

Sluttrapport

Helseplattformen Main Project

Dato: 27.02.2025

Versjonsnr: 1.0

Godkjenning

Organisasjon	Navn	Dato	Versjonsnr.
HPAS	Ledergruppen	27.02.2025	1.0

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Endringshistorikk.....	3
1.2	Formålet med dokumentet.....	3
1.3	Dokumentets omfang og avgrensning.....	4
2	Oppsummering.....	4
2.1	Bakgrunn.....	4
2.2	Gjennomføring.....	4
2.3	Oppsummering og anbefalinger.....	4
3	Organisering og styring.....	7
3.1.1	Omfang av Helseplattformen Main Project.....	7
3.1.2	Tidslinje.....	7
3.1.3	Organisering.....	7
3.2	Felles faglig beslutningsstruktur.....	9
4	Gjennomgang av prosjektets mål og gevinstrealisering.....	9
5	Gjennomgang av framdrift og økonomi.....	10
5.1	Oppnåelse av prosjektets faser og milepæler.....	10
5.2	Økonomi.....	10
6	Gjennomgang av leveranser.....	12
6.1	Hovedleveranser.....	12
6.2	Restanser.....	13
6.3	Videreføring av aktiviteter til drift og forvaltning.....	14
7	Kontraktsmessige forhold.....	14
8	Vedlegg 1: Overordnede erfaringer.....	15
8.1	Forbedringsområder.....	15
8.1.1	Rammebetingelser, prioriteringer og beslutningsstruktur.....	15
8.1.2	Rekrutteringsstrategi, bemanning og kompetanse.....	16
8.1.3	Prosjektstyring, avhengigheter og plan.....	17
8.1.4	Leverandør og HPAS: Erfaringer med implementeringsmetodikk.....	18
8.1.5	Løsning: Prinsipper for design, standardisering og konfigurasjon.....	18
8.1.6	Test: Teststrategi, planlegging og gjennomføring.....	19

8.1.7	Tilgangsstyring – teknisk og funksjonell løsning	21
8.1.8	Overgang til drift og forvaltning	21
8.1.9	Verktøy, samarbeid, arbeidsform.....	22
8.2	Suksesshistorier:	23
8.2.1	Læring og utvikling	23
8.2.2	Agil/smilig metodikk:	23
8.2.3	Arbeidsinnsats/motivasjon/organisasjon.....	23
8.2.4	SNOMED CT.....	23
8.2.5	Andre suksesshistorier:	24

1 Innledning

Helseplattformen Main Project (HMP) består av innføringen av Helseplattformen hos helseforetakene i regionen, Trondheim kommune og to fastlegekontor.

1.1 Endringshistorikk

Versjon	Endring	Dato	Forfatter
0.3	Utkast opprettet	20.01.25	Arbeidsgruppe i HPAS
0.5	Utkast delkapitler	01.02.25	Arbeidsgruppe i HPAS
0.7	Erfaringskapittel med vedlegg	12.02.25	Arbeidsgruppe erfaringsoppsummering (bredt sammensatt fra ledelsen, seksjonsledere med flere)
0.85	Komplett versjon	18.02.25	Høringsrunde arbeidsgruppe (fra 12.02)
0.95	Oppdatert versjon	19.02.25	Oppdatert etter høringsrunde
0.96	Oppdatert versjon	26.02.25	Oppdatert etter fremlegg i ledergruppemøte 26.02
1.0	Godkjent versjon	27.02.25	Ledergruppen HPAS

1.2 Formålet med dokumentet

Hensikten med dette dokumentet er å summere opp resultatene for prosjektarbeidet og vurdere disse opp mot forutsetningene da prosjektet startet, samt oppsummere de viktigste erfaringene fra prosjektperioden. Foreliggende sluttrapport er bestilt fra

ledergruppen i Helseplattformen AS (HPAS), og er HPAS sin interne oppsummering. Ledergruppen i HPAS avgjør videre distribusjon av rapporten.

1.3 Dokumentets omfang og avgrensning

Dokumentet tar utgangspunkt i prosjektplanen og lister hva som er oppnådd av beskrevne mål og milepæler, og oppsummerer ressursbruk og økonomisk status. Dokumentet går ikke i detalj når det gjelder erfaringer fra selve prosjektgjennomføringen. De mest sentrale erfaringene er oppsummert og vedlagt dette dokumentet.

2 Oppsummering

2.1 Bakgrunn

Etter at Helse Midt-Norge og Trondheim kommune besluttet å anskaffe en felles pasientjournaløsning fra Epic, ble HMP etablert for å sette opp og innføre denne hos aktørene som inngår i prosjektet.

2.2 Gjennomføring

Etablering av en felles standardisert løsning og innføringen av denne har vært et komplekst og krevende prosjekt. Innføringen har medført store endringer for helsetjenesten i Midt-Norge, blant annet knyttet til samhandlingen mellom aktørene i helsetjenesten, standardisering av arbeidsprosesser og nye måter å jobbe på. Innføringen har også vært preget av utfordringer knyttet til kritiske feilsituasjoner og kvalitet og brukervennlighet i løsningen, utsettelse av innføringstidspunkt, samt covid-19.

2.3 Oppsummering og anbefalinger

Pr. februar 2025 er løsningen innført og i daglig bruk hos alle aktører som var en del av HMP, med enkelte restanser/mangler særskilt knyttet til løsning for fastleger og legevakt. Totalt sett har prosjektet hatt en forsinkelse på to år sammenlignet med opprinnelige kontraktsfestede planer.

Organiseringen og styringen av prosjektet er endret flere ganger underveis, både for å tilpasse ulike statuser og faser underveis i prosjektet, samt for å bedre ivareta de enkelte kundenes behov knyttet til innføringene.

Det er gjort et vesentlig arbeid for å operasjonalisere de 11 effektmålene for Helseplattformen, i form av åtte gevinstområder. Selv om ingen aktører har realisert sine fulle ambisjoner, planlegges og iverksettes tiltak for å oppnå målene.

Prosjektet har få restanser og det foreligger en klar plan for oppfølging av disse. Den største restansen/mangelen er knyttet til løsning for fastleger og legevakter.

Prosjektet er levert innenfor de økonomiske rammene som opprinnelig ble satt for HMP. Det er gjort avsetninger basert på utestående leveranser fra HMP når det økonomisk ble avsluttet juni 2023.

Kontraktsmessig avslutning av HMP pågår mellom Helseplattformen AS og Epic.

Helseplattformen Main Project har vært et svært komplekst og utfordrende prosjekt, som har gått over lang tid. Noen områder har fungert bra, mens noen har hatt utfordringer.

Forbedringsområdene preges av at det har vært krevende å etablere en stabil og feilfri løsning. Det var satt av for kort tid mellom de ulike innføringstidspunktene av løsningen til å sikre tilstrekkelig feilretting og stabilisering av løsningen etter innføring, samtidig med å gjøre nødvendige tilpasninger og test av løsningen for neste helseforetak og oppbygging av drifts- og forvaltningsorganisasjon. Bakgrunnen for dette er både en kompleks løsning der ikke alle kritiske feil og mangler ble avdekket i forkant av første innføring, samtidig som bruk av løsningen krever betydelig modning, forberedelser og opplæring hos brukerne. Aktuelle tiltak kunne vært en endret innføringsrekkefølge, mindre ambisiøs innføringsplan, pilotering av deler av løsningen, beslutningspunkt for videre innføring først etter første pilotering/innføring, mer robuste planer for bemanning og kompetanse for å overholde vedtatte innføringsplaner, og styrket fokus på test fra starten av. I tillegg har rammebetingelser, prioriteringer og beslutninger, samt samarbeid med Epic tidvis vært utfordrende. Kundene var i ulik grad forberedt på å ta imot løsningen og tilpasse arbeidsprosesser i henhold til denne, og lyktes i ulik grad med lokale opplærings- og forberedelsesaktiviteter.

Samtidig har Helseplattformen klart å bygge et godt arbeidsmiljø, og organisasjonen har lært mye underveis. Dette gjenspeiler seg i innføringssløpene som har blitt betraktelig bedre etter de første innføringene i Trondheim kommune og St. Olavs hospital. Helseplattformen som organisasjon har hatt løpende fokus på å nyttiggjøre seg erfaringer underveis og justere kursen ved behov. Selv om det til tider har vært krevende, har samarbeidet med kundene i hovedsak vært godt.

Basert på erfaringsoppsummeringen i vedlegg er det definert ti kritiske suksessfaktorer for gjennomføring av denne typen prosjekter:

1. Etabler tydelige og omforente prinsipper og kriterier for design og standardisering av løsning, og sørg for at disse overholdes. Dette påvirker både gjennomføringstid, risiko og kostnader i prosjekt og i drift

2. Overhold skillet/faseovergang mellom bygg og test av løsningen – dette hindrer at man tester og lærer opp i en løsning i bevegelse. Sørg for å prioritere test av løsningen svært høyt fra start, både ved å sikre tilstrekkelig avsatt tid og spisskompetanse på testplanlegging og -gjennomføring. Sørg for tydelige akseptansekriterier og godkjenningsprosesser. Sørg for spesielt fokus på testing av meldingsflyt på tvers av aktører og løsninger. Gradvis piloter løsningen i mindre enheter for å høste erfaringer før storskala utrulling
3. Etabler realistiske tidsplaner – som hensyntar en kompleks løsning, et komplekst aktørbilde med begrensede innføringstidspunkter i løpet av et kalenderår, behov for læring og stabilisering av løsningen mellom de ulike innføringene
4. Sørg for at avhengigheter i planverk er tilstrekkelig avdekket og synliggjort for organisasjonen, samt at eierskap til avhengigheter er klart definert og blir fulgt opp, samt at avhengighetene er tatt høyde for i tidsplanen
5. Fokuser på sømløs samkjøring og helhetlig løsning ende til ende der det er flere anskaffelser og leverandører, inkludert at planverk, avhengigheter og styringsstruktur må håndteres enhetlig. Spesielt relevant for løsning for tilgangsstyring i dette prosjektet
6. Sørg for tilstrekkelig prioritering, planer og ressurser for etablering av prosesser knyttet til drift og forvaltning allerede fra starten av prosjektet.
7. Sørg for at kontraktsoppfølging og leverandørstyring er en integrert del av prosjektet og håndter avvik/mangler og uoverensstemmelser med leverandører løpende
8. Sørg for tilstrekkelig bemanning og kompetanse, inkludert tung erfaring i alle nøkkelroller. Spisskompetanse på UX og brukervennlighet er særskilt viktig i denne typen prosjekter. Det er viktig å fokusere på å ressursestimere aktiviteter og detaljere ut roller og kompetansebehov helt fra starten av, inkludert løpende tilføre nødvendig kapasitet og spisskompetanse.
9. Sørg for tydelige prioriteringer fra ledelse og eiere, samt raske beslutninger for å sikre gode rammebetingelser for prosjektet. Identifiser og kommuniser tydelig krav til lokale forberedelser og ikke undervurder behovet for ekstra ressurser og tid knyttet til dette. I tillegg må linjeledelse fra kunde/aktør være godt representert i beslutningsstrukturen
10. Fokuser løpende på gode rammebetingelser og samarbeidsforhold mellom alle bidragsytere i prosjektet. Etabler en tydelig strategi ved oppstart med hensyn til valg av verktøy og rutiner for samarbeid, malverk, arkivering og dokumentasjon

I vedlegg 1 følger en utdypende beskrivelse av forbedringsområdene og suksesshistoriene.

3 Organisering og styring

Helseplattformen Main Project (HMP) ble startet opp i 2019, etter at anskaffelsesprosjektet var ferdigstilt og leverandør var valgt. Helseplattformen AS ble stiftet som eget selskap 8. februar 2019. Helse Midt-Norge sitt styre og Trondheim kommune ved Bystyret vedtok senere i 2019 å innføre Helseplattformen.

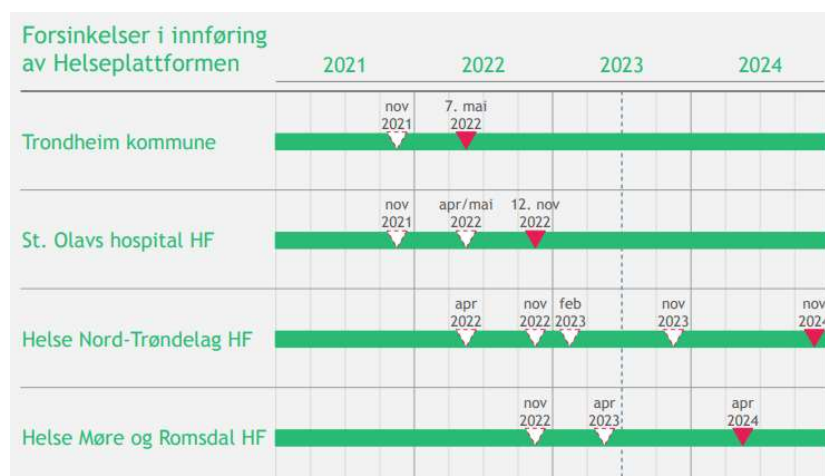
3.1.1 Omfang av Helseplattformen Main Project

Aktørene som inngår i Helseplattformen Main Project er definert i kontrakten mellom Helseplattformen AS og Epic, og fordelt på tre delleveranser (produksjonssettinger). Disse fremgår under. I tillegg er det flere kommuner som har hatt felles produksjonssettingstidspunkt med helseforetakene, selv om de har vært styrt, organisert og finansiert utenom HMP:

- Partial Delivery 1: St. Olavs Hospital HF, Trondheim kommune og 2 fastlegekontor
- Partial Delivery 2: Helse Nord-Trøndelag HF
- Partial Delivery 3: Helse Møre og Romsdal HF

3.1.2 Tidslinje

Tidslinjen for innføringene har vært revidert flere ganger i løpet av prosjektperioden. Figuren under viser de planlagte tidspunktene for de ulike produksjonssettingene, med konsekvensene utsettelsene har hatt. Røde trekkanter markerer faktisk dato for go-live.



Figur 1 - Forsinkelser i innføring av Helseplattformen, hentet fra Helse Midt-Norges eksterne evaluering av innføringen ved St. Olav (BCG-rapporten)

3.1.3 Organisering

Det ble etablert et fellesprosjekt for å bygge en standardisert, regional løsning for innføring ved alle aktører og aktørgrupper i Midt-Norge. Prosjektet hadde tung involvering av fagressurser. Organiseringen i et felles prosjekt med felles styringsstruktur på tvers av kommuner og helseforetak ble opprettholdt frem til første

produksjonssetting. Etter dette ble organisering, styringsstruktur og finansiering delt mellom henholdsvis helseforetak, kommune og fastleger:

Opprettelsen av HMP i 2019 og frem til og med innføringen i Trondheim

kommune våren 2022: Ett felles prosjekt med todelt mål:

1. Bygge en standardisert, regional løsning for alle aktører (helseforetak, kommuner og fastleger)
2. Sikre felles innføring i PD1 med Trondheim kommune, to fastlegekontor og St. Olavs hospital (senere nedskalert til kun å være Trondheim kommune og ett fastlegekontor). Organisert med felles styringsgruppe (OSG).

Etter innføringen av Trondheim kommune (PD1) våren 2022: Fokus dreide over på videre innføring med samtidig drift og forvaltning av løsningen for kunder som hadde tatt den i bruk. I forbindelse med dette ble kommunale innføringer og HF-innføringer og oppfølging delt i tre:

1. **Kommunale innføringer** ble organisert i egne innføringsløp med egen styringsstruktur, prosjektledelse og finansiering pr. innføringsløp. Tidspunkt for flere av innføringene ble imidlertid samkjørt med helseforetaksløpene, med til dels overlappende aktiviteter for blant annet cutover.
2. **Fastlegeløp:** Etter innføringen ved Øya fastlegekontor i PD1 ble det klart at fastlegeløsningen hadde store mangler som måtte rettes opp i før videre utrulling. Arbeidet med å forbedre og rulle ut fastlegeløsningen ble organisert som et eget prosjekt. Dette pågår fortsatt.
3. **Utrulling i helseforetakene** ble organisert som et eget regionalt prosjekt, under ledelse av Helse Midt-Norge.

Nærmere om videre organisering av utrulling i helseforetakene:

- **Organisering av innføring av helseforetakene fra våren 2022-våren 2023:** For å sikre innføringene i helseforetakene ble disse organisert i et regionalt innføringsprosjekt, ledet av Helse Midt-Norge og med egen operativ styringsgruppe (OSG) og regional styringsgruppe (senere avløst av SDS). Det ble utarbeidet ny innføringsplan med innføring av løsningen ved STO 12.11.2022. Det var imidlertid store utfordringer i etterkant av go-live og det ble i januar 2023 vedtatt ny innføringsplan og at det skulle jobbes med optimalisering, feilretting og opplæring av løsningen før neste helseforetak tok i bruk løsningen.
- **Organisering av innføring av helseforetakene våren 2023 – våren 2025:** Arbeidet med optimalisering, opplæring og feilretting gikk ikke i henhold til plan. Dette medførte at styret i Helse Midt-Norge i mai 2023 vedtok en utsettelse av innføringene i HMR og HNT. Organiseringen av det regionale innføringsprosjektet ble justert, med enda større fokus på koordinering og ledelse fra Helse Midt-Norge.

3.2 Felles faglig beslutningsstruktur

Saker som berører løsningen og saker som går på tvers av aktørene har blitt håndtert i Felles faglig beslutningsstruktur gjennom hele prosjektperioden. Strukturen har vært tilpasset underveis.

4 Gjennomgang av prosjektets mål og gevinstrealisering

Bakgrunn og gjennomføring

Helseplattformen (HP) ble etablert som en felles samhandlingsløsning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, med to gevinstrealiseringsstrategier utviklet i 2019 – én for Helse Midt-Norge (HMN) og én for Trondheim kommune. Strategiene hadde en felles tilnærming til gevinstidentifisering, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon, med HP som koordinerende og utførende aktør.

Høsten 2019 ble det, basert på 11 effektmål, gjennomført over 28 workshops med fageksperter, fagledere og brukerrepresentanter for å konkretisere målbare gevinstmål. Dette resulterte i åtte regionale mål for HMN og åtte strategiske mål for Trondheim kommune, med overlapp på samhandlingsgevinster. For hvert gevinstmål ble det utarbeidet målbeskrivelser, måleindikatorer med nullpunktsmålinger, endringstiltak og nødvendige forutsetninger. Arbeidet involverte fageksperter, applikasjonsanalytikere, rapporteringsanalytikere og representanter fra Epic, og resulterte i unike måleparametere som la føringer for gevinstdrevet konfigurasjon og tekniske gevinstkart. HP sikret også at gevinstperspektivet ble integrert i forberedelser og opplæring.

Før Go-Live ble det utarbeidet gevinstdashbord og informasjonspakker med kurs, planer og annet nødvendig materiell for å gi kundene innsikt i løsningen og støtte målrettet arbeid mot ønsket resultat.

Erfaringer

En tydelig strategi og metodisk praksis fra prosjektstart ga solid forankring og eierskap til gevinstmålene hos både HP og kundene. I motsetning til mange prosjekter var gevinstmål og måleparametere ferdigstilt før implementering. Likevel har utfordringer som manglende innsikt i alternative måleparametere, arbeidsflytproblemer og endringsmotstand ført til at gevinstarbeidet etter innføring ikke har fått ønsket momentum, noe også BCG-rapporten peker på.

Tiltakspakker for HMN og en forbedret metodikk for opsjonskommuner ble utviklet, inkludert håndbøker, utvalgslister og felles gevinstdashbord. Selv om ingen aktører har realisert sine fulle ambisjoner, planlegges og iverksettes tiltak for å oppnå målene. Kommuner i drift deltar nå i gevinstnettverk for erfaringsdeling, noe som forventes å utvides til helseforetakene over tid.

Aktører påkoblet Helseplattformen pr. februar 2025

Pr. februar 2025 benyttes Helseplattformen av alle 9 sykehus i Midt-Norge, 34 av 67 kommuner er koblet på løsningen og to av 170 fastlegekontor.

5 Gjennomgang av framdrift og økonomi

5.1 Oppnåelse av prosjektets faser og milepæler

Prosjektet har blitt gjennomført i henhold til leveransefasene i kontrakten mellom Helseplattformen AS og Epic. Oppnåelse av flere av faseovergangene har vært forsinket. Dette gjelder spesielt overgang mellom bygg og test (MS4.x), samt mellom test og opplæring (MS5.x). Utsettelsene av tidspunkt for go-live (MS6.x) er endringshåndtert i kontrakten med Epic.

Tabellen under viser faktisk utsettelse av go-live sammenlignet med opprinnelig kontraktsfestet tidspunkt for go-live. Total prosjektperiode for HMP ble 5,5 år, sammenlignet med opprinnelig 3,5 år i kontrakt med Epic, dvs forlenget med totalt 2 år.

Opprinnelig dato	Utført dato	Milepæler
03.19	03.19	Prosjektstart HMP
11.21	07.05.22	Go-live TK
11.21	12.11.22	Go-live STO
04.22	27.04.24	Go-live HMR
11.22	09.11.24	Go-live HNT

5.2 Økonomi

Økonomisk status pr desember 2024 for HMP er vist i tabellen under.

	tom 2019	2020	2021	2022	2023	Foreløpig 2024	TOTAL
Ledelse, administrasjon & drift EHR-prosjekt	80,0	138,1	176,8	234,1	159,6	44,9	833,6
Selskapskostnader HP AS	2,8	1,3	1,5	2,0	0,5		8,0
Lisenser og tjenestekjøp Epic	184,8	105,4	133,9	456,2	234,5		1 114,8
Løsningsdesign	57,1	179,2	188,8	185,3	99,2		709,6
Teknisk design & oppsett	70,0	167,8	181,6	142,3	67,2		628,8
Informasjonsforvaltning & utvikling	9,0	20,5	30,7	33,2	10,7		104,2
Database- og rapportutvikling	4,1	11,6	14,6	15,6	6,3		52,2
Testing	0,4	6,1	12,3	10,1	3,0		31,9
Opplæring og forberedelse	7,1	24,5	47,2	94,0	27,1		200,0
IAM-løsning	17,3	20,6	28,8	24,7	2,5		93,8
Total før disposisjon til styret	432,5	675,1	816,4	1 197,4	610,5	44,9	3 776,8

Økonomisk status pr desember 2024, pr aktør:

Samlede kostnader og investeringer totalt for prosjektet 2019-2024 (MNOK) - Fordelt pr. aktør					
Poster	HMN	TK	Kommuner	Fastleger	Totalt
Ledelse, administrasjon & drift EHR-prosjekt	493,8	79,3	150,3	110,2	833,5
Selskapskostnader HP AS	5,6	0,6	1,6	0,2	8,0
Lisenser og tjenestekjøp Epic	903,9	56,6	126,0	28,4	1 114,8
Løsningsdesign	500,1	52,4	127,3	29,7	709,6
Teknisk design & oppsett	509,2	57,9	44,1	17,7	628,8
Informasjonsforvaltning & utvikling	73,0	7,7	20,3	3,1	104,2
Database- og rapportutvikling	36,5	3,9	10,2	1,6	52,2
Testing	22,3	2,4	6,2	1,0	31,9
Opplæring og forberedelse	145,7	22,9	27,4	4,0	200,0
IAM-løsning	66,0	6,6	18,5	2,7	93,8
Sum bokførte projektkostnader	2 756,1	290,3	531,9	198,6	3 776,8
Ramme for aktøren	2 811,0	311,0	525,2	249,8	3 897,0
Mer-/mindreforbruk	-54,9	-20,7	6,7	-51,2	-120,2

Prosjektets rammer ble satt i 2019 (P50) og det har ikke vært endringer eller utvidelser i disse rammene underveis, annet enn for prisstigning.

Det er fortsatt avsetninger for økonomiske forpliktelser i prosjektet, men vi ser likevel at det gjenstår midler sett opp mot styringsrammene for aktørene. Dette betyr at det er gjenværende midler innenfor projektrammen. I desember 2024 besluttet HMN å redusere sin finansieringsramme med 52,8 MNOK mens Trondheim kommune ønsker å bruke resterende midler til ytterligere optimalisering av løsningen.

Ved avslutning av prosjektet 30.06.2023 ble det gjort en vurdering av kontraktuelle forpliktelser som ikke var påløpt/fakturert, og på bakgrunn av kjente forhold ble det foretatt en avsetning av disse forpliktelsene i prosjektet. I de etterfølgende perioder er utgifter ført mot avsatte forpliktelser og eventuelle ubrukte avsetninger har gått til godskrivning av prosjektet.

Avsatte midler i prosjektet pr desember 2024:

Avsetninger HMP Inneværende mnd (MNOK)		
Poster	Gjenstående	Kommentar
Gjenstående avsetninger pr. 01. i mnd	189,3	
Endring inneværende mnd	- 28,1	
Gjenstående avsetning pr. slutt i mnd	161,3	
Gjenstående avsetninger gjelder:		
Kontraktsfestede milepæler, EPIC	46,6	Iht kontrakt for leveranse av løsning
Utviklingskostnader	31,8	Bestilt utvikling, leveranse pågår, men ikke sluttlevet/fakturert
Lisenser	27,3	Estimert kontraktsfestet lisenskjøp HMP
Milepælsoppgjør, Cerner	4,4	Kontraktsfestede forpliktelser Cerner
Innføringskostnader fastleger	51,2	Gjenstående ramme for fastleger
Sum	161,3	

Ved kontraktuell avslutning av prosjektet vil eventuell mer-/mindreavsetning løses opp og fordeles på aktørene.

Helseplattformen er i prosjektperioden for HMP finansiert med lån fra Helse Midt-Norge RHF (egenfinansiering og byggelån fra HOD), samt lån fra Trondheim kommune. I tillegg ble det gitt en «lånegaranti» av Helse- og omsorgsdepartementet for selskapets opsjonshavere, kanalisert som lån via Helse Midt-Norge RHF. Helseplattformen har siden 2022 betalt ned på lån gitt av HMN og i 2023 er mellomværende med Trondheim gjort opp. Når det gjelder opsjonsaktører er det foretatt tilbakebetaling av lån med renter 12 måneder etter at den enkelte kommune har tatt løsningen i bruk.

6 Gjennomgang av leveranser

6.1 Hovedleveranser

Hovedleveransene til prosjektet er å sette opp en standardisert løsning for aktørene i Helse Midt-Norge, samt innføring av løsningen hos aktørene i HMP:

Leveranse	Status	Oppfyllelse av kvalitetskrav*
Helseplattformen i TK	Leverert	Leverert i henhold til sist vedtatte milepælsplan
Helseplattformen hos to fastlegekontor	Delvis levert**	April/mai 2022: Fastlegeløsningen implementeres ved Øya legesenter og Trondheim interkommunale legevakt ifm. PD1 og utrulling til Trondheim kommune
Helseplattformen i STO	Leverert	Leverert i henhold til sist vedtatte milepælsplan
Helseplattformen i HMR	Leverert	Leverert i henhold til sist vedtatte milepælsplan
Helseplattformen i HNT	Leverert	Leverert i henhold til sist vedtatte milepælsplan

*) I tabellen er oppnåelse av faktisk tidspunkt for innføring vurdert. Som redegjort for i rapporten har det vært utfordringer med kvalitet og brukervennlighet i løsningen. Dette har utløst behov for å iverksette tiltak som ekstra optimalisering, tiltakspakke med videre, samt utsettelse av påfølgende produksjonssettinger sammenlignet med opprinnelig plan.

**) Det har vært særskilte utfordringer med kvaliteten og brukervennligheten i fastlegeløsningen. Videre utrulling ble stanset etter innføring ved Øya legesenter og Trondheim interkommunale legevakt. Videre

forbedring og utrulling er organisert som et eget prosjekt der Vanylven legesenter har tatt i bruk løsningen som pilotkontor.

6.2 Restanser

Etter avslutning av HMP vil det være funksjonelle områder som opprinnelig var planlagt innført som del av HMP, men som av ulike grunner ikke ble innført før avslutning HMP:

- **Migrering Doculive:** Migrering av data fra Doculive til Helseplattformen var opprinnelig planlagt gjennomført som del av HMP, men ble underveis utsatt og følges fra 1. mars 2025 opp videre av HMN gjennom OSG og/eller SDS og SEG KP.
- **Innføring av løsning hos fastleger og i kommunale legevakter:** Helseplattformen har, som del av HMP, innført løsningen for et svært begrenset antall fastleger og legevakter. Videreutvikling av funksjonalitet og videre utrulling til nye fastlegekontor og legevakter håndteres av eget prosjekt med egen styringsgruppe.
- **Beaconprotokoller:** Opprinnelig plan var å innføre bruk av Beaconprotokoller i Helseplattformen slik at dagens system, Cytodose, kunne avvikles. Overgang fra Cytodose til Beacon i Helseplattformen er utsatt og vil, om det besluttes gjennomført, bli håndtert gjennom eget prosjekt med egen finansiering.
- **Løsning for Avtalespesialister:** I HMPs tidlige faser skulle løsningen konfigureres til alle aktører i helsetjenesten. Ferdigstilling av spesialtilpasset konfigurerings for å kunne ivareta Avtalespesialistenes spesifikke behov (billing, rapportering, grunndata og eventuelle egne arbeidsflytbehov) vil ikke være gjennomført ved avslutning av HMP. Eventuelt videre arbeid med dette vil håndteres gjennom eget prosjekt med egen finansiering.
- **Ferdigstilling av funksjonalitet for e-multidose og PLL:** Gjennom hele perioden for HMP har det vært et parallelt utviklingsløp for funksjonalitet i Helseplattformen og nasjonal funksjonalitet knyttet til e-multidose og PLL. Disse prosjektene er ikke sluttført og vil bli videreført etter avslutning HMP og fulgt opp som del av porteføljen «Nasjonale prosjekter».
- **Nye arbeidsflyter for blodbestilling:** Opprinnelig var det planlagt med oppgradering av systemet Prosang i HMN i løpet av HMPs tidsperiode. Oppgradering av Prosang ville muliggjort bedre tilpassede arbeidsflyter for blodbestilling i Helseplattformen. I og med at Prosang-oppgraderingen ble utsatt er denne jobben ikke gjennomført i HMP, men vil ferdigstilles når Prosang er oppgradert (2026?). Endring av arbeidsflyter og migrering av data vil bli håndtert som en endring i tråd med avtalte prosesser.
- **Teknisk gjeld:** I forbindelse med overlevering til drift og forvaltning er det noen områder som det skal jobbes videre med frem til 1. juli 2025. Dette for å sikre god og effektiv drift og forvaltning av løsningen fremover. Arbeidet organiseres om et eget prosjekt i HPAS. Følgende områder inngår: ulike funksjonelle områder i løsningen, opprydding på enkelte områder innenfor migrering, områder knyttet

til PJA (pasientjournaladministrasjon), områder innenfor sikkerhet og beredskap, samt initiativ knyttet til GDPR og etterlevelse av regelverk.

6.3 Videreføring av aktiviteter til drift og forvaltning

Det er utarbeidet egen rapport for overlevering til drift i forbindelse med avslutning av innføringsprosjektet for helseforetakene.

Aktiviteter knyttet til videre utvikling av løsning (forvaltning) for fastlege og legevakt og en del av driftsaktivitetene videreføres via prosjekt Fastlege og legevakt inntil videre. Brukerstøtte for denne kundegruppen er under etablering. Prosessen følges opp via prosjekt Fastlege og legevakt.

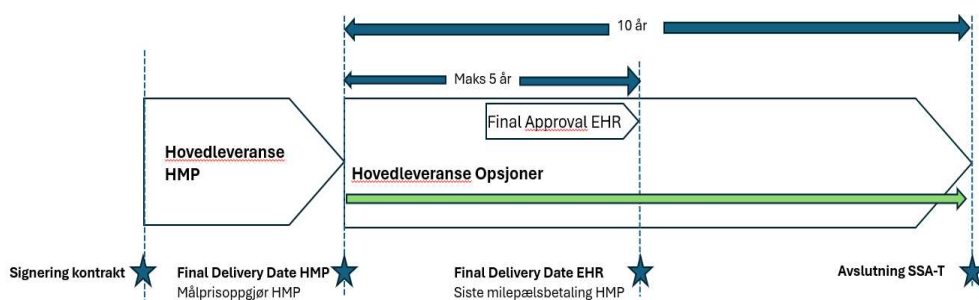
7 Kontraktsmessige forhold

Kontrakten mellom Epic og Helseplattformen er satt opp med en rekke milepæler og godkjenninger. Kontraktens hovedleveranse, Helseplattformen Main Project – HMP, skal godkjennes i forbindelse med godkjenning av innføring til siste helseforetak, dvs HNT. Siste frist for å godkjenne selve Løsningen, Final Delivery Date EHR (Helseplattformen), er 5 år etter innføring til siste helseforetak.

Det er igangsatt arbeid for å gjennomføre kontraktsmessig avslutning av HMP. Nedenfor er hovedaktiviteter som inngår i dette arbeidet (ikke uttømmende):

- Vurdere oppnåelse av effektmålene/gevinstkravene i kontrakten
- Identifisere og kategorisere restanser og avvik i HMP
- Gjennomføre avsluttende leveranser (restanser/avvik) for å kunne godkjenne HMP som helhet. Det skal utarbeides en egen plan for dette.
- Målprisoppgjør: gjennomføres når M7 Final delivery date HMP er inntruffet (når alle restanser og avvik er lukket).

Arbeidet med kontraktsmessig avslutning av HMP følges opp av kontraktsansvarlig og AD i HPAS.



8 Vedlegg 1: Overordnede erfaringer

Helseplattformen Main Project har vært et svært komplekst og utfordrende prosjekt, som har gått over lang tid. Noen områder har fungert bra, mens noen har hatt utfordringer. Vedlegget oppsummerer de viktigste forbedringsområdene og suksesshistoriene.

8.1 Forbedringsområder

I dette delkapitlet beskrives de viktigste og største forbedringsområdene i forbindelse med HMP.

8.1.1 Rammebetingelser, prioriteringer og beslutningsstruktur

Helseplattformen er en ung organisasjon som først ble etablert som prosjektorganisasjon, deretter som et selskap med flere eiere. Fokus har i den samme perioden gått fra å sette opp en regional løsning, til et langt implementeringsløp, for deretter å etablere Helseplattformen som en stabil og god drifts- og forvaltningsorganisasjon. Disse fasene har delvis vært i overlapp med hverandre. Internt har det vært flere omorganiseringer for å imøtekomme de endrede fasene Helseplattformen har vært i. Rammebetingelsene rundt Helseplattformen har i samme periode vært i endring; med endring i eierstruktur med blant annet flere kommuner på eiersiden, endring i styringssignaler fra departements- og direktoratsnivå, endringer i hvilke kunder som har planlagt å ta i bruk løsningen, endring i ledelse og styre, og nå en pågående utredning om sammenslåing med Hemit. Disse prosessene og endringene har vært krevende for organisasjonen som helhet og for den enkelte medarbeider. Samtidig har det tatt høy ledelseskapasitet, i en periode hvor organisasjonen har trengt tydelige signaler om retning og prioritering.

- Det har vært for mange parallelle aktiviteter, der det har manglet en klar prioritering mellom dem fra styret og ledelsen. Det har manglet en god struktur for prioriteringer i Helseplattformen. Blant annet har det vært flere pågående innføringsløp i parallell med optimalisering og opparbeidelse av en solid drifts- og forvaltningsorganisasjon med etablering av rutiner og prosesser. Dette har vært svært krevende for organisasjonen, spesielt der det ikke er dedikerte ressurser til de ulike aktivitetene/initiativene.
- Planer og prioriteringer har vært i stadig endring. Ofte har sterke ønsker fra kunder og eiere blitt tatt inn, uten at noe annet har blitt prioritert ned og at HPAS sine behov har blitt hensyntatt (eksempelvis oppbygging av drift og forvaltning).
- Styrings- og beslutningsstrukturen rundt Helseplattformen har vært komplisert og utydelig. Dette gjør at oppdrag fra kundene kommer ukoordinert og gjennom flere fora og kanaler, uten en klar totalprioritering. Eksempler er Eiermøte, styre, faglig beslutningsstruktur, kundemøter, IKT styringsstruktur RHF/HF.
- Eierstyringen fra Helse Midt-Norge RHF ble opplevd som utydelig, både overfor HPAS og med tanke på Hemit sin rolle. I tillegg har det vært uheldige sammenblandinger av roller som kunde og eier.

- Beslutningsstrukturen har ofte vært basert på konsensus, noe som har gitt Helseplattformen en svak medbestemmelse sammenlignet med helseforetakene, og medført at det er tatt beslutninger knyttet til løsning som går mot Epic best practice, reduserer konsistens i løsningen og der det ikke har vært tilstrekkelig fokus på økonomiske konsekvenser av valgene.
- Ansvar for helseforetakene hadde for endringsledelse og eierskap til innføringen ut i organisasjonene ble i for liten grad tydeliggjort av eier.
- Det har vært krevende å ivareta sluttbruker i strukturen, herunder å forankre og sikre forståelse helt ut til den enkelte ansatte for beslutninger som er tatt i beslutningsstrukturen.
- Klinik- og avdelingsnær ledelse i beslutningsstrukturen ble anbefalt av Epic, men ikke tatt inn i strukturen.
- Pandemien var en utfordring for prosjektet, både med tanke på samarbeid og sykefravær.

8.1.2 Rekrutteringsstrategi, bemanning og kompetanse

Helseplattformen er en kompleks organisasjon som leverer en kompleks og samfunnskritisk tjeneste. Å sikre tilstrekkelig kapasitet og riktig kompetanse har vært en utfordring, spesielt siden rammebetingelsene for bemanningen har vært og fremdeles er krevende.

- Rammene for grunnbemanningen er ikke i overensstemmelse med den totale oppgavemengden Helseplattformen har, hverken i innføringsprosjektet eller i drift.
- Tidshorisonten for innføringsprosjektet har vært endret flere ganger og gjort at midlertidig bemanning i prosjektperioden har blitt forlenget flere ganger, og ofte på relativt kort tid.
- Bemanningsrammene i drift og forvaltning er vesentlig lavere enn i innføringsprosjektet og det har vært krevende å styre inn mot disse rammene av flere årsaker: Prosjektperioden har vært forlenget i tid underveis. Omfang/leveranser har endret seg, både med tanke på utvidelse av optimalisering, samt endring i antall kommuner som skal ta i bruk løsningen.
- Epic leverte i kontrakten estimerer på Helseplattformens ressurssetting av prosjektet. Denne viste seg å være for lav. Planverket beskrev ikke i tilstrekkelig grad ressursbehovet for de ulike aktivitetene. Spesielt avdekket Helseplattformen behov for en betydelig økning i antall applikasjonsanalytikere. Dette medførte både forsinkelser i gjennomføringen og en kostnadmessig belastning. Konsekvensen av dette ble ekstra stor siden det tok lang tid å få folk opp i fart, spesielt siden mange roller er avhengige av Epic-sertifisering. I tillegg var det vanskelig å finne rom for bruk av tid på opplæring av nye. Det har i tillegg vært ekstra krevende å bemanne opp i tide grunnet manglende oversikt over alle oppgaver i starten av HMP.
- Det manglet et helhetlig opplæringsprogram for ansatte for å forberede de nye på å jobbe i prosjekt. Det ble i hovedsak fokus på Epic-sertifisering.

- Det var stor bruk av midlertidige ansatte og konsulenter i prosjektet. Det burde vært vurdert å ansette personer i roller som man antok var langvarige, selv om dette var krevende sett opp mot bemanningsrammer.
- Applikasjonsteamene ble i stor grad bemannet opp med helsepersonell, som hadde god kunnskap og innsikt i klinikernes arbeidshverdag og dermed lettere kunne sette opp løsningen i henhold til klinikernes behov. Baksiden med dette har vært at teamene i for liten grad har hatt IT-kompetanse, noe som kunne gitt en større helhetsforståelse for løsningen og forbedret nivået på test, feilløsning og etablering av drift og forvaltning.
- Det tok tid å etablere gode HR-rutiner for å ivareta de ansatte.
- Epic som amerikanske leverandør har et annet forhold til arbeidstid og overtid enn hva som er regulert av norsk lov, noe som var krevende for Helseplattformen.
- Arbeidspresset var over tid så høyt at Helseplattformen fikk bot for brudd på overtidsreglementet etter gjennomført tilsyn.

8.1.3 Prosjektstyring, avhengigheter og plan

Prosjektstyringsmetodikk og plan var styrt av kontrakten mellom Epic og Helseplattformen, der Epic leverte prosjektplan og hadde hovedansvar for fremdrift. Helseplattformen knyttet til seg EY for å ivareta enkelte roller og styrke kapasitet på kundesiden. Innføringsprosjektet har hatt følgende hovedutfordringer knyttet til prosjektstyring og planverk, inkludert avhengigheter:

- Prosjektplanen viste seg å være for ambisiøs, blant annet slo Helseplattformen etter kort tid fast at bygging av løsningen ville ta lenger tid enn Epic hadde planlagt med. Epic hadde for stor tro på at forsinkelser kunne tas inn igjen og styrte prosjektet i for stor grad på gjennomføring på tid, kontra kvalitet. Saken ble eskalert og etter hvert håndtert kontraktuelt med Epic.
- Prosjektplanen fra Epic var på et for overordnet nivå, og detaljeringen av planene kom for tett på gjennomføring av aktivitetene. I tillegg manglet prosjektplanen mapping av sentrale avhengigheter og avhengighetene identifisert på milepælsnivå var ikke tilstrekkelig for å unngå ressursutfordringer og aktiviteter i tid. I sum medførte dette at Helseplattformen ikke hadde oversikt over alle oppgaver som skulle gjennomføres frem i tid og gjorde planlegging krevende, samtidig som det reduserte oversikt og helhetsbilde. Det ble gjort et stort arbeid for å forbedre dette underveis, og planverket ble betraktelig forbedret for innføring HMR og HNT. I tillegg har de kommunale innføringene utarbeidet sin egen metodikk med bruk av «arbeidspakker», som beskriver kundenes arbeid.
- Prosjektplan var ikke tilstrekkelig synliggjort for hele prosjektorganisasjonen. Dette gjorde det spesielt krevende å følge med på konsekvenser av endringer i plan/fremdrift.
- Det ble etterspurt mer kapasitet fra prosjektledelsen/PMO til å koordinere og støtte planlegging og løsning av krevende saker på tvers av team. Dette ansvaret var i stor grad lagt til hver enkelt delprosjektleder/seksjonsleder. Disse hadde

også ansvaret for å detaljere ut planverket på sitt område. Enkelte seksjonsledere har gitt tilbakemelding på at planverket burde vært mer detaljert ut og mindre ansvar for dette tillagt seksjonene.

- Til tider har det vært frustrasjon rundt rapportering på mange ulike nivå og mange ulike formater

8.1.4 Leverandør og HPAS: Erfaringer med implementeringsmetodikk

Epic hadde i henhold til kontrakten hovedansvar for fremdrift i innføringsprosjektet. Som del av dette ansvaret leverte Epic prosjektplanen, stod for metodikk på de fleste områder, og var involvert i alle aktiviteter som knyttet seg til Epic-løsningen. Dette reflekterte seg også i organiseringen, der de fleste roller i Helseplattformen hadde en «counterpart» fra Epic.

- Epic manglet tilstrekkelig kunnskap om helsetjenesten i Norge og la for lite vekt på norske forhold i organisering, gjennomføring og styring. Epic justerte også i for liten grad dette underveis når de fikk bedre kunnskap om norske forhold. Det var en krevende balansegang mellom leverandørens kontraktuelle forpliktelser til å lede prosjektet, opp mot Helseplattformens ønsker og behov for å korrigere eksempelvis planverk og arbeid med løsning.
- Leverandørstyringen av Epic kunne vært bedre. Helseplattformen burde vurdert større endring i ansvarsforhold og måten å gjennomføre prosjektet på underveis.
- Arbeidsspråk mellom Epic og Helseplattformen var engelsk. I tillegg var kontrakten skrevet på engelsk. Dette vanskeliggjorde felles forståelse og var krevende, spesielt i starten.
- Helseplattformen opplevde at kompetanseoverføringen fra salgsteamet og utviklingsteamet i Epic i anskaffelsen og til ressursene i innføringsprosjektet var for dårlig.
- Det var krevende at Epic gjentatte ganger har kjørt egne prosesser, initiativ og møter, samt la planer direkte med Helseplattformens kunder uten at dette har vært koordinert med Helseplattformen.
- Epic sitt planverk ga ikke tilstrekkelig informasjon om aktiviteter til at Helseplattformen kunne forberede egen organisasjon og tilpasse bemanning til kommende aktiviteter tidlig nok. Dette gav manglende helhetsforståelse for alle aktiviteter helt frem til go-live, spesielt for den første innføringen. Det ble også etterspurt mer informasjon om formål og bakgrunn for aktivitetene, noe som ville ført til raskere læring.

8.1.5 Løsning: Prinsipper for design, standardisering og konfigurasjon

Epic leverte en standard løsning «foundation», som var basert på anbefalinger fra Epic og beste praksis fra øvrige kunder i verden. Prinsippet var å beholde så mye som mulig av «foundation»-løsningen, og kun tilpasse den der det var nødvendig. Underveis ble det

gjort til dels store byggendringer, basert på innspill fra fageksperter. I tillegg var det nødvendig at Epic på noen områder tilpasset løsningen for særnorske forhold gjennom egen utvikling for Helseplattformen, eksempelvis for e-meldinger og e-resept. I ettertid viser det seg at det ble gjort en del uheldige valg knyttet til løsningen.

