomføring av opplæring
- Utarbeiding av plan, forankring og gjennomføring av informasjon og kommunikasjon
- Utarbeiding av plan, forankring og gjennomføring av ibrugtagelsen
- Ansvar for lokalt budsjett
- Plan for og oppfølging av brukere under ibrugtagelsen
- Lokal gevinst plan
- Overlevering til lokal linje



	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>17 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338</b> og <b>58871</b>

### 7.3 Lokal ledergruppe

For å sikre lokal forankring og et lokalt eskaleringspunkt for beslutninger og tiltak, forutsetter prosjektet at hvert HF har en lokal ledergruppe som kan bistå prosjektet ved behov. I de fleste HF vil det være naturlig å benytte HFets porteføljestyre for dette formålet. Dette avklares ved oppstart av prosjektet for det enkelte prosjekt.

Prosjektet vil løfte følgende beslutninger til den lokale ledergruppen:

- Godkjenning av lokal prosjektdokumentasjon inkludert, tidsplan, ressursplan og budsjett
- Godkjenning av oppstart opplæring
- Godkjenning av oppstart aktivering av e-resept og ibrukttagelse (B6 – HF)
- Godkjenning av endringer, avvik knyttet til tid, kvalitet og kost innenfor lokal myndighet
- Godkjenne ferdigstilling av lokalt prosjekt (B7 - HF)

### 7.4 Roller

#### 7.4.1 Regional prosjektledelse

Den regionale prosjektlederen vil rapportere til programlederen for RKL-programmet og være overordnet ansvarlig for innføringen.

Arbeidsoppgavene vil være å:

- Lede det regionale prosjektet
- Rapportere i henhold til Helse Sør-Øst sine rutiner
- Følge opp tidsplan og milepæler
- Følge opp økonomi
- Være ansvarlig for ekstern kommunikasjon

Regional prosjektledelse ivaretas av regional prosjektleder og assisterende prosjektleder.

#### 7.4.2 Endringsledelse

Endringsleder vil primært delta i delprosjektet for ibrukttagelse og vil ha ansvar for utarbeide plan for opplæring og kommunikasjon/informasjon for foretaket.

Fra det regionale nivået vil denne rollen være ansvarlig for informasjon og kommunikasjon til prosjektinteressentene.

#### 7.4.3 Innkjøpsstøtte

Innkjøpsstøtte og bistand til oppfølging av avtale med Commfides Norge AS

#### 7.4.4 Økonomikontroller

Bistår prosjektleder i å utarbeide budsjetter, prognoser, avsetninger, regnskap og tjenestepris.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>18 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

#### 7.4.5 Regional tjenesteutvikling

I denne rollen inngår utvikling av regional tilleggsteneste for e-resept, kjernejournal og tjeneste for sertifikat/kortutstedelse med tilhørende regional standardisering av dokumentasjon og forvaltning.

E-resept og kjernejournal er en tilleggsteneste til DIPS tjenesten, og regnes derfor ikke som en egen regional tjeneste.

Videre er det også behov for å etablere en regional tjeneste for utstedelse og bruk av kvalifiserte sertifikater. Hvordan denne tjenesten skal forankres er ikke klargjort.

#### 7.4.6 Delprosjektledelse

Delprosjektlederen vil rapportere til regional prosjektleder. De viktigste arbeidsoppgavene vil være

- Ansvarlig for å lede og gjennomføre arbeidet i delprosjektet
- Rapportere til regional prosjektleder
- Følge opp tidsplan og milepæler
- Være ansvarlig for intern kommunikasjon

Den lokale delprosjektleder vil ha et spesielt ansvar for lokal gjennomføring

## 8 RESULTATMÅL OG EFFEKT MÅL

### 8.1 Resultatmål

#### 8.1.1 E-resept

- e-resept skal være innført i alle helseforetak i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2016. Det innebærer at legene i de underliggende foretakene skal ha mulighet for å benytte funksjonaliteten som e-resept gir i sitt daglige arbeid.

