



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten

Dokument nr. 3:7 (2007–2008)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige etater kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 20 24 20 00/1
Telefaks: 22 24 27 86
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra Akademika
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 8134 Dep, 0033 Oslo
Telefon: 800 80 960
E-post: offpubl@akademika.no

ISBN 978-82-90811-93-3

Forsideillustrasjon: Lars Tothammer
Foto: Ilja Hendel/Scanpix, Jørgen Bausager/Scanpix, Peter Dazeley/Scanpix

Riksrevisjonens undersøkelse om
IKT i sykehus og elektronisk
samhandling i helsetjenesten

Dokument nr. 3:7 (2007–2008)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:7 (2007–2008)
*Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i
helsetjenesten.*

Riksrevisjonen, 22. april 2008.

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	7
2	Oppsummering av undersøkelsen	8
2.1	Mangelfull utnyttelse av EPJ i helseforetakene	8
2.2	Målene for elektronisk meldingsutveksling er ikke nådd	10
2.3	Det er behov for sterkere nasjonal styring	11
3	Riksrevisjonens bemerkninger	13
4	Departementets svar	14
5	Riksrevisjonens uttalelse	14
	Vedlegg: Rapport	17

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten

1 Innledning

Stortinget har gjennom mange år framhevet informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) som et viktig virkemiddel til bedre samhandling og ressursutnyttelse i helsetjenesten. Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2002–2003) uttalte sosialkomiteen at økt bruk av IKT mellom de ulike behandlingseenhetene vil bidra både til bedre kostnadseffektivitet og til at samarbeidet mellom behandlingseenhetene og -nivåene bedres. I Nasjonal helseplan er det vist til at riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.¹ Senest i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008) uttalte helse- og omsorgskomiteen at den teknologiske utviklingen gir store muligheter for å understøtte helhet og samhandling i helse- og sosialtjenesten, og at IKT er et viktig virkemiddel for kvalitetsforbedring og økt sikkerhet i tjenesten.

Det har vært nasjonale satsinger på IKT-utviklingen i helse- og sosialsektoren siden 1997 gjennom flere statlige strategiplaner. Planen *S@mspill 2007* vil i 2008 bli avløst av en ny strategiplan. Sosial- og helsedirektoratet har gjennomføringsansvaret for disse planene. Samtidig har de regionale helseforetakene etter sykehusreformen i 2002 et betydelig strategisk ansvar for IKT-utviklingen i helseforetakene og mellom helseforetak og primærhelsetjenesten, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak*.

Man antar at en gjennomgående og helhetlig innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ) vil ha det største gevinstpotensialet av alle IKT-satsinger i helse- og sosialsektoren. Pasientjournalen er kjernen i helsetjenestens informasjonsbehandling, og det er forventet at innføring og bruk av EPJ vil bidra til både kvalitetsforbedringer og mer effektiv ressursutnyttelse i helseforetakene. For å oppnå disse gevinstene må ledelsen i helseforetakene legge til rette for en god bruk av EPJ-systemene i sykehusenes arbeidsprosesser.

En vesentlig del av den elektroniske samhandlingen i helsetjenesten skjer i form av elektronisk meldingsutveksling, som innebærer at informasjon utveksles mellom journalsystemer. Elektronisk meldingsutveksling har siden 1997 vært en vesentlig del av myndighetenes satsing på bruk av IKT i helsetjenesten. Et særlig viktig mål er at henvisninger og epikriser skal sendes elektronisk mellom helseforetak og allmennleger.²

Helsesektoren er kompleks med mange enheter og beslutningsnivåer. Elektronisk samhandling krever et omfattende samarbeid mellom de ulike aktørene på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjonsgrenser. Det er derfor nødvendig med overordnet styring og koordinering av IKT-utviklingen i helsesektoren for å sikre at IKT blir tatt i bruk som et effektivt virkemiddel til å realisere helsepolitiske mål.

Målet med undersøkelsen har vært å belyse bruken av IKT som virkemiddel til bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten. Undersøkelsen omhandler følgende hovedproblemstillinger:

- 1 Hvordan sikrer helseforetakene og de regionale helseforetakene at innføring og bruk av elektroniske pasientjournaler (EPJ) bidrar til mer effektiv pasientbehandling og ressursutnyttelse i sykehusene?
- 2 I hvilken grad benyttes elektronisk meldingsutveksling som virkemiddel til bedre samhandling i helsetjenesten?
- 3 I hvilken grad er det en hensiktsmessig nasjonal styring og tilrettelegging av arbeidet med elektronisk samhandling i helsetjenesten?

Utkast til rapport ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet 21. desember 2007. Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 28. januar 2008 avgitt uttalelse til rapporten. Det er tatt hensyn til departementets merknader, og de er innarbeidet i rapporten og i punkt 2 nedenfor. Riksrevisjonens

2) I henvisningen henvender allmennlegen seg til sykehuset med forespørsel om videre utredning eller behandling, og i epikrisen oppsummerer sykehuslegen sykdomsstatus, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling.

1) Jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007).

rapport om undersøkelsen følger som trykt vedlegg.

2 Oppsummering av undersøkelsen

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst ved hjelp av intervjuer, dokumentanalyse og en spørreskjemaundersøkelse til helseforetakene. Undersøkelsen er avgrenset til de somatiske institusjonene. Datainnsamlingen i helseforetakene er gjennomført før etableringen av Helse Sør-Øst RHF. I undersøkelsen er det derfor referert til tidligere Helse Øst RHF og Helse Sør RHF.

For å undersøke hvordan de regionale helseforetakene og helseforetakene sikrer at innføring og bruk av EPJ bidrar til mer effektiv pasientbehandling og ressursutnyttelse i sykehusene, er det innhentet skriftlig dokumentasjon om innføringen av EPJ og gjennomført en spørreskjemaundersøkelse i alle helseforetakene. Spørreundersøkelsen omfatter helseforetakenes direktører og IKT-sjefer og et utvalg avdelingsledere/kliniksjefer, leger og merkantilt ansatte.³

I tillegg er det gjennomført en caseundersøkelse i sju helseforetak. Utvalget i caseundersøkelsen består av to helseforetak i henholdsvis tidligere Helse Øst og Helse Sør og ett helseforetak i hver av de andre regionene. I hvert av de sju helseforetakene er det gjennomført intervjuer med ledelsen, representanter fra IKT-avdeling/EPJ-prosjekt, lege og sekretær, og dokumentasjon om EPJ-prosjekter er gjennomgått. Videre er det gjennomført intervjuer med alle de regionale helseforetakene og de regionale IKT-organisasjonene.

Bruken av elektronisk meldingsutveksling som virkemiddel til bedre samhandling i helsetjenesten er i hovedsak undersøkt gjennom intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, KS⁴, ledelsen i de regionale helseforetakene og gjennom spørreundersøkelsen og caseundersøkelsen.

Kildene som er nevnt over, belyser også spørsmålet om det er en tilstrekkelig nasjonal styring og tilrettelegging av arbeidet med elektronisk samhandling i helsetjenesten. Videre er det gjennomført en dokumentanalyse av styringsdialogen mellom departementet og de regionale helse-

foretakene, blant annet oppdragsdokumenter og protokoller fra foretaksmøtene. Det er også brukt noe data fra ulike evalueringer.

2.1 Mangelfull utnyttelse av EPJ i helseforetakene

Innføring av EPJ er en forutsetning for elektronisk samhandling, både innen spesialisthelsetjenesten og mellom helseforetak og allmennleger. Allmennlegene har brukt EPJ i flere år. I helseforetakene pågår det nå en gradvis overgang fra papirjournal til elektronisk journal.

EPJ-systemer benyttes til å registrere og lese elektronisk innhold i pasientjournaler, men gir også muligheter til blant annet informasjonsutveksling, pasientadministrasjon, rapportering og statistikk. Helseforetakene benytter tre EPJ-systemer: DIPS, Doculive og Infomedix/IMX. Systemene finnes i ulike versjoner og er innført på forskjellige tidspunkter. Alle de regionale helseforetakene har vedtatt at det skal være samme EPJ-system i regionen, men foreløpig er det bare i Helse Nord og Helse Midt-Norge at helseforetakene har samme system. Undersøkelsen viser at leverandørene har stor betydning på området.

Ved sykehusreformen i 2002 var det et mål at helseforetakene skulle ta i bruk EPJ innen utgangen av 2005. Undersøkelsen viser at så godt som alle helseforetak har innført EPJ, men likevel er papirjournalen viktig i de fleste helseforetakene. Det går fram av spørreundersøkelsen at tolv institusjoner i seks ulike helseforetak fortsatt har papirjournal som hovedjournal, og at et flertall av institusjonene i helseforetakene bruker papirjournal som et supplement til EPJ.

Ledelse og leger ble i spørreundersøkelsen bedt om å ta stilling til en del påstander om ulike typer nytte som samlet sett kan belyse om EPJ bidrar til mer effektiv pasientbehandling og ressursutnyttelse. Undersøkelsen viser at knapt noen leger ønsker seg tilbake til bare papirjournal, og at den viktigste nytten av EPJ er bedre tilgjengelighet til nødvendig pasientinformasjon. Bedre tilgjengelighet er først og fremst en konsekvens av at en elektronisk journal i motsetning til en papirjournal alltid er tilgjengelig, også for flere brukere samtidig. Undersøkelsen viser at tilgjengeligheten til innholdet i journalen kunne vært enda bedre dersom journalene var mer strukturerte. Mer standardiserte journaler vil også være viktig for at EPJ i større grad kan gi prosess- og beslutningsstøtte for helsepersonell og styringsinformasjon for ledelsen.

3) Svarprosenten i spørreundersøkelsen var god: 76 prosent for legene og over 90 prosent for de andre gruppene.

4) Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon.

EPJ har foreløpig bare i begrenset grad bidratt til bedre samhandling. Bare rundt halvparten av legene i spørreundersøkelsen mener at EPJ gjør journalinformasjon mer tilgjengelig på tvers av institusjonene i helseforetaket og bedrer samhandlingen internt i helseforetaket. Foretaksledelsen er i langt større grad enn legene enig i at EPJ bedrer samhandlingen internt i helseforetaket. Nesten tre av fire direktører er enig i dette. Oppfatningen blant avdelingsledere/klinikkjefer er mer i samsvar med legenes vurdering. Spørreundersøkelsen viser for øvrig at det er store forskjeller i svarene mellom legene i de ulike helseforetakene, og at legene i de foretakene som omfatter flere institusjoner, er mest uenige i at EPJ har bedret samhandlingen internt i helseforetaket. Undersøkelsen viser at samhandling er en større utfordring på tvers av institusjoner, og det ser ut til at EPJ foreløpig har størst nytteverdi for informasjonsflyten i egen institusjon og i mindre grad bidrar til bedre samhandling med andre institusjoner og aktører.

Under halvparten av legene i spørreundersøkelsen mener at EPJ har bidratt til bedre samhandling med primærhelsetjenesten, men det er store forskjeller mellom helseforetakene. Det er grunn til å tro at manglende mulighet til å motta elektroniske henvisninger kan påvirke legenes opplevelse av hvilken nytte EPJ har for samhandlingen med primærhelsetjenesten. Det er heller ikke alle allmennleger som kan motta elektronisk epikrise. Undersøkelsen viser videre at svært få av legene mener at EPJ har bedret samhandlingen mellom helseforetak. En bedre bruk av EPJ i samhandlingen mellom ulike deler av helsetjenesten vil kunne bedre samarbeidet om pasienten og dermed kvaliteten på tjenestetilbudet.

Nytteverdien av EPJ for ressursutnyttelsen i helseforetakene er foreløpig begrenset. Bare halvparten av lederne i spørreundersøkelsen mener at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse, og bare hver tredje lege er enig i at EPJ bedrer ressursutnyttelsen i avdelingen. Det kan være flere årsaker til dette. Undersøkelsen viser for eksempel at bare halvparten av legene er enige i at EPJ har bidratt til en bedre organisering av arbeidet i avdelingen, og svært få ledere og leger mener at EPJ har frigjort tid til pasientbehandling. Dette kan ha sammenheng med at innføringen av EPJ i liten grad har endret arbeidsprosesser og organisering i helseforetakene.

Endring av arbeidsprosesser og organisering er et svært viktig virkemiddel for å få gevinster av

IKT-verktøy. Undersøkelsen viser imidlertid at endringene i arbeidsprosesser i forbindelse med innføring av EPJ i stor grad bare innebærer at eksisterende papirutiner er blitt gjort elektroniske. I mange avdelinger er derfor arbeidsmåtene i stor grad de samme som før innføringen av EPJ. Større oppmerksomhet rundt endringer av arbeidsprosesser og organisering kunne ha bidratt til økt nytte av EPJ for samhandling og ressursutnyttelse.

Undersøkelsen viser også at det i spørsmålet om ressursutnyttelse er store forskjeller i svarene fra leger i ulike helseforetak og regioner. Nesten halvparten av legene i Helse Vest og Helse Sør er enig i at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse i egen avdeling, mens færre enn hver femte lege i Helse Midt-Norge er enig i denne påstanden. Samtidig er det store forskjeller mellom de enkelte helseforetakene. Andelen av legene som er enige i at EPJ har bidratt til en bedre ressursutnyttelse i avdelingen, varierer fra 0 til 80 prosent mellom de ulike helseforetakene.

Utnyttelsen av EPJ-systemet varierer, og mange manuelle rutiner brukes fortsatt i mange avdelinger. En god utnyttelse av EPJ forutsetter at de tilgjengelige funksjonene i systemet blir tatt i bruk. I spørreskjemaet til legene ble det derfor for en del vanlige arbeidsoppgaver stilt spørsmål om hvor ofte EPJ brukes, forutsatt at det er mulig å bruke EPJ til denne arbeidsoppgaven. Svarene viser at det er store forskjeller i bruken av EPJ for de ulike arbeidsoppgavene. Nesten alle legene oppgir for eksempel at EPJ brukes til å kontrollere og godkjenne epikrise og journalnotat. Det er imidlertid mer enn hver tredje lege som ikke i alle eller nesten alle tilfeller bruker EPJ til å skrive resept, og mer enn hver fjerde lege som ikke i alle eller nesten alle tilfeller bruker EPJ til å skrive sykmelding. Dette tyder på at det for en del arbeidsoppgaver er mulig for legen å velge papir eller andre alternativer selv om EPJ kan brukes. I noen avdelinger har imidlertid ledelsen fjernet papiralternativer, og legene har mindre valgfrihet.

Å skrive resept er et eksempel på en oppgave som legene ofte velger ikke å bruke EPJ til. Undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom helseforetakene i bruken av EPJ til resepter, og at legene i noen helseforetak oftere bruker reseptfunksjonen i EPJ enn leger i andre helseforetak. I fire av helseforetakene svarer mer enn 90 prosent av legene at de alltid eller i de fleste tilfeller bruker reseptfunksjonen i EPJ. Samtidig

er det ti helseforetak hvor bare halvparten eller færre av legene tilsvarende ofte bruker EPJ til å skrive resept. Forskjellene kan ikke forklares med ulike EPJ-systemer, ettersom det også er variasjoner i svarene fra leger i helseforetak med samme EPJ-system.

I undersøkelsen er det gjort en beregning av den samlede utnyttelsen av EPJ basert på 18 vanlige arbeidsoppgaver. Beregningen viser at Helse Nord samlet sett har best utnyttelse av EPJ-systemene. Det kan blant annet skyldes at foretakene i Helse Nord har hatt EPJ lenge, og at alle foretakene har det samme systemet. Samtidig går det fram av undersøkelsen at det er store variasjoner i utnyttelsesgrad også mellom avdelinger og helseforetak innen de enkelte regionene. Dårlig utnyttelse av EPJ-systemet fører til at forventede gevinster ikke oppnås.

God ledelsesforankring vil bidra til at arbeidet med planlegging og oppfølging av gevinster blir prioritert. Styring av IKT er en del av det generelle ledelsesansvaret i en virksomhet, og ledelsen på alle nivåer i helseforetakene har et ansvar for å legge til rette for en god bruk av EPJ for å sikre at dette blir et verktøy som støtter kjerneoppgavene i helseforetaket. Undersøkelsen viser at det varierer mellom foretakene om det har vært en god forankring av EPJ-innføringen i ledelsen.

Både ledere og leger mener at tilstrekkelig opplæring er et av de viktigste suksesskriteriene for god utnyttelse av EPJ. Samtidig går det fram av undersøkelsen at hver femte lege ikke har fått tilbud om opplæring i det hele tatt, og at hver tredje lege ikke har deltatt i organisert opplæring. Med organisert opplæring menes her kurs, elektronisk læring og systematisk opplæring i legemøter. Det er stor variasjon mellom avdelingene med hensyn til hvor stor andel av legene som har mottatt organisert opplæring. I fem av helseforetakene oppgir mer enn 80 prosent av legene at de har mottatt organisert opplæring, mens i ti av helseforetakene oppgir halvparten eller færre av legene at de har deltatt på et organisert opplæringstiltak.

For å sikre at et nytt IKT-verktøy fører til forbedringer i virksomhetens oppgaveløsning, bør ledelsen utarbeide planer for hvilke økonomiske og kvalitetsmessige forbedringer systemet skal bidra til. Planene bør beskrive hvilke gevinster som forventes, hvordan disse skal realiseres, og hvem som har ansvar for dette. Undersøkelsen viser at det i mange helseforetak ikke er utarbei-

det gevinstrealiseringsplaner i forbindelse med EPJ-prosjekter. Det gir økt risiko for at systembruken ikke følges opp, og at det ikke blir tatt i bruk nødvendige virkemidler for å sikre at EPJ bidrar til kvalitetsmessige og økonomiske forbedringer.

Det gjennomføres i svært liten grad undersøkelser av legenes bruk av EPJ eller av hvilke gevinster EPJ gir. I noen helseforetak er ikke innføringen av EPJ kommet langt nok til at det kan forventes dokumentasjon på gevinster. Planer for arbeidet med gevinster bør likevel finnes i alle helseforetak som har innført EPJ.

De regionale helseforetakene viser til at det er helseforetakene selv som har ansvar for arbeidet med gevinster. Undersøkelsen viser imidlertid at helseforetakene i ulik grad ivaretar dette ansvaret. Selv om det enkelte helseforetak har ansvaret for organisasjonsutvikling og gevinstrealisering, har de regionale helseforetakene også et ansvar for å stille krav om og se etter at investeringene i EPJ faktisk bidrar til gevinster i helseforetakene. Gevinstrealisering synes hittil ikke å ha fått tilstrekkelig oppmerksomhet i helseforetakene. De regionale helseforetakene har som eiere av helseforetakene heller ikke fokusert nok på gevinstrealisering.

2.2 Målene for elektronisk meldingsutveksling er ikke nådd

Henvvisning og epikrise er de viktigste meldingstypene i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at pasientinformasjonen utveksles på en rask og sikker måte – både for å sikre god oppfølging av pasientene og for å sikre en effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten. Elektronisk utveksling av informasjon kan bidra til dette, og det har siden 1997 vært et mål at henvisninger og epikriser skal utveksles elektronisk. I forbindelse med innføringen av sykehusreformen ble det forutsatt at helseforetakene skulle sette i gang nødvendige forberedelser for å tilby elektroniske epikriser og motta elektroniske henvisninger innen 2003.

Undersøkelsen viser at det i 2006 fortsatt var under halvparten av epikrisene som ble sendt elektronisk, og for henvisninger var andelen bare 8 prosent. Målet om elektronisk utveksling av epikriser og henvisninger er dermed ikke nådd. En viktig forklaring ser ut til å være at ikke alle helseforetak har et EPJ-system med den nødvendige funksjonaliteten. Flere av helseforetakene har gamle EPJ-systemer som ikke støtter elektro-

nisk utveksling av epikriser og henvisninger. Den lave andelen elektroniske henvisninger skyldes også at mottak og distribusjon av elektroniske henvisninger i helseforetakene er komplisert. Undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom regionene. I Helse Nord mottar alle helseforetakene elektroniske henvisninger, mens det fram til høsten 2007 ikke var noen helseforetak i Helse Vest som kunne motta elektroniske henvisninger.

Det er en omfattende bruk av doble rutiner i helseforetakene, det vil si at epikrisene sendes både elektronisk og på papir. Det går fram av spørreundersøkelsen at i over halvparten av helseforetakene sendes epikrisene i hovedsak både elektronisk og på papir til de allmennlegene som kan motta elektronisk epikrise. Det er forskjeller mellom regionene: I Helse Nord og Helse Sør sendes epikrisen i hovedsak kun elektronisk i alle eller et flertall av helseforetakene. Undersøkelsen viser at doble rutiner reduserer gevinstene av elektronisk meldingsutveksling. Videre viser undersøkelsen at gevinstene blir redusert dersom overgangen til elektronisk utveksling tar lang tid, og dersom antallet elektroniske meldinger er lavt. For å sikre gevinster er det derfor viktig at arbeidet med elektronisk meldingsutveksling får høy prioritet både i de regionale helseforetakene og i de enkelte helseforetak.

Pleie- og omsorgssektoren står for hoveddelen av kommunikasjonen med helseforetakene ved inn- og utskrivning av pasienter. God informasjonsflyt mellom de ulike tjenestetilbyderne er viktig for å sikre kvaliteten i denne samhandlingen. Undersøkelsen viser likevel at elektronisk informasjonsutveksling i svært liten grad er tatt i bruk i samhandlingen mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester. En viktig forklaring ser ut til å være at kommunene mangler viktige forutsetninger for elektronisk samhandling med helseforetakene: Mange kommuner har i liten grad tatt i bruk EPJ til dokumentasjon av helsehjelp, kommunenes teknologiske forutsetninger og IKT-modenhet varierer, og få kommuner er tilkoblet Norsk Helsenett.

Norsk Helsenett AS eies av de regionale helseforetakene. Helsenettet er et lukket nettverk for sikker elektronisk kommunikasjon mellom aktører som helseforetak, allmennleger, kommuner, private laboratorier/røntgeninstitutt og NAV. Med helsenettet er en viktig forutsetning for elektronisk samhandling på plass.

Undersøkelsen viser at utnyttelsen av helsenettet er lavere enn forventet. Dette skyldes blant annet at det utveksles færre elektroniske henvisninger og epikriser enn forventet, at mange meldingsstandarder ikke er tatt i bruk, og at den gamle kommunikasjonsløsningen trygdhelse-postkassen, som nå skal fases ut, fortsatt brukes. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene i februar 2007 stilt krav om at all meldingstrafikk skal gå over Norsk Helsenett. En annen viktig årsak til dårlig utnyttelse av helsenettet er at mange aktører ikke har koblet seg til nettet, selv om andelen er økende. Undersøkelsen viser at mangelen på relevante tjenester i helsenettet er en viktig forklaring på at mange aktuelle aktører ikke har hatt interesse av å koble seg til: De opplever at det helsenettet kan brukes til, ikke står i forhold til kostnadene. Ansvar for å utvikle tjenester ligger hos de ulike aktørene som skal bruke helsenettet, ikke hos Norsk Helsenett AS. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene i 2006 vist til den betydelige innsatsen som de regionale helseforetakene har lagt ned i etableringen av Norsk Helsenett, og at det er av stor viktighet at det utvikles tjenester som rettfærdiggjør investeringene i infrastruktur og oppkobling til denne. Undersøkelsen bekrefter at dette er viktig.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i sine merknader til rapporten at omstruktureringen som har funnet sted i helsesektoren, nødvendiggjør at en legger til rette for en mer utstrakt bruk av informasjonsdeling enn det en kan få gjennom meldingsutveksling. Departementet har derfor bedt Sosial- og helsedirektoratet om å komme med forslag til nødvendige lovendringer som gjør at informasjon kan deles eller gjøres tilgjengelig for behandlende helsepersonell i og mellom helseforetak, i og mellom private sykehus og mellom private sykehus og helseforetak, og herunder vurdere ansvarsforhold for pasientopplysningene.

2.3 Det er behov for sterkere nasjonal styring

Organiseringen av helsetjenesten er kompleks med mange enheter og beslutningsnivåer, og nasjonal styring og koordinering er nødvendig for å sikre at IKT blir tatt i bruk som et effektivt virkemiddel til å realisere helsepolitiske mål. Undersøkelsen viser at det er bred enighet blant aktørene om behovet for sterkere og mer tydelig nasjonal styring dersom målene for elektronisk samhandling skal nås.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i sitt svarbrev at utfordringene på området er kom-

plekse og krevende – både juridisk, teknisk, organisatorisk og økonomisk. Det er mange aktører involvert i prosjektene – ofte med motstridende interesser, økonomisk og faglig. Helse- og omsorgsdepartementet må forholde seg til 1567 private fastlegekontorer, 431 kommuner, landets apotek og egne helseforetak. Aktørene har ulike og delvis foreldede datasystem og er underlagt en streng personvernlovgivning. Disse faktorene bidrar til at gjennomføringen av prosjekter og tiltak krever sterk samordning mellom offentlige og private aktører, noe som er svært krevende.

Undersøkelsen viser at ansvaret for å realisere nasjonale mål for IKT-utviklingen er fordelt på mange aktører, og *S@mspill 2007* er en plan som i hovedsak skal finansieres av de aktørene den involverer. Et slikt lokalt ansvar for finansiering kan bidra til å forankre planen hos de ulike aktørene. Gevinster av en investering er imidlertid avhengig av at også de andre aktørene som skal delta i det elektroniske samarbeidet, gjør de nødvendige investeringene på samme tid. Usikkerhet knyttet til andre aktørers prioriteringer kan redusere aktørenes motivasjon for egne investeringer. Det er derfor viktig at det benyttes virkemidler som kan bidra til synkronisering av investeringene.

Bruk av standarder er en forutsetning for elektronisk samhandling. Likevel viser undersøkelsen at det er utviklet mange standarder for elektroniske meldinger som ikke er tatt i bruk. En viktig årsak til manglende utbredelse av standarder ser ut til å være at helseforetakene i liten grad har stilt krav til leverandørene om å bruke standardene. Det har vært stor grad av frivillighet i bruken av standarder. Først i foretaksmøtene i februar 2007 har departementet pålagt de regionale helseforetakene å stille krav til sine leverandører om at alle meldinger i helsesektoren skal være standardiserte og godkjente av Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH). KITH har etablert en test- og godkjenningssystem som er et viktig virkemiddel i standardiseringsarbeidet.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å utrede en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og EPJ som leverandørene skal være forpliktet til å implementere i systemene. Sosial- og helsedirektoratet opplyser at godkjenningssystemet også vurderes i sammenheng med andre virkemidler for å forplikte helsetjenesten til å ta i bruk standarder. Undersøkelsen viser samtidig at det er behov for å tydeliggjøre roller og ansvar mellom aktørene

på standardiseringsområdet, og reiser spørsmål om Helse- og omsorgsdepartementet i tilstrekkelig grad har lagt til rette for et hensiktsmessig arbeid med standardisering i helsesektoren.

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker i sitt svarbrev at KITH ble etablert i 1990 for å bidra til en koordinert IKT-utvikling innenfor standardisering og samordning i helse- og sosialsektoren basert på frivillighet. Departementet fikk først etter foretaksreformen i 2002 direkte styringslinje til sykehusene og kunne fremme krav gjennom de regionale helseforetakene i foretaksmøtet.

Strategiplanen *S@mspill 2007* er et viktig virkemiddel i arbeidet med elektronisk samhandling i perioden 2004–2007. Sosial- og helsedirektoratet er tillagt ansvaret for å gjennomføre *S@mspill 2007*. Dette ansvaret innebærer at direktoratet skal koordinere innsatsen og være pådriver i utviklingen. Det er ingen formelle styringslinjer fra direktoratet til andre aktører som skal bidra til å realisere målene i planen, som regionale helseforetak og kommuner. Sosial- og helsedirektoratet har derfor begrensede virkemidler.

De regionale helseforetakene ble ved sykehusreformen i 2002 tillagt en viktig rolle i helsetjenestens IKT-utvikling. Nasjonal IKT ble etablert i 2003 og er et forum for samarbeid mellom de regionale helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet deltar også i Nasjonal IKT. Nasjonal IKT skal bidra til å realisere de målene i *S@mspill 2007* som omfatter spesialisthelsetjenesten. Nasjonal IKT har imidlertid ingen direkte instruksjonsmyndighet overfor helseforetakene. Det enkelte regionale helseforetak har ansvaret for å gjennomføre vedtatte strategier og tiltak, og tiltak i regi av Nasjonal IKT er avhengig av forankring i og tilslutning fra de regionale helseforetakene for å bli gjennomført. Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene er derfor viktig.

Undersøkelsen viser også at det ikke finnes et samarbeidsforum for kommunene med tilsvarende betydning som det Nasjonal IKT har i spesialisthelsetjenesten, og at det er spesialisthelsetjenesten som i stor grad legger premissene for IKT-utviklingen i helsetjenesten. Likeverdighet mellom statlig og kommunal sektor er viktig for å lykkes med det videre utviklingsarbeidet på IKT-området.

KS har i den senere tid engasjert seg i arbeidet med elektronisk samhandling i helsetjenesten.

KS har imidlertid begrensede virkemidler overfor kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i sitt svarbrev at departementet og KS har inngått en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet for å utvikle bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på IKT-området gjennom strategiutvikling, standardisering og kompetanseutvikling. Innsatsen i kommunene må ses i sammenheng med den innsatsen som skal gjøres i helseforetakene, og som er omtalt i ny samspillplan.

Undersøkelsen viser at virkemidlene som har blitt tatt i bruk for å fremme elektronisk samhandling i helsetjenesten, har vært for svake. God samhandling må ta utgangspunkt i at staten har forskjellige styringsvirkemidler overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene er selvstendige aktører og velger selv med hvilke organisatoriske løsninger de vil gå inn i samarbeid om IKT-utviklingen i helsetjenesten. Samtidig er det i Nasjonal helseplan vist til at det på noen områder er behov for at det på nasjonalt nivå tas ansvar for utvikling, koordinering og styring. Dette er områder som er viktige for å nå de overordnede målene for helsetjenesten, og hvor ansvar for gjennomføring av tiltak er avhengig av en koordinert innsats. Elektronisk samhandling er et slikt område. Det synes å være behov for at nasjonale myndigheter i større grad sørger for nødvendige tiltak som kan fremme elektronisk samhandling mellom kommunene og helseforetak, som for eksempel økonomiske insentiver, veiledning, kompetansetiltak og tilrettelegging.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i sitt svarbrev at videre utvikling i helsesektoren vil måtte skje gjennom innsats på flere områder, blant annet gjennom sterkere styring. Departementet har styringsrett overfor egne virksomheter og foretak, men ikke overfor kommuner og private aktører. Framdrift i kommunesektoren og i privat sektor må ved uenighet eller svak framdrift frambringes regulatorisk eller gjennom forhandlinger, avtaler og insentiver.

3 Riksrevisjonens bemerkninger

Bedre samhandling er helsetjenestens største utfordring. God informasjonsflyt er en forutsetning for god samhandling, og elektroniske løsninger kan bidra til rask og sikker utveksling av nød-

vendig pasientinformasjon. Gjennom ti år har det vært et mål å øke utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling. I samhandlingen mellom allmennlege og helseforetak er henvisning og epikrise de viktigste meldingene, og det har vært et særlig viktig mål at disse meldingene skal sendes elektronisk. Ved innføringen av sykehusreformen ble det forutsatt at helseforetakene skulle sette i gang nødvendige forberedelser for å tilby elektroniske epikriser og motta elektroniske henvisninger innen 2003. Undersøkelsen viser at målet om elektronisk utveksling av epikriser og henvisninger ikke er nådd. Fortsatt sendes rundt halvparten av epikrisene bare på papir, og det er bare 8 prosent av henvisningene som sendes elektronisk. Etter Riksrevisjonens vurdering er arbeidet med elektronisk utveksling av epikriser og henvisninger ikke blitt tilstrekkelig prioritert verken i helseforetakene, i de regionale helseforetakene eller av Helse- og omsorgsdepartementet som eier.

Undersøkelsen viser også at IKT i liten grad er tatt i bruk for å bedre samhandlingen mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Riksrevisjonen mener at dette gir grunn til bekymring. Pleie- og omsorgssektoren står for hoveddelen av kommunikasjonen med helseforetakene ved inn- og utskrivning av pasienter. God informasjonsflyt er viktig for å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet for disse pasientene. Andelen eldre i samfunnet øker, og det forsterker behovet for å bedre informasjonsutvekslingen mellom de ulike helse- og omsorgsinstitusjonene. Riksrevisjonen reiser spørsmål om virkemidler som kan fremme elektronisk samhandling mellom kommuner og helseforetak, i tilstrekkelig grad er tatt i bruk.

Undersøkelsen viser at mange standarder ikke er tatt i bruk. Riksrevisjonen har merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet først i 2007 har pålagt de regionale helseforetakene å stille krav til sine leverandører om at alle meldinger i helsesektoren skal være standardiserte og godkjente av KITH.

Bruk av EPJ er en forutsetning for elektronisk samhandling og et viktig virkemiddel til kvalitetsforbedringer og bedre ressursutnyttelse i helseforetakene. Undersøkelsen viser at helseforetakene har innført EPJ, men at det er store variasjoner i hvordan EPJ-systemene i helseforetakene utnyttes. Etter Riksrevisjonens oppfatning har ledelsen i mange helseforetak ikke tatt i bruk tilstrekkelige virkemidler for å sikre at EPJ-systemene som er innført, utnyttes på en god

måte. Undersøkelsen viser blant annet at ledelsen i helseforetakene i varierende grad ivaretar sitt ansvar for å gjennomføre organisasjonsutvikling og omlegging av arbeidsrutiner. God ledelsesforankring er viktig for å sikre at arbeidet med planlegging og oppfølging av gevinster blir prioritert. Riksrevisjonen vil peke på at også de regionale helseforetakene har et ansvar for å se etter at investeringene i EPJ faktisk bidrar til gevinster i form av kvalitetsforbedringer og bedre ressursutnyttelse i helseforetakene.

Bedre tilgjengelighet til pasientinformasjon er en viktig nytteverdi av EPJ. Undersøkelsen viser likevel at EPJ bare i begrenset grad har bidratt til bedre samhandling internt i helseforetakene. Riksrevisjonen vil understreke at dagens lovverk ikke hindrer tilgang til nødvendig pasientinformasjon innen et helseforetak.

Det har vært nasjonale satsinger på IKT og helse gjennom flere statlige strategiplaner. Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for gjennomføringen av disse planene. Det er ingen formelle styringslinjer fra direktoratet til andre aktører som skal bidra til å realisere målene i strategiplanen *S@mspill 2007*, som for eksempel kommuner og regionale helseforetak. Sosial- og helsedirektoratet har dermed begrensede virkemidler. Riksrevisjonen reiser spørsmål om manglende samsvar mellom ansvar og virkemidler har bidratt til svak måloppnåelse. De regionale helseforetakene har som eiere av helseforetakene en svært viktig rolle i arbeidet med den videre IKT-utviklingen i helsetjenesten. Riksrevisjonen reiser spørsmål om Helse- og omsorgsdepartementet har stilt tydelige nok krav om hvordan de regionale helseforetakene skal bidra til å realisere målene i *S@mspill 2007*.

4 Departementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 6. mars 2008 svart:

"Helse- og omsorgsdepartementet viser til Riksrevisjonens utkast til dokument til Stortinget og har ikke flere merknader enn de som er meddelt tidligere."

5 Riksrevisjonens uttalelse

Stortinget har gjennom mange år pekt på at bruk av IKT skal bidra til å nå viktige helsepolitiske

mål som bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. I ti år har det vært nasjonale satsinger på IKT i helsetjenesten gjennom flere statlige strategiplaner. Riksrevisjonens undersøkelse viser at mange av målene i disse satsingene ikke er nådd, og at helsetjenesten ikke utnytter godt nok de mulighetene IKT gir. Etter Riksrevisjonens vurdering har Helse- og omsorgsdepartementet ikke i tilstrekkelig grad ivare tatt sitt ansvar for å følge opp de nasjonale IKT-satsingene og sikre at IKT utnyttes som et virkemiddel til å oppnå en bedre helsetjeneste og en mer effektiv utnyttelse av ressursene.

Sosial- og helsedirektoratet har hatt ansvaret for gjennomføringen av den nasjonale strategiplanen *S@mspill 2007*, men virkemidlene har vært begrensede. Riksrevisjonen har reist spørsmål om manglende samsvar mellom ansvar og virkemidler har bidratt til svak måloppnåelse. Riksrevisjonen har også reist spørsmål om Helse- og omsorgsdepartementet har stilt tydelige nok krav om hvordan de regionale helseforetakene skal bidra til å realisere målene i *S@mspill 2007*. Departementet har ikke kommentert disse spørsmålene. Riksrevisjonen vil understreke at de regionale helseforetakene har en viktig rolle i arbeidet med den videre IKT-utviklingen i helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene har derfor stor betydning for å realisere målene i *S@mspill 2007*.

Riksrevisjonen vil understreke at et godt samarbeid mellom de ulike delene av helsetjenesten er viktig for å sikre pasientene god behandling, pleie og oppfølging. Etter Riksrevisjonens oppfatning er IKT i for liten grad tatt i bruk som et virkemiddel for å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester, og mellom sykehusene og allmennlegene. Pleie- og omsorgssektoren står for hoveddelen av kommunikasjonen med helseforetakene ved inn- og utskrivning av pasienter. Riksrevisjonen har reist spørsmål om virkemidler som kan fremme elektronisk samhandling mellom kommuner og helseforetak, i tilstrekkelig grad er tatt i bruk. Departementet har ikke kommentert dette spørsmålet. Riksrevisjonen mener at det på dette området er helt nødvendig å ta i bruk flere virkemidler slik at målene om elektronisk samhandling mellom helseforetak, kommuner og allmennleger kan realiseres. Departementet må også ta et aktivt ansvar (eventuelt gjennom finansieringssystemet) for å sikre dette arbeidets framdrift og standardiserte løsninger.

Riksrevisjonen viser til at en av de viktigste IKT-satsingene i helseforetakene er innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ). Riksrevisjonens undersøkelse viser at EPJ foreløpig i begrenset grad har bidratt til bedre samhandling og ressursutnyttelse i helseforetakene. Riksrevisjonen vil peke på at helseforetakene og de regionale helseforetakene har et ansvar for å sikre at EPJ-

systemene som er innført, bidrar til at sykehusene på en bedre måte kan løse sine oppgaver. Etter Riksrevisjonens vurdering må departementet forvise seg om at disse ledelsesoppgavene blir prioritert av både helseforetakene og de regionale helseforetakene.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 26. mars 2008

Jørgen Kosmo

Jan L. Stub

Annelise Høegh

Geir-Ketil Hansen

Nils Totland

Therese Johnsen

Rapport: IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten

Vedlegg til Dokument nr. 3:7 (2007–2008)

Innhold

1	Innledning	21		
1.1	Bakgrunn	21		
1.2	Mål og problemstillinger	21		
2	Metode	23		
3	Revisjonskriterier	25		
3.1	Helsepolitiske mål og elektronisk samhandling	25		
3.2	Statlige virkemidler for å fremme elektronisk samhandling i helse-tjenesten	25		
3.3	Generelle krav til god styring og oppfølging	26		
3.4	Krav til god styring og bruk av IKT	26		
4	Innføring og bruk av EPJ i sykehusene	29		
4.1	I hvilken grad er EPJ innført og tatt i bruk i sykehusene?	29		
4.1.1	Har alle helseforetak innført EPJ?	29		
4.1.2	Har EPJ erstattet papirjournalen?	31		
4.1.3	Hvordan brukes EPJ?	32		
4.2	I hvilken grad opplever ledelse og leger at EPJ bidrar til en mer effektiv pasientbehandling og ressurs-utnyttelse i sykehusene?	36		
4.2.1	Tilgjengelighet	37		
4.2.2	Samhandling	38		
4.2.3	Ressursutnyttelse	41		
4.3	Hvordan er det i sykehusene lagt til rette for en god utnyttelse av EPJ?	44		
4.3.1	Hvordan planlegger og følger ledelsen opp gevinster?	45		
4.3.2	Får brukerne tilstrekkelig opplæring?	46		
4.3.3	Er innføringen av EPJ godt forankret i de kliniske avdelingene?	48		
4.3.4	Er arbeidsprosesser endret?	49		
4.3.5	Er tekniske problemer og dårlig utstyr en hindring for god systembruk?	50		
4.3.6	Hva mener brukere og ledelse er de viktigste suksesskriteriene for å få nytte av EPJ?	51		
4.4	Hvordan har de regionale helseforetakene lagt til rette for innføring og bruk av EPJ?	52		
5	Elektronisk meldingsutveksling	55		
5.1	Hvilken utbredelse har elektronisk meldingsutveksling?	55		
5.1.1	Elektronisk utveksling av meldinger mellom helseforetak og allmennleger og innen spesialisthelsetjenesten	55		
5.1.2	Elektronisk utveksling av meldinger mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester	58		
5.1.3	Elektronisk utveksling av meldinger i den akuttmedisinske kjeden	59		
5.2	Hva er årsakene til manglende meldingsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester?	59		
5.3	Hva er gevinstene av elektroniske epikriser og henvisninger?	61		
6	Nasjonal styring og tilrettelegging av arbeidet med elektronisk samhandling i helsetjenesten	63		
7	Vurderinger	69		
	Referanseliste	74		
	Figuroversikt			
Figur 1	Antall institusjoner som bruker papirjournal	31		
Figur 2	Ulike former for tilgang til PACS ved bruk av EPJ. Andel av legene. Prosent	33		
Figur 3	Andel av legene som oppgir at tilgangen til det mest brukte fagsystemet er enkel, akseptabel eller tungvint. Prosent	33		
Figur 4	Hvor ofte EPJ brukes til utvalgte arbeidsoppgaver. Andel av legene. Prosent	34		
Figur 5	Andel av legene som er enige i at manuelle rutiner fortsatt brukes. Prosent	34		
Figur 6	Hvor ofte legene bruker resept-funksjonen i EPJ. Fordelt på helseforetak. Prosent	35		
Figur 7	Legenes utnyttelse av EPJ basert på 18 utvalgte oppgaver. Etter helse-region. Prosent	36		
Figur 8	Andelen av legene som er enige i utvalgte påstander om tilgjengelighet til journalinformasjon. Prosent	37		

Figur 9	Andelen av legene som er enige i utvalgte påstander om samhandling. Prosent	38	Figur 25	Andel elektronisk utveksling av utvalgte informasjonstyper. Etter region	58
Figur 10	Andel av legene som er enige i at EPJ har bidratt til bedre samhandling internt i helseforetaket. Fordelt etter helseregion og helseforetak	39	Figur 26	Aktører og styringslinjer som har betydning for elektronisk samhandling i helsetjenesten	63
Figur 11	Andel av legene som er enige i at EPJ har bidratt til bedre samhandling med primærhelsetjenesten. Fordelt etter helseregion og helseforetak	41			
Figur 12	Andelen av legene som er enige i utvalgte påstander om ressursutnyttelse/tidsbruk. Prosent	42			
Figur 13	Andel av legene som er enige i at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse i avdelingen. Fordelt etter helseforetak	43			
Figur 14	Andelen av lederne som er enige i at EPJ har redusert eller ført til en mer fleksibel bruk av sekretærer. Prosent	44			
Figur 15	Andel av legene som har deltatt på ulike former for opplæring i bruk av EPJ. Prosent	45			
Figur 16	Årstall for deltakelse i organisert opplæring. Andel av legene. Prosent	46			
Figur 17	Andelen av legene i de utvalgte avdelingene som oppgir at de har deltatt i organisert opplæring. Fordelt etter helseforetak. Prosent	47			
Figur 18	Andel av legene som i stor grad, noen grad eller liten grad er fornøyd med opplæringen. Prosent	48			
Figur 19	Andelen av legene som i stor grad, noen grad eller liten grad får tilstrekkelig brukerstøtte. Prosent	48			
Figur 20	Hvor ofte legene hindres i bruk av EPJ på grunn av datautstyret. Andel av legene. Prosent	50			
Figur 21	Andel av legene som i stor grad, noen grad eller liten grad opplever at sen pålogging og treg PC er et problem. Prosent	51			
Figur 22	Andel av legene som mener at de utvalgte faktorene er blant de to viktigste suksesskriteriene for nytte av EPJ. Prosent	52			
Figur 23	Antall helseforetak som i hovedsak sender epikrise elektronisk til allmennlegene	56			
Figur 24	I hvilken grad ulike typer informasjon sendes elektronisk. Andel leger. Prosent	57			

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Gjennom flere år er det i St.prp. nr. 1 lagt vekt på betydningen av informasjonsteknologi (IKT) som virkemiddel for å øke effektiviteten i helsevesenet og bedre samhandlingen i og mellom helseinstitusjonene. Det har også vært framhevet at IKT vil kunne bidra vesentlig til realisering av helsepolitiske reformer og omstillinger i helsesektoren.

Det har vært nasjonale satsinger på IKT-utviklingen i helse- og sosialsektoren siden 1997, i hovedsak gjennom planene *Mer helse for hver bIT* (1997–2000), *Si@!* (2001–2004) og *S@mspill* (2004–2007). I 2008 starter gjennomføringen av en ny strategiplan. Sosial- og helsedirektoratet har gjennomføringsansvaret for disse statlige strategiplanene.

Gjennom planene *Mer helse for hver bIT* og *Si@!* ble det lagt opp til et langt sterkere statlig ansvar for helsetjenestens IKT-utvikling. Etter sykehusreformen i 2002 er de regionale helseforetakene tillagt en viktig rolle i utviklingen av elektronisk samhandling, og de har et betydelig strategisk ansvar for IKT-utvikling i og mellom sykehus og primærhelsetjenesten.¹

I 2006 ble det utført ca. 3,5 mill. polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, det var ca. 1,4 mill. sykehusopphold i somatiske sykehus og ca. 10,2 mill. konsultasjoner hos fastlegen.² Hver konsultasjon og hvert sykehusopphold gir opphav til registrering, lagring og formidling av pasientinformasjon.

Pasientjournalen er kjernen i denne informasjonsbehandlingen. En pasientjournal er "en samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp".³ Journalen kan føres som papirjournal, som elektronisk journal eller delvis elektronisk og delvis på papir.

Den elektroniske pasientjournalen (EPJ) er sentral for å få til elektronisk samhandling i helsetjenesten.⁴ En gjennomgående og helhetlig innføring av EPJ er antatt å ha det største gevinstpotensialet av alle IKT-satsinger i helse- og sosialsektoren.⁵ De fleste allmennleger har brukt EPJ i flere år, og det pågår nå en gradvis overgang fra papirjournal til elektroniske journaler i sykehusene.

Helsesektoren er kompleks med mange enheter og beslutningsnivåer. Elektronisk samhandling krever et omfattende samarbeid mellom de ulike aktørene på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjonsgrenser. Det er derfor nødvendig med overordnet styring og koordinering av IKT-utviklingen i helsesektoren for å sikre at IKT blir tatt i bruk som et effektivt virkemiddel til å realisere helsepolitiske mål.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å belyse bruken av IKT som virkemiddel til bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten.

Undersøkelsen vil omhandle følgende problemstillinger:

- 1 **Hvordan sikrer helseforetakene og de regionale helseforetakene at innføring og bruk av elektroniske pasientjournaler (EPJ) bidrar til mer effektiv pasientbehandling og ressursutnyttelse i sykehusene?**
 - a) I hvilken grad er EPJ innført og tatt i bruk i sykehusene?
 - b) I hvilken grad opplever ledelse og leger at EPJ bidrar til mer effektiv pasientbehandling og ressursutnyttelse i sykehusene?
 - c) Hvordan er det i sykehusene lagt til rette for en god utnyttelse av EPJ?
 - d) Hvordan har de regionale helseforetakene lagt til rette for innføring og bruk av EPJ i sykehusene?

1) Jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak.

2) Jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008) side 13 og tabell "opphold fordelt på oppholdstyper" fra Sosial- og helsedirektoratets nettside http://www.shdir.no/norsk_pasientregister/somatikk/se_paa_tallene_somatikk/.

3) Jf. Forskrift om pasientjournal (FOR 2000-12-21 nr. 1385).

4) Jf. Nasjonal helseplan, punkt 6.4.4.

5) Jf. "S@mspill 2007".

2 I hvilken grad benyttes elektronisk meldingsutveksling som virkemiddel til bedre samhandling i helsetjenesten?

- a) Hvilken utbredelse har elektronisk meldingsutveksling i sykehus, mellom sykehus og mellom primær- og spesialisthelsetjeneste?
- b) Hva er årsakene til manglende utbredelse av elektronisk meldingsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester?
- c) Hva er gevinstene av elektroniske epikriser og henvisninger?

3 I hvilken grad er det en hensiktsmessig nasjonal styring og tilrettelegging av arbeidet med elektronisk samhandling i helsetjenesten?

- a) Hvilke virkemidler benytter Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for å bidra til mer elektronisk samhandling i helsetjenesten?
- b) I hvilken grad er det en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene på området?

2 Metode

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst ved intervjuer, dokumentanalyse og en spørreskjemaundersøkelse til helseforetakene. Undersøkelsen er avgrenset til de somatiske institusjonene. Det har vært innhentet konsulentbistand fra Pharos AS i gjennomføringen av undersøkelsen.

I forkant av undersøkelsen ble det gjennomført en foranalyse. Informasjon ble blant annet innhentet gjennom dokumenter, intervjuer, deltakelse på konferanser og ved besøk i to helseforetak. Mot slutten av foranalysen ble det arrangert et felles møte med representanter fra de fleste viktige aktørene på området. Hensikten med møtet var å få synspunkter fra deltakerne på funn i foranalysen og å få hjelp til å velge de riktige problemstillingene for en eventuell hovedanalyse.

Problemstilling 1

For å undersøke hvordan de regionale helseforetakene og helseforetakene sikrer at innføring og bruk av EPJ bidrar til mer effektiv pasientbehandling og ressursutnyttelse i sykehusene, er det blant annet gjennomført en spørreskjemaundersøkelse i alle helseforetakene og innhentet skriftlig dokumentasjon om innføringen av EPJ. I tillegg er det gjennomført en caseundersøkelse i sju helseforetak. Videre er det gjennomført intervjuer med alle de regionale helseforetakene og de regionale IKT-organisasjonene.

Datainnsamlingen i helseforetakene er gjennomført før etableringen av Helse Sør-Øst RHF. I undersøkelsen er det derfor referert til tidligere Helse Øst RHF og Helse Sør RHF.

Spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført våren 2007 og omfatter alle landets somatiske helseforetak.⁶ Det er utarbeidet ulike spørreskjema til foretaksdirektør, IKT-sjef, avdelingsleder⁷, leger og merkantile ansatte⁸. Pasientjournalen er tverrfaglig og brukes av ulike grupper behandlere, men spørreskjemaundersøkelsen har i ho-

vedsak hatt oppmerksomheten rettet mot legenes bruk av EPJ.

Spørreskjema ble sendt til alle direktørene og IKT-sjefene ved helseforetakene. Videre ble spørreskjema sendt til alle linjeledere, legene og to sekretærer⁹ ved 54 utvalgte medisinske avdelinger i helseforetakene. Et hovedprinsipp ved valg av avdelinger har vært at alle de somatiske institusjonene i helseforetakene skulle være representert i undersøkelsen.¹⁰ Spørreskjemaene ble på forhånd testet ut i fire helseforetak.¹¹

Svarprosenten er over 90 for spørreskjemaene som ble besvart av henholdsvis foretaksdirektører (23 stk.), IKT-sjefer (23 stk.), avdelingsledere/klinikk-sjefer (78 stk.) og sekretærer (96 stk.). Andelen av legene som besvarte skjemaet, var på 76 prosent av 636 utsendte spørreskjemaer. Svarprosenten i undersøkelsen vurderes som god, og samlet sett gir spørreskjemaundersøkelsen et godt bilde av EPJ-bruken i helseforetakene. Analysen av spørreskjemadata er gjort ved hjelp av analyseverktøyene Excel og SPSS.

Dokumentasjon fra helseforetakene

Helseforetakene ble i brev av 20. juni 2006 bedt om å opplyse om blant annet hvilket EPJ-system de benyttet, og når dette ble innført. Videre ble foretakene bedt om å sende dokumentasjon fra EPJ-prosjekter som for eksempel prosjektplan, prosjektdirektiv, gevinstrealiseringsplan, evalueringer og liknende.

Caseundersøkelsen

Caseundersøkelsen omfatter intervjuer i sju utvalgte helseforetak. I tillegg ble dokumentasjon om EPJ gjennomgått. Utvalget i caseundersøkelsen består av to helseforetak i henholdsvis tidligere Helse Øst (Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Asker og Bærum HF) og Helse Sør (Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF) og ett helseforetak i hver av de andre regionene (Helse Sunnmøre HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Bergen HF). I hvert av de sju helseforetakene er det gjennomført intervju med

6) Med unntak av spesialsykehus og Sykehuset i Vestfold HF, som ikke har EPJ.

7) Inkludert klinikkleder og institusjonsleder.

8) I rapporten brukes begrepet sekretær.

9) En sekretær ved skrivestuen og en postsekretær.

10) Noen institusjoner er representert med flere avdelinger.

11) Enkelte spørsmål i spørreskjemaene er hentet fra en undersøkelse gjennomført i 2001 av Hallvard Lærum mfl.

representanter for helseforetakets ledelse og IKT-avdeling/EPJ-prosjekt, én eller flere leger og én sekretær.

Det er gjort lydopptak av intervjuene i caseundersøkelsen. