

Retningslinjer for investeringsanalyser på IKT-området

19. juni 2025
Versjon 1.0

Versjon	Utarbeidet av	Godkjent
1.0	Enhet for investering og finansiering/-inntekter og controlling	Styrebehandlet som del av revidert finansstrategi for Helse Sør-Øst

Innhold

1	Innledning	2
1.1	Formål og bakgrunn	2
1.2	Beslutningsmyndighet og prosess ved faseoverganger i Helse Sør-Øst.....	2
1.3	Relevante veiledere, dokumenter og verktøy.....	3
1.4	Begrepsavklaring og forkortelser.....	4
2	Rammeverk for økonomisk bæreevne	5
2.1	Introduksjon	5
2.2	Økonomisk bæreevne.....	5
2.3	Analysemetode	5
2.4	Klassifisering av prosjektkostnader.....	5
2.5	Diskonteringsrente.....	5
2.6	Prisnivå	6
2.7	Økonomisk levetid og analyseperiode.....	6
2.8	Restverdier	6
2.9	Risiko og usikkerhet	6
3	Analyse av økonomisk bæreevne.....	8
3.1	Prosjektnivå.....	8
3.1.1	Analyseelementer i prosjektet	8
3.1.2	Nullalternativ	11
3.1.3	Stoppalternativ	11
3.1.4	Alternativer til beslutning	13
3.1.5	Prosjektavgrensning og avhengigheter	13
3.2	Porteføljenivå.....	14
3.3	Foretaksgruppenivå	15
3.4	Krav til økonomisk beslutningsgrunnlag ved faseoverganger	15
3.4.1	Oversikt over beslutningsunderlag.....	15
3.4.2	Oppstart konseptfase (BP1).....	16
3.4.3	Oppstart planleggingsfasen (BP2).....	16
3.4.4	Oppstart gjennomføringsfase (BP3.X).....	17
3.4.5	Endringsanalyse av prosjektets totale kostnader og lønnsomhet.....	18
3.5	Retningslinjer og presiseringer for utredningsarbeidet	19
3.5.1	Vurdering av dimensjonerende faktorer for gevinster i gjennomføringsfasen	19
3.5.2	Analyseperiode for gjennomføringsfasen med suksessive innføringsaktiviteter	19
4	Vedlegg.....	21
4.1	Eksempel på vurdering av prosjektets bæreevne.....	21
4.2	Sjekkliste ved leveranser av styresaker.....	22
4.3	Notat om fremgangsmåte, vurderinger og forutsetninger	22
4.4	Gevinstrealiseringsplan og tilhørende vurderinger.....	23
4.5	Metodevalg ved gevinstberegninger.....	24
4.6	Utfordringer knyttet til driftsøkonomiske vurderinger/tiltak og sjekkliste	26
4.7	Saksbehandlingstider i Helse Sør-Øst.....	27
4.8	Krav til allmenn språkbruk ved fullmaktsøknad til Helse Sør-Øst RHF.....	27

1 Innledning

1.1 Formål og bakgrunn

Formålet med dette dokumentet er:

- å sørge for en ensartet praksis ved utarbeidelse av økonomisk beslutningsgrunnlag for IKT-prosjekter i Helse Sør-Øst
- å være en veileder for analyser av driftsøkonomiske effekter og økonomisk bæreevne i faser før investeringsbeslutning for IKT-prosjekter
- å konkretisere krav til leveranser for styresaker på IKT-området som skal behandles av Helse Sør-Øst RHF

Prosjektene forutsettes å bidra til å oppfylle målsetninger definert i regionale og nasjonale strategier, krav og oppdrag. Innføring av nye teknologiske løsninger medfører risiko og påvirkning på Sykehuspartner HF og de aktuelle helseforetakenes økonomi og drift. Som del av et godt beslutningsgrunnlag skal det gjøres detaljerte analyser av de økonomiske effektene.

Økonomiske analyser synliggjør de driftsøkonomiske konsekvenser og inngår i den samlede prosjektvurderingen, sammen med helsefaglige, teknologiske, personellmessige og øvrige vurderinger. Beslutningstakere kan velge å gjennomføre et prosjekt som ikke har økonomisk bæreevne, men da må helseforetakene og foretaksgruppens samlede økonomi bære investeringen, noe som kan påvirke gjennomføringen.

Dette dokumentet supplerer eksisterende veiledere og den regionale prosjektveiviseren for IKT-prosjekter. Det gir en kort introduksjon til økonomiske analyser av investeringsprosjekter (økonomisk bæreevne, nåverdi osv.), men fokuserer primært på vurdering av driftsøkonomiske effekter (likviditetseffekter).

1.2 Beslutningsmyndighet og prosess ved faseoverganger i Helse Sør-Øst

Prosjektstyringen av IKT-prosjekter følger prosjektveiviseren, som inkluderer konseptfase, planleggingsfase, gjennomføringsfaser og avslutningsfase. Det er beslutningspunkter (BP) ved hver faseovergang der prosjektet må godkjennes for å kunne gå videre. Dette dokumentet spesifiserer retningslinjene fra beslutningspunkt én (BP1) til beslutningspunkt tre (BP3) og kravene til økonomiske beslutningsgrunnlag for faseoverganger fra beslutningspunkt tre (BP3) som skal styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF. For andre fullmaktsaker og investeringssaker som behandles i regionale porteføljestyret kan det økonomiske beslutningsunderlaget forenkles, men det må fortsatt inneholde relevant informasjon i tråd med dette dokumentet.

Beslutningsmyndighet og fullmaktgrenser for faseovergangene reguleres i *Fullmakter på IKT-området* og er sammen med foreliggende dokument en del av *Finansstrategi i Helse Sør-Øst*.



Figur 1: Prosjektveiviserens hovedfaser

BP 1: Godkjenning av mandat og beslutning om oppstart og finansiering av konseptfasen

BP 2: Godkjenning av prosjektforslag og beslutning om oppstart av planleggingsfasen samt etablering av prosjekt

BP 3: Godkjenning av styringsdokument og beslutning om oppstart av gjennomføringsfase

BP 4: Verifisering av at leveranser er godkjent og beslutning om oppstart av avslutningsfasen

BP 5: Godkjenning av sluttrapport og beslutning om lukking av prosjekt

BP 6: Beslutte videre tiltak for økt gevinstrealisering

1.3 Relevante veiledere, dokumenter og verktøy

Nedenfor er en oversikt over veiledere og dokumenter som danner grunnlaget for effektiv og målrettet planprosess. Dokumentet tar sikte på å forbedre kvaliteten i vurderingen av IKT-prosjekter og dermed effektivisere sykehus tjenester. Leseren anbefales å sette seg inn i innholdet i følgende veiledere og planer:

- 1) *Finansstrategi i Helse Sør-Øst* - [Finansstrategi HSO - Helse Sør-Øst RHF](#)
- 2) *Regional utviklingsplan 2040* - [Regional utviklingsplan 2040 - Helse Sør-Øst RHF](#)
- 3) *Regional delstrategi for teknologiområdet* - [Regional delstrategi for teknologiområdet - Helse Sør-Øst RHF](#)
- 4) *Prosjektveiviser for IKT i Helse Sør-Øst* (Clarity)
- 5) *Prosjektveiviseren*. Digitaliseringsdirektoratet - www.prosjektveiviseren.no
- 6) *Veileder nr. 8. - Nullalternativet – kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjektoalternativ*. Finansdepartementet, v1.1, 28. april 2010 [Veileder nr 8 Nullalternativet](#)
- 7) *Rundskriv R 109/21: Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.* Finansdepartementet, 25. juni 2021 [Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser](#)
- 8) *Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter* - Direktoratet for økonomistyring, oktober 2014 [Veileder: Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter | DFØ](#)
- 9) *Byggeprosjekter i Helse Sør-Øst Styring av IKT-* [Byggeprosjekter i Helse Sør-Øst Styring av IKT](#)
- 10) *Veileder for tidligfaseplanlegging av IKT-prosjekter* (5.2.2019) – for IKT-investeringer over 500 millioner kroner [032-2019-vedlegg---veileder-tidligfaseplanlegging-av-ikt-prosjekter.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

I tillegg til disse veilederne vises til følgende relevante dokumenter:

- a) [HSØ Økonomihåndbok](#)
- b) [Temanotat 10 IKT-prosjekter](#) (EK)
- c) *Fullmakter for IKT-området* (EK)
- d) [Prinsipper for finansiering, regnskap og rapportering for ikke-byggnær IKT i store byggeprosjekt](#) (EK)

1.4 Begrepsavklaring og forkortelser

Begrep	Forklaring
Gevinstoversikt	En gevinstoversikt gir en oversikt over sentrale, mulige gevinster av et prosjekt og sentrale forutsetninger for å realisere dem. Det brukes primært for at virksomhetsledelsen skal få en klar framstilling av forventede gevinster.
Gevinstrealiseringsplan	En gevinstrealiseringsplan skal være en operativ handlingsplan for virksomhetsledelsen til bruk i oppfølgingen av prosjektet og dets resultater. Den gir konkret informasjon om når og hvordan linjeorganisasjonen skal gjennomføre tiltak for å realisere gevinstene.
Kontantstrøm	Inn- og utbetalinger i en bestemt tidsperiode, og sier noe om likviditet / forklarer likviditetsendringer.
Likviditet	Et begrep som benyttes til å beskrive virksomhetens betalingsevne og kjøpekraft. God likviditet vil si at virksomheten har god evne til å innfri sine betalingsforpliktelser.
Avskrivning	Planmessig kostnadsføring av verdifall på et varig anleggsmiddel / den periodiske allokeringen av en investeringsutgift. Avskrivning er en ikke-betalbar kostnad (dvs. medfører ikke noen utbetaling eller likviditetsendring).
Nedskrivning	Kostnadsføring av uforutsett verdifall av eiendeler eller anleggsmidler. Nedskrivning er en ikke-betalbar kostnad (dvs. medfører ikke noen utbetaling eller likviditetsendring).
Betalbare driftskostnader	Driftskostnader som medfører utbetalinger.
Netto driftsgevinster	Forskjell mellom betalbare driftskostnader og -inntekter mellom nullalternativet og gjennomføringsalternativet.
EBITDA	Resultat før renter, skatt, avskrivninger og nedskrivninger (earnings before interest, tax, depreciation and amortization). Tilsvarende driftsresultat før av- og nedskrivninger.
Nåverdi	Dagens verdi av kontantstrømmene i et investeringsprosjekt (på beslutningstidspunktet)
Internrente	Det avkastningskravet/den diskonteringsrenten som gir en nåverdi lik null.
Basisestimat	Summen av sannsynlige kostnader for alle spesifiserte og konkrete kostnadsposter for det som skal leveres av prosjektet på analysetidspunktet. I tillegg kommer et uspesifisert påslag for uforutsett. Summen av disse to postene kalles basisestimat.
Forventede tillegg	Kostnader som man av erfaring vet vil komme, men som på analysetidspunktet ikke er identifisert når estimatet utarbeides. Potensialet for denne typen kostnader er størst i tidlig fase av prosjektet og reduseres etter hvert som prosjektet utvikles.
Styringsramme (P50-estimat)	Summen av basisestimat og forventede tillegg. Dette er det nivået Helse Sør-Øst RHF forventer at prosjektet leverer innenfor. P50-estimat betyr at det er 50 prosent sannsynlighet for at kostnadene ikke overskrider dette nivået.
Usikkerhetsavsetning	Avsetning for å oppnå ønsket sikkerhet mot overskridelse av kostnadsrammen. Det forventes ikke at denne posten brukes i prosjektet.
Kostnadsramme (P85-estimat)	Sum av styringsramme og usikkerhetsavsetning. P85-estimat betyr at det er 85 prosent sannsynlighet for at kostnadene ikke overskrider dette nivået.
Irreversibel kostnad («Sunk cost»)	Refererer til ressurser, ofte tid eller penger, som allerede har blitt investert i et prosjekt eller en beslutning og som ikke kan gjenvinnes. Disse kostnadene er "sunk" eller irreversibel da de ikke kan påvirkes av fremtidige handlinger. Beslutningstaking bør fokusere på framtidig kostnader og gevinster og ignorere sunk costs.
MTU	Medisinsk-teknisk utstyr. Dette inkluderer alt utstyr som brukes til diagnostisering, behandling og overvåking av pasienter, som for eksempel røntgenapparater, MR-maskiner, og ventilatorer

Tabell 1: Definisjoner

2 Rammeverk for økonomisk bæreevne

2.1 Introduksjon

Knapphet av tilgjengelig kapital og behov for effektiv ressursbruk medfører økonomiske krav til investeringsprosjekter. Minimumskrav bør baseres på prinsippet om at verdien av investert kapital ikke forringes, noe som opprettholder kapasiteten for forsvarlig drift og fremtidige investeringer. Prinsippene for god formuesforvaltning og ressursstyring erkjenner at alle ressurser i spesialisthelsetjenesten har alternative bruksområder og bør benyttes mest mulig hensiktsmessig.

2.2 Økonomisk bæreevne

Analyser av økonomisk bæreevne over prosjekts økonomiske levetid har som mål å sammenligne forventede driftsgevinster med avdrag og renter på kapitalen som finansierer prosjektet (forpliktelsene/kapitalkostnadene). Prosjektets netto likviditetsstrøm og netto nåverdi er i prinsippet to sider av samme sak, da begge metodene vurderer fremtidige driftseffekter, inkludert driftsgevinster og -kostnader, opp mot investeringskostnaden. Under identiske forutsetninger vil de gi samme konklusjon.

Et prosjekt har økonomisk bæreevne over prosjektets levetid når:

- Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null
- Likviditetsstrøm fra driften overstiger finansieringskostnader og avdrag (i sum for lån og egenfinansiering)

2.3 Analysemetode

Netto nåverdi beregnes som summen av diskonterte kontantstrømmer fra driftsøkonomiske effekter og diskontert periodisert investering i analyseperioden.

Internrente er den kalkulasjonsrenten som gjør at nåverdien av kontantstrømmen er lik null. Den beregnes av den faktiske likviditetsstrømmen før diskontering, med samme analyseperiode som for nåverdien. IKT-prosjekter kan gi kun negative eller positive kontantstrømmer, noe som gjøre metoden irrelevant når internrenten blir uendelig negativ eller positiv.

2.4 Klassifisering av prosjektkostnader

Prosjektkostnadene omfatter ofte investeringer i utvikling eller anskaffelse av IKT-løsninger, herunder kjøp av nytt utstyr, kostnader knyttet til infrastruktur, kjøp av lisens for tjenestene, implementeringskostnader og eventuelt andre prosjektkostnader. Leveransemodellen for IKT-prosjekter er i endring fra å eie programvaren til å abonnere på den gjennom skybaserte løsninger. Denne overgangen medfører at kapitalelementet, som representerer en investering, inngår i den årlige lisenskostnaden. Dette kan føre til at kravet til kontroll og identifikasjon, i henhold til NRS 19¹, ikke blir oppfylt, noe som hindrer balanseføring av skyløsningen som en investering. Differensieringen mellom driftskostnader og investeringskostnader er nærmere utdypet i økonomihåndbokens Temanotat 10 om IKT-prosjekter.

2.5 Diskonteringsrente

Kalkulasjonsrenten for driftsøkonomiske effekter baseres på Finansdepartementets retningslinjer og rundskriv R-109/21. Helse Sør-Øst RHF bruker en høyere diskonteringsrente/kalkulasjonsrente for IKT-prosjekter enn for de store byggeprosjektene i regionen fordi IKT-prosjekter antas å medføre en større systematisk risiko enn byggeprosjekter. Helse Sør-Øst RHF har derfor fulgt anbefalingen fra NOU 2012:16 *Samfunnsøkonomiske analyser* om å anvende en høyere kalkulasjonsrente for tiltak som har vesentlig høyere systematisk risiko. Det gjøres imidlertid kun vurdering av effekter på foretaksøkonomien, og ikke av samfunnsøkonomisk nytte/gevinst.

¹ Norsk Regnskaps Standard (NRS) 19 omhandler regnskapsføring av immaterielle eiendeler

2.6 Prisnivå

Analysene skal gjennomføres i faste priser, noe som betyr at priser for gevinster og kostnader ikke skal justeres for forventet fremtidig inflasjon. For å sikre konsistens i prisnivået må kostnader, inntekter og prosjektkostnader i analyseperioden oppgis med samme prisdato. Denne prisdatoen bør, i størst mulig grad, være nær beslutningstidspunktet. Av praktiske årsaker vil prisdatoen som oftest være den som benyttes i gjeldende økonomiske langtidsplan, og denne vil da fungere som retningslinje for analysene.

Realprisjustering

Jamfør rundskriv R-109/21 *Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser* fra Finansdepartementet skal det som hovedregel ikke gjennomføres realprisjusteringer (det vil si at vi forventer at alle priser vokser med samme rate). Hvis det gjennomføres realprisjusteringer skal dette være basert på et teoretisk og empirisk grunnlag, og det skal tydelig fremkomme av analysen hvilke prislelementer som er realprisjustert. Hvis det foreligger risiko knyttet til forventet realprisutvikling skal dette beskrives som en del av dokumentasjonsunderlaget.

2.7 Økonomisk levetid og analyseperiode

Analyseperioden i de driftsøkonomiske analysene definerer tidsrommet fra prosjektet går inn i gjennomføringsfasen til gevinstuttakene skjer. Denne perioden tilsvarer prosjektets økonomiske levetid, altså tiden før større reinvesteringer eller oppgraderinger oppstår for å sikre videre drift (nytt IKT-prosjekt). Forenklet estimeres den økonomiske levetiden basert på kalkulerte prosjektkostnader og avskrivningstidene for de ulike helseforetakene. Rettledning om analyseperiode for prosjekter med suksessiv innføring i helseforetak gis i 3.5.2.

For IKT-prosjekter uten avskrivbar investering må analyseperioden samsvare med avtaletiden for anskaffelsene, med mindre spesielle grunner foreligger. Vurderingene bør være konservative og ikke overstige 8 år. Eventuelle avvik må forklares i prosjektbegrunnelsen eller forutsetningsnotat.

2.8 Restverdier

Som hovedregel skal ikke restverdier inkluderes ved beregning av netto nåverdi. Det følger av veileder i samfunnsøkonomisk analyse at «*man skal beregne en restverdi dersom analyseperioden settes kortere enn tiltakets levetid*»² Analyseperioden bør settes lik levetiden for investeringskomponentene, noe som innebærer at det i gjennomsnitt ikke forventes restverdier ved analyseperiodens slutt. Det må likevel gjøres konkrete vurderinger av restverdier for hvert enkelt prosjekt.

2.9 Risiko og usikkerhet

Nåverdi- og bæreevneanalyser skal redegjøre for prosjektets økonomiske risiko. Det benyttes to metoder for å synliggjøre risiko og usikkerhet i prosjektet.

- Usikkerhetsanalyser
- Scenario-/sensitivitetsanalyser som viser den økonomiske konsekvensen hvis et gitt scenario inntreffer.

Usikkerhetsanalyser

Usikkerhetsanalyser vurderer prosjektets inngangsverdier som usikre og benytter en sannsynlighetsbasert tilnærming. Før faseovergang til gjennomføringsfasen (BP3), og ved hver faseovergang i gjennomføringsfasen, skal prosjektet gjennomføre en økonomisk usikkerhetsanalyse og kvalitetssikre estimatene i henhold til metodikken i Clarity (*Økonomisk usikkerhetsanalyse – veileder*). Analysen avklarer den økonomiske usikkerheten og bekrefter at estimatene er tilstrekkelig for videreføring av prosjektet. Resultatene skal presenteres som

sannsynlighetsverdier (p-verdier) for at et gitt utfall inntreffer. Som hovedregel skal det benyttes P50-estimer og P85-estimer. Prosjektorganisasjonen er ansvarlig for gjennomføringen, og for prosjekter med basisestimat over 100 millioner kroner skal usikkerhetsanalysen gjennomføres av ekstern part.

Usikkerhetsanalyse	Beløp	Prosent
Basisestimat	100	
Forventede tillegg	12	12 %
Styringsramme (P50-estimat)	112	
Usikkerhetsavsetning	10	9 %
Kostnadsramme (P85-estimat)	122	

Tabell 2: Resultater av usikkerhetsanalyse

Sensitivitet-/scenarioanalyser

I scenario-/sensitivitetsanalyser vises økonomisk usikkerhet som en konsekvens av bestemte hendelser. Det skal som hovedregel gjennomføres sensitivitetsanalyser på de sentrale forutsetningene i prosjektet, som investeringskalkylen, gevinstuttak, diskonteringsrente (for nåverdi) og eventuelle restverdi.

Scenarioanalyser av driftsøkonomi utføres i samarbeid med de ansvarlige for gevinstene, for å skape en felles forståelse av risikoene ved gevinstrealisering (for eksempel basert på metode for usikkerhetsanalyser). Dette omfatter arbeidsmøter for å identifisere risikoer, tiltak og oppfølgingsplaner i gjennomførings- og gevinstrealiseringsfasen i prosjektet.

Scenario-/sensitivitetsanalysene skal gjennomføres med utgangspunkt i analysens P50-estimer.

3 Analyse av økonomisk bæreevne

For å vurdere om et IKT-prosjekt skal gjennomføres, skal det utføres analyser av økonomisk bæreevne på tre nivå; prosjekt-, portefølje- og foretaksgruppenivå.

1. Analysen av økonomisk bæreevne på **prosjektnivå** vurderer om prosjektet oppfyller kravene til bæreevne for IKT-prosjekter i Helse Sør-Øst
2. På **porteføljenivå** vurderes om prosjektet kan gjennomføres innenfor årlig budsjett og økonomisk langtidsplan for Sykehuspartner HF
3. En analyse på **foretaksgruppenivå** avdekker hvordan konsernets likviditet påvirkes av prosjektet

3.1 Prosjektnivå

Analyser av økonomisk bæreevne på prosjektnivå skal avgjøre om det vil være økonomisk gunstig å gjennomføre prosjektet. Vurderingen sammenligner nullalternativet (videreføring av dagens drift) med driftssituasjon etter prosjektgjennomføring.

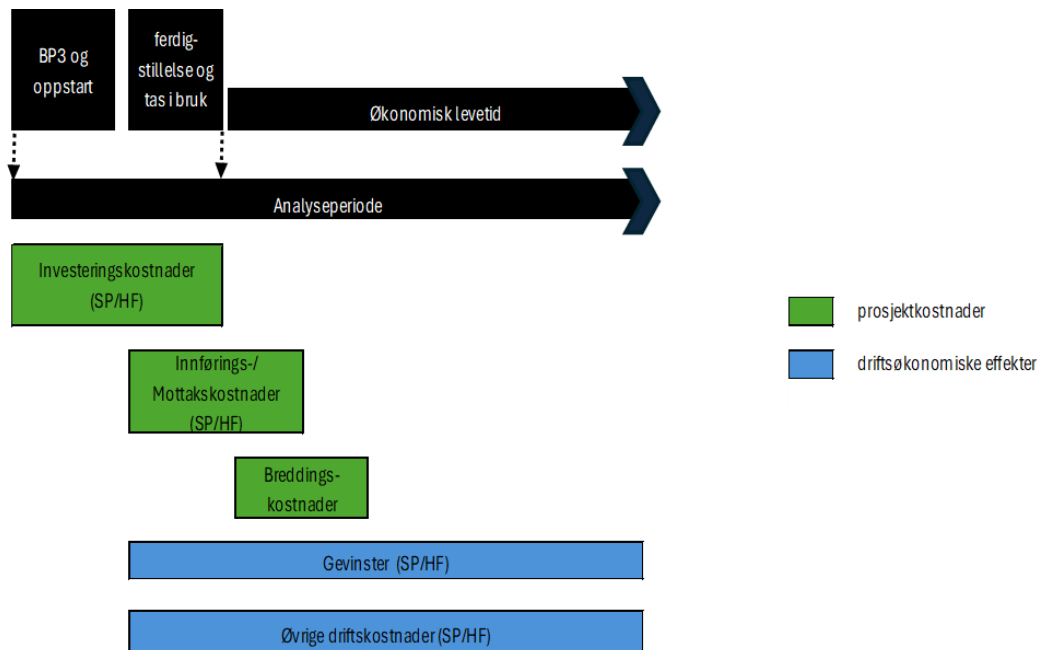
De driftsøkonomiske konsekvensene av prosjektet estimeres som differansen i betalbare driftskostnader mellom nullalternativet og det aktuelle IKT-prosjektet. Beregningen skal kun ta hensyn til kontantstrømeeffekter. Ikke-betalbare kostnader, som avskrivninger og nedskrivninger samt finansresultatet (renteinntekter og rentekostnader), skal også holdes utenfor (håndteres separat i andre beregninger og må ikke telles dobbelt).

Framskrivningene av driftsøkonomien baseres på en nullpunktmåling som kartlegger den eksisterende tilstanden før prosjektstart innenfor de virksomhetsområdene med forventede driftsøkonomiske effekter. Denne målingen vil senere bli sammenlignet med tilstanden etter at tiltaket er gjennomført og virket en stund.

Prosjektet utarbeider økonomiske underlag for prosjektoalternativ(er), inkludert nullalternativ og stoppalternativ (beskrevet nærmere i kapittel 3.1.2 og 3.1.3), samt beregner bæreevne og prosjektets internrente. Det er prosjektets ansvar å vurdere og estimere de økonomiske driftseffektene, og sørge for at disse vurderingene er forankret i prosjektet og helseforetakene. Helseforetakene har ansvar intern forankring, spesielt blant tillitsvalgte og ledelsen. Det er viktig at gevinstnivåene i bæreevneanalysen støttes av gevinstrealiseringsplaner for helseforetakene der gevinstene skal oppnås. Helseforetakene må iverksette aktiviteter for å oppnå disse gevinstene og helseforetak som skal realisere gevinsten har det overordnede resultatansvaret.

3.1.1 Analyseelementer i prosjektet

Illustrasjonen nedenfor gir en oversikt over prosjektkostnader og driftsøkonomiske effekter. Prosjektkostnadene omfatter totale utgifter til planlegging, gjennomføring og ferdigstilling, mens driftsøkonomiske effekter beskriver konsekvensene for den daglige driften. Kategoriene er uavhengige av regnskapsregler for kostnader og inntekter. Tidslinjen for eksempelprosjektet begynner ved beslutningspunktet for gjennomføringsfasen (BP3) og strekker seg gjennom prosjektets analyseperiode, og viser typiske hendelsesforløp for når kostnader og effekter kan oppstå i Sykehuspartner HF og relevante helseforetak.



Figur 2 : Analyseelementer i et prosjekteksempel ved BP3

Erfaringer fra lignende prosjekter i andre helseforetak eller helseregioner, kan styrke saksunderlaget. Ved å inkludere konkrete data fra disse prosjektene i vurderingen av prosjektkostnader og driftsøkonomiske effekter, reduseres estimatrisikoen.

Prosjektkostnader

Prosjektkostnadene skal inkludere alle kostnadene som er nødvendig for å gjennomføre prosjektet, og består både av investeringer og drift. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 2.4. Prosjektkostnader fra og med planleggingsfasen skal inkluderes i bæreevneanalyse. Prosjektet skal i tillegg utrede og inkludere prosjektets påvirkning på driftskostnader hos helseforetakene, eksempler på dette er:

- Innføringskostnader/mottakskostnader
- Infrastrukturkostnader i Sykehuspartner HF
- Bredding av løsningen i aktuelle helseforetak
- Sanering av gammel løsning

Driftskostnader

Driftskostnader er kostnader som oppstår som følge av at IKT-løsningen innføres. Prosjektet må beregne de driftsøkonomiske effektene ved hver fasebeslutning og alle driftskostnader i levetiden skal inkluderes i bæreevneanalyse. Dette omfatter årlige drifts- og forvaltningskostnader, herunder endret ressursinnsats fra avdelinger som bidrar til tjenesteproduksjonen i Sykehuspartner HF og helseforetakene, lisenskostnader fra leverandør, infrastrukturkostnader og andre kostnader som er direkte knyttet til prosjektet.

Gevinster

Gevinster refererer til de positive eller negative resultatene av et prosjekt eller en investering. Det er viktig å forstå årsakene til disse gevinstene og hva som er kreves for å realisere dem. Prosjektbegrunnelsen bør tydeliggjøre disse sammenhengene og eventuelle avhengigheter.

Gevinster kan oppstå både i Sykehuspartner HF og i relevante helseforetak. Det skal utredes hvordan kostnadsnivået blir påvirket som følge av prosjektet som er til utredning.

Utredningsarbeidet gjøres ved at prosjektet forespør aktuelle helseforetak om å bistå med utredningskompetanse. Det påhviler prosjektet et ansvar for at utredningsgruppe består av nødvendige kompetanseområder: klinisk drift, personell, teknologi, og økonomi. Det er ikke ressurseffektivt at utredningsgruppen har deltagere fra hvert mottakende helseforetak innenfor hvert kompetanseområde, men prosjektet må likevel alltid påse at utredningsresultatet forankres på en tilstrekkelig måte i foretaksgruppen. Dette kan eksempelvis gjøres ved at de helseforetakene med den alt vesentligste andelen av gevinstene eller et representativt utvalg av berørte helseforetak, gjør en helhetlig intern ledelsesforankring, som de resterende helseforetakene kan legge til grunn. Nedenfor er en ikke-uttømmende liste over relevante gevinster for analysene:

- **Direkte kostnadsbesparelser:** Reduksjon i drifts- og vedlikeholdskostnader fra ny teknologi eller mer effektive prosesser.
- **Økt produktivitet:** Forbedret arbeidseffektivitet blant helsepersonell fører til at flere pasienter kan behandles. Inntekter kan øke uten proporsjonal økning i kostnader.
- **Forbedret ressursutnyttelse:** Optimalisering av mannskap, utstyr og fasiliteter reduserer unødvendige kostnader og forbedrer økonomisk effektivitet.
- **Samordning av tjenester:** Samarbeid mellom helseforetak gir kostnadsreduksjoner gjennom deling av ressurser og kompetanse.
- **Skalafordeler:** Stordriftsfordeler gjør at større prosjekter eller investeringer reduserer enhetskostnadene ved mer effektiv pasientbehandling eller innkjøp.
- **Reduserte behandlingskostnader:** Mer effektive behandlingsmetoder minimerer kostnader knyttet til komplikasjoner og tilleggsbehandlinger.
- **Raskere teknologiimplementering:** Investering i ny teknologi muliggjør raskere implementering, noe som reduserer behandlings- og administrasjonskostnader.
- **Forbedret tjenestekvalitet:** Bedre kvalitet kan redusere kostnader over tid ved å færre feil og behov for revisjoner.
- **Redusert sykefravær:** Effektive helsetjenester kan føre til mindre fravær fra arbeid, noe som reduserer bemanningskostnader.
- **Langsiktige kostnadsbesparelser:** Investeringer i forebyggende tiltak kan redusere fremtidige kostnader og bidra til en mer bærekraftig økonomisk situasjon for helsesektoren.

Kostnadsbortfall refererer til gevinster oppnådd når eksisterende kostnader for helseforetakene eller Sykehuspartner HF opphører som følge av prosjektgjennomføringen. **Kostnadsvekstunngåelse** inkluderer framtidige kostnader som unngås ved å realisere prosjektet. Analysen skal kun inkludere gevinster fra kostnadsvekstunngåelse dersom kostnaden allerede er inkludert i de årlige budsjettene og/eller vedtatt økonomiske langtidsplanene for helseforetakene. Slike gevinster skal presiseres tydelig, da de ikke inngår i dagens kostnadsnivå.

Det bør dokumenteres hvordan netto driftsgevinster fra investeringsprosjektet kan realiseres. Avhengig av prosjektets fase skal det gjennomføres analyser av gevinstbehov, samt utarbeides en gevinstoversikt eller gevinstrealiseringsplan. Helseforetakenes arbeid med gevinstrealisering skal styres av en gevinstrealiseringsplan, som skisserer nødvendige tiltak for å nå de forventede gevinstene. Planene skal være grundig utarbeidet for støtte helseforetakets videre arbeid for å oppnå IKT-prosjektets målsetninger, inkludert lønnsomhetskrav for å kunne håndtere prosjektkostnadene.

Mange prosjekter vil utløse behov for en egen organisasjonsutviklingsprosess (OU). For prosjekter med etablerte gevinstrealiseringsplaner skal det opprettes en endringslogg som holdes oppdatert med alle prinsipielle endringer gjort etter beslutningspunkt 3 for oppstart av gjennomføringsfasen.

Linjeledelsen har det overordnede ansvaret for gevinstuttak. Godt gevinstarbeid krever tidlig forankring av gevinster, særlig når prosjektorganisasjonens representanter ikke er en del av linjeledelsen i helseforetakene (inkludert Sykehuspartner HF) der gevinster skal realiseres. Prosjektet bør etablere eierskap til og felles forståelse av forventede gevinstene blant helseforetakene. Gevinstberegningene må være knyttet til hvordan gevinsten skal realiseres. For eksempel, hvis en ny løsning frigjør tid for leger på vakt, bør gevinstberegningene vise hvordan denne tiden kan utnyttes til økt aktivitet og/eller redusert vekst i bemanning sammenlignet med hvordan situasjonen hadde vært uten løsningen.

Bevisstheten om gevinstrealisering skal økes i takt med faseoverganger. Før oppstart av gjennomføringsfasen, bør de estimerte gevinstene konkretiseres i tiltak for gevinstuttak, og dokumenteres i gevinstrealiseringsplan. Hvis tiltakene varierer mellom helseforetak, bør det utvikles egne planer for hvert helseforetak. Linjeledelsen organiserer gjennomføringen av tiltakene gjennom gevinstansvarlige og/eller tiltaksansvarlige. Tidlig involvering av relevante deler av organisasjonen er avgjørende for å skape eierskap og styrke realismen i gevinstoppnåelsen.

Prosjektet bør identifisere og eliminere kostnader knyttet til eksisterende løsninger og tjenester (sanering) som erstattes av nye. For eksempel kan utskifting av gamle løsninger eller tjenester redusere drifts- og forvaltningskostnader. Gevinster kan oppstå fra reduserte lønnskostnader, lisensavgifter, vedlikeholdskostnader eller andre kostnader i Sykehuspartner HF som påvirkes av utskiften.

Eventuelle overlappende gevinster med tidligere vedtatte IKT- og byggeprosjekter bør kartlegges. Gevinster som allerede er inkludert i tidligere prosjekter skal alltid vurderes, kan måtte utelates i prosjektets bæreevne, selv om helseforetaket har tiltak i gevinstrealiseringsplanen. Det skal uansett omtales. Dersom det mottakende helseforetak har budsjettert med tjenesteprikkostnad, samt driftsgevinster som følge av den konkrete IKT-løsningen, vil det oftest være korrekt likevel å inkludere gevinsten i bæreevnevurderingen av IKT prosjektet. Ansvar for kartleggingen ligger hos prosjektet i samarbeid med relevante helseforetak (inkludert Sykehuspartner HF sin egen linjeorganisasjon).

3.1.2 Nullalternativ

Vurdering av driftsøkonomiske effekter har et nullalternativ som utgangspunkt. Gevinster og ulemper estimeres som differansen i driftsøkonomien mellom nullalternativet og det aktuelle prosjektet i Sykehuspartner HF og helseforetakene (eventuelt inkludert det regionale helseforetaket hvis aktuelt).

Et nullalternativ baseres på dagens driftsmodell og tjenestepriking, samt tiltak som er i gang eller har fått bevilgning. Det framskriver driftsøkonomien med dagens løsning og tilpasset med hensyn til dagens situasjon og til kjente endringer i rammebetingelser. Fremtidig behovstilfredsstillelse må ikke bli dårligere enn på beslutningstidspunktet. Nullalternativet skal være et alternativ beslutningstakeren har mulighet til å velge, ved at det er realistisk og relevant i forhold til løsningens formål.

Hvis nullalternativet er urealistisk eller har kort levetid (end-of-life eller end-of-service), skal det etableres et *nullplussalternativ* med et minimumsnivå av investeringer, strukturelle endringer eller nye driftsmodeller. Nullplussalternativet er det mest gjennomførbare alternativet med minst endring fra dagens situasjon, i henhold til krav beskrevet i *Rundskriv R-109/21*.

Det rene nullalternativet skal fortsatt brukes som et referansealternativ for å beregne driftsøkonomiske konsekvenser for øvrige alternativ, og beregningene må være basert på de samme strukturelle forutsetningene som nullalternativet.

3.1.3 Stoppalternativ

Stoppalternativet refererer til muligheten for å stanse prosjekt ved beslutningspunkt i gjennomføringsfasen i stedet for å fullføre det. Dette alternativet gir beslutningstakere en vurdering av prosjektets fremdrift med

hensyn til kostnader, risiko og forventede gevinster. Inkluderingen av stoppalternativet gir en helhetlig tilnærming til risikostyring og ressursallokering, ved å identifisere situasjoner der det er mer gunstig å avbryte prosjektet enn å videreføre.

Ved utredning av stoppalternativet må flere effekter undersøkes:

Kostnader og besparelser: Estimer kostnadene ved å stoppe prosjektet, inkludert avviklingskostnader for bemanning, oppsigelse av kontrakter og fullføring av pågående arbeider. Vurder også de driftsøkonomiske konsekvensene av å unngå fremtidige investeringer og driftskostnader fra videreføring.

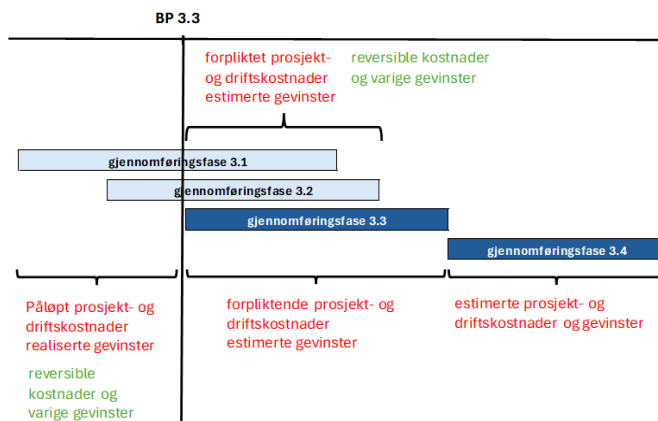
Risiko: Analyser risikoene ved å stanse prosjektet versus å fullføre det, inkludert tap av merverdi, irreversible forpliktelser samt innvirkningen på prosjektets omdømme og fremtidige investeringsmuligheter.

Forpliktelser: Vurder juridiske og kontraktsmessige forpliktelser ved stans, inkludert mulige erstatningskrav og konsekvens for kontrakter med leverandører og samarbeidspartnere.

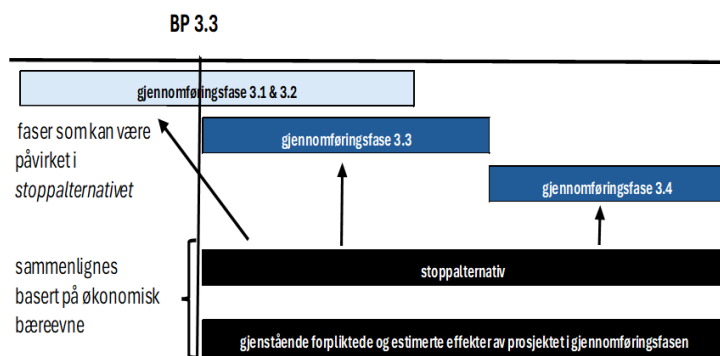
Følgeeffekter for interessenter: Stoppalternativet kan ha konsekvenser for interessenter, inkludert ansatte, pasienter og andre IKT- og investeringsprosjekter. Vurder hvordan stansen påvirker disse gruppene, både økonomisk og i forhold til omdømme og tillit.

Alternativer: Vurderer alternative løsninger i stedet for å fullføre prosjektet, som redesign av prosjektet, endringer i omfang eller breddingsaktiviteter til helseforetakene.

Når prosjektet har påbegynt gjennomføringsfasen, benyttes både prosjekt- og linjeressurser som forpliktes for framtiden. I denne fasen må det kartlegges et eller flere alternativer for å delvis eller helt stanse prosjektgjennomføringen. Minst ett stoppalternativ skal presenteres til beslutning, i tillegg til gjennomføringsalternativet. Flere stoppalternativer bør vurderes hvis det er strategisk hensiktsmessig å inkludere dem, selv om de nødvendigvis ikke oppfyller kravene til økonomisk bæreevne.



Figur 3: Et flerfaset prosjekt ved BP 3.3



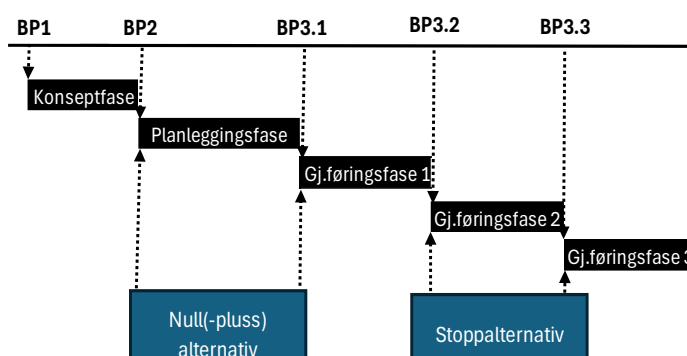
Figur 4 : Bæreevne ved stoppalternativ

Stoppalternativ kan omfatte endringer i projektkostnader og driftsøkonomiske effekter fra tidligere og framtidige faser. Påløpt prosjekt- og driftskostnad fra tidligere faser er vanligvis irreversible med mindre de er refunderbare, mens framtidige kostnader fra tidligere faser, kan være delvis eller helt reversible. Fasegevinster kan være reversible, avhengig av innholdet i stoppalternativet.

Ved vurdering av den økonomiske effekten av stoppalternativer skal de deler av hovedalternativet som påvirkes i stoppalternativene, fungere som sammenligningsgrunnlag. Dette vil som regel involvere de gjenværende gjennomføringsfaser, som vist i Figur 4.

3.1.4 Alternativer til beslutning

Figur 5 viser beslutningsalternativer ved de aktuelle faseovergangene. Null(-pluss) og stoppalternativene skal oppdateres med ny informasjon og kjente endringer i forutsetningene.



Figur 5 : Beslutningspunkter og alternativ til prosjektalternativ.

3.1.5 Prosjektavgrensning og avhengigheter

De driftsøkonomiske effektene av prosjektets bæreevne skal vurderes ut ifra de faktiske effektene av prosjektet.

Et prosjekt defineres som et engangstiltak med mål om å oppnå et klart resultat innen en bestemt tidsramme og med en fastsatt kostnadsramme. Større prosjekt kan bestå av flere gjensidige avhengige delprosjekter for å nå prosjektets målformulering. Det skilles mellom direkte og indirekte avhengigheter:

- **Direkte avhengigheter** er delprosjekter som må gjennomføres for å oppnå funksjonelle og driftsmessige krav, som oppgradering av IKT-løsninger eller investering i infrastruktur for å ta løsningen i bruk.
- **Indirekte avhengigheter** refererer til aktiviteter som påvirker hverandre gjennom mellomliggende oppgaver. Dette kan skape en kjede av avhengigheter som er avgjørende for prosjekts suksess.

Eksempler er tilstøtende prosjekter som for eksempel behov for oppgradering av andre IKT-løsninger eller infrastruktur for å kunne ta ut flere effekter av tiltaket.

I Helse Sør-Øst skal prosjekter defineres med investeringstiltak som kun inkluderer direkte avhengigheter, slik at prosjektet kan settes i funksjonell drift etter kravformuleringen.

De indirekte avhengighetene skal likefult kartlegges. For å gjennomføre prosjektet i tråd med planen er det viktig å identifisere konsekvensene av indirekte avhengigheter. Dette inkluderer å vurdere om prosjektets fremdriftsplan må justeres ut fra disse avhengighetene, samt om de kan utløse nye investeringer eller kostnader for helseforetakene uten finansierungsplan. Det er også viktig å sjekke at årlig budsjett og den økonomiske langtidsplanen inkluderer disse indirekte avhengighetene, både tidsmessig og kostnadsmessig. Forsinkelser i framdriftsplanen kan også påvirke prosjektets evne til å realisere gevinster, og dette må vurderes. Indirekte avhengigheter skal omtales i saken, og tallfestes så langt det er mulig.

For å håndtere forsinkelser og finansierungsutfordringer effektivt, er en grundig oversikt over avhengighetene avgjørende, og disse bør vurderes nøye i en risikokontekst.

3.2 Porteføljenivå

Bæreevne på porteføljenivå vurderes ved å analysere konsekvensene av alle prosjektfaser, målt mot Sykehuspartner HF's økonomiske langtidsplanen. I analysen skilles det mellom prosjektkostnader finansiert med investeringsmidler og drifts- og forvaltningskostnader utløst av prosjektet.

Kartleggingen omfatter vurderinger av om prosjektkostnadene kan dekkes innenfor de vedtatte budsjetttrammene i porteføljen, inkludert det årlige budsjettet og økonomisk langtidsplan for alle prosjektfaser. Finansiering kan kreve prioritering mellom tiltak på tvers av porteføljer i Sykehuspartner HF, dvs. per nå regional IKT-portefølje, regional forbedring, infrastruktur og teknologiportefølje og øvrig porteføljer. Det må beskrives hvordan disponeringer foreslås, inkludert de tilknyttede konsekvensene for rammer per delportefølje. Hvis ikke alle faser av prosjektet kan finansieres innenfor budsjetttrammene, skal Sykehuspartner HF vise hvilke faser som kan finansieres. Omdisponeringer bør vurderes strategisk og økonomisk, og vurderingen kan f.eks. inkludere stopp, utsettelse av prosjekter og reduksjon av prosjektomfang.

Tabell 3 gir et utgangspunkt for omtale av bæreevne på porteføljenivå for prosjektkostnaden i IKT-prosjektet. Indirekte kostnader i Sykehuspartner HF bør prissettes med en tydelig beskrivelse av finansiering i forhold til økonomiske langtidsplan, den aktuelle portefølje prosjektet inngår i og i de samlede porteføljer (definert over).

	år 1	år 2	År X
Prosjektkostnader			
Ramme for prosjektets portefølje			
Prognose pågående faser i portefølje			
Estimat kommende faser til beslutning i portefølje			
Forventet over/undeforbruk			
Samlet porteføljeramme i SP*			
Prognose pågående faser i for porteføljer			
Estimat kommende faser til beslutning for porteføljer			
Forventet over/undeforbruk			

	år 1	år 2	År X
Prosjektkostnader			
Ramme for prosjektets portefølje			
Prognose pågående faser i portefølje			
Estimat kommende faser til beslutning i portefølje			

Forventet over/underforbruk
Samlet porteføljeramme i SP*
Prognose pågående faser i porteføljer
Estimat kommende faser til beslutning for porteføljer
Forventet over/underforbruk

Tabell 3: Over/underforbruk i Sykehuspartner HF's prosjektporteføljer

* Per nå regional IKT-portefølje, regional forbedring, infrastruktur og teknologiportefølje og øvrig porteføljer

Vurderingen skal også synliggjøre hvordan prosjektet påvirker drift og forvaltningskostnader i Sykehuspartner HF (alle faser) sett i forhold til den økonomiske langtidsplanen. Det skal skilles tydelig mellom endringer som direkte følger av prosjektet, og endringer som skyldes indirekte forhold. En oppdatering av den sist vedtatte økonomiske langtidsplanen med de samlede økonomiske konsekvensene av prosjektet skal benyttes for å illustrere konsekvensene. Dersom både prosjektet og relevante indirekte forhold kan finansieres innenfor rammene i årlig budsjett og økonomisk langtidsplan, anses det å foreligge økonomisk bæreevne for drift og forvaltningskostnadene. Prosjektet vil da ikke medføre økte tjenestepriiser for helseforetakene utover det som allerede er lagt til grunn.

3.3 Foretaksgruppenivå

Dersom beslutningen innebærer et høyere investeringsbehov og/eller en økning i tjenestepriisen enn det som er forutsatt i den økonomiske langtidsplanen, bør det utføres en analyse av likviditetseffekter i foretaksgruppen som følger av prosjektet. Denne analysen gjennomføres av Helse Sør-Øst RHF før styrebehandling.

3.4 Krav til økonomisk beslutningsgrunnlag ved faseoverganger

Gjennomføringsfasen deles vanligvis opp i flere faser og vedtas én om gangen, noe som gjør det viktig å knytte de økonomiske effektene spesifikt til hver fase. De mest gunstige alternativene for prosjektets faseinndeling skal presenteres, og alternativene må være reelle handlingsalternativer for beslutningstaking.

De økonomiske vurderingene skal baseres på sammenlignbare analyser. Allerede påløpte kostnader og gevinster er irreversible og kan ikke påvirkes av framtidige handlinger. Derfor bør beslutningsalternativer presenteres uten kostnadselementer som er irreversible (sunk cost).

3.4.1 Oversikt over beslutningsunderlag

Tabell 4 viser overordnede krav til økonomisk beslutningsunderlag ved faseoverganger for saker som skal behandles av styret i Helse Sør-Øst RHF. Dette kapitlet gir ikke en uttømmende liste over krav til framstilling og vurderinger som bør dokumenteres.

Faser og steg	Oppstart av konseptfase	Oppstart planleggingsfasen	Oppstart gjennomføringsfase (fase 1)	Oppstart gjennomføringsfase 2 og utover
hva skal besluttes?	BP1	BP2	BP3	BP3.X
	Mandat	Godkjenning prosjektforslag (hovedalternativer)	Investerings-/prosjektbeslutning	Investerings-/prosjektbeslutning
	Beslutning om gjennomføring av konseptfasen	Beslutning om gjennomføring av planleggingsfasen	Gjennomføre og overlevere leveranser	Gjennomføre og overlevere leveranser
				Følge opp gevinstrealiseringsplan
Beslutningsgrunnlag:				
Mandat	Mandat	Oppdatert mandat	Oppdatert mandat	Oppdatert mandat
Styringsdokument		Styringsdokument	Oppdatert styringsdokument	Oppdatert styringsdokument
Ekstern kvalitetssikring (KSK)			KSK etter behov (basert på fullmaktsregime)	KSK etter behov (basert på fullmaktsregime)
Notat om framgangsmåte, vurderinger og foutsatninger for investeringsanalysen			Notat om framgangsmåte, vurderinger og foutsatninger for investeringsanalysen	Notat om framgangsmåte, vurderinger og foutsatninger for investeringsanalysen
Prosjektbegrunnelse (business case)		Prosjektbegrunnelse	Oppdatert prosjektbegrunnelse	Oppdatert prosjektbegrunnelse
Basisestimat	Kostnadsramme for konseptfasen	Basisestimat	Basisestimat med usikkerhetsanalyse (ekstern tilbyder i tråd med 2.9)	Basisestimat med usikkerhetsanalyse (ekstern tilbyder i tråd med 2.9)
Analyse av økonomisk bæreevne - prosjektnivå	Prosjektalternativer	Prosjektalternativer, null(pluss)alternativ	Prosjektalternativer, null(pluss)alternativ	Prosjektalternativ(er) og stoppalternativ
Analyse av økonomisk bæreevne - porteføljnivå		Prosjektalternativer, null(pluss)alternativ	Prosjektalternativer, null(pluss)alternativ	Prosjektalternativ(er), null(pluss)alternativ, stoppalternativ(er)
Analyse av økonomisk bæreevne - foretaksgruppnivå			Prosjektalternativer, null(pluss)alternativ	Prosjektalternativer, null(pluss)alternativ, stoppalternativ(er)
Dokumentasjon av gevinster	Kartlegging av gevinstbehov	Gevinstoversikt	Gevinstrealiseringsplan	Oppdatert gevinstrealiseringsplan
Scenario-/sensitivitetsanalyse			Sensitivitet-/scenarioanalyser	Sensitivitet-/scenarioanalyser

Tabell 4: Beslutningspunkter og krav til beslutningsgrunnlag

Det skal gjennomføres økonomiske analyser i faseovergangene til konsept, planleggings- og gjennomføringsfasen. Presisjonsnivået forventes å øke, og usikkerheten vil gradvis reduseres frem mot beslutning om gjennomføring ved beslutningspunkt BP3(.X).

Kravene til saksgang i helseforetakene og dokumentasjonskrav for å søke Helse Sør-Øst RHF om gjennomføring av prosjektet, er basert på fullmaktsregimet beskrevet i *fullmakter for IKT-området*. Ved å følge en felles metodikk for økonomisk analyse, oppnås konsistens i saksunderlag i Sykehuspartner HF og Helse Sør-Øst RHF.

3.4.2 Oppstart konseptfase (BP1)

I idefasen bør det utredes minimum tre tilnærminger for et mulig prosjekt ut fra behovet definert i godkjent mandat, og vurdere hvilke gevinster dette vil kunne bidra til i virksomheten. Som en hovedregel bør anbefalingen av konsept være det som gir størst samlet nytte i forhold til samlet kostnad.

Det skal utarbeides en forenklet investeringsanalyse som inkluderer foreløpig investerings-/prosjektkostnad og estimater for nødvendige driftsøkonomiske gevinster for å oppnå økonomisk bæreevne. Det må også vurderes hvordan prosjektet kan finansieres.

Viktig er også en vurdering av hvorvidt de helseforetakene som skal ta løsningen i bruk kan håndtere de økonomiske konsekvensene av prosjektet. Dette inkluderer en kvalitetssikring av gevinstkravene som følger fra prosjektkostnadene med berørte helseforetak.

3.4.3 Oppstart planleggingsfasen (BP2)

Ved oppstart planleggingsfasen endres fokus fra å estimere behovet til å estimere hva som er mulig å oppnå.

I denne fasen skal flere alternativer vurderes for å finne den beste løsningen, avhengig av prosjektets kompleksitet og omfang. Det etableres også estimat for prosjektets totale investerings- og projektkostnader over prosjektperioden. Projektkostnadene fra og med planleggingsfasen skal inkluderes i bæreevneanalysen ved vurdering av prosjektet.

For prosjekter over 50 millioner kroner som behandles innenfor fullmakt til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, skal prosjektorganisasjonen ved beslutningspunkt for oppstart av planleggingsfasen;

- Etablere **nullpunktsmålinger** og **null- eller nullplussalternativ**.
- Utarbeide **bæreevneanalyser for prosjekt- og porteføljenivået** i henhold til 3.1 og 3.2.
- Utarbeide en **detaljert kostnads- og gevinstoversikt basert på identifisert potensial for driftsøkonomiske effekter**.
 - Forventede driftsøkonomiske effekter skal fordeles på relevante kostnadstyper som klinisk personell, administrativt personell, medisinske støttetjenester, avtalekostnad, samt forvaltning, drift og vedlikehold.
 - Beregnet nivå for de driftsøkonomiske effektene må forankres med de aktuelle helseforetak (inkludert Sykehuspartner HF sin egen linjeorganisasjon). Dokumentasjon av prosess for forankring av gevinster skal inkluderes i prosjektbegrunnelsen.
- Identifisere, prissette samt dokumentere eventuelle **overlappende gevinster**.
- **Kartlegge og prissette indirekte avhengigheter for prosjektgjennomføringen** i de aktuelle helseforetakene (Sykehuspartner HF kartlegges ved bæreevneanalysen på porteføljenivå).

3.4.4 Oppstart gjennomføringsfase (BP3.X)

I gjennomføringsfasen reduseres antall alternativer til ett hovedalternativ. Formålet med de tidligere fasene er å utvikle det valgte konseptet til et nivå slik at endelig beslutning om gjennomføring kan tas. For å prioritere viktige funksjoner og leveranser bør det presenteres omfangsalternativer ved overgang til denne fasen.

Antall gjennomføringsfaser kan variere avhengig av prosjektets type, størrelse, kompleksitet og risiko. Det er etablert praksis å dele gjennomføringsfasen inn i flere delfaser for å oppnå bedre prosjektstyring og risikoreduksjon. For hver faseovergang må det utarbeides bæreevneanalyse for den aktuelle fasen, samt en samlet vurdering av prosjektet.

For prosjekter over 50 millioner kroner som behandles innenfor fullmakt til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF, skal prosjektorganisasjonen ved beslutningspunkt for oppstart gjennomføringsfaser;

- Vedlikeholde/oppdatere **nullpunktsmålinger** og **null- eller nullplussalternativ**. Ved **flerfasede prosjekter skal stoppalternativ etableres**.
- Oppdatere **bæreevneanalyser for prosjekt- og portefølje** i henhold til 3.1 og 3.2.
- Utarbeide **basisestimat** basert på etablert estimeringsmodell, som vil danne grunnlag for usikkerhetsanalysen av projektkostnadene for den aktuelle fasen. Kalkylen skal inneholde både styrings- og kostnadsramme (P50- og P85-nivå). Styringsrammen inkluderer forventede tillegg for kostnadselementer og hendelser, og vil være grunnlag for økonomiske analyser av bæreevne.
- Utarbeide **detaljert oversikt over estimerte driftsøkonomiske effekter** (inkl. viktige forutsetninger, avhengigheter og ev. forbehold)

- Forankre **realistiske gevinster i helseforetakene** (inkludert Sykehuspartner HF)
- Oppdatere **dokumentasjon av eventuelle overlappende gevinster.**
- Oppdatere kartleggingen av indirekte avhengigheter for prosjektgjennomføringen i de aktuelle helseforetakene (Sykehuspartner HF kartlegges ved bæreevneanalysen på porteføljenivå) og revurdere prissettingen av de indirekte avhengighetene.
- Utarbeide oversikt av årlig effekter i tjenestepriis som de aktuelle helseforetakene skal innarbeide i økonomisk langtidsplan, med skille mellom indirekte og direkte prosjektrelaterte effekter.

For prosjekter som styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF, skal i tillegg prosjektorganisasjonen ved beslutningspunkt for oppstart gjennomføringsfasen;

- Utarbeide **sensitivitet- og scenarioanalyser**
- Utarbeide **gevinstrealiseringsplan** som nedtegner tiltak for å oppnå estimerte gevinster for aktuelle helseforetak.
- Forankre **realistiske gevinster i helseforetakene** ved å knytte de beregnede gevinstene for aktuelle helseforetak (inkludert Sykehuspartner HF), til konkrete tiltak i helseforetakenes gevinstrealiseringsplan.

Helseforetakene må gi prosjektet tilbakemelding om forankring av gevinster og samarbeide om å kartlegge overlappende gevinster og indirekte avhengigheter.

Tabell 5 viser prosjektets økonomiske effekter, både direkte og indirekte, for helseforetakene. Oppstart i år 1 settes til det første året effektene materialiserer seg, og de økonomiske konsekvensene skal være uttrykt i samme reelle kroneverdi for alle årene med effekt. Gevinstnivået angir den årlige gevinsten målt fra prosjektets start, mens prissetting av tiltak referer til beregningen av den årlige effekten spesifiserte tiltak i planen.

Helseforetak X (i millioner kroner)	År 1	År 2	År X
Gvinster			
Gvinstnivå benyttet i bæreevneanalyse på prosjektnivå for HF X			
Prissatte tiltak* i gevinstrealiseringsplan for HF X (forpliktete gevinster)			
Overlappende gevinster til andre investeringsprosjekter for HF X			
Sammenlikning med vedtatt økonomisk langtidsplan			
Økning i gevinster (utover ØLP)			
Økning tjenestepriis av prosjektet (utover ØLP)			
Økning tjenestepriis av indirekte avhengigheter (utover ØLP)			
Indirekte kostnader/investeringer HF (utover ØLP)			

Tabell 5: Oppsett over økonomiske effekter for aktuelle helseforetak

* Prissatte gevinster er økonomisk verdsatte fordeler, målt i kroner.

3.4.5 Endringsanalyse av prosjektets totale kostnader og lønnsomhet

Ved hver faseovergang skal prosjektets totale driftskostnader og økonomiske effekter klargjøres for å gi beslutningstakere innsikt i utviklingen av kostnader og lønnsomhet siden forrige fase. Endringsanalyser av

prosjektkostnader og netto driftsøkonomiske effekter fra sist faseovergang må gjennomføres, med tydelig skille mellom kostnader knyttet til prosjektets omfang og kostnader relatert til prisøkninger.

3.5 Retningslinjer og presiseringer for utredningsarbeidet

3.5.1 Vurdering av dimensjonerende faktorer for gevinster i gjennomføringsfasen

For prosjekter som styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF, skal behovet for å framskrive dimensjonerende faktorer for gevinstberegninger vurderes ved faseoverganger for gjennomføring (BP.3.X) og beskrives i gevinstdokumentasjonen.

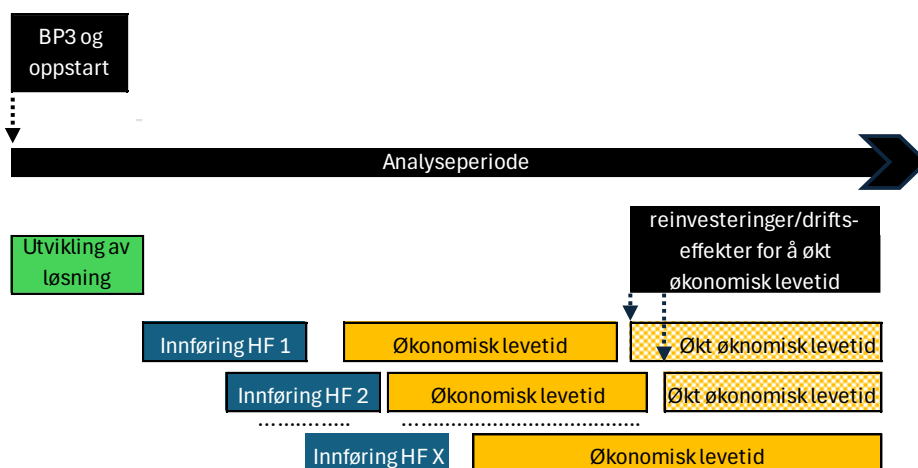
Det kan ha skjedd endringer i forutsetningene for gevinster siden siste faseovergang, f.eks. for effekter på aktivitet, behandlingstyper eller administrative oppgaver. *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040* (styresak 134-2022) gir strategiske retningslinjer for disse områdene, som også understøttes av *Regional delstrategi for teknologiområdet*.

En vanlig dimensjonerende faktor for gevinster i IKT-prosjekter er antall årsverk. Framskrivninger i Helse Sør-Øst baseres på bemanningsmodeller som analyserer endringer ut fra sammensetningen av ansatte, forventede aktivitetsendringer, oppgavedeling, teknologisk utvikling og andre modifierende faktorer. Disse bemanningsprognosene er avgjørende for å vurdere realismen i potensiale for gevinster og effektivisering. Vurderinger av bemanningsutviklingen bør fokusere på antall årsverk snarere enn antall ansatte, og det bør utarbeides detaljerte oversikter over bemanningsutviklingen på stillingsnivå, spesielt for klinisk personell i hvert helseforetak som vurderes å påvirkes av IKT-prosjektet.

Helseforetakene har best kjennskap til forventede effekter i driften fra innføring av ny teknologi. De bør derfor aktivt involveres i gevinstarbeidet sammen med Sykehuspartner HF. Framskrivningene må forankres i de helseforetakene hvor driftsgevinstene forventes å realiseres.

3.5.2 Analyseperiode for gjennomføringsfasen med suksessive innføringsaktiviteter

IKT-prosjekter kan inneholde innførings- og/eller utrullingsaktiviteter over flere år som illustrert i Figur 6; hvor det er både breddingsaktiviteter ved innføring og suksessiv utrulling til helseforetakene.



Figur 6: Analyseperiode for en gjennomføringsfase med suksessiv innføring

Analyseperioden for fasen starter ved beslutningspunktet og varer til den økonomiske levetiden for løsningen i det *siste* helseforetaket som innfører den. Dette gjelder forutsatt at det er sannsynlig at løsningen fortsatt kan brukes av helseforetakene som har innført den tidligere. Endringer i de driftsøkonomiske effektene av

løsningen, inkludert forvaltning, drift, vedlikehold og gevinster, skal kartlegges, sammen med behovet for reinvesteringer som følge av nødvendige oppgraderinger og forbedringer.

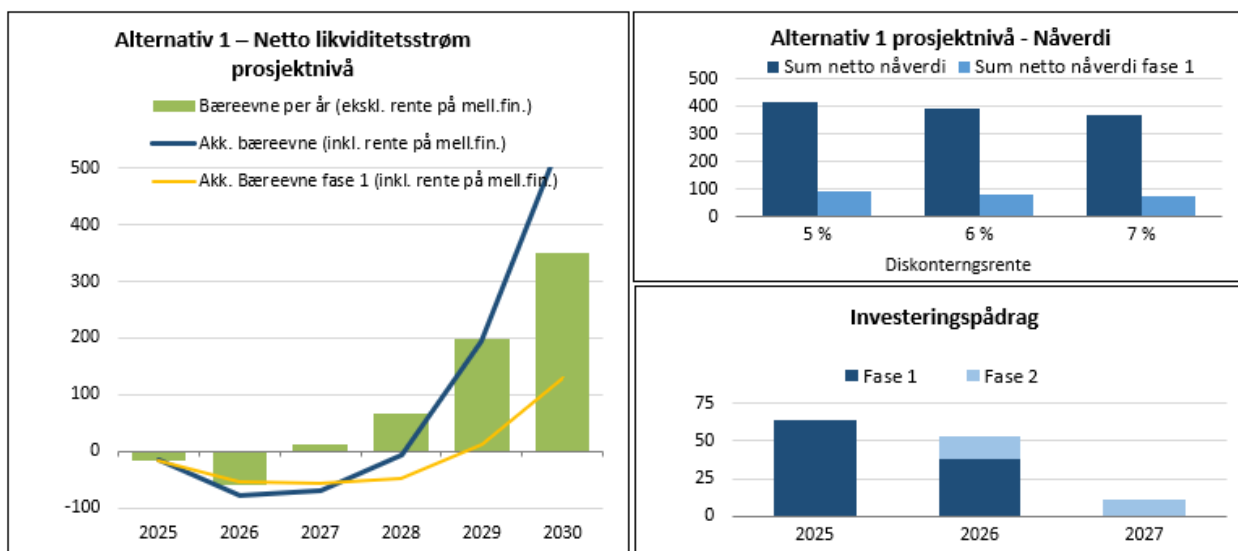
4 Vedlegg

4.1 Eksempel på vurdering av prosjektets bæreevne

Analysen av prosjektets økonomiske bæreevne gir grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av finansieringsform. I praksis baseres beregningene på en antakelse om at prosjektet i sin helhet er finansiert med rentebærende lån, hvor summen av avdrag og renter på dette lånet gir en tilnærming til totalinvesteringen med rente.

Prosjektet vil ha økonomisk bæreevne dersom netto nåverdi er lik eller større enn null, og summen av de fremtidige driftsgevinstene er tilstrekkelig til å dekke det totale investeringsbeløpet og renter. Analysen skal gjennomføres med årlige sammenstillinger av avdrag og rentekostnader mot estimerte driftsgevinster (tilsvarende en forenklet kontantstrømoppstilling per år). Figur 7 viser et eksempel på analyse av et prosjekts økonomiske bæreevne. For at prosjektet kan sies å ha bæreevne, må endepunktet på grafene for akkumulert netto likviditetsstrøm fra drift være positiv og netto nåverdi være lik eller større enn null.

Kurvene for prosjektets bæreevne illustrerer også enkelte karakteristika ved bæreevneanalyse av store investeringsprosjekter. I starten av driftsperioden er det i eksempelet høye rentekostnader og lave driftsgevinster. Dette fører til negativ kontantstrøm det enkelte år, og behov for mellomfinansiering (med påfølgende rentekostnad på denne).



Figur 7: Oppsummering av bæreevneanalyse

Hvis prosjektet består av flere delfaser er det vanlig å vise bidrag til bæreevne/nåverdi både for totalprosjektet og aktuell fase som er til beslutning.

4.2 Sjekkliste ved leveranser av styresaker

Følgende sjekkliste benyttes i forbindelse med analyser av IKT-prosjekter i Helse Sør-Øst:

Oppgave	BP1	BP2	BP3(X)
Er prosjektet fullmakts vurdert i tråd med <i>fullmakter for IKT-området</i> ?	x	x	x
Er det utarbeidet en tidsplan for behandlingen saken i SP HF og evt. HSØ RHF?	x	x	x
Har økonomiressurser i SP HF involvert saksbehandler økonomi i HSØ RHF tidlig?		x	x
Er det vurdert å fremvise flere prosjekteralternativer til beslutning?	x	x	x
Er det etablert klare forutsetninger for nullalternativ som ligger til grunn for gevinstberegningene?	x	x	
Er det etablert null(pluss)/stoppalternativ?	x	x	x
Er prosjektet usikkerhetsvurdert? Er det vurdert bruk av ekstern/intern part?			x
Er bæreevneberegning av prosjekt gjennomført?	x	x	x
Er internrente vurdert på prosjektnivå?	x	x	x
Er det sikret at irreversible kostnader og reversible inntekter ikke er inkludert i bæreevneberegningene som danner grunnlag for beslutning?		x	x
Er det gjennomført sensitivitet/-scenario analyser?		x	x
Er riktig rentebaner og diskonteringsrente benyttet?		x	x
Er alle investeringer/kostnader/inntekter i samme kroneverdi?	x	x	x
Er analyseperiode vurdert?		x	x
Foreligger kalkyler for samtlige økonomistørrelser i bæreevneberegningen?			x
Er det vurdert dimensjonerende faktorer for gevinster i gjennomføringsfasen?			x
Foreligger gevinstrealiseringsplan/oversikt/behov og beskrivelse av gevinster som inngår i kalkylen i tråd med krav for faseoverganger?	x	x	x
Er det utarbeidet et notat som beskriver framgangsmåte, vurderinger og forutsetninger for prosjekt- og driftseffekter i investeringsanalysen?			x
Er gevinstene kvalitetssikret og forankret i aktuelle HF?		x	x
Utført benchmarking med sammenlignbare prosjekter som har gjennomført tilsvarende prosjekter? f.eks andre regioner?		x	x
Er overlappende prosjektgevinster til andre investeringsprosjekter kartlagt og prissatt?		x	x
Er prosjektbegrunnelse oversendt/vedlagt?	x	x	x
Er eventuell ekstern kvalitetssikringsrapport oversendt?		x	x
Gjennomført vurdering av prosjektet på porteføljenivå?		x	x
Er indirekte avhengigheter og forutsetninger for SP HF kartlagt og prissatt?		x	x
Foreligger beregninger for konsekvens i tjenestepreis?		x	x
Er det gjennomført sensitivitetsanalyser på gevinster, hvor mye gevinster må prosjektet ha for null i nåverdi?	x	x	x
Foreligger fullmaktssøknad, SP HF styresak og relevante vedlegg?		x	x

Tabell 6: Sjekkliste ved leveranser fullmakts- og styresaker

4.3 Notat om fremgangsmåte, vurderinger og forutsetninger

Som en del av investeringsanalysen skal det også utarbeides et notat der prosjektorganisasjonen oppsummerer fremgangsmåte for estimeringen og gir en vurdering av estimerte effekter (metodikk, prosess/involvering og ledelsens plan for oppfølging). Prosjektet skal sannsynliggjøre og forklare hvordan estimerte gevinster skal realiseres, herunder redegjøre for viktige forutsetninger, avhengigheter og eventuelle forbehold for at gevinstene skal kunne realiseres. Detaljnivået i notatet vil kunne avhenge av fase. Notatet kan inngå som en del av prosjektbegrunnelsen.

4.4 Gevinstrealiseringsplan og tilhørende vurderinger

I gjennomføringsfasen skal det utarbeides komplett gevinstrealiseringsplan med nullpunktmålinger, og fordeling av internt ansvar i helseforetaket for videre oppfølging av gevinstrealisering. En gevinstrealiseringsplan er en operativ handlingsplan til bruk i oppfølgingen av prosjektet og dets resultater. Tabell 7 viser et fiktivt eksempel på en forenklet oppsummering av en gevinstrealiseringsplan. Dette dokumentet har et søkelys på økonomiske gevinster, men oppsettet er like relevant for eksempelvis helsefaglige gevinster.

Dersom gevinstrealiseringstiltakene er identiske for alle helseforetak, kan en felles gevinstrealiseringsplan være tilstrekkelig. Dette vil bidra til å standardisere prosessene og sikre en enhetlig tilnærming til gevinstrealiseringen. Det er viktig å ta hensyn til at lokale forhold og spesifikke behov kan påvirke implementeringen.

Gevinst <Beskrivelse av forventet gevinst>	Gevinstområdene <Hvor gevinsten oppstår>	Rapporterings <Tidspunkt og ansvar for rapportering>	Tiltak for å realisere <Identifiserte tiltak som må gjennomføres for å realisere gevinsten>	Risikofaktorer <Identifiserte risikofaktorer som kan hindre at gevinsten oppnås>	Risikoreduserende tiltak <Angi ev. vurderte tiltak og ev. ansvarlig for tiltak>
Reduksjon av legeårsverk i parallelle vaktordninger	Enhet A1 Enhet A2	Månedlig. Ola Nordmann, leder A12	- Opplæring i nye rutiner og felles arbeidsprosesser - Informere øvrig organisasjon om nye rutiner og kontaktinformasjon	- Opplæring tar lenger tid enn planlagt - Øvrig organisering følger ikke nye rutiner eller mangelfull kontaktinformasjon	- Tilstrekkelig tid til testing og opplæring i forkant av implementering - Besøke andre enheter og sikre mottak av korrekt kontaktinformasjon
Reduksjon av sykepleierårsverk i parallelle akuttmottak	Akuttmottak A Akuttmottak B	Månedlig. Kari Nordmann, leder AB	- Opplæring i nye rutiner og felles arbeidsprosesser - Testing av nytt MTU-utstyr og IKT-løsninger	- Opplæring tar lenger tid enn planlagt - IKT-løsninger fungerer ikke som forutsatt	- Tilstrekkelig tid til testing og opplæring i forkant av implementering - Ekstra IKT-personell tilgjengelig ved oppstart
Lavere drift- og vedlikeholdskostnader for MTU	Innkjøp og Teknisk drift	Kvartalsvis. Per Nordmann, driftsleder	- Nye serviceavtaler med leverandører - Nye rutiner for godkjenning av kjøp av servicetjenester utenfor avtale	- Avtaler ikke tilpasset eget behov - Nye avtaler brukes ikke (kjøp utenfor avtale) - For få leverandører leverer tilbud	- Tidlig dialog med fag- og driftsmiljø for å kartlegge krav og ønsker - Dialog med leverandørmarked for å kartlegge muligheter

Tabell 7: Illustrasjon på oppsummering av en gevinstrealiseringsplan

Gevinstrealiseringsplanen bygger videre på gevinstoversikten, men må bl.a. suppleres med interessentanalyse, kartlegging av gevinstrealiseringstiltak og risikovurderinger. De sistnevnte vurderingene gjør det mulig å utarbeide en operativ handlingsplan med høy sannsynlighet for at gevinstene lar seg realisere. Som et ledd i dette arbeidet anbefales det også å utarbeide et gevinstkart, som er en visuell framstilling av forutsetningene for at gevinstene skal kunne realiseres, og hvordan disse gevinstene igjen skal bidra til å realisere prosjektets mål. Tabell 8 viser et eksempel på et overordnet effekt-/gevinstkart for prosjektet regional radiologi. Gevinstkartet

gjør det mulig å se sammenhengene mellom ulike forutsetninger og endringer, samt forstå årsakene til eller viktige forutsetninger for at gevinster skal kunne realiseres. I mange tilfeller kan innsikten og dialogen man har i prosessen med å utarbeide et gevinstkart gi organisasjonen mer verdi enn selve gevinstkartet. Det er derfor viktig med involvering og forankring i denne fasen.

Radiologi bredning 2.0				
Samfunnsnål: En regional radiologiløsning i Helse Sør-Øst som legger til rette for økt digitalsamhandling mellom det enkelte helseforetak og helseregionene.				
Resultat-/leveransemål	Endringstiltak	Positive og negative effekter	Effekt mål	Strategisk mål
Prosjektet kuller ut regional radiologiløsning anslått 2021 som felles instans for alle foretakene i Helse Sør-Øst i henhold til avtalte planer. Ruller ut samhandlingsløsning til alle foretak i henhold til avtalte planer. Gir marginal til Helseforetakene for oppstart av sanering av gamle løsninger i henhold til frist i avtalte planer. Prosjektet leveranse: etablere en felles regional leveransemodell. Prosjektet samordner metadata og arbeidsprosesser på basis av arbeid gjort ved OUS i tett dialog med foretakene. Prosjektet gjennomfører superbrukeropplæring med utvalgte superbrukere i henhold til avtalte planer. Prosjektet etablerer regional AI-plattform slik at HF kan ta i bruk AI innen 2025, ved gjenbruk av erfaringer fra VV HF og OUS HF.	Helseforetakene innretter nødvendige tiltak for å harmonisere arbeidsflyt og metadata med sikte på enhetlig bruk av radiologiløsningen. SP HF må ved bruk av leveranseplattformen iverksette nødvendige tiltak som sikrer opprettholdelse av drift (ca. 19 tilfeller av driftstans v/OUS per okt. 2023) og innrette tiltak som forenkler driftsmjøtet der mulig. Superbrukere i Helseforetakene gjennomfører brukertilpasset opplæring for alle kategorier av brukere. Helseforetakene snarere gamle løsninger så snart migrering er godkjent av det enkelte foretak. Redusere antall installasjoner fra 9 til 1 og antall leverandører fra 5 til 1. Sykehuspartner HF etablerer ny felles SLA-avtale for alle helseforetakene. Sykehuspartner HF må sikre fakturering av helseforetakene som hensyntar både gammel og ny radiologiløsning. Sykehuspartner HF planlegger for og gjennomfører nødvendig omstilling i interne drift- og forvaltningsprosesser (bl.a. brukerstøtte).	Redusert antall uønskede avvikshendelser og driftsavbrudd gjennom tilgang på mer moderne og oppdatert radiologiløsning (reduert antall avvik i forhold til 2023). Høyere kvalitet på pasientbehandlingen gjennom tilgang på kontinuerlig oppdatert pasientinformasjon uavhengig av tidligere behandlingssted i regionen. Mer effektiv ressurssbruk i Helseforetakene som kan omstilles til andre oppgaver gjennom reduksjon av unødvendige undersøkelser og enklere tilgang på oppdatert pasientinfo. Redusert medarbeiderflidethet for medarbeidere som får merkbart endring i arbeidspraksis i breddet radiologiløsning. Redusert tjenestepriis for Helseforetakene oppnås i takt med sanering av gamle løsninger men... ...økt tjenestepriis i en overgangssperiode ved dupliserte radiologiløsninger. Helseforetak som allerede har løsning fra Sectra må forvente redusert vedlikeholdskostnader... ...men helseforetak som har Philips må planlegge for en økning i årlige vedlikeholdskostnader på estimert x kr. Mer effektiv ressurssbruk i Sykehuspartner HF som kan omstilles til andre verdiskapende oppgaver, gjennom enklere drift og forvaltning av flere løsninger. Reduserte kostnader i SP HF til drift og forvaltning av redusert antall radiologiløsninger i HSØ.	Muliggjør at Helse Sør-Øst HF får tilgang til moderne radiologiløsning som kontinuerlig oppdateres. Tilrettelegger for at Helse Sør-Øst HF får tilgang til ny radiologiløsning og etter hvert som ny teknologi blir tilgjengelig i markedet. Legger til rette for at behandler får raskere tilgang til relevant informasjon om pasient uavhengig av hvor i regionen pasienten er behandlet tidligere. Tilrettelegger for reduksjon i omfang unødvendige undersøkelser i Helse Sør-Øst. Legger til rette for enklere drift, forvaltning og vedlikehold av radiologiløsning i Helse Sør-Øst. Legger til rette for mer effektiv kommunikasjon med pasient gjennom Helsenorge.no Legger til rette for økt digital samhandling på basis av helseforetakene i Helse Sør-Øst og helseregionene. Redusert omfang av rutineundersøkelser som kan mer effektivt tolkes gjennom bruk av AI.	Forbedret folkehelse Fremøyd pasienter Fremøyd ansatte Effektiv ressurssbruk

Figur 8: Overordnet gevinst/effektkart

4.5 Metodevalg ved gevinstberegninger

En egenskap ved tidligfasenes oppbygging er at de ulike fasene og stegene bygger på forutgående fasen. En konsekvens av dette er at beslutningsgrunnlag fra en tidligere fase videreføres som utgangspunkt for senere fasen. Erfaringsmessig kan metodevalg, struktur og prosess i en tidlig fase bli førende for strukturering av og arbeid med driftsøkonomiske effekter i senere fasen. Det er i hovedsak to fremgangsmåter ved beregning av driftsøkonomiske effekter. Tabell 8 gir en kort beskrivelse av metodene samt fordeler og ulemper.

Metode	Beskrivelse, fordeler og ulemper
Ovenfra og ned («top-down»)	Overordnet vurdering av effektiviseringspotensial for Sykehuspartner HF og foretaksgruppen/aktuelle helseforetak. Estimert potensial baseres ofte på erfaring fra andre tilsvarende prosjekter, og uttrykkes som prosentvis effektivisering fra dagens driftskostnader eller driftsinntekter («resultatkrav»). Estimerte effekter fordeles «nedover» for å kartlegge konsekvenser for mindre enheter. <i>Fordeler:</i> ▪ Kan være relativ enkel og lite tidkrevende. Ikke nødvendigvis avhengig av detaljerte skisser og tiltaksplaner ▪ Muliggjør en overordnet vurdering av realisme, og utviklingen for Sykehuspartner HF/helseforetaket som helhet <i>Ulemper:</i> ▪ Krevende å knytte estimert potensial/effekt til konkrete kilder og kvalitetssikre estimater (jf. kravet om å sannsynliggjøre at og redegjøre for hvordan gevinster kan realiseres) ▪ Kan ha begrenset/lite gjenbruksverdi i senere faser med høyere detaljkrav ▪ Forutsetter at erfaringsgrunnlaget er sammenlignbart med det aktuelle prosjektet. I praksis er det krevende å finne (mange nok) sammenlignbare prosjekter
Nedenfra og opp («bottom-up»)	Konkrete vurderinger av effektiviseringspotensial for enkeltområder. Estimert potensial baseres på vurdering av det spesifikke forslaget til konsept/løsning og eksisterende løsning. Estimerte effekter summeres «oppover» for å kartlegge konsekvenser for hele enheten eller helseforetaket. <i>Fordeler:</i> ▪ Enklere å knytte estimert potensial/effekt til konkrete kilder og kvalitetssikre estimater ▪ Muliggjør spesifikke vurderinger av realisme, og konsekvenser for spesifikke pasienttilbud ▪ Sporbarhet og ofte høy gjenbruksverdi i senere faser <i>Ulemper:</i> ▪ Kan være komplisert og tidkrevende. Avhengig av relativt detaljerte eller tydelige tiltaksplaner ▪ For store prosjekter vil gode vurderinger ofte kreve involvering av mange enkeltpersoner fra ulike miljøer

Tabell 8: Metoder ved driftsøkonomiske effekter

Det anbefales et bevisst forhold til hvilken fremgangsmåte som benyttes for estimering av driftsøkonomiske effekter. Hvilken metode som er mest hensiktsmessig vil kunne avhenge av hvilken fase prosessen befinner seg i og detaljgraden av tiltaksbeskrivelser som allerede måtte foreligge.

I praksis ser man også at ovenfra og ned-metoden ofte fører til at fag- og økonomimiljøene involveres i for liten grad tidlig i prosessen. Senere involvering og forankring kan da føre til større revideringer av tidligere økonomisk beslutningsgrunnlag, uten at endringene kan spores til endringer i konsept/løsning. Dette er ikke ønskelig. Helse Sør-Øst RHF vil i utgangspunktet legge til grunn bruk av nedenfra og opp-metoden, særlig der man forventer betydelige driftsøkonomiske effekter.

Oppsummert:

I en tidlig fase (ide- og konseptfasen) kan en hensiktsmessig middelvei være å benytte ovenfra og ned-metoden for å estimere totalt gevinstpotensial, men benytte nedenfra og opp-metoden for utvalgte driftsområder der man forventer betydelige effekter for å kontrollere, konkretisere og understøtte totalen. Fra planleggingsfasen må driftsøkonomiske vurderinger være basert på konkrete vurderinger (nedenfra og opp).

For mer om gevinstrealiseringsplaner, eksempler og maler vises det til DFØ-veileder om gevinstrealisering eller f.eks. Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser. Spesialisthelsetjenesten er ikke pålagt å følge retningslinjene i disse nevnte veiledere, men innholdet kan benyttes til inspirasjon og rettleiding der det er hensiktsmessig.

4.6 Utfordringer knyttet til driftsøkonomiske vurderinger/tiltak og sjekkliste

Tabell 9 gir en kort oppsummering av mulige utfordringer knyttet til arbeid med driftsøkonomiske vurderinger, og forslag til tiltak som kan redusere utfordringene:

Utfordring	Mulige tiltak (ikke uttømmende)
Sikre kontinuitet i planleggingen av de store prosjektene (går over flere år, endringer i forutsetninger og nye personer)	▪ Ledelsesmessig eierskap og forankring ▪ God dokumentasjon av vurderinger som gjøres: <i>bruke nedenfra og opp-metoden, gevinstoversikter, notat om fremgangsmåte og forutsetninger mm.</i>
Krevende å få involvert fagpersoner i å tenke på driftsgevinster	▪ Inkludere vurdering av driftsøkonomiske effekter i mandat til samhandlingsgrupper ▪ Arbeidssamlinger om dagens kostnadsdrivere og fremtidige driftskonsepser med tilhørende effekter
Krevende å skille gevinster forårsaket av ny løsning og fra gevinster som vil kunne realiseres uansett	▪ Arbeidssamlinger om dagens kostnadsdrivere og fremtidige driftskonsepser med tilhørende effekter ▪ Redegjøre for hvilke tiltak som muliggjør gevinstene, f.eks. effektkart, med søkelys på kritiske suksessfaktorer og avhengigheter (hva er avgjørende for realiseringen?)
Gevinster ikke knyttet til konkrete tiltak (ikke tydelig bilde av fremtidig driftskonsept eller hva man skal vurdere gevinsten opp mot)	▪ Definere tydelig et (driftsmessig) nullalternativ ▪ Arbeidssamlinger om fremtidige driftskonsepser med tilhørende effekter ▪ Sannsynliggjøre og redegjøre for hvordan gevinster skal oppnås (f.eks. gevinstkart)

Tabell 9: Aktuelle utfordringer ved driftsøkonomiske vurderinger

Nedenfor presenteres en overordnet sjekkliste for arbeidsgruppen som gjennomfører de driftsøkonomiske analysene:

Sjekkliste (fokus på driftsøkonomiske analyser):
☐ Kartlagt dagens økonomi for områdene som påvirkes av tiltaket? ☐ Kartlagt dagens bemanning og ressursbehov for områdene som påvirkes av tiltaket? ☐ Kartlagt dagens kostnadsdrivere? ☐ Tydelig og sammenlignbar beskrivelse av nullalternativet, som også er framskrevet inkludert allerede vedtatte tiltak/effektiviseringskrav? ☐ Sikret forståelse av implikasjonene av de ulike utredningsalternativene blant involverte ressurser? Kartlagt likheter og forskjeller mellom de ulike utredningsalternativene (søkelys på ting som påvirker drift / kostnadsdrivere)? ☐ Involvert fagmiljøene i arbeidet? Workshop etter at utkast til skisser foreligger? ☐ Dokumentert fremgangsmåte samt viktige forutsetninger, avhengigheter og ev. usikkerhet knyttet til gevinstpotensial? ☐ Vurdert realisme i estimatene? Vurdert kritiske suksessfaktorer? ☐ Estimert ulempekostnader, kostnader OU og mottaksprosjekt? ☐ <i>Dersom ovenfra og ned-metoden:</i> kontrollregnet på implikasjoner for underliggende enheter? Mulig å understøtte totalen med mer detaljert beregning for noen få områder det forventes store effekter? Overordnet vurdering av realisme mht. f.eks. bemanning ☐ <i>Dersom nedenfra og opp-metoden:</i> vurdert totaleffekten for helseforetaket og overordnede nøkkeltall? ☐ Sammenlignet estimerte gevinster mot andre prosjekter? ☐ Benchmark mot eksisterende drift eller sammenlignbare foretak som har gjennomført tilsvarende prosjekter? ☐ Utarbeidet plan for videre oppfølging av driftsøkonomiske effekter?

Tabell 10: Sjekkliste driftsøkonomiske analyser

4.7 Saksbehandlingstider i Helse Sør-Øst

Saksbehandlingen i Helse Sør-Øst RHF følger møteplan med fastsatte frister. Prosjekter må sørge for å planlegge for og samordne sin behandling i forhold til disse.

Aktivitet	Beslutningsorgan	Tidslinje
Styrebehandling	Sykehuspartner HF/ Porteføljestyret	Uke 0
Søknad med protokoll, bæreevneberegning, kalkyler, prosjektbegrunnelse, gevinstrealiseringsplan mm. sendes	Helse Sør-Øst RHF	Uke 0/1
Utarbeidelse av saksfremlegg	Teknologi og e-helse/økonomi- og finansavdelingen	Uke 1-uke 2
Utsendelse av saksfremlegg til LG		Uke 2/3 - 6 dager før møtet
Ledergruppebehandling	Helse Sør-Øst RHF	Uke 4 - 6 uker før styremøtet
Styrebehandling	Helse Sør-Øst RHF	Uke 10 - sak sendes 2 uker før styremøtet

Tabell 11: Tidslinje for saksbehandling i Helse Sør-Øst RHF

Tidslinjen innebærer at prosjektorganisasjonene og Sykehuspartner HF må planlegge for at den formelle håndteringen i Helse Sør-Øst RHF kan ta inntil ti uker.

4.8 Krav til allmenn språkbruk ved fullmaktsøknad til Helse Sør-Øst RHF

Dokumentene skal være skrevet i et klart og forståelig språk for å gjøre informasjonen tilgjengelig for alle målgrupper, inkludert beslutningstakere og vanlige borgere uten spesialkunnskap i IKT-feltet.

Unngå fagterminologi: Utstrakt bruk av bransjespesifikke termer og komplekse uttrykk bør unngås, med mindre de er nødvendige. Der det er nødvendig å bruke fagbegreper, skal de alltid forklares tydelig.

Klarhet og presisjon: Informasjonen skal presenteres på en direkte og ubesværet måte. Setninger bør være korte og konsise, og unødvendige klisjéer og kompliserte formuleringer skal unngås for å sikre at budskapet kommer klart frem.

Struktur og format: Dokumentene bør være godt strukturerte med overskrifter, punktlister og avsnitt som deler opp innholdet, noe som gjør det lettere å navigere og forstå.