- Det er gjort for mange tilpasninger fra foundation, noe som gjør løsningen mer krevende å vedlikeholde, samt at enkelte tilpasninger reduserer brukervennligheten.
- Epics metodikk gjorde at man hoppet inn i detaljer og åpnet opp for ønsker fra fagekspertene for tidlig, blant annet ble det i direction sessions gått gjennom for mye på for kort tid med for mange. Det manglet strategiske føringer på standardisering. Det var krevende for Helseplattformen å utfordre Epic på dette tidlig i innføringsprosjektet.
- Brukervennlighet har vært for lite i fokus, både fra Helseplattformen og fra Epic. Kunnskapen om brukervennlighet har vært for lav hos alle parter, inkludert fageksperter og faglige ledere.
- Der det var ønsker/krav fra fageksperter om tilpasning av løsning burde det vært avkrevd godt skrevne brukerhistorier og klare akseptansekriterier. Dette ville gjort oppsett og godkjenning av endringene enklere.
- Det har vært for lite fokus på å se arbeidsflyter i sin helhet, på tvers av fagområder og faggrupper. Dette har ført til suboptimale løsninger, som først har blitt avdekket i produksjon.
- Planlagt byggestopp ble i for liten grad overholdt av styrende organer i de tidlige innføringene, noe som gav utfordringer knyttet til test og verifisering av løsningen.
- Det var ikke utarbeidet tilstrekkelige arkitekturdokumenter før oppstart av design, eksempelvis prinsipper for brukervennlighet, standardisert oppsett av arbeidsflater på tvers av brukergrupper/tjenestekområder og prinsipper om tilgangsstyring.
- Enkelte deler av løsningen var fra Epic sin side for dårlig tilpasset norske forhold. Spesielt gjelder dette løsning for fastleger og legevakt, hvor innføringene har vært svært krevende.
- Det var tilfeller der rapporteringsprodukter ikke var i tråd med lovverk som GDPR med tanke på deling av informasjon mellom aktører, selv om Epic visste hvilke aktører som skulle ta i bruk løsningen.
- Helseplattformen tilgjengeliggjorde for mye styringsdata fra go-live, der deler ikke var validert.

8.1.6 Test: Teststrategi, planlegging og gjennomføring

Prosjektet har erfart at det var mange forbedringspunkter etter gjennomføring av test før de første innføringene av løsningen. Både forberedelser, organisering og gjennomføring av testingen innvirket på dette. Imidlertid var heller ikke forutsetningene

for å gjennomføre en god test til stede. Konsekvensen ble at det ble avdekket vesentlige feil sent, som ble feilrettet tett opp mot go-live, mens opplæringen pågikk. Testing på en uferdig løsning gjorde også at viktige sammenhenger i løsningen ikke ble testet godt nok, eksempelvis meldingsflyt. I ettertid ser man at Helseplattformen ikke evnet å prioritere test godt nok tidlig i innføringsprosjektet.

- I milepælsplanen var det tydelig at bygging av løsning skulle ferdigstilles før testperioden startet, og at i testperioden skulle i det vesentlige alle ressurser være avsatt til test. I realiteten var bygg av løsningen forsinket, og det ble vedtatt å fortsette bygging inn i testperioden. Dette gjorde at det ble testet på en uferdig løsning, som var i bevegelse. Dette var både tilfelle før Trondheim kommune gikk live, og for St. Olav.
- Avstemming av testplaner og teststrategi mellom Helseplattformen og kundene var ikke tydelig nok, herunder hvordan kundene skulle involveres i test og hvilket ansvar de hadde for å påvirke omfang og medvirke i gjennomføring. Tester ble tidvis brukt som opplæringsarena og omkamper knyttet til løsningen.
- Det var krevende å allokere tilstrekkelig med ressurser til test. Dette skyldtes i stor grad forsinkelser i prosjektet. Samtidig var testressursene organisert utenfor test-teamet, og test-teamet hadde ikke styringsrett over disse. De samme ressursene var satt til bygg og test. Dette innvirket på gjennomføring, men også i stor grad på forberedelser til testing, som utarbeidelse av testscript.
- Det var ulike syn mellom Epic og Helseplattformen på strategi for gjennomføring av test, herunder at Epic foreslo å sette av mindre tid til testing og å teste færre runder ende til ende-testing enn hva Helseplattformen gjennomførte.
- Vi avvek mye fra foundation - da burde sannsynligvis også testperioden vært utvidet fordi testbehovet ble større, samt at dette gjorde at vi ikke kunne gjenbruke alt testmateriale fra Epic.
- Helseplattformen var umodne på test, og det ble i for liten grad gjennomført opplæring av organisasjonen i testmetodikk og testgjennomføring. Helseplattformen manglet også en tydelig teststrategi. Negativ testing ble i liten grad utført og akseptansekriteriene var ikke tydelige nok. Det ble i for liten grad testet funksjonalitet på tvers i løsningen.
- Helseplattformen burde i større grad fulgt opp at testing ble gjennomført helt inn til tredjeparters systemer, eksempelvis lesbarhet i epikriser for fastleger som ikke hadde oppgradert sine journalsystemer til å håndtere gjeldende standard.

Testgjennomføringen ble betydelig bedret til senere innføringsløp, med blant annet fokus på bedre script, testplaner og testrapporter, forbedring av akseptansekriterier, evaluering og utvidelse av testomfang, utarbeidelse av teststrategi, bedre opplæring av applikasjonsanalytikere og styrking av test-teamet.

8.1.7 Tilgangsstyring – teknisk og funksjonell løsning

Anskaffelse av IAM-løsning var rigget som en egen anskaffelse med egen leverandør, og var rigget som et eget delprosjekt med en egen styringsgruppe. Det var store utfordringer med tilgangsstyringsløsningen i forkant av innføringen ved Trondheim kommune og St. Olav. Dettess hadde flere årsaker:

- Løsningen er teknisk sett komplisert og oppsettet involverer flere seksjoner i Helseplattformen.
- Arbeidet var i for liten grad integrert med resten av innføringsprosjektet. Dette førte til at avhengigheter ikke ble godt nok ivaretatt og at testing av tilgangsstyringen ikke var en godt nok integrert del av testregimet, eksempelvis i ende til ende-testing.
- Helseplattformen hadde ikke god nok kompetanse på å gjennomføre denne typen prosjekter. Det manglet et helhetlig design på tilgangsstyringsløsningen i stort fra starten av prosjektet.
- Det manglet premisser for tilganger til en delt journal: hvem skal se hva i en delt journal?
- Helseplattformen stilte ikke tydelige nok krav på format og kvalitet på HR-data fra kundene.
- Ansvar for tilgangsstyring i Helseplattformen var for fragmentert, mellom teknisk løsning (kjernesystemer), applikasjonsteam (klinikerrettigheter) og informasjonsforvaltning (masterdata).
- Arbeidet med å implementere tilgangsstyringsløsningen var svært forsinket, og løsningen var på plass sent i testløpet til Helseplattformen
- Det var både en sårbar løsning og sårbar organisering av arbeidet med tilgangsstyring
- Ivaretagelse av avhengigheter mellom den tekniske løsningen for tilgangsstyring og bygg av templer for klinikerrettigheter var krevende

Det er i etterkant av go-live Trondheim kommune gjort en rekke forbedringer både i løsning, rutiner og organisering av arbeidet både internt og opp mot leverandør og løsningen er i dag stabil. Det mangler fortsatt ende- til ende-ansvar plassert ett sted i Helseplattformen.

8.1.8 Overgang til drift og forvaltning

Etter innføringen i Trondheim kommune var Helseplattformen både en innføringsorganisasjon og en drifts- og forvaltningsorganisasjon med ansvar for å levere en samfunnskritisk tjeneste med høye krav til oppetid og kvalitet i leveranser, som varte i 2,5 år. Dette var en krevende overgang for Helseplattformen. Helseplattformen tok en stor risiko ved å ikke sørge for at drift og forvaltning var tilstrekkelig etablert før første go-live.

