

# Evaluering av prosjektet «Ny planleggings- og optimaliseringsløsning for pasientreiser»

**Pasientreiser HF**

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
Prosjektet	4
Evalueringsmetodikk	4
Overordnet vurdering	4
<b>1. Bakgrunn</b>	<b>7</b>
1.1 Problembeskrivelse	7
1.2 Prosjektet	7
1.3 Prosjektevalueringens omfang	8
<b>2. Metode</b>	<b>9</b>
2.1 Prosessevaluering	9
2.2 Rammeverk for prosjektstyring	9
2.3 Evalueringsmetodikk	11
<b>3. Prosjektets rammebetingelser</b>	<b>12</b>
3.1 Regulatoriske rammer	12
3.2 Andre prosjekter	12
3.3 Forankring og forvaltningsmodell	12
3.4 Standardisering	14
3.5 Observasjoner Prosjektets rammebetingelser	15
<b>4. Anskaffelse og kontraktstyring</b>	<b>16</b>
4.1 Anskaffelsen	16
4.2 Håndtering av kontraktstyring etter anskaffelse	17
4.3 Utrulling Pasientreiser St. Olavs hospital HF	18
4.4 Observasjoner Anskaffelse og kontraktstyring	19
<b>5. Prosjektstyring og -organisering</b>	<b>20</b>
5.1 Prosjektstyring og etterlevelse av Prosjektveiviseren (Digdir)	20
5.2 Prosjektets organisering med roller og ansvar	21
5.3 Prosjektstyring/ prosjektets samspill med linjeorganisasjonen, involvering av brukere ved pasientreisekontorene	23
5.4 Ressurstilgang og ressursbruk	23
5.5 Prosjektets kommunikasjon	24
5.6 Omfangs- og endringsstyring	25
5.7 Sammenhengen med Pasientreiser HF sin sourcingstrategi	26
5.8 Prosjektets risikostyring	26
5.9 Observasjoner Prosjektstyring- og organisering	27

<b>6. Prosjektgjennomføring og arbeidsmetodikk</b>	<b>28</b>
6.1 Test- og arbeidsmetodikk	28
6.2 Spesifikasjon av akseptansekriterier, utvikling og leveranse kvalitet.	29
6.3 Rapportering og oppfølging	30
6.4 Observasjoner Prosjektgjennomføring	31
<b>7. Prosjektets interesser</b>	<b>32</b>
7.1 Har prosjektets interesser blitt tilstrekkelig ivaretatt?	32
<b>8. Oppnådde resultater</b>	<b>33</b>
<b>Vedlegg 1 Mandat</b>	<b>34</b>
<b>Vedlegg 2 Liste over intervjuede</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg 3 Liste over gjennomgåtte dokumenter</b>	<b>39</b>

# Sammendrag

## Prosjektet

Prosjektet «Ny planleggings- og optimaliserings-løsning for pasientreiser», også kalt prosjekt Samkjøring ble opprettet med bakgrunn i Handlingsplan systemforvaltning 2014-2015. Trapeze Group ble innstilt som leverandør. Prosjektet pågikk fram til høsten 2021 og hadde per desember 2021 ikke en teknisk løsning som var godkjent for idriftsettelse.

## Evalueringsmetodikk

Styret i Pasientreiser HF ønsket å gjennomføre en ekstern evaluering av prosjektgjennomføringen. Hovedhensikten med evalueringen deles inn i to forhold,

- a) mulige årsaker til at prosjektet ikke kom i mål, og avdekke de viktigste læringspunktene for fremtidige prosjekter
- b) Eventuell nytteverdi av prosjektresultater/løsningen fremkommet så langt prosjektgjennomføringen varte skal også vurderes.

Prosjektet var pålagt å følge Digidirs Prosjektveiviser. Evalueringen ble gjennomført i perioden mars til juni 2022.


## Overordnet vurdering

Deltakere i prosjektet, spesielt prosjektledelsen, de regionale representantene og de dedikerte ressursene på reisekontorene, har nedlagt mye arbeid for å få systemet implementert og til å fungere. Evalueringen har ikke avdekket en konkret årsak til at prosjektet ikke ble en suksess. Årsakssammenhengen er kompleks, og det er flere områder hvor det har vært utfordringer. Prosjektledelsen har måttet forholde seg til de avtaler, krav og omfang som ble lagt i anskaffelsesprosessen. Manglende konkretisering og omforening av krav og omfang med leverandør ved prosjektoppstart, har skapt utfordringer for prosjektledelsen i senere faser. Det har vært et ønske fra ledelse og styre, samt involverte parter i prosjektledelsen, prosjektdeltakere og pasientreisekontorene at prosjektet skulle lykkes og prosjektet har i samarbeid med leverandør arbeidet aktivt for dette. Leverandør har underveis forsikret om at feil vil bli rettet, men det har vært gjentakende at nye feil har blitt avdekket.

I 2021 ble det lagt opp en konkret milepælsplan som resulterte i at prosjektet ble stanset. Mer konkrete milepæler med klare akseptanskriterier burde vært gjennomført i tidligere faser av prosjektet.

Det foreligger ikke fullstendige tall for kostnader og timebruk, da det ikke ble ført timeregnskap for prosjektet. Totalt kostnader anslås derfor til 113 millioner i perioden 2015 til 2021.

Område	Observasjon	Vurdering
<b>Prosjektets rammebetingelser</b>	Bestilling av prosjektet var forankret med styrevedtak. Det ble gjennomført et grundig arbeid med innhenting av ønsker og behov. Det fremstår som at arbeidsprosesser med pasientreiser ikke i tilstrekkelig grad ble definert og omforent, dette i samarbeid med helseforetakene. Lokale tilpasninger ble vanskelig å få inn i et system som skulle være mest mulig hyllevere.	
<b>Anskaffelsen og kontraktsstyring</b>	Anbudsforespørselen ble utformet med få konkrete krav. Dette var en bevisst strategi for å ikke diskvalifisere leverandører. Det var god konkurranse og mange innkommende tilbud. Men det var mangler på å konkretisere samt omforene krav og leveranser i videre tilbuds-/forhandlingsprosess med leverandør. Dette medførte uklarheter senere i prosjektet om hva som var del av leveransen og hva som var tillegg og endringer. Prosjektet måtte derfor inngå flere tilleggsavtaler med valgt leverandør	
<b>Prosjektstyring og – organisering</b>	Prosjektet har vært godt bemannet med beskrevne roller og ansvar. Det har vært komplisert for prosjektet å måtte forholde seg til mange interessenter. Interessentene er også representert i prosjektstyret og indirekte i styret til Pasientreiser HF. Prosjektstyret var ikke vedtaksdyktige og fungerte mer som referansegruppe. Prosjektet manglet styringsrolle slik det var tiltenkt. Beslutninger som måtte tas ble dermed tvunget ut i andre deler av organisasjonen. Prosjektets styringsstruktur fungerte ikke.	
<b>Prosjektgjennomføring og arbeidsmetodikk</b>	Statens prosjektmodell «Prosjektveiviseren» er lagt til grunn for gjennomføring av prosjektet. Men det har ikke vært klare faseoverganger og prosjektet har gått videre selv om det har vært flere feil enn det som var regnet som akseptabelt.	
<b>Prosjektets interessenter</b>	Prosjektets interessenter har vært godt representert og involvert i prosjektet. Prosjektet har informert om progresjon jevnlig i relevante fora.	

<b>Oppnådde resultater</b>	Prosjektet ble avsluttet uten bruk av hele eller deler av teknisk løsning. Det som kan tas med videre er en bedre forståelse for prosesser, muligheter og begrensinger innen pasientreiser.	
----------------------------	---	---

# 1. Bakgrunn

## 1.1 Problembeskrivelse

Daværende og for så vidt dagens IKT-løsning (NISSY) gir ikke reiseplanleggerne fra de 17 pasientreisekontorene rundt om i Norge, tilstrekkelig beslutningsstøtte ved planlegging av pasientreiser, og samkjøring av pasienter er basert på manuell planlegging gjort av den enkelte reiseplanlegger. Pasientreisekontorene opplever et behov for økt grad av systemstøtte, for å kunne identifisere turer som er egnet for samkjøring, samt gi reiseplanleggerne forslag til optimale reiseruter og vognløp. Prosjektets konseptfase identifiserte at det finnes aktører som kan levere kommersielle optimaliseringsløsninger som kunne løse flere av daværende utfordringer.

Fra evalueringens mandat hitsettes følgende beskrivelse av bakgrunnen for herværende prosjektevaluering:

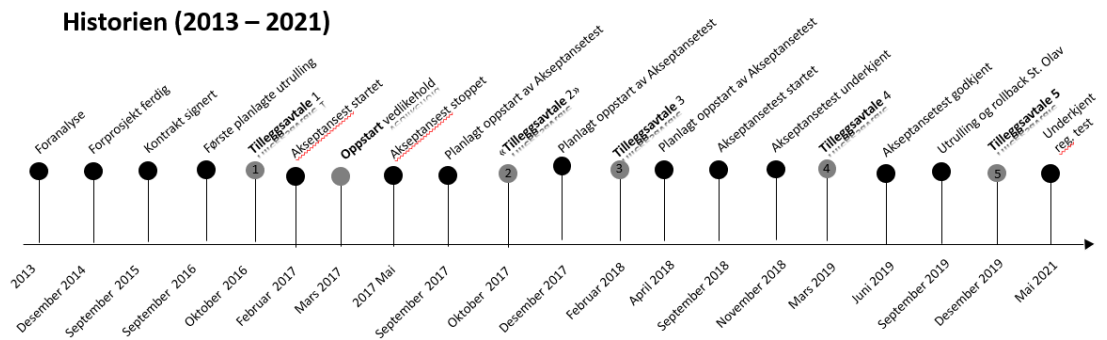
Pasientreiser HF (tidl. Pasientreiser ANS) har i perioden 2015 – 2021 gjennomført et prosjekt hvor formålet har vært å anskaffe og implementere en ny løsning for planlegging og optimalisering av rekvirerte pasientreiser. Løsningen skulle erstatte dagens systemløsning, NISSY, og skulle benyttes av de 17 pasientreisekontorene tilknyttet helseforetakene i hele landet. Per desember 2021 forelå det fremdeles ikke en teknisk løsning som var godkjent for idriftsettelse.

Styret i Pasientreiser HF ba i desember 2021 administrerende direktør om å avslutte prosjektet. Styret ba samtidig om at det iverksettes en ekstern evaluering av prosjektet med hensyn på læring til fremtidige prosjekter.

## 1.2 Prosjektet

Prosjektet med opprinnelig tittel «Samkjøring og alternativ bestillerløsning», forkortet Samkjøring, ble opprettet med bakgrunn i «Handlingsplan systemforvaltning 2014-2015». Etter gjennomført konseptfase/foranalyse i perioden november 2013 til mars 2014 og planleggingsfase fra mai til desember 2014, ble det våren 2015 gjennomført en offentlig anskaffelsesprosess for anskaffelse av ”IKT-løsning for planlegging og optimalisering av pasientreiser”. Styret innstilte selskapet Trapeze Group («Trapeze») som leverandør. Prosjektet inngikk som en viktig del av Pasientreiser HF sin strategi for 2015-2017.

### 1.3 Prosjektevalueringens omfang



Figur 1 Viktige hendelser i prosjektets levetid

Mandatet oppstiller følgende hovedområder som inngår i prosjektevalueringen:

1. Prosjektets rammebetingelser
2. Anskaffelse og kontraktstyring
3. Prosjektstyring og -organisering
4. Prosjektgjennomføring og arbeidsmetodikk
5. Prosjektets interesser

Evalueringens mandat med oversikt over hovedspørsmål og tilhørende underspørsmål er vedlagt som Vedlegg 1.

Hovedhensikten med evalueringen deles inn i to forhold:

- a) Oppdragsgiver ønsker å vurdere mulige årsaker til at prosjektet ikke kom i mål, og avdekke de viktigste læringspunktene for fremtidige prosjekter.
- b) Eventuell nytteverdi av prosjektresultater/løsningen fremkommet så langt prosjektgjennomføringen varte skal også vurderes.



## 2. Metode

### 2.1 Prosessevaluering

Evalueringen har blitt gjennomført i form av en prosessevaluering. Det har ikke vært del av mandatet å vurdere den tekniske løsningen.

En prosessevaluering er en detaljert vurdering av hele forløpet til et program, et prosjekt eller et tiltak, fra dets start til slutt.

Pasientreiser HF ønsket å benytte Digidirs «Prosjektveiviseren» som beste praksis for gjennomføring av IKT-prosjekter i offentlig sektor og gjennomgås i korte trekk nedenfor.

Prosessevalueringen kartlegger utviklingsforløpet i prosjektet. Videre foretas en årsaksanalyse. Her vil alle de varierende faktorene fra Prosjektveiviseren/rammeverket som kan være med å forklare det oppståtte, dvs. konkrete hendelser eller forandringer som kan observeres eller måles, vurderes. Sammen gir prosess- og årsaksanalysen et godt grunnlag for å gi gode forklaringer og årsakssammenhenger.

### 2.2 Rammeverk for prosjektstyring

Digidirs Prosjektveiviser har tre hovedløp, som er organisasjonsutvikling, programvareutvikling og IT-anskaffelser. Her følger noen hovedpunkter knyttet til Prosjektveiviseren.



Figur 2 Prosjektveiviseren

Prosjektveiviserens formål er å bidra til flere vellykkede prosjekter. Den beskriver virksomhetens overordnede styring av sine prosjekter, basert på faser og beslutningspunkter. Ved hvert beslutningspunkt (BP) godkjenner virksomhetsledelsen/prosjekteieren overgang fra en fase til den neste. Denne fasedelingen og klart skille og avslutning av hver fase for seg gjelder i prinsippet også delfaser innenfor hver fase.

Prosjektveiviseren definerer viktige roller forskjellige aktører har i forhold til prosjektet. Dette er de viktigste rollene:

**Prosjektleder:** Prosjektlederen har ansvar og myndighet til å lede prosjektet og levere de nødvendige produktene innenfor de rammer og begrensninger som er definert av prosjekteier. Prosjektlederens gode samspill med prosjekteieren vil være en viktig suksessfaktor for prosjektet.

**Prosjekteier:** Prosjekteieren er personen som blir utpekt som overordnet ansvarlig for at prosjektet når sine mål. Prosjekteieren oppnevnes av virksomhetsledelsen og blir dermed gitt mandat og myndighet til å iverksette og styre prosjektet frem til det er avsluttet.

**Prosjektstyret:** Prosjektstyret er et rådgivende organ som prosjekteieren omgir seg med i utøvelse av sin rolle. Derfor vil forpliktelser og ansvar som tillegges et prosjektstyre delvis overlappe med tilsvarende for prosjekteierrollen. Et prosjektstyres ansvar kan beskrives som å være overordnet ansvarlig for prosjektets suksess eller fiasko; gi enhetlig rettleiding til prosjektet samt gi synlig og vedvarende støtte til Prosjektleder.

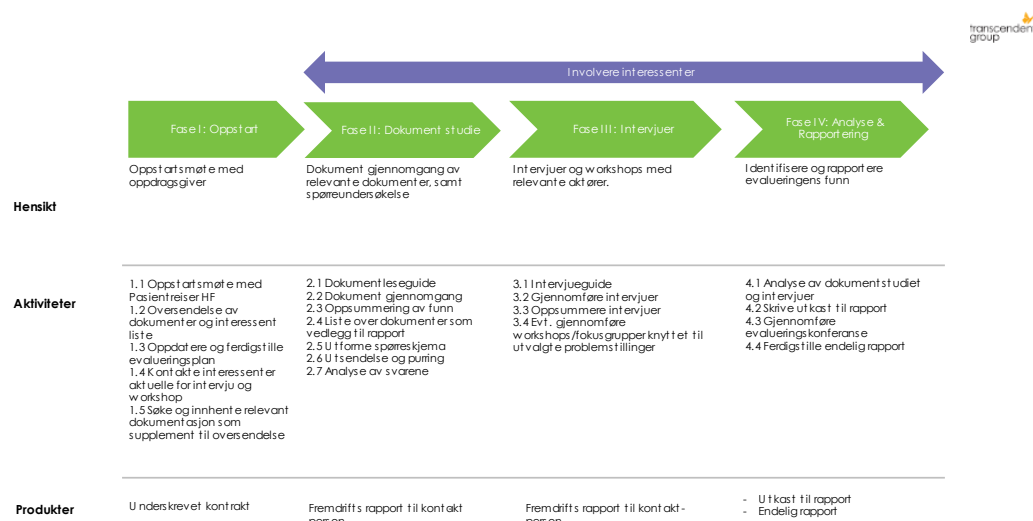
**Interessenter:** Prosjektets interessenter er personer, grupper eller organisasjoner som kan påvirke, vil bli påvirket av, eller oppfatter at de vil bli påvirket av prosjektets gjennomføring eller resultater.

Styringsdokumentet definerer prosjektet og danner «kontrakten» mellom prosjektleder og prosjekteier. Dokumentet med vedlegg slik det ble godkjent ved oppstart av gjennomføringsfasen utgjør prosjektets baseline og vil være det prosjektet hele tiden måles mot (fremdriftsstyring underveis i gjennomføringsfasen og måloppnåelse ved avslutning av gjennomføringsfasen før prosjektet går over i Avslutningsfasen).

Styringsdokumentet er et «levende» dokument da det gjenspeiler nåsituasjonen, kontrollmekanismer og videre oppdaterte planer. Dokumentet må derfor fryses etter behov for å gjenspeile status på enkeltelementer på gitte tidspunkt.

Nærmere om Prosjektveiviseren finnes på [www.prosjektveiviseren.no](http://www.prosjektveiviseren.no).

## 2.3 Evalueringsmetodikk



Figur 3 Evalueringsmetodikk

Evalueringen gjennomføres i fire faser:

- En kortere oppstartsfase med oppstartsmøte og overlevering av dokumentasjon;
- dokumentgjennomgang;
- intervjuer av interessenter;
- analyse og utarbeidelse av rapport.

Tidsplan for gjennomføring av evaluering Fase 1 Oppstart, begynte med kontraktsignering og oppstartsmøte den 11. mars 2022. På oppstartsmøtet ble oppdraget gjennomgått med oppdragsgiver og avklaringer på detaljspørsmål svart ut, samt at alle dokumenter som oppdragsgiver hadde tilgjengelig ble overført på sikker måte til Transcendent Group. En detaljert evalueringsplan ble utarbeidet og overlevert oppdragsgiver den 6. april.

Fase II Dokumentstudie ble påbegynt etter oppstartsmøtet og pågikk i perioden frem til medio april. En betydelig mengde dokumentasjon ble gjennomgått. En liste med oversikt over dokumentasjon finnes i Vedlegg 3.

Fase III Intervjuer og workshops fulgte deretter. Intervjuer ble gjennomført fra rundt ultimo april til utgangen av mai 2022. I alt ble det gjennomført 36 intervjuer og i tillegg en workshop med Prosjektstyret. Liste over intervjuede interessenter er vedlagt som Vedlegg 2.

Fase IV Analyse og rapport ble startet primo mai og pågikk til ultimo juni, hvor utkast til rapport ble overlevert oppdragsgiver for gjennomsyn. Innspill og kommentarer ble innarbeidet i august 2022 og endelig rapport ble overlevert Styret i Pasientreiser HF den **15. september 2022.**

## 3. Prosjektets rammebetingelser

### 3.1 Regulatoriske rammer

Prosjektet og Pasientreiser HF måtte forholde seg til rammebetingelser som spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven med tilhørende forskrift, syketransportforskriften og pasientjournalloven med tilhørende forskrift (syketransportregisterforskriften) for å nevne noen sentrale regler som er med på å definere rammer og samfunnsoppdrag. I tillegg legger en rekke offentlige dokumenter føringer for videreutvikling av pasientreiseområdet.

Det var ingen forskriftsmessig endring i pasientreisereglene under prosjektgjennomføringen, men det tilkom nye regler for personvern (GDPR). Det skjedde også en teknologisk utvikling underveis i prosjektperioden.

#### Vurdering

Prosjektet hadde kjennskap til og oversikt over de regulatoriske rammene som prosjektet måtte forholde seg til.

### 3.2 Andre prosjekter

Prosjektet Samkjøring ble igangsatt samtidig med prosjektet «Mine Pasientreiser», et prosjekt på reiser uten rekvisisjon. Ledergruppen var direkte involvert i delleveranser i dette prosjektet. Flere intervjuede peker på at i denne perioden med overlapp var det for lite ressurser til Samkjøring, både på penge og personell området, men at dette bedret seg utover i prosjektet.

For Pasientreiser HF så var begge prosjektene store og det måtte rekrutteres eksternt til begge prosjektene.

Prosjekt Oppgjørskontroll – som også var en del av Handlingsplan systemforvaltning (se avsnitt 3.3 - hadde et tett og løpende samarbeid med Prosjekt Samkjøring, og var en del av prosjektet i starten. Prosjekt Oppgjørskontroll ble levert i 2016, med styrets godkjenning av sluttrapport i desember det året.

#### Vurdering

Pasientreiser HF hadde flere samtidige prosjekter. Spesielt Mine Pasientreiser ble ansett som krevende for organisasjonen, mens også Oppgjørskontroll var koordinert med Samkjøring. Ledergruppens fokus var på Mine Pasientreiser fram til dette prosjektet var ferdig, og Samkjøring ser ut til å ha hatt lite ressurser i denne perioden. Dette var en tydelig og villet prioritering mellom disse prosjektene og Mine pasientreiser skulle ha prioritet fram til lansering, ifølge funn i intervjuer.

### 3.3 Forankring og forvaltningsmodell

Styring av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper – som Pasientreiser HF - er stadfestet senest i RHF-styrene i november/desember 2015. Her stadfestes dagens

styrings- og forvaltningsmodell der eierstyring og oppfølging av virksomheten i de felles eide selskapene ivaretas av de regionale helseforetakenes administrerende direktører (heretter AD). Videre avklarer saken prinsipper for styresammensetning, oppnevning av observatører i selskapenes styre, utarbeidelse og behandling av selskapenes strategier, samt samordning og oppfølging av selskapene. Det legges til grunn at rapportering og planer for virksomheten i de felles eide selskapene innarbeides i økonomisk langtidsplan og behandles av RHF-styrene<sup>1</sup>. Dette betyr at personer fra RHFene som deltar i styringen av prosjektet både er ansvarlig ovenfor prosjektet og sitt respektive RHF, i mindre grad ansvarlig overfor styret i Pasientreiser. Dette prinsippet er ytterligere definert ved at samme sak beslutter at «Selskapenes styre skal normalt ikke fungere som styringsgruppe for egne prosjekter».

Prosjektet var en bestilling fra RHFene. Prosjektet kom inn som prioritert handling i 2013 i Handlingsplan systemforvaltning (Styresak 48-2013). Her begrunnes prosjektet med behov for endring. For reiser med rekvisisjon ble det blant brukerne uttrykt misnøye med daværende verktøys manglende funksjonalitet, og det var vanskelig å imøtekomme fremtidens behov og krav i eksisterende løsning. Derfor ønsket styret større endringer så langt det var mulig løst *«ved å etablere nye moduler på utsiden av og samtidig integrert med NISSY»*. Mindre endringsbehov ville fortsatt bli implementert ved å videreutvikle NISSY. Videre bemerket styret at det var dokumentert behov for større endringer og ny funksjonalitet som berører hovedprosessene innenfor reiser med rekvisisjon. Dette gjaldt rekvirerings-, planleggings-, transport- og oppgjørprosessen. For å lykkes med innføringen av større endringer og ny funksjonalitet fant styret avgjørende at dette så langt det er mulig understøtter standardiserte arbeidsprosesser og fremmer lik praksis.

Bestillingen fra styret ble beskrevet som en «samkjøringsmodul», dette skulle spesifiseres nærmere og styret besluttet at *«Endelig og omforente krav til en samkjøringsmodul, forbedret kartfunksjonalitet og kilometerberegning må sluttføres i dialog med pasientreisekontorene og systemeierforum»*. Forprosjekt ble igangsatt og prosjektet ble ansett av styret som godt forankret (Styresak 61-2014). Her ble prosjektets rolle i Handlingsplanen fremhevet som *«et prioritert område for helseforetakene og bred brukerforankring har vært sentralt i både foranalyse og forprosjekt. Gjennom regionale representanter har pasientreisekontorene hatt en sentral rolle i selve prosjektgruppen»*.

Samkjøringsprosjektet var et ønsket prosjekt for kjøre/pasientreisekontorene, de opplevde et behov for mer systemstøtte for å identifisere turer som egner seg for samkjøring.

## Vurdering

Prosjektet var forankret og med en bestilling fra RHFene gjennom styrevedtak i Pasientreiser HF. Prosjektet var ønsket og både RHFene og Pasientreiser HF var godt motivert for å gjennomføre prosjektet. Motivet var et opplevd behov for bedre systemstøtte utover det som daværende løsning NISSY kunne levere.

---

<sup>1</sup> Oppdragsdokument 2016 til Helseforetakenes senter for pasientreiser, Selskapsmøte 8. februar 2016 og Sak nr 074-2015 Styring av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper; Helse SørØst.

### 3.4 Standardisering

De 17 reisekontorene har en uavhengig rolle seg imellom og mot Pasientreiser HF. Reisekontorene forholder seg til behov til sitt lokale HF og det er til dels forskjellig praksis og prosesser for reiser med rekvisisjon. Dette baserer seg dels på forskjellige pasientbehov gitt forskjeller i Norges geografi og demografi. Mens det kan være relativt korte avstander og mange pasienter i byer og sentrale områder, kan det være lange avstander, med forskjellige transportmidler (f.eks. ferge) i andre deler av landet. Det er allikevel mulighet for å standardisere og harmonere reisekontorenes prosesser.

Mange av pasientreisekontorene har også fremhevet at økt grad av automatisering og standardisering kunne medføre større fleksibilitet med hensyn til ressursbruk på pasientreisekontorene, ifølge Forprosjektrapporten.

Standardiseringsarbeidet av rutiner og arbeidsprosesser var sentralt slik styrets beslutning overfor viser. Arbeidet med standardisering hadde ikke tilstrekkelig fremdrift i forhold til det som Pasientreiser HF forventet i de tidlige fasene av prosjektet. Et standardiseringsarbeid krever at RHFene samkjører prosesser som reisekontorene har i dag. Dette ga seg blant annet utslag i at den første/viktigste risikoen som prosjektet identifiserte i Styringsdokumentet i 2015 var *«for mange etterspurte funksjonaliteter (Featurecreep) kan skape forsinkelser og/ eller dyrere leveranse»*. Denne risikoen ble ansett som mindre relevant når prosjektet skulle kjøpe en «hylleware» (Styringsdokumentet august 2015).

Forprosjektet kom til at det fantes etablerte aktører i markedet som tilbyr standardløsninger med relevante referansekunder som er sammenliknbare med Pasientreiser. Det ville – ifølge forprosjektrapporten – mest sannsynlig være behov for tilpasninger. Grad av tilpasninger vil kunne variere fra leverandør til leverandør. Omfang av tilpasninger ble imidlertid vurdert til ikke å være vesentlig i denne anskaffelsen, ifølge forprosjektet. I tillegg ble det understreket at det forelå en implisitt strategi å standardisere løsningen og prosesser og dermed heller vurdere prosess- og dataendringer ovenfor tilpasninger i understøttende teknologi.

Som beskrevet i kapittel 4 Anskaffelse og kontraktstyring, ble det imidlertid mottatt flere krav og ønsker på funksjonalitet. Dette ble til en viss grad oppfordret til i oppkjøringen til anskaffelsesprosessen.

#### Vurdering

Det ble gjort et arbeid med å innhente ønsker til funksjonalitet til et nytt system, men det ble i liten grad utarbeidet en standard og omforent prosessbeskrivelse av arbeidsmetoder i forkant av prosjektet. Ulike geografiske forutsetninger, antall mennesker og avtalestrukturer<sup>2</sup> gjør at det arbeides ulikt og transportbehov er ulikt.

Standardiseringsarbeidet hadde ikke prioritet eller ønsket framdrift i denne perioden, selv om styret så dette som avgjørende. Mindre standardiseringsarbeid ble gjort innad i regionene, men dette var små standardiseringer, men ingen standardisering av prosesser over regioner og av større prosesser. Pasientreiser HF hadde ikke myndighet til å pålegge reisekontorene dette, og RHFene gjennomførte ikke et standardiseringsarbeid.

---

<sup>2</sup> Prosjektet gjorde forsøk på å få tilgang til HFenes avtale men det fikk de ikke.

### **3.5 Observasjoner Prosjektets rammebetingelser**

- Prosjektet var forankret og med en tydelig bestilling fra RHFene gjennom styrevedtak i Pasientreiser HF.
- Manglende omforent standardisering av arbeidsprosesser i forkant av prosjektet.
- Standardiseringsarbeid har ikke hatt tilstrekkelig prioritert og framdrift. Dette har gitt prosjektet betydelige utfordringer og har ligget utenfor prosjektets kontroll.

## 4. Anskaffelse og kontraktstyring

### 4.1 Anskaffelsen

Konseptfasen varte fra november 2013 til mars 2014. I planleggingsfasen baserte anskaffelsen seg på to foranalyserapporter som ble ferdigstilt henholdsvis februar 2014, og desember 2014 og hadde som formål å gi styret i Pasientreiser HF et dekkende grunnlag for å beslutte om prosjektet skal videreføres med en gjennomføringsfase. Basert på de to foranalyserapportene ble det laget et forprosjekt som skulle dekke design av detaljerte arbeidsprosesser for ny løsning; utarbeide detaljert kravspesifikasjon for optimaliseringsmotor og alternativ bestillerløsning; sikre at det tas høyde for omvendt fakturering ved anskaffelse av optimaliseringsmotor; lage en plan for anbud og anbudsprosessen; plan for gjennomføringsfasen mv. En kravspesifikasjon til bruk i anbudsfasen ble også utarbeidet i denne fasen.

Forprosjektet tok i henhold til mandatet kun for seg planleggingsprosessen ved pasientreisekontorene, og ikke pasient- og rekvirentledet. Prosjektgruppen som sto bak forprosjektrapporten oppfordret dog til å *«å se hele prosessen i sammenheng»*.

Opprinnelig skulle prosjektet kun anskaffe en optimaliseringsmotor, men styringsgruppen åpnet i oktober 2014 for også å inkludere rekvirenter. Forprosjektrapporten landet på å anskaffe *«en helhetlig planleggings- og optimaliseringsløsning med redigerings-funksjonalitet, som i tillegg inkluderer mulighet for opprettelse av rekvisisjoner»*.

Anskaffelsesstrategien var konkurranse med forhandling, og bruk av statens (den gang Difi) SSA-kontrakter. Pasientreiser HF fikk bistand fra ekstern innkjøpskonsulent i anskaffelsesfasen, inkludert utarbeidelse av kravspesifikasjonen.

Reisekontorene utarbeidet ønsker til kravspesifikasjonen i forkant av anskaffelsen. Det kom inn et stort antall ønsker ifølge intervjuer. Selve kravspesifikasjonen ble laget etter en annen fremgangsmåte, nemlig at det måtte være lite konkrete krav for ikke å ekskludere og demotivere aktuelle leverandører pga. unødvendige detaljkrav. Fremgangsmåten harmonerte lite med de forventningene som ble skapt ved at reisekontorene leverte inn krav etter eget ønske, ifølge funn fra intervjuer.

Prosjektet opplevde stor interesse i markedet for kunngjort prekvalifisering, og mottok totalt 20 interessemeldinger i prekvalifiseringen. Fem av disse ble plukket ut og invitert til å delta i konkurransen. Tre av disse valgte å levere tilbud og disse ble dermed med videre i forhandlingene.

Evalueringen av innkomne tilbud viste at Trapeze kom best ut som leverandør. Trapeze hadde best score på alle de tre tekniske kriteriene, men hadde dårligst score på pris. Likeledes, basert på undersøkelsen av interessenter som deltok i anskaffelsen, så fikk Pasientreiser god score, 5,4-5,6 med en maks score på 6, for gjennomføring av anskaffelsen<sup>3</sup>.

### Vurdering

---

<sup>3</sup> (Presentasjon; 19.01.16, Erfaringer anskaffelsesfasen).



Det ble gjort en vurdering å ikke spesifisere krav, men heller hvilket behov som skulle dekkes med ønske om god konkurranse. Det vurderes som det lyktes med å få tilfredsstillende interesse og tilbud inn med valgt strategi. Men det kan for evaluator virke som om prosessen med å konkretisere og låse kravene ikke har vært tilstrekkelige i de videre forhandlingsrunder med leverandørene, se avsnitt 4.2 og 4.3 for detaljer.

## 4.2 Håndtering av kontraktstyring etter anskaffelse

### Oppfølging av kontrakten, endringshåndtering, tilleggsavtaler, merkantile prosesser, erfaringer med leverandør.

Prosjektet kom raskt opp i uenigheter om tolkning av avtalen mellom kunde og leverandør. Uenigheten gikk på enkelte forhold knyttet til løsningen, om dette var en endring eller ikke i forhold til den inngåtte kontrakten. Det ble inngått fire tilleggsavtaler, ytterligere en tilleggsavtale ble ikke signert. Disse skulle blant annet rydde opp i forhold som hva var feil, mangler eller endringsordrer.<sup>4</sup>

Uklarhetene kan spores tilbake til kravspesifikasjonen. Tas fergeløsningen som eksempel, siden fergefunksjonaliteten senere ble et av de mest omtalte funksjonene som aldri kom på plass slik prosjektet ønsket, så ser vi av kravspesifikasjonen at det kan være flere tolkninger av hvordan og hva en ferdig løsning er. I den opprinnelige avtalen brukes begreper som «Løsningen må kunne håndtere....., ved planlegging og optimalisering...» (se krav nr F45), «...håndtere knutepunkter ...» (se krav nr. F51<sup>5</sup>), «...beskrive prismodeller...» (se krav nr. F71). Dette ga grunnlag for uenighet med leverandøren som hevder å ha levert løsning for en ferge, men ikke en kombinasjon med flere fergestrekninger på samme reise.

Endringsstyringen var beskrevet i avtalens kapittel 3 (Tilpasningsavtalen).

Tilleggsavtalene var mindre avtaler på spesifikke områder, men skapte noe usikkerhet om hva som gjaldt, ifølge funn fra intervjuer. Gjaldt opprinnelig kontrakt eller var det endringer i tilleggsavtalene som endret kontrakten?

- Tilleggsavtale 1 fra oktober 2016 skulle løse uenighet om SSA-T/krav (9 Endringsordre (EO)) - forlik for å løse utestående forhold knyttet til totalt 9 endringsordre, samt unngå ytterligere ressursbruk og eskalering av uenighet. Denne kostet Pasientreiser 1,4 millioner kroner i ekstra honorar.
- Tilleggsavtale 2 fra oktober 2017 skulle løse uenighet om SSA-T (krav) og SSA-V (28 bugs), kart, EO #28-34, tilstedeværelse, definering av testansvar, akseptansetest- og kriterier, vedlikehold, timebank og fremdriftsplan. Avtale ble ikke inngått og Trapeze meldte rett før avtaleinngåelse at de ikke så behov for en slik avtale. Leverandøren mente at endringshåndteringen i opprinnelig avtale kunne brukes.
- Tilleggsavtale 3 fra februar 2018 skulle løse uenighet om SSA-T (krav) og SSA-V (EO #29, 36, 44), integrasjonstestens omfang og innhold, avtale leveranser

---

<sup>4</sup> Diskusjonen i denne rapporten er ikke en juridisk gjennomgang men baserer seg på intervjuer og gjennomgang av avtalene uten avtalejuridisk ekspertise.

<sup>5</sup> Trapeze har ikke svart ut T51 i sitt tilbud, ref. SSA-T Bilag 283: Leverandørens løsningsspesifikasjon — Tekniske krav (Trapeze), side 39-40.

utenfor system- og akseptansetest, milepælsplan for idriftsettelse samt endre vilkår for gjenstående betalingsplan. Denne avtalen kostet Pasientreiser 1,2 millioner kroner.

- Tilleggsavtale 4 fra mars 2019 skulle løse underkjent akseptansetest og uenighet om vilkårene for underkjenning av denne. Denne hadde ikke kostnader for Pasientreiser.
- Tilleggsavtale 5 fra desember 2019 skulle løse uenighet om tilbakerullingene ved St. Olav hospital og uenighet om godkjenningsperioden anses stoppet eller ikke fra og med tidspunkt for tilbakerullingene, mv. Pasientreiser krevde prisavslag som følge av tilbakerullingene.

### Vurdering

Tilleggsavtalene er – slik evalueringsteamet leser det – en blanding av nye forhold (som EO 17, m.f.) og forsøk på å avklare forhold som allerede er i avtalen. Avtalene skapte usikkerhet med hensyn til hva som gjaldt – opprinnelig avtale eller en eller annen tilleggsavtale. De så ikke ut til å løse de problemene som prosjektet hadde.

I november 2021 foretok eksternt advokatfirma en vurdering av om tilleggsavtalene kunne ha betydning for heving. Deres konklusjon er at det «under alle omstendigheter vil det være et moment som har begrenset rettslig betydning for hevingsspørsmålet».<sup>6</sup>

Det at advokatfirma måtte inn for å vurdere viser at det var vanskelig for prosjektet å tolke leveranser, frister, roller og ansvar i inngåtte avtaler. Uklarheter med leverandør rundt leveranser og frister har preget prosjektet i gjennomføringen. Pasientreiser HF brukte samme eksterne advokatfirma gjennom hele prosjektperioden, og har i liten grad latt interne jurister alene vurdere avtalemessige spørsmål underveis som f.eks. tilleggsavtaler.

### 4.3 Utrulling Pasientreiser St. Olavs hospital HF

Utrulling på Pasientreiser St. Olav hospital i september 2019 var en viktig milepæl for prosjektet. Etter flere års utvikling på overtid mente prosjektet at løsningen skulle settes i drift. Løsningen viste seg å ikke fungere. St. Olav valgte etter samråd med prosjektleder etter vel to ukers drift å «rulle tilbake» løsningen. Det var først og fremst St. Olav som fikk belastningen med svikten og det at vel 3 500 pasienter ikke fikk den transport de trengte (ref. regneark fra Pasientreiser). Av de vel ti tusen pasientreisene som ble registrert i utrullingsperioden 14.-26. september kom ca. 660 for sent til behandlingen og 2780 pasienter ble hentet for sent. Men for prosjektet var dette også en vanskelig periode. Intervjuene har gitt opplysninger om at etter denne hendelsen så mistet mange av deltagerne i prosjektet troen på prosjektet og løsningen. Flere nye ukjente feil dukket opp. Prosjektet satte en for ambisiøs dato for neste utrulling, vel tre måneder frem i tid (10. januar 2020). En ny utrulling ble aldri gjennomført.

Etter piloteringen ved Pasientreiser St. Olavs hospital i 2019, ble nødvendig utvikling for å få løsningen i ny pilot definert av prosjektledelsen. Dette var vurdert som en

---

<sup>6</sup> Notat 15 november til Pasientreiser HF

minimumsløsning for lansering. Ingen ytterligere vurdering om man burde fortsette prosjektet ble gjort, så langt evalueringen kan se.

Til styremøtet etter tilbakerullingen ved St. Olav 1. november 2019 vedtar styret standardformuleringen for vedtak: «Styret tar fremlagte sak om prosjekt Samkjøring til etterretning», (Sak nr 47 – 2019 Statusrapportering, prosjekt Samkjøring).

### **Vurdering**

St. Olav-tilbakerullingen var for prosjektet et stort tilbakeslag. Flere nye ukjente feil dukket opp og utrullingene viste at løsningen inneholdt feil som ikke var avdekket før utrulling. Evaluatoren har ikke vurdert om de feil som ble avdekket i utrullingene ville kunne løses innen en kort periode, men vurderer at prosjektet har respondert på en god måte og reversert utrullingene. Dette for å sikre pasientene. Gitt en slik situasjon ville det være naturlig at prosjektledelsen også styret - responderte klarere. Prosjektet hadde havnet i en vanskelig situasjon med både konsekvenser for pasienter og Pasientreiser HF sitt renommé, men vi kan ikke se at styrende organer (prosjektstyret, prosjekteier, ADene) tok tak i dette. Også styret i Pasientreiser HF vedtok standardvedtaket<sup>7</sup>

## **4.4 Observasjoner Anskaffelse og kontraktstyring**

- Anskaffelsesprosessen ble vurdert av aktørene som godt gjennomført
- Manglende kravstilling i videre avklaringsprosess med leverandør
- Kravspesifikasjon var ikke klar og tilstrekkelig omforent med leverandør. Noe som førte til uenighet om hva som var del av leveranse og hva som var tillegg eller endring. Dette førte til behov av tilleggsavtaler.
- Tilleggsavtalene var skapte tvil om hva som var avtalt.
- Hendelsen St Olavs hospital utrullingene burde fått større konsekvenser for prosjektet i form av respons fra styret og styrende organer (se også punkt om risikostyring).

---

<sup>7</sup> Standardteksten for vedtak er «Styret tar fremlagte sak om prosjekt Samkjøring til etterretning».

## 5. Prosjektstyring og -organisering

### 5.1 Prosjektstyring og etterlevelse av Prosjektveiviseren (Digdir)

Prosjektet brukte før gjennomføringsfasen fram til høsten 2014 Helse Sør-Østs prosjektmetodikk, men gikk deretter over til å bruke Difi (nå Digdir) sin Prosjektveivisermodell for gjennomføring av digitaliseringsprosjekter i offentlige virksomheter. Denne ble således benyttet i hele gjennomføringsperioden og er som nevnt rammeverket som legges til grunn for denne evalueringen. Prosjektet skulle også benytte smidig utvikling ifølge Styringsdokumentet, noe som er i tråd med Prosjektveiviseren, se vurdering nedenfor.

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2015 en revisjon av intern styring og kontroll med fokus på i hvilken grad prosjektmetodikken var i samsvar med Prosjektveiviseren, se avsnittet om Prosjektstyring nedenfor for detaljer. Det ble funnet gule avvik – dvs. ikke alvorlige avvik. Disse ble rettet etter vedtak i styret<sup>8</sup>, og kom på plass fra 2016<sup>9</sup>, men det reviderte Styringsdokumentet ble ikke fremlagt og godkjent av styret.

#### Vurdering

Ifølge Prosjektveiviseren skal et prosjekt planlegges, overvåkes og kontrolleres på en fase-for-fase basis, dette gjelder også som her når prosjektet er oppdelt i delfaser. Dette medfører at ledelsen har faste kontrollpunkt gjennom hele prosjektet (prinsipper for prosjekteierstyring). Prosjektets status og grunnlag for å fortsette blir vurdert for hver fase og delfase og avgjørelser om prosjektet skal fortsette eller ikke kan tas på disse tidspunktene.

Prosjektveiviseren er positiv til å dele opp gjennomføringsfasen i flere mindre delfaser. Å dele opp gjennomføringa i flere gjennomføringsfaser kan ha ulike positive effekter – ifølge Prosjektveiviseren, som for eksempel:

- Sikrer god forankring i ledelsen av prosjektet sin trinnvise, overordna plan.
- Sikrer at prosjekteier og prosjektstyre bekrefter sin aksept av at prosjektet er på rett veg.
- Avgrenser det økonomiske tapet om det viser seg nødvendig å stoppe/terminere prosjektet i løpet av gjennomføringa.
- Erfaring viser at prosjekt med langvarige gjennomføringsfaser oftere blir forsinket.
- En overlevering av prosjektet sine resultat/leveranser over flere delfaser legger til rette for en god innføringsprosess og gevinstrealisering hos mottakerorganisasjonen.

---

<sup>8</sup> Styret Sak 64-2015 og Sak 09-2016

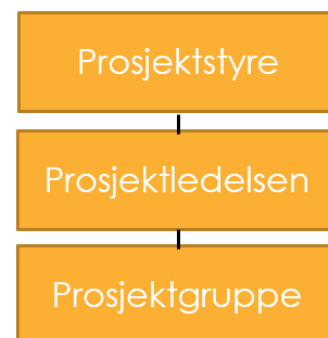
<sup>9</sup> Versjon 1.15 eller senere av Styringsdokumentet.

## 5.2 Prosjektets organisering med roller og ansvar

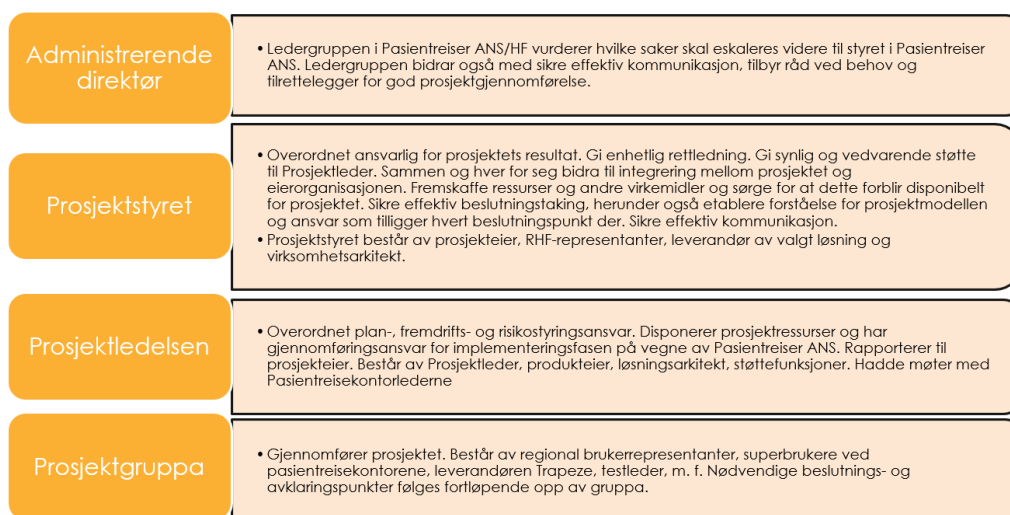
Prosjektet var organisert i henhold til forvaltningspraksis for RHFene (se Forankring og forvaltningsmodell).

Prosjektet var organisert med en prosjektgruppe, prosjektledelse, et prosjektstyre. Prosjektet rapporterte til prosjektgruppen som ukentlig fikk grunnlaget for rapportering til de øvrige møtene. Rapporteringen skjedde så til ledergruppen og styret i Pasientreiser HF, samt prosjektstyret. Administrerende direktør var øverste ansvarlig, ifølge et senere styringsdokumentet<sup>10</sup>.

Prosjektstyrets rolle ble definert som «Overordnet ansvarlig for prosjektets resultat. Gi enhetlig rettleiding til prosjektet. Gi synlig og vedvarende støtte til Prosjektleder. Sammen og hver for seg bidra til integrering mellom prosjektet og eierorganisasjonen. Fremskaffe ressurser og andre virkemidler og sørge for at dette forblir disponibelt for prosjektet jf. de planer som vedtas. Sikre effektiv beslutningstaking, berunder også etablere forståelse for prosjektmodellen og ansvar som tilligger hvert beslutningspunkt der. Sikre effektiv kommunikasjon både innenfor gruppen, mot prosjektet og ut mot eksterne interessenter».



Figur 4 Prosjektorganisering



Figur 5 Beskrivelse av prosjektstillingene

Konsernrevisjonen avdekket i en revisjon i slutten av 2015 at rollen til Pasientreisere HF ledelse og styret ikke var beskrevet i Styringsdokumentet. Dette «til tross for at styret er sterke premissgivere og beslutningstakere i prosjektet<sup>11</sup>». Også toleransegrenser var opprinnelig ikke definert i Styringsdokumentet, men skulle «inngå som del av aktiviteten planlegging og spesifisering i implementeringsfasen».

Styret i Pasientreiser HF sin rolle i prosjektet ble, etter konsernrevisjonsrapporten, definert i styringsdokumentet fra 2016 og 2017 (utkast) som virksomhetsledelse. Denne endringen er ikke behandlet av styret. Forvaltningsmodellen til Pasientreiser HF harmonerer ikke med å ha Styret som virksomhetsledelse, se Forankring og

<sup>10</sup> Styringsstrukturen i de tidligste versjonene av styringsdokumentet satte Prosjektstyre som øverste ansvarlig. Fra versjon 1.15 med godkjente endringer står Administrerende direktør som øverste ansvarlig i prosjektorganiseringen i implementeringsfasen.

<sup>11</sup> Utkast Revisjonsrapport 2/2015.

forvaltningsmodell ovenfor. Forvaltningsmodellen tilsier at Styret skal normalt ikke være styringsgruppe for egne prosjekter. De siste styringsdokumentene som ble utarbeidet og som inneholder en endret prosjektorganisering, ble ikke behandlet i styret i Pasientreiser HF. Det er uklart for evaluatør hvilken versjon som de forskjellige aktørene har forholdt seg til.

Toleranser ble beskrevet i form av kriterier og lyssignaler tilhørende kriteriene. Toleransenivå skulle defineres for tid, kostnad, kvalitet, usikkerhet og gevinster. Toleransegrensener var ikke med i anskaffelsen og kontraktsmessige krav for leverandør.

Styret ble informert og hadde saker om Samkjøringsprosjektet på ordinære styremøter, dvs. mellom 3-7 styremøter i året, unntatt 2021 hvor saken var på dagsorden på hele ni styremøter. Utfra referater og intervjuer var det noe diskusjon, men ingen andre beslutninger enn tilslutning til saksfremlegget.

I praksis tok styret rapportering fra prosjektet til etterretning, slik vi leser styredokumentene og ikke formulert egne vedtak. Våren 2021 og utover blir avslutning av prosjektet en beslutningssak. Prosjektet ble diskutert på styremøtene ved en rekke anledninger. Som følge av utviklingen i prosjektet ble det gjennomført ekstraordinært styremøte 2. mars 2021 der milepælsplanen for regresjonstest ble tatt til etterretning. I styremøtet i mai støttet styret administrerende direktørs plan for videre prosess for nødvendige avklaringer og ba om en sak med anbefaling om videre tiltak. På styremøte i juni støttet styret anbefalingen om å videreføre utvikling og testing, samt dialog med leverandør om nytt tidspunkt for idriftsettelse. Prosjektet var videre oppe på styremøtene i september, samt et ekstraordinært styremøte medio oktober. På styremøte 29. oktober anbefalte administrerende direktør at prosjektet ble avsluttet. Styret tok ikke denne anbefalingen til følge, men konstaterte at prosjektet var i en svært bekymringsfull situasjon hvor det var nødvendig å iverksette ytterligere tiltak. Styret ba om at det ble gjennomført følgende tiltak: a) en teknisk kvalitetsgjennomgang av løsningen, b) en juridisk vurdering av handlingsalternativer, hvor det tas hensyn til den lange historikken i prosjektet, og c) en grundig gjennomgang av utestående saker, herunder hvilke avveininger som gjøres med hensyn på alternative løsninger<sup>12</sup>.

## **Vurdering**

Prosjektveiviseren har som god praksis at faser og delfaser godkjennes før man går videre, dvs. at etterslep som dras over i senere faser ikke er god praksis. Vi ser både i utviklingen og i testingen at dette ikke ble overholdt (drøftes i Test- og arbeidsmetodikk). Brudd på denne praksisen er spesielt tydelig i testingen. Prosjektet burde i større grad benyttet akseptansekrier for å markere overganger i prosjektet og kvittere ut at utviklingsproduktene er klare for produksjonssetting og at produktene har den kvaliteten som er nødvendig for å produsjonsette.

I prosjektets styringsdokument fremkommer det at statens prosjektmodell skal legges til grunn (Prosjektveiviseren). Denne modellen er tilpasset en fossefall-tilnærming, mens det fremkommer i flere intervjuer at også smidig utvikling ble brukt som tilnærming. Denne metoden er ikke direkte beskrevet i Prosjektveiviseren, men evaluatør mener det ikke er til hinder for å ha klare faser med beslutningsoverganger ved faseoverganger.

---

<sup>12</sup> Referat styremøte 29.10.2021 Pasientreiser HF.

### **5.3 Prosjektstyring/ prosjektets samspill med linjeorganisasjonen, involvering av brukere ved pasientreisekontorene**

Prosjektstyret omtaler seg selv i intervjuer mer som en referansegruppe enn som et prosjektstyre. Prosjektstyremedlemmer har i intervjuer opplyst at de ikke hadde vedtaksmyndighet og med lite forankring i RHFene. Dette bekreftes også av utkast til reviderte styringsdokumenter fra 2017. Den reelle prosjektstyringen ble dermed foretatt av prosjektledelsen og prosjekteier. Styret tok få beslutninger utover å tilslutte seg innstillingen fra prosjektet, som ved valg av leverandør, dette på tross av tidsoverskridelser/utvidet budsjettamme og manglende leveranser og kvalitet på det som var levert over en lang tidsperiode.

Prosjektet var nært knyttet opp til Mine Pasientreiser og Oppgjørskontrollprosjektet. Mine Pasientreiser var først i gjennomføring og opplysninger fra intervjuer antyder at dette prosjektet fikk prioritet i starten av implementeringen til det var implementert. Begge prosjektene var ferdig siste halvdel av 2016.

I revisjonen fra 2015 går det fram at Mine Pasientreiser hadde «etablert styrings- og prosjektdokumentasjon som sikrer god styring og kontroll», og fikk dermed en bedre vurdering (grønn) enn det Samkjøring fikk (gul).

Siden prosjektstyret ikke hadde vedtaksmyndighet og manglende forankring, fremstår det som om beslutninger måtte tas i andre deler av prosjektorganisasjonen. Dette gjaldt for eksempel automatisering av programoppdateringer. Her måtte andre aktører ta dialogen med Trapeze da denne automatiseringen ikke kom, slik det var påkrevd i kravspesifikasjonen (krav nr T70).

Prosjektet hadde en rekke støtteressurser fra linjeorganisasjonen i Pasientreiser HF, disse var virksomhetsarkitekt, kommunikasjon, økonomi samt testressurs fra IT. Brukerne på Pasientreisekontorene var involvert gjennom de dedikerte ressursene til prosjektet, disse utførte testing av løsningen. Lederne ved pasientreisekontorene hadde også månedlige møter med prosjektledelsen, i etterkant av prosjektstyremøtene.

#### **Vurdering**

Prosjektstyret var ikke vedtaksdyktige og fungerte mer som referansegruppe. Prosjektet manglet styringsrolle slik det var tiltenkt. Beslutninger som måtte tas ble dermed tvunget ut i andre deler av organisasjonen. Prosjektets styringsstruktur fungerte ikke.

### **5.4 Ressurstilgang og ressursbruk**

Det foreligger ikke fullstendige tall for kostnader og timebruk, da det ikke ble ført timeregnskap for prosjektet. Per desember 2021 var det brukt 33 millioner kroner på investeringer. Det er lagt ned betydelig innsats i form av timer i Pasientreiser HF, helseforetakene og de regionale helseforetakene i prosjektperioden 2015-2021, i tillegg er det brukt noe konsulenter, samlet anslått til 54 millioner kroner. Driftskostnader knyttet til miljøer for utvikling (test og kvalitetssikring) hos Norsk Helsenett HF samt vedlikeholdskostnader til leverandør er på ca. 26 millioner kroner. Totale kostnader anslås

derfor til 113 millioner i perioden 2015 til 2021. Forprosjektet gjennomført i 2014 hadde en ressursinnsats på anslagsvis tre millioner kroner i form av interne timer<sup>13</sup>.

Prosjektet hadde en prosjektgruppe til disposisjon. Denne besto av en eller flere regionale representanter og var utvalgte brukere fra regionene som skulle sikre at kontorenes brukerbehov ble ivaretatt. Disse var ansvarlige for å sikre at ønsket arbeidsprosess og funksjonelle krav blir ivaretatt i implementeringsfasen. Disse hadde også medansvar for at prosjektet tilrettela for gevinstrealisering. De regionale representantene hadde også en rolle i koordinering av test- og utrullingsaktiviteter i respektive regioner.

I tillegg hadde prosjektgruppa test- og opplæringsressurser. I alt talte prosjektgruppa elleve personer, når superbrukere ved de 17 pasientreisekontorene og leverandørens ressurser ikke tas med.

Deltakere i prosjektet spesielt prosjektledelsen, de regionale representantene og de dedikerte ressursene på reisekontorene arbeidet i hele prosjektperioden og la ned et betydelig arbeid. Innsatsen til de involvert var knyttet til at spesielt PASS (leverandør sin tekniske serverløsning), men også til at web-løsningen til slutt skulle være stabil og all funksjonalitet på plass. Helse Midt RHF stilte St. Olavs hospital HF til disposisjon for pilot. I intervjuer har det fremkommet opplysninger om at leverandøren stilte betydelige ressurser til rådighet for retting, først i Skandinavia og i utviklermiljøet sitt i Pakistan, senere også eksperter i Canada.

### **Vurdering**

Et betydelig arbeid er nedlagt av prosjektdeltakerne i prosjektets levetid, dette er anslått til 113 millioner i perioden 2015 til 2021.

## **5.5 Prosjektets kommunikasjon**

Se informasjonsflyt i avsnittet Prosjektets interessenter.

Internt i prosjektet var det flere personer i prosjektledelsen og hos prosjekteier som hadde myndighet til å ha dialog med leverandør. Dette medførte en rekke mindre hendelser hvor personer som hadde kommunisert med leverandøren ble møtt med utsagn om at andre i prosjektet hadde foretatt beslutninger eller gitt/fått informasjon som vedkommende person ikke var kjent med. I intervjuer er det også oppgitt at personer hos Pasientreiser HF måtte ta beslutninger basert på denne asymmetriske informasjonen. Slike hendelser skapte misforståelser og usikkerhet blant aktørene som hadde dialog med leverandøren, ifølge funn i intervjuer. Prosjektledelsen og prosjekteier hadde faste mandagsmøter for å styrke blant annet den interne informasjonsflyten.

Leverandøren møtte i en rekke fora i prosjektet og også i prosjektstyret. Leverandøren hadde derfor god og detaljert oversikt over hva som rørte seg i prosjektet. Flere vi har intervjuet opplevde at det var noe begrensning på hva som skulle og kunne sies i møter hvor leverandøren var til stede.

### **Vurdering**

---

<sup>13</sup> Kostnader anslått i Notat til AD-møte 17 januar 2022 (gjelder både prosjektet og forprosjektkostnadene).



Kommunikasjonen opp mot leverandør, fra personer internt i prosjektet var ikke optimal. Manglende koordinering på tvers i prosjektet skapte misforståelser og usikkerhet. Kommunikasjonen med leverandør bør samordnes. Dette er ikke et hinder for at det kan være dialog med leverandør på forskjellige nivå i organisasjonen. Selv om ikke vi har konkret eksempler på at uheldige beslutninger ble tatt eller at dette på annen måte har skadet prosjektet, så er slike hendelser uheldige.

## 5.6 Omfangs- og endringsstyring

En rekke krav ble utarbeidet i forkant av anskaffelsen (se avsnitt om anskaffelsen), men omfang i anskaffelsen var med hensikt forholdsvis lite konkret (se kapittel 4). Utover i prosjektet ble omfang utvidet ytterligere, ifølge intervjuer, ved at kontorene meldte inn feil og mangler knyttet til eget kontors arbeidsprosess. Omfanget ble derfor aldri låst og fortonet seg som noe flytende for leverandør<sup>14</sup>

Omfangsstyringen var beskrevet i Forprosjektrapporten<sup>15</sup>, ved at Pasientreiser HF definerte anskaffelsen som en «hylleware» og at begrensning i scope derfor ikke var nødvendig da hyllewaren «oppfyller Pasientreisereisernes behov».

Kontrakten inneholder bestemmelser om endringshåndtering. Pasientreiser HF ønsket å ikke å bruke denne prosedyren, men heller definere endringene i Tilleggsavtale 2, men leverandøren så ikke behov for dette og ville følge avtalens endringshåndtering<sup>16</sup>. I et brev fra oktober 2017 skriver leverandøren: «*Trapeze fremhever viktigheten av å bli enige om et tidspunkt hvor løsningen må frys med tanke på endringer av eksisterende funksjonalitet og endringer som er ny funksjonalitet. Dette er nødvendig for at Trapeze skal få gjennomført forsvarlige tester i forberedelsene til Pasientreisereisernes endelig akseptansetest. Implementasjon av nye endringer etter oppstart av Trapeze sine tester og/eller oppstart av Pasientreisereisernes akseptansetest vil medføre en høy risiko for forsinkelser samt vesentlige ekstrakostnader med tanke på gjennomføring av nye tester og forlenget endelig akseptansetest*». Tilleggsavtale 2 ble aldri inngått. Endringene og uenighetene som kom i lys av de oppståtte feil, mangler og endringsønsker ble flyttet til en rekke endringsavtaler.

Standardisering og reduksjon i omfang der hvor dette hadde vært mulig er det lite spor av i dokumenter og i intervjuer. Noen enkelte mindre standardiseringer som begreper brukt forskjellig i forskjellige reisekontorer ble gjort.

### Vurdering

Omfangsstyring er sentralt for en god prosjektgjennomføring. Vi ser lite til standardisering og reduksjon i omfang, noe mer – men fortsatt lite til – avklaring av omfang. Det ser ut til at det har vært forskjellig oppfatning om omfang mellom leverandør og prosjektledelsen og prosjekteier.

Prosjektet hadde utfordringer med å få kontroll på omfanget av løsningen, dette ga prosjektet utfordringer når det gjaldt å ferdigstille løsningen.

---

<sup>14</sup> Eksempel i brev fra 2017 i forbindelse med arbeidet med Tilleggsavtale 2.

<sup>15</sup> Forprosjektrapport avsnitt 4.3.2 Avgrensning – hylleware versus egenutviklet løsning. Her står det «forprosjektet arbeidet videre med hypotesen om at det finnes eksisterende hyllevarer på markedet som oppfyller pasientreisereisernes behov. Derfor har ikke forprosjektgruppen utredet muligheten for å anskaffe en skreddersydd, egenutviklet løsning».

<sup>16</sup> Brev fra leverandør, 12 oktober 2017

## 5.7 Sammenhengen med Pasientreiser HF sin sourcingstrategi

Fra 2017 er Pasientreiser HF sin sourcingmodell for forvaltning og utvikling at foretaket styrer utviklere med en kombinasjon av egne ansatte og innleide for å sikre riktig kapasitet og kompetanse. Modellen er en endring i forhold til tidligere praksis i foretaket der all utviklingskompetanse ble innleid fra eksterne leverandører.

Opplysninger fra intervjuer tyder ikke på at intervjurespondentene er kritiske til sourcingstrategien. Enkelte har likevel påpekt at prosjektet satt med lite ekspertise på digitalisering i forhold til de større RHFene. Spesielt det største RHFet har betydelige digital kompetanse. Enkelte har i intervjuet foreslått at RHFene kunne støttet mer eller overtatt slike prosjekter. Pasientreiser HF har en rekke digitaliseringsprosjektet som har nådd sine mål (ifølge informasjon fra Pasientreiser).

### Vurdering

Sourcingstrategien ble fulgt og i hovedtrekk i tråd med det prosjektet trengte. Evaluator har ingen spesifikk vurdering utover dette.

## 5.8 Prosjektets risikostyring

Det ble gjennomført jevnlig risikovurderinger og oppdaterte risikoanalyser før utrullinger som f.eks. ved St Olav i 2019. Risikoer relatert til selve prosjektdriften ble oppdatert og rapportert til ledergruppen i Pasientreiser HF og prosjektets styringsgruppe i henhold til Pasientreisers gjeldende mal og rapporteringssyklus. Risikovurderingene fulgte en vanlig 1-5-skala for sannsynlighet og konsekvens, hvor 1 var minst og 5 ga størst sannsynlighet/konsekvens.

Risikoer knyttet til mangler i den tekniske løsningen var sentral i hele prosjektperioden. Risikoen formuleres noe forskjellig utover i prosjektet. «Risikoen for at feil ikke rettes i tide» var rød allerede i 2016 og medførte at det ble iverksatt noen mindre tiltak, som hyppigere oppfølging av åpne feil med leverandør. Videre i november 2017 var dette formulert som «Risiko for at kritiske og/eller alvorlige feil eller mangler avdekkes for sent i testfasen slik at løsningen ikke kan driftsettes» satt til maks, dvs. rød med fem både på sannsynlighet og konsekvens. Tiltakene var testing og møter med leverandør. Risikovurdering fra august 2018 hadde denne risikoen fortsatt som rød. Det var derfor klart at prosjektet forsto at prosjektet sto i fare for å få en løsning som hadde for mye og alvorlige feil og mangler.

### Vurdering

Det er overraskende at prosjektet før utrulling ved Pasientreiser St. Olav 13. september 2019 satte risikoen for «Teknisk løsning settes i drift med uavdekkede kritiske eller alvorlige feil», som gul (sannsynlighet=2, konsekvens=5).

Selv etter at St. Olav-utrulling hadde feilet ble risikoen som nå var formulert som «Risiko for at prosjekt Samkjøring ikke fullføres i samsvar med plan (rett tid, kostnad og kvalitet)» satt til gult nivå.

I en oppsummering fra 2021 sier prosjektet at ”...gjennomsnittlig 30% av leveranser fra Trapeze Group erfaringsmessig feiler»<sup>17</sup>.

Det er gjennomført risikorapportering, men evaluatør mener risikostyring og oppfølging burde blitt brukt mer aktivt. For at risikostyring skal være en reell del i et prosjekt må det gjennomføres reelle risikovurderinger. Disse vurderingene må gjennomføres av et tverrfaglig team for å fange opp ulike risikoaspekter. Gitt utviklingen av prosjektet og erfaringer med leveranser underveis burde flere områder havnet på rødt nivå og krevd flere handlinger. Styret i Pasientreiser HF burde for de områder som havner på rødt nivå fulgt opp status på handlingsplanene.

## 5.9 Observasjoner Prosjektstyring- og organisering

- Prosjektveiviseren ble ikke etterlevd ettersom feil og etterslep ble dratt over i senere delfaser. Brudd på denne praksisen er spesielt tydelig i testingen.
- Omfang- og endringsstyring var utfordrende, og det var ikke enighet mellom leverandør og kunde om omfanget.
- Prosjektstyringen fungerte ikke slik som besluttet og beskrevet i styringsdokumentet. Styringsorganene i styringshierarkiet over prosjektledelsen fungerte ikke slik det var tiltenkt i Styringsdokumentet. Manglende koordinering opp mot leverandøren var uheldig og kan ha svekket prosjektet
- Leverandøren var del av prosjektstyret og dette hemmet diskusjonen i foraene. Det er i forlengelsen av dette naturlig å anta at også beslutningene/inns spill ble preget av dette.
- Risikovurderingene ser ikke ut til å være tilstrekkelig hensyntatt og respondert på.
- Risikovurderingene ga i perioder, spesielt etter utrulling på St. Olavs hospital, trolig ikke en riktig vurdering av risikoen for feil og mangler.

---

<sup>17</sup> Møtereferat 14 oktober 2021.

## 6. Prosjektgjennomføring og arbeidsmetodikk

### 6.1 Test- og arbeidsmetodikk

Som beskrevet ovenfor er Prosjektveiviseren lagt til grunn for prosjektets arbeid. Denne tar høyde for såkalt smidig arbeidsmåte, noe som prosjektet har definert som ønskelig i Styringsdokumentet. Det var imidlertid uenighet mellom leverandør og prosjektet om smidig metodikk egentlig var i bruk i prosjektet<sup>18</sup>. Flere vi har intervjuet, samt måten prosjektet arbeidet på, tyder på at dette var «fossefall» mer enn en smidig arbeidsmetode, i hvert fall etter dagens definisjon av smidig.

Trapeze beskrev i sitt tilbud et omfattende testregime hvor Trapeze under sitt Factory Acceptance Test (FAT) regime skulle ha enhetstester, manuelle tester, regresjonstester, integrasjonstester og stresstester.

Pasientreisers testregime i prosjektet har blitt betydelig endret fra oppstart og til ny policy trådte i kraft i 2017. Opplysninger fra intervjuer viser at Pasientreiser overtok mye av testingen fra Trapeze da førstnevnte opplevde mye feil og at mye ikke var testet godt nok. Pasientreiser opplevde ifølge intervjuer at Trapeze hadde få testverktøy og ga lite bistand til testing, på tross av et tilbudt omfattende testregime som nevnt ovenfor.

Dette gjaldt også ytelsestesting. Den oppdaterte testpolicyen fra 2017 la i stor grad opp til at leverandøren skulle gjennomføre ytelsestesting. Først i 2020 ble det startet med rene ytelsestester.

En av lærdommene fra utrullingene ved St. Olav i september 2019, hvor det ble avdekket en rekke alvorlige feil, var at «Flere av feilene er på områder som ikke kunne testes før systemet var satt i drift»<sup>19</sup>.

Fra intervjuer hevdes det av sentrale personer at regresjonstester fra Trapeze var fraværende, samt at det manglet dokumentasjon.

Det ble gjort vurderinger av antall A, B og C feil gjennom løpet, og kritikaliteten rundt disse. Prosjektledelsen besluttet å gå videre med en omforent retteplan, fordi de hadde tillitt til at leverandøren kunne levere å dette. Det var også noe uenighet mellom prosjektledelsen og pasientreisekontorene om klassifisering av feil. Det var diskusjoner mellom prosjektet og kontorene om klassifisering av enkelte A-feil.

### Vurdering

Prosjektet hadde som mål å jobbe smidig, noe som også var definert i Styringsdokumentet. Prosjektveiviseren var som tidligere nevnt metodegrunnlaget og denne gir også rom for smidig utvikling. Det er forhold som tyder på at prosjektet ikke jobbet smidig i hvert fall etter dagens definisjon. Leverandøren hevder også at dette er fossefall mens andre i prosjektet mente noe annet.

---

<sup>18</sup> Ekstern kvalitetssikring, 2017, EY

<sup>19</sup> Ekstraordinært prosjektstyremøte 27. september 2019

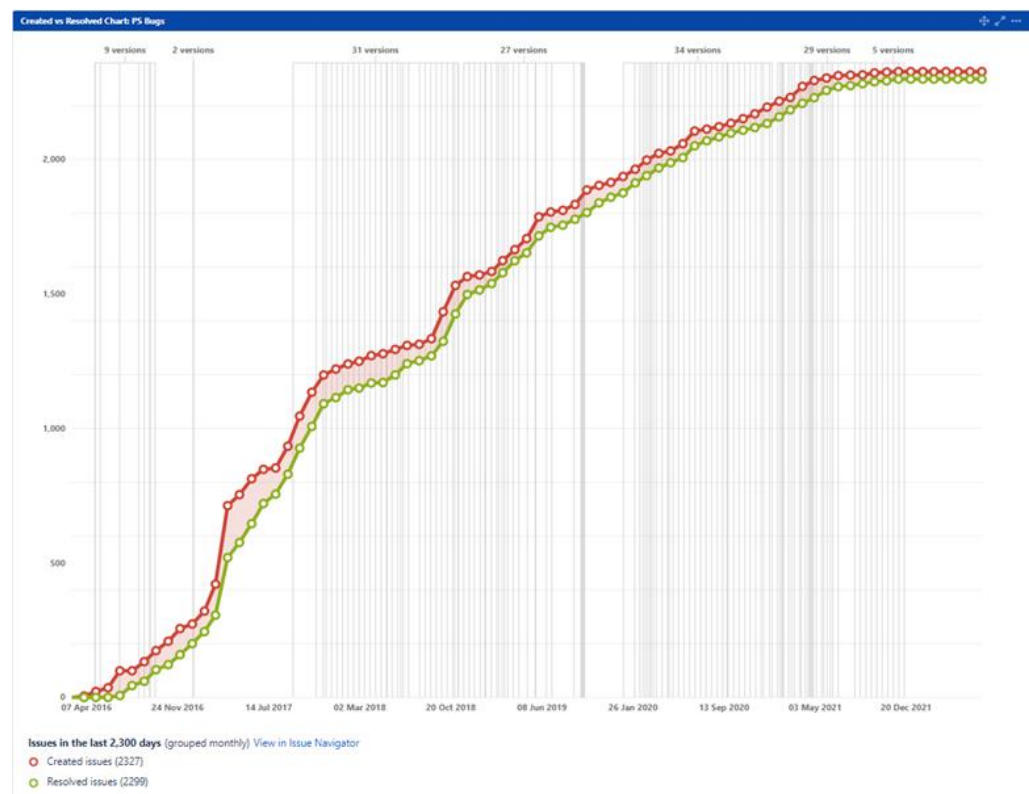
Leverandør hadde beskrevet et omfattende testregime i sitt tilbud. Men Pasientreiser HF overtok mye av testingen etter hvert, da de opplevde at testingen fra leverandør ikke var god nok. Manglende dokumentasjon var også et problem. Prosjektet fulgte ikke godt nok opp leverandøren sitt kvalitetssikringsregime.

Ytelsestester fra prosjektets side kom sent i gang. Det er vanskelig å teste ytelse som tilsvarer et produksjonsmiljø. Ytelse ble et sentralt problem hvor prosjektet aldri kom helt i mål.

På tross av testing så dukket det opp ytterligere feil når løsningen ble rullet ut.

## 6.2 Spesifikasjon av akseptansekriterier, utvikling og leveransequalität.

Prosjektet brukte systemet Jira for å melde inn, følge opp og ellers føre oversikt over feil og saker, kalt «issues» i Jira. Dette ble implementert fra 2016. Utvikling i feil og rettelser er som grafen viser:



Vi ser at det er et stort antall issues. Vi ser at det har oppstått en rekke feil i hele perioden fram til mai 2021, da prosjektet ble satt i bero mer eller mindre.

Prosjektet arbeidet med feil og følgefeil, mangler og ytelsesproblemer. Prosjektet diskuterte og hadde jurister inne til å se på mulighet for heving av avtalen. Første gang dette skjedde, ifølge intervjuer, var før tegning av Tilleggsavtale 1 i 2016. Juristene i Pasientreiser HF og eksternt advokatfirma anbefalte ikke dette.. Juristene var inne ved flere anledninger, men fant ikke grunnlag for heving. De vurderte at det var vanskelig å få verifisert om det vare feil eller mangler i forhold til kontrakten.

I oktober 2017 leverte Helse Vest RHF en bekymringsmelding til prosjektledelsen knyttet til både systemet og prosessen rundt Samkjøring. Bekymringsmeldingen meldte at *«det er svært krevende for ansatte å arbeide i et prosjekt med sprikende oppfatninger av hvordan sluttresultatet ved implementering bør være. Fra vår region sitt ståsted ser vi også at prosjektet har utfordringer og risiko knyttet til ulike forventninger fra regionene. Dette kan resultere i at våre fire kontorer får en løsning vi ikke er tjent med ved planlagt implementering»*. Bekymringsmeldingen ble kommentert av andre regioner sine regionale representanter. Ikke alle var enige i alle punktene i meldingen.

Prosjektstyret ble i møte juni 2021 orientert om at «Prosjektet er nå ved beslutningspunktet MP5 Go/no-go pilot. De fem første milepælene (MP0-MP4) i planen er underkjent». Prosjektleder orienterte i møtet om at det i testene MP1-MP4 var svartider som «har gått feil». Trapeze var enig (med prosjektet) om at «man i foregående milepælsløp ikke burde gått videre fra MP0 før denne var løst» (Prosjektstyrereferat 30. september 2021). Anbefaling fra innleid advokatfirma var å fullføre milepælsplanen for å skaffe en totaloversikt for å vurdere grunnlag for heving av kontrakt (informasjon fra prosjekteier)<sup>20</sup>.

Oslo universitetssykehus HF meldte inn bekymring knyttet til personvern, men ifølge intervjuer kom det ikke avklaring på denne bekymringen, men dokumentasjon viser at Pasientreiser HF har sendt svar og kommentert på bekymringene.

### **Vurdering**

Løsningen hadde vedvarende mange feil og noen sikkerhetsutfordringer. Dersom prosjektet hadde hatt god teknisk fremdrift ville man forventet en avtakende kurve, hvor antall feil gikk ned og systemet dermed ble mer stabilt og ferdig. Her ser vi lite til en slik utflating før mot slutten. Prosjektet burde ikke gått videre før andel A-B-C-feil var på nivå som var satt som krav i styringsdokumentet.

Selv om det på de tidspunktene som juristene var inne ikke var en god sak knyttet til heving så burde Pasientreiser HF vurdert hvordan man kan få på plass bedre dokumentasjon på feil og mangler. Dette ville ha styrket arbeidet med et hevingsalternativ.

Det er ikke tilrådelig å gå videre når testmilepæler feiler. Så også i dette prosjektet, spesielt gjaldt dette MP0.

## **6.3 Rapportering og oppfølging**

Prosjektet rapporterte både internt og til ledelse og styre. Prosjektledelsen hadde stort sett ett møte i måneden med prosjektstyret. Regelmessige<sup>21</sup> møter med ledergruppen, møte med reisekontorene og med prosjektet. Det ble rapportert risiko på hvert møte.

### **Vurdering**

Rapportering internt og til ledelsen i hyppighet og omfang var god. Evaluator savner at det ble stilt kritiske spørsmål til spesielt tidsutglidningen.

---

<sup>20</sup> Notat av 10. mai 2021

<sup>21</sup> Frekvens på møtene var noe ulik i de forskjellige delfasene av prosjektet.

## 6.4 Observasjoner Prosjektgjennomføring

- Testregimet til Trapeze var mangelfullt, ifølge konsistente funn fra intervjuer
- Tilbudte testregime var ikke i tråd med kontrakten, slik vi leser kontrakten og det som beskrives som tilbudt fra de vi har intervjuet.
- Ytelsestesting ble utelatt, selv etter 2017 når ytelsestesting var en del av testregimet.
- Manglede oppfølging og kontroll av Trapeze sitt kontraktsfestede kvalitetssystem.
- Ikke fulgt opp krav om maksimalt antall feil i henhold til definerte A-B-C feil, før prosjektet gikk videre til neste testfase.
- Pasientreisens jurister og eksternt advokatfirma anbefalte ikke heving. Dette etterlot prosjektet i en tilstand hvor de måtte fortsette uten egentlig å ha en teknisk løsning som ville fungere, og med en styringsstruktur som var defekt.
- Rapportering internt og til ledelsen i hyppighet og omfang var god.

## 7. Prosjektets interessenter

Samkjøringsprosjektets interessenter består av Pasientreisens styre, ledelse og de som har reiser med rekvisisjon som område samt andre som ble involvert (jurist, kommunikasjon, mv.). Reisekontorene under hvert HF, samt RHFene var selvsagt også en del av interessentene.

### 7.1 Har prosjektets interessenter blitt tilstrekkelig ivaretatt?

Kommunikasjonen med interessentene var hyppig, inkludert ukentlige informasjonsmøter, nyhetsbrev, ledermøter med lederne for pasientreisekontorene. Denne hyppige kommunikasjonen ble ivaretatt selv i perioder med lite å kommunisere. Områder som var interne og konfidensielle som merkantile og avtalemessige forhold til leverandør var ikke del av denne informasjonsstrømmen i den grad det var konfidensielle forhold.

#### **Vurdering**

Det er mange interessenter og det vil være ulikt behov og ønsker om informasjon. Evaluator oppfatter at prosjektet har hatt et bevisst forhold til å rapportere og eller informere. Hyppig kommunikasjon, inkludert ukentlige nyhetsbrev, gjør at interessentene ble tilstrekkelig ivaretatt.



## 8. Oppnådde resultater

Prosjektet har produsert og utviklet både tankegangen og dokumentasjonen rundt arbeidsprosesser, brukergrensesnittene er dokumentert, og forslag til teknisk løsning er laget og testet, dog uten å være god nok.

Gjennom intervjuer er det fremkommet at pasientreisekontorene og Pasientreiser HF har opparbeidet en betydelig bedre forståelse og kunnskap om egne prosesser og arbeidsmetoder. Disse prosessen er nå bedre beskrevet og gjennomarbeidet. Dette er kompetanse som kan bringes videre i andre prosjekter og arbeid i pasientreisesystemet.

Det er ikke fremkommet at algoritmer, teknisk infrastruktur eller annet kan gjenbrukes. Dette fordi det som er i dag ikke er bra nok, samt at det er laget for leverandørens spesifikke program (først og fremst PASS, men også web-løsningen).

Evaluators vurderinger er at Pasientreiser HF har tatt god lærdom og har klare oppfatninger på hvordan eventuelle fremtidige prosjekter bør organiseres og gjennomføres.

# Vedlegg 1 Mandat

Fylles ut av bestiller	
<b>1 Kontaktperson hos Kunde</b>	
Navn: Roy Smelien Telefon: 413 09 282 E-post: roy.smelien@pasientreiser.no	
<b>2 Oppdragsansvarlig hos Kunde</b>	
Navn: Rita Kilvær Telefon: 957 21 499 E-post: ritkil@pasientreiser.no	
<b>3 Informasjon om oppdraget/bistanden</b>	
<p><b>Innledning</b> Pasientreiser HF har i perioden 2015 – 2021 gjennomført et prosjekt hvor formålet har vært å anskaffe og implementere en ny løsning for planlegging og optimalisering av rekvirerte pasientreiser. Løsningen skulle erstatte dagens systemløsning, NISSY, og skulle benyttes av de 17 pasientreisekontorene tilknyttet helseforetakene i hele landet. Per desember 2021 forelå det fremdeles ikke en teknisk løsning som var godkjent for idriftsettelse.</p> <p>Styret i Pasientreiser HF ba i desember 2021 administrerende direktør om å avslutte prosjektet. Styret ba samtidig om at det iverksettes en ekstern evaluering av prosjektet med hensyn på læring til fremtidige prosjekter.</p> <p><b>Beskrivelse av oppdraget</b></p> <p>Hovedhensikten med evalueringen er å vurdere mulige årsaker til at prosjektet ikke kom i mål, og avdekke de viktigste læringspunktene for fremtidige prosjekter. Det skal også vurderes eventuell nytteverdi av prosjektresultater/løsningen underveis i prosjektgjennomføringen.</p> <p>Følgende områder skal evalueres:</p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Prosjektets rammebetingelser</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan er prosjektets rammebetingelser håndtert, og hvordan har rammebetingelsene påvirket prosjektet?</li><li>- Grad av standardisering – rutiner og arbeidsprosesser.</li></ul></li><li><b>2. Anskaffelse og kontraktstyring</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Anbudsprosessen – var denne god nok, burde noe vært gjort annerledes?</li></ul></li></ol>	

- Håndtering av kontraktstyring etter anskaffelse: Oppfølging av kontrakten, endringshåndtering, tilleggsavtaler, merkantile prosesser, erfaringer med leverandør.

### **3. Prosjektstyring og -organisering**

- Prosjektets etterlevelse av Prosjektveiviseren (Digdir).
- Vurdering av prosjektets organisering med roller og ansvar.
- Prosjektstyring/ prosjektets samspill med linjeorganisasjonen, involvering av brukere ved pasientreisekontorene.
- Ressurstilgang og ressursbruk internt og eksternt: Fra Pasientreiser HF, pasientreisekontorene og hos leverandører.
- Prosjektets kommunikasjon.
- Prosjektets risikostyring.
- Omfangs- og endringsstyring.
- Sammenhengen med Pasientreiser HF sin sourcingstrategi.

### **4. Prosjektgjennomføring og arbeidsmetodikk**

- Testmetodikk som er benyttet i prosjektet:
  - o Spesifikasjon av akseptanskriterier, utvikling og leveranse kvalitet.
  - o Gjennomføring av systemtest, akseptansetester, regresjonstester og pilot.
- Operative arbeidsprosesser i prosjektet.
- Rapportering og oppfølging.

### **5. Prosjektets interesser**

- Har prosjektets interesser blitt tilstrekkelig ivaretatt?

### **Avgrensninger**

Følgende områder skal ikke evalueres:

- Bakgrunnen for avslutning av prosjektet.
- Systemet/teknisk løsning.

### **Konsulent(e)s oppgaver**

Konsulentene skal evaluere prosjektet Ny planleggings- og optimaliseringsløsning for pasientreiser i henhold til beskrivelse av oppdraget over.

Evalueringen skal baseres på intervjuer med interne og eksterne prosjektressurser, samt innsyn i relevant dokumentasjon. Pasientreiser HF vil stille nødvendige, interne ressurser til disposisjon ved behov. Pasientreiser HF vil også avklare tilgang til ressurser fra pasientreisekontorene, Norsk Helsenett og andre eksterne leverandører ved behov. Trapeze Group (leverandør av løsningen) skal ikke delta i evalueringen.

Aktuell dokumentasjon fra prosjektgjennomføringen vil bli stilt til rådighet i forbindelse med evalueringen.

Evalueringresultatet skal presenteres i form av en rapport.

Fremdrift og resultater fra oppdraget skal rapporteres jevnlig underveis til Pasientreiser HF sin kontaktperson.

Det er beskrevet to konsulenter hvor den ene blir definert som ansvarlig og vil lede evalueringen ut fra oppdraget. Denne konsulenten bør ha bred erfaring og kompetanse innenfor de områdene som oppdraget beskriver, da enten på senior- eller spesialistnivå.

Den andre konsulenten (juniorkonsulent) vil være den som assisterer den ansvarlige konsulenten.

## Vedlegg 2 Liste over intervjuede

Navn		Rolle	Institusjon
Line	Alfarrustad	Styreleder Pasientreiser HF	Helse Sør-Øst
Anja-Terese	Barkås	Regionalrepresentant	Helse Sør-Øst
Erlend	Bjørgan	Arkitekt Reiser med rekvisisjon	Pasientreiser HF
Tobias	Bøggild-Damkvist	Konsulent	Pasientreiser HF
Christian	Christiansen	Dagligleder	Trapeze
Jacob	Devold	Leder	Pasientreiser Møre og Romsdal
Svein Erik	Fauskanger	Prosjektleder	Pasientreiser HF
Ole Willy	Fundingsrud	Revisor2015	Tidligere KPMG
Lars	Gildberg	Prosjektleder	Trapeze
Else-Marie Kroken	Hagen	Kommunikasjonsrådgiver	Pasientreiser HF
Thor Kristian	Halseth	Leder	Pasientreiser Innlandet
Arnt Egil	Hasfjord	Regionalrepresentant	Helse Midt-Norge
Ann-Mari	Høiland	Leder	Pasientreiser Helse Bergen
Egil	Johannessen	Leder	Pasientreiser OUS
Bjørn Erik	Johansen	Leder	Pasientreiser Finnmarkssykehuset HF
Alf Einar	Johnsen	Regionalrepresentant	Helse Midt-Norge
Rita	Kilvær	Administrerendedirektør(fra2021)	Pasientreiser HF
Nina	Kvalheim	Systemeier NISSY	Pasientreiser HF

David	Låås	Leder for teknologi og utvikling	Pasientreiser HF
Bjørn-Arild	Lundquist	Leder	Pasientreiser Østfold
Andreas Gudim	Marberg	Tidligere regional representant	Helse Vest
Christel	Meyer	Prosjektstyret	Helse Sør-Øst
Eirin	Nyhus-Jenssen	Leder	Pasientreiser Vestre Viken
Ole Andre	Olsen	Regionalrepresentant	Møre og Romsdal
Kristoffer	Plocinski	Jurist	juridisk avd.
Arvid-Johan	Sandnes	Regionalrepresentant	Helse Nord
Ken Roger	Seljelv-Valen	Styremedlem, ansattrepresentant	Pasientreiser HF
Svein Arild	Skjøveland	Regional Representant	Helse Vest
Roy	Smelien	Avdelingsleder reiser med rekvisisjon	Pasientreiser HF
Trond	Solem	Leder	Pasientreiser Nordlandssykehuset
Per Olaf	Strøm	Testleder PHF	Leveranseansvarlig test og kvalitet
Aleksander	Strøm	Systemadministrator NISSY	Pasientreiser HF
Jostein	Svendsen	Prosjektstyret	Helse Sør-Øst
Harald	Syse	Regionalrepresentant	Helse Sør-Øst
Hild Margareth	Sørensen	Funksjonsleiar	Helse Fonna, Helse Vest
Frank	Sørensen	Driftsansvarlig	Norsk Helsenett
Bente	Aae	Nestleder, styret	Helse Vest

## Vedlegg 3 Liste over gjennomgåtte dokumenter

Antall dokumenter som ble stilt til vår diskusjon er for stor til at det er relevant å liste alle dokumenter her. Her følger en kort gjennomgang av dokumentasjonen som er stilt til evaluators rådighet:

- 00 Styringsdokument og planer
- 01 Administrasjon
- 02 Risikovurdering
- 03 Statusrapporter
- 04 Møter
- 05 Kommunikasjon og interessenter
- 06 Trapeze kontrakt
- 07 Trapeze vedlikeholdsavtale
- 08 Opplæring og dokumentasjon
- 09 Akseptansetest
- 10 Diverse aktuelle dokumenter
- 11 Utrulling
- 12 Sluttrapport
- 13 Gjennomføring Anskaffelse
- 15 Testing
- 16 Trapeze-skolen
- 17 Kvalitetsgjennomgang