#### 8.1.2 Kjernejournal

- Pilotert og innført kjernejournal på ved Akershus Universitetssykehus innen utgangen av 2015, for å få et erfaringsgrunnlag for å planlegge videre utbredelse av kjernejournal i HSØ. Denne piloteringen gjennomføres basert på sertifikater fra Buypass. Det regionale prosjektet dekker kostnader for lokal prosjektledelse, deler av gjennomføringen samt anskaffelse av sertifikater og smartkort for helsepersonell ved Ahus.
- Basert på erfaringene fra piloten ved Ahus, utarbeides det en plan for utbredelse, med hovedmålsetning om at kjernejournal skal være innført på alle helseforetak i Helse Sør-Øst innen utgangen av 2017. Det innebærer at alle nødvendig helsepersonell i de underliggende foretakene skal ha mulighet for å benytte funksjonaliteten som kjernejournal gir i sitt daglige arbeid.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>19 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

## 8.2 Effektmål

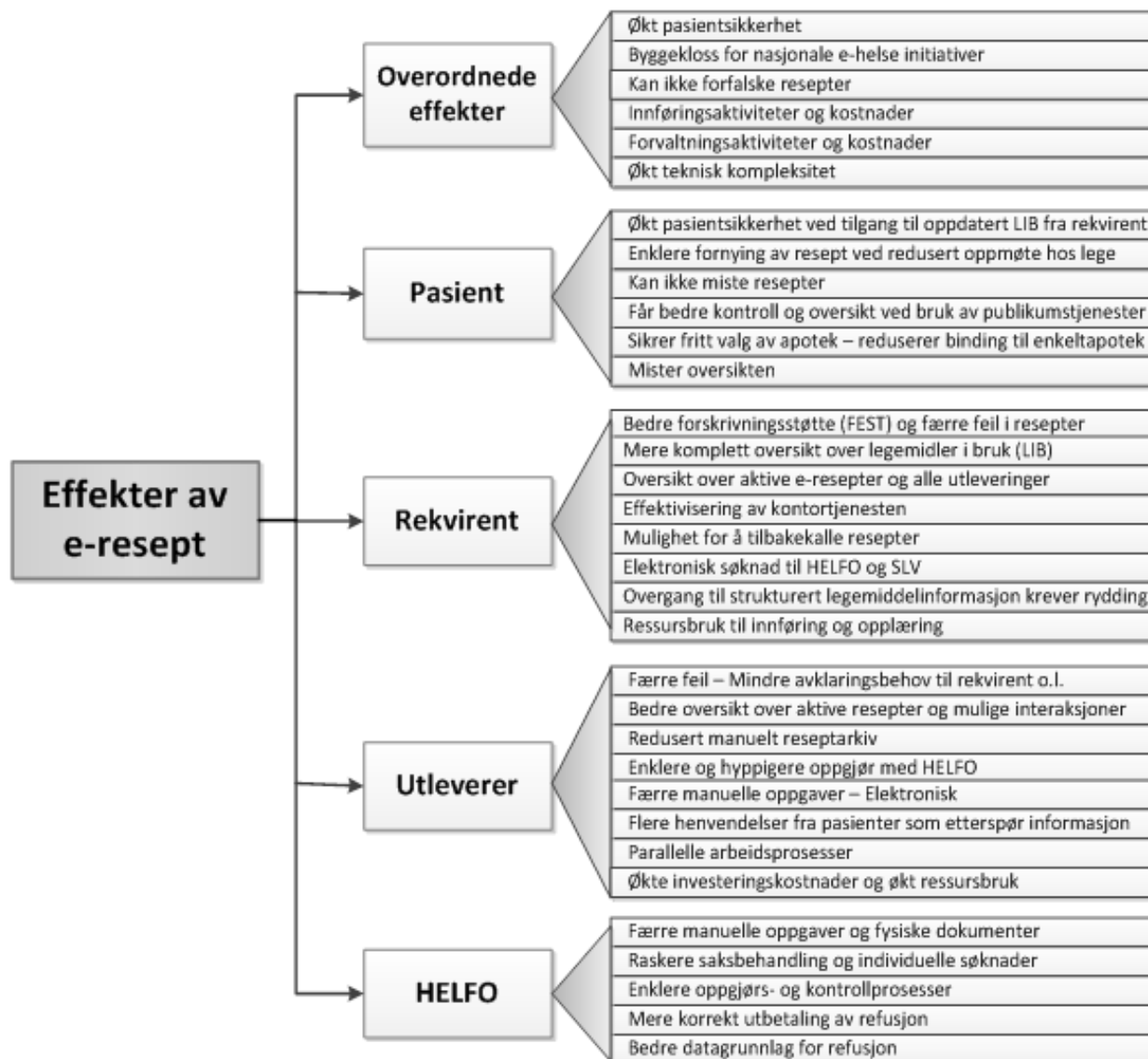
### 8.2.1 E-resept

Helsedirektoratet har utarbeidet en omfattende gevinstrealiseringsplan [3]. Den tar utgangspunkt i innføring av e-resept hos fastlegene, men de viktigste og overordnede effektene kan overføres til spesialisthelsetjenesten.

De positive effektene er å forstå som gevinster, og de viktigste i en spesialisthelsetjeneste-kontekst vil være at innføring av e-resept antas å være:

- Øke pasientsikkerhet ved sikrere og bedre kvalitet knyttet til legemiddelhåndtering. Dette fremkommer som et resultat av flere gevinster knyttet til aktørene i verdikjeden av e-resept. Bruk av FEST og DRUID, samt at legene får utleveringsmeldinger fra apotek ved pasienters uttak av legemidler, er med på å gi et sikrere grunnlag for riktig forskrivning.
- Fungere som en byggekloss for nasjonale e-helseinitiativ som bl.a. Nasjonal kjernejournal
- Redusere misbrukspotensiale da e-resepter kan ikke forfalskes
- Gi rekvisenten en mer komplett oversikt over legemidler i bruk (LIB). Dette gir bedre grunnlag for å sammenstille medikamentlister både ved poliklinisk besøk og ved innleggelse på sykehus.
- Åpne muligheten for effektivisering av arbeidsprosesser da pasienter kan få fornyet resept av spesialist uten personlig oppmøte på poliklinikken
- Gi apotekene virksomhetseffekter som et resultat av enklere arbeidsprosesser, bortfall av papirarkivering samt enklere kontroll og oppgjør for e-resepter
- Sikre HELFO har raskere saksbehandling for individuelle søknader, enklere oppgjørs- og kontrollprosesser samt mer korrekt utbetaling av refusjon
- Tilby pasientene bedre informasjon gjennom bruk av publikumstjenesten Mine resepter. Det vil også legge til rette for enklere fornying av resepter da dette ikke krever personlig oppmøte hos lege. e-resept sikrer også fritt valg av apotek.

Figur 8.2.1 viser effekter av e-resept fordelt på de ulike aktørene (fra gevinstrealiseringsplanen [3]).



Som nevnt i innledningen til kapittel 8, så er den endelige effektmålingen fra ibrukttagelsen i primærhelsetjenesten fra Helsedirektoratet ikke offentliggjort ennå, men vi kan lese det reviderte statsbudsjettet for 2014 (*Prop. 1 S Tillegg 1 (2013-2014)*):

«Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

### Anslagsendring

*Folketrygdens utgifter og inntekter er gjennomgått på nytt basert på regnskapstall t.o.m. september 2013. På bakgrunn av dette er forslaget til bevilgning for 2014 redusert med 110 mill. kroner. Reduksjonen kan knyttes til nedgang i refusjon av egenbetaling for legemidler på blå resept, noe som kan ha sammenheng med bedre oppfølging av ordningen ved innføring av e-resept. Dette fører til at det ikke betales flere egenandeler enn det som er korrekt per resept og innenfor 3 måneders forbruk av legemidler.»*

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>21 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM- verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338</b> <b>og 58871</b>

### 8.2.2 Kjernejournal

Det overordnede formålet med kjernejournalen er økt pasientsikkerhet. Kjernejournalen skal bidra til rask tilgang til strukturert informasjon, i situasjoner der manglende oversikt over pasientens helseopplysninger kan svekke pasientsikkerheten.

Tilgjengeliggjøring av kjernejournalens innhold skal føre til:

- Økt pasientsikkerhet og behandlingskvalitet, gjennom å sikre tilgang til oppdatert informasjon som beslutningsgrunnlag, særlig i akutte situasjoner
- Bedre samhandling om aktuell helsehjelp, og et helhetlig og koordinert tjenestetilbud
- Tids- og ressursbesparelse – helsepersonell i Akutfunksjonen vil få mindre unødvendig ventetid og behov for telefonkontakt med annet helsepersonell, for innhenting av samme informasjon
- Understøtte pasientforløp på en bedre måte gjennom effektivisering og økt opplevd kvalitet, ved at pasienten ikke må gjenta alle opplysninger i hvert kontaktledd
- Økt involvering av pasienter, blant annet ved at de får tilgang til opplysningene som er registrert i kjernejournal via Helsenorge.no. Pasienten får mulighet til å redigere sin egen sykehistorie, kan dele kjernejournalen med behandlende helsepersonell samt har mulighet til å kontrollere hvem som har gjort oppslag i kjernejournalen. Pasienten har også mulighet for å reservere seg, helt eller delvis.

Helsedirektoratet vil utarbeide en gevinstrealiseringsplan i forbindelse med ferdigstilling av piloter og videre innføring av kjernejournal. De respektive helseforetakene bør ta utgangspunkt i denne under utarbeidelse av egen gevinstrealiseringsplan.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>22 / 28</b>
	<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>

## 9 HOVEDMILEPÆLER (OVERORDNET)

Nr	Milepæl	Kriterium	Dato
B4.e-resept	Godkjenning av prosjektdirektiv. Ved godkjenning gis RKL i oppgave å innføre e-resept i HSØ.	Prosjektdirektivet er godkjent i programstyret	Januar 2014
B4 kjernejournal	Godkjenning av prosjektdirektiv. Ved godkjenning gis RKL i oppgave å innføre e-resept i HSØ.	Prosjektdirektivet er godkjent i programstyret	April 2015
B5.e-resept	Godkjenning av oppstart piloteringe-reseptl gjøres av ledelsen i det helseforetak som forestår pilotering. Ved godkjenning kan pilotering av løsningen starte.	Oppstartskriteriene for pilotering er godkjent av ledelsen på AHUS	Mai 2014
B5.kjernejournal	Godkjenning av oppstart pilotering kjernejournal gjøres av ledelsen i det helseforetak som forestår pilotering. Ved godkjenning kan pilotering av løsningen starte	Oppstartskriteriene for pilotering er godkjent av ledelsen på AHUS	Oktober 2015
B6 –HFX	Godkjenning av løsningen for bruk i ordinær drift. Gjøres av ledelsen i det lokale foretaket.	Plan for ordinær implementering godkjent av ledelsen på HF	2015-2017, Se lokale planer
B7-HFX	Godkjenning av løsningen gjøres av ledelsen per helseforetak etter en vellykket innføring i det enkelte helseforetak. Ved godkjenning går ansvaret for løsningen over til forvaltning og avtalt tjenestepris begynner å løpe for helseforetaket.	Løsningen godkjent av ledelsen i alle HF for overgang til ordinær drift	2015-2017, Se lokale planer
B7.e-resept	Overordnet godkjenning av det regionale prosjektet gjøres av programstyret etter en vellykket innføring i HSØ. Ved godkjenning går ansvaret for løsningen over til forvaltning	Samlet løsningen godkjent av programstyret for overgang til ordinær drift	Januar 2017
B7.Kjerne-journal	Overordnet godkjenning av det regionale prosjektet gjøres av programstyret etter en vellykket innføring i HSØ. Ved godkjenning går ansvaret for løsningen over til forvaltning	Samlet løsningen godkjent av programstyret for overgang til ordinær drift	Januar 2018

### 9.1 Rekkefølge på mottaksprosjektene

#### 9.1.1 E-resept

Rekkefølge for innføring av e-resept ble besluttet i RKL programstyret 18. desember 2014. Gjennomføring av denne rekkefølgen forutsetter at det gis nødvendig budsjett for gjennomføringen i 2016.

#### Rekkefølge 2015:

Rekkefølge	Helse foretak	Forutsetninger	Oppstarts-tidspunkt
1	VVHF	Oppfyller kravene. VVHF vil være pilot PKI løsningen for e-resept	Januar2015
2	SiVHF	Oppfyller kravene under forutsetning av at oppgradering og konvertering av DIPS Medikasjon gjennomføres i januar/februar 2015 Forutsetter godkjent PKI pilot ved VVHF	April 2015

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>23 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

3	SØHF	Forutsetter at e-resept leveransen kan inngå i PNØ release 104, planlagt 20.9.2015	Juni 2015
4	STHF	Oppfyller kravene forutsatt DIPS 7.3 oppgradering i januar 2015	August 2015
5	SSHF	Dersom det finnes mulighet innenfor budsjettammen i 2015, vil prosjektet forsøke oppstart på SSHF i 2015 Q4	November 2015

#### Rekkefølge 2016:

Rekkefølge	Helse foretak	Forutsetninger	Oppstarts-tidspunkt
1	SSHF	Oppfyller kravene forutsatt DIPS oppgradering til v7.3 i april 2015	Januar 2016 (mulig Q4 2015)
2	SIHF	Oppfyller kravene under forutsetning av oppgradering og konvertering av DIPS Medikasjon gjennomføres, samt at det ikke er konflikt med andre større prosjekter i perioden	Mars 2016
3	OUSHF	Oppfyller kravene under forutsetning at det ikke er konflikt med andre større prosjekter i perioden	Mai 2016
4	SUN	Oppfyller kravene under forutsetning at det ikke er konflikt med andre større prosjekter i perioden	August 2016
5	AHUS	Innføring/ombygging av regional PKI løsning for e-resept	Må avklares

#### 9.1.2 Kjernejournal

Kjernejournal piloteres ved Ahus innen utgang av 2015. Erfaringer fra denne piloteringen vil danne grunnlag for planlegging av videre innføring av kjernejournal i HSØ.

Forutsetninger for innføring av kjernejournal:

- Legemiddelopplysninger i kjernejournalen bygger på e-resept. Det er derfor hensiktsmessig å innføre kjernejournal parallelt eller i etterkant av e-resept innføringen.
- Det oppnås prosjektmessige og kostnadmessige synergier ved å innføre kjernejournal samtidig med e-resept. Utfordringen er at endringen blir større for utvalgte brukere (leger i de avdelingene der man velger å innføre kjernejournal), og at man skal adressere flere brukere med budskap om to løsninger som begge inneholder legemiddelinformasjon. Konsekvensen kan derfor at bredding av e-resept kan forsinkes.
- Kjernejournal forutsetter bruk av kvalifiserte sertifikater for tilgang til kjernejournal, og er derfor avhengig av løsning for kvalifiserte sertifikater som innføres i takt med e-resept

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>24 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

utrulling. Videre er det en forutsetning av kjernejournalløsningen støtter kvalifiserte sertifikater fra Commfides

- HDIR er "prosjekteier" for innføring av kjernejournal i den aktuelle helseforetakregionen. En utrullingsplan må derfor nøye avstemmes med HDIR, og deres kapasitet mht. innføring av kjernejournal hos innbygger og primærhelsetjenesten.

Tentativ innføringsplan, basert på disse forutsetninger og etter pilot på Ahus, blir da:

- Kjernejournal breddingen starter i 2016, og innføres parallelt med e-resept innføringen i 2016. Dvs. for foretakene SSH, SIHF, OUS og SUN, se kap. 9.1.1. Parallell gjennomføring kan gi behov for lengre gjennomføringstid, enn forutsatt for e-resept. Dette må vurderes når breddingsplan gjennomføres.
- Videre bredding i 2017, vil da være i følgende rekkefølge; VVHF, SIVHF, SØHF og STHF



	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>25 / 28</b>
	<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>

## 10 BUDSJETT (OVERORDNET)

		2013	2014	2015	2016	2017	Sum
58252 Regional løsning e-Resept	Drift	1 246 829	-60 416	3 758 376	2 177 668	-	7 122 458
58252 Regional løsning e-Resept	Investering	3 694 565	12 708 585	23 310 090	17 197 406	550 095	57 460 741
58338 HSØ RHF - Regional løsning PKI	Drift		13 610	624 105	735 610		1 373 325
58338 HSØ RHF - Regional løsning PKI	Investering		4 818 007	12 774 327	12 708 034		30 300 367
58871 Regional løsning kjernejournal	Drift						-
58871 Regional løsning kjernejournal	Investering			3 047 833			3 047 833
58297 RHF - DIG - Nasjonal Kjernejournal/publikumsportal			908 229	-123 716			784 513
58297 RHF - DIG - Nasjonal Kjernejournal/publikumsportal			386 375				386 375
Samlet	Drift	1 246 829	861 423	4 258 765	2 913 278	-	9 280 296
Samlet	Investering	3 694 565	17 912 966	39 132 249	29 905 440	550 095	91 195 316
Samlet		<b>4 941 394</b>	<b>18 774 390</b>	<b>43 391 015</b>	<b>32 818 719</b>	<b>550 095</b>	<b>100 475 612</b>

Merk at foranalyse kjernejournal var samorganisert med foranalyse for publikumsportaler, og at denne kostnaden ikke er splittet på de to aktivitetene. Det er også viktig å være klar over at kostnaden for 2015 for kjernejournal kun innbefatter pilotering ved AHUS. Planlegging av videre utbredelse av kjernejournal og tilhørende kostnader vil skje gjennom høsten 2015, og videreføring må sees i lys av budsjettprosessen og legges frem som egen sak.

Budsjettet revideres for øvrig årlig, og gjennomføringen er basert på årlig tildeling.

## 11 RISIKOANALYSE / USIKKERHETSANALYSE

Prosjektet utfører risikoanalyse i hht. rutiner og malverk for RKL programmet. Usikkerhetsregisteret med tiltak revideres hver måned i forbindelse med statusrapportering.

## 12 KVALITETSSIKRING

Det er ikke krav til ekstern kvalitetssikring av prosjektet. Overordnet ansvar for prosjektets kvalitetssikring ligger hos prosjektleder. Prosjektmedarbeidere har selvstendig ansvar for kvalitetssikring og risikostyring innenfor sitt arbeidsområde.

En viktig del av kvaliteten i prosjektets leveranser er å sikre tilstrekkelig forankring av leveransene inn mot foretakenes organisasjon og innen prosjektet. Formålet med kvalitetsarbeidet er å sikre at:

- Prosjektet utarbeider leveranser som har avtalt innhold, tidsfrist og kvalitet
- Leveranser er gjennomgått og forankret hos relevante interessenter i organisasjonen, både internt i prosjektet og på sykehuset
- Kvalitet er en integrert del av leveranseutarbeidelsen og det er satt av tid til kvalitetssikring i fremdriftsplan

### 12.1 Løsningen

All funksjonalitet testes grundig før innføring i HF, og HFet godkjenner oppstart av løsningen i produksjon. HDIR krever også deres godkjenning innen løsningen settes i bruk inn mot øvrig samhandlingskjede.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>26 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

## 12.2 Gjennomføringen

Det er utarbeidet detaljert tidsplan og budsjett for prosjektet ved hvert HF. Prosjektet rapporterer jevnlig til ledelsen i RKL-programmet og eventuelle avvik rapporteres umiddelbart. Eventuelle endringer og avvik behandles slik det er beskrevet under i kapittelet «Endringshåndtering».

Prosjektet skal i tillegg til en hver tid følge HSØ og SP sine rapporteringsrutiner for periodisk rapportering og rapportering ved milepæler.

## 13 ENDRINGSHÅNTERING

Endringer kan oppstå i løpet av prosjektet. De mest sannsynlige endringene med betydelig konsekvens for prosjektet er gjengitt i tabellen under med tilhørende beskrivelse av hvordan det skal håndteres:

Mulig endringstype	Beskrivelse	Ønsket håndtering
Avvik i tidsplan eller budsjett		Eskaleres umiddelbart til programleder
Endring i behov fra HSØ	Behovet for endring i funksjonalitet eller teknisk løsning oppstår i løpet av prosjektet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mindre endringer som ikke får økonomisk konsekvens tas opp med DIPS av prosjektleder i samråd med løsningsarkitekt og teknisk delprosjektleder</li> <li>Større endringer beskrives og eskaleres til programleder. Produkteier i HSØ innkalles. Deretter planlegges videre forløp i samarbeid med DIPS</li> </ul>
Endringer i egen prosjektorganisasjon	Bemanningen i prosjektet endres utover det som er planlagt	Endringen eskaleres til programleder
Kommersielle endringer hos DIPS eller evt. annen leverandør	Endringer hos leverandør som påvirker avtalen med HSØ og prosjektet økonomisk nå eller i framtiden	Eskaleres til programleder. Produkteier i HSØ innkalles
Endringer i teknisk infrastruktur hos HSØ	Tekniske endringer internt som får konsekvenser for bruken av e-resept eller den tekniske løsningen	Beskrives av teknisk delprosjektleder og eskaleres det til programleder
Annen ekstern endring	Endring i planer, ressurser/organisering, systemer etc. initiert av aktør utenfor prosjektet og som påvirker prosjektets tid, kost eller kvalitet.	Eskaleres til programleder

## 14 PROSJEKTAVSLUTNING

Prosjektet i sin helhet, avsluttes når resultatmålet for regional innføring av e-resept og kjernejournal er nådd.

	Dato: <b>19. april 2015</b> <span style="float: right;">Side:  <b>27 / 28</b></span>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b> <span style="float: right;">Referanse til regnskap:  SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b></span>

«Det innebærer at alle helsepersonell i de underliggende foretakene skal ha mulighet for å benytte funksjonaliteten som e-resept og kjernejournal gir i sitt daglige arbeid»

Prosjektet overleverer suksessivt til linjen, HF for HF ettersom de lokale prosjektene ferdigstilles

Ved hver B7, lokalt eller på hovedprosjektnivå, utarbeides det en sluttrapport, som beskriver resultatet, erfaringer som kan brukes for senere prosjekter, samt regnskap.

	Dato: <b>19. april 2015</b>	Side: <b>28 / 28</b>
<b>Regional innføring av e-resept og kjernejournal</b> Prosjektdirektiv for gjennomføringsfasen	Referanse PPM-verktøy: <b>PRJ01808</b>	Referanse til regnskap: SP Prosjektnr: <b>58252,58338 og 58871</b>

Vedlegg og annen dokumentasjon

#### 14.1 Vedlegg

Nummer	Beskrivelse	Kilde
1	Prosjektbudsjett	
2	Risikoanalyse – oppdateres ved hver statusrapportering	

#### 14.2 Annen tilgjengelig dokumentasjon

Beskrivelse	Kilde
Diverse teknisk og funksjonell løsningsdokumentasjon – DIPS Medication suite og kjernejournal	DIPS ASA
Diverse teknisk og funksjonell løsningsdokumentasjon – e-resept/reseptformidleren	Helsedirektoratet
Gvinstrealiseringsplan e-resept	Helsedirektoratet