- Helseplattformen bygde opp en drifts- og forvaltningsorganisasjon fra bunn, der organisasjonen ikke hadde erfaring med dette fra før, og der få av

enkeltmedarbeiderne hadde driftserfaring. Rammene for driftsorganisasjonen ble satt før man visste omfanget av oppgavene.

- Etableringen av drift og forvaltning kom i gang alt for sent og burde vært påstartet to år tidligere. Etableringen skjedde samtidig med svært krevende innføringsløp, og fikk derfor ikke tilstrekkelig momentum, prioritering eller kapasitet. Dette førte til at det ikke var tilstrekkelig klart til første go-live. Drift og forvaltning burde vært rigget som et eget løp fra tidligere i prosjektperioden, med et tydelig eierskap og prioritering. Det burde vært sikret bredere involvering i organisasjonen.
- Etablering av gode prosesser, rutiner og dokumentasjon kom sent i gang og er fremdeles ikke ferdigstilt. Dette arbeidet ble nedprioritert, noe som har skapt utfordringer i ettertid. Eksempler her er endringshåndtering og fullmaktsmatrisen.
- Tjenesteavtalen er for lite presis og mangler detaljerte SLA-er, noe som blant annet skaper usikkerhet knyttet til definisjon av endringer.
- Oppgavefordeling og samarbeid med Hemit har tatt lang tid å etablere og er fortsatt utydelig.

8.1.9 Verktøy, samarbeid, arbeidsform

Det er et utstrakt samarbeid mellom Helseplattformen, Epic, helseforetak og kommuner. De ulike aktørene var imidlertid ulike juridiske enheter og hadde sine egne verktøy for samarbeid og begrensninger i deltakelse i disse på tvers. Dette gjorde samarbeidet tyngre i hverdagen.

- Ikke tilgang til hverandres kalendere for møteplanlegging. Dette ble etablert mellom Helseplattformen og helseforetakene mot slutten av perioden.
- Trondheim kommune benyttet Google som plattform, mens Helseplattformen og helseforetakene benyttet Skype/Teams.
- Fildeling fungerte godt mellom aktørene ved at Helseplattformen sin Sharepoint-løsning var åpen for alle fageksperter. Denne ble underveis byttet ut med Teams. Det var imidlertid ulike praksiser for lagring og strukturering av dokumenter på tvers av prosjektet. Samskriving i dokumenter var utfordrende. Epic sin tilgang til Helseplattformens verktøy var utfordrende.
- Helseplattformen manglet gode verktøy for prosjektplanlegging og rapportering. Mye av dette foregikk i verktøy som PowerPoint, OneNote, Excel og Word. Verktøy varierte på tvers av delprosjekter/seksjoner og mellom ulike prosjekter, samt over tid. Prosjektledelsen og Epic benyttet MS Project, men dette var ikke tilgjengelig for alle. Teams har bedret dette gjennom blant annet verktøy som Planner og Project app. I tillegg har innføringen av Azure Devops vært positivt, selv om det har vært krevende å få alle til å benytte dette.

8.2 Suksesshistorier:

8.2.1 Læring og utvikling

Helseplattformen som organisasjon har vært flinke til å lære av tidligere erfaringer, noe som har gitt seg utslag i stadig bedre gjennomførte innføringsløp. Kursen er justert underveis, slik at tidligere forbedringspunkter er forbedret til neste korsvei. Det er blant annet jobbet godt med å ta ned pasientsikkerhetsrisiko og gjennomføringsrisiko. Prosjektplaner er justert løpende og evaluert etter hver produksjonssetting.

8.2.2 Agil/smilig metodikk:

Helseplattformens innføringsmetodikk var leveransebasert (Prince2), med en prosjektplan basert på faste milepæler. I tillegg var organisering av bygg av løsning fordelt på en rekke team (nærmest basert på moduler i Epic). Selv om det ble etablert en del tverrgående områder (Integrated areas), hadde denne tilnærmingen en del svakheter (les silobasert). Det ble etter hvert i forbindelse med overgang til drift og forvaltning behov for å innføre en ny metodikk som ivaretok behov for å jobbe mer smilig. Det ble besluttet å innføre smilig metodikk med utgangspunkt i Scrum og med Azure DevOps som verktøy. Utrullingen startet i 2021 og pågår fortsatt, og det har tatt lang tid å få alle team til å benytte samme metodikk og verktøy. Innføringen har vært krevende, med ulike oppfatninger om hvordan dette har lyktes. Likevel har innføringen spesielt for Tjenesteutvikling hatt stor verdi:

- Overgang til agil metodikk og smilige team har gitt flere (men ikke alle) en bedre oversikt over oppgaver og kontroll på status
- Det ble etablert tverrgående møtestrukturer for å forbedre samarbeid mellom team og seksjoner, som backlog refinement og leveransemøte.
- Selv om ikke alt har vært rosenrødt med innføringen, opplevde Tjenesteutvikling bedre styring og kontroll ved å sette dedikerte produkteiere og teamfasilitatorer på applikasjonsteamene. De fikk også en bedre oversikt med hjelp av Azure. Med bedre definert scope og helhetlig ledelse hadde dette vært en større suksess.

8.2.3 Arbeidsinnsats/motivasjon/organisasjon

De ansatte i Helseplattformen har stått i en krevende situasjon de siste årene, med tidvis svært sterk kritikk i media og et anstrengt samarbeidsklima med våre kunder. I tillegg har arbeidsbelastningen vært høy med mange innføringsløp, drift og andre prosesser og initiativ i parallell. På tross av dette har vi sammen klart å bygge et godt arbeidsmiljø, og takket være en imponerende arbeidsinnsats fra alle team har vi klart å gjennomføre alle planlagte innføringsløp, samtidig med drift og forvaltning.

8.2.4 SNOMED CT

Helseplattformen har vært den fremste bidragsyteren til utarbeidelsen av norsk versjon 1.0 av SNOMED CT. Arbeidet var drevet av Helsedirektoratet i samarbeid med Helseplattformen. Leveransen besto av 120 000 begreper, hvor kvalitetssikring av

terminologibindinger og oversetting til norsk var leveransen. Helseplattformen er det første strukturerte journalsystemet i Norge som har benyttet SNOMED CT som maskinlesbar terminologi. SNOMED CT skal sikre konsistent og intuitiv representasjon av klinisk innhold, redusere behovet for fritekst og forbedre datakvaliteten. Målet er å forbedre datakvaliteten, sikre enkel og sikker tilgang til pasientopplysninger, og legge til rette for forskning og kvalitetsforbedring. Implementeringen dekker områder som funn og diagnoser, legemidler, kartlegginger og undersøkelser, pasientplaner og prosedyrer. På tross av utfordringer inkluderer volumet av terminologien, feilkoblinger og endringsmotstand blant helsepersonell har Helseplattformen oppnådd flere viktige resultat og gevinster tilknyttet bruken av SNOMED CT. Viktigst er semantisk samhandling mellom primær og spesialisthelsetjenesten, legemiddelsamstemning, beslutningsstøtte, effektivisering av informasjonsforvaltning og et fortrinn ifm interoperabilitetsskrav i EHDS.

8.2.5 Andre suksesshistorier:

- Helseplattformen har klart å ivareta en nysgjerrighet, et ønske om å nå målene våre og vi er åpne med hverandre og løsningsorienterte
- Det var en suksesshistorie å etablere Informasjonsforvaltning som eget område
- Vi får i dag til å vise frem gevinster på en god måte i løsningen
- Utlevering av data til innovasjon- og forskningsprosjekter: vi har tilgang til mye mer data enn andre regioner
- Kommuneinnføringene gikk generelt meget bra. Godt samarbeid og gode forberedelser. Innføringene i helseforetakene gikk også bedre og bedre.
- Vært katalysator for samarbeid i regionen mellom ulike aktører
- Nasjonale krav er oppfylt og vedlikeholdes felles for alle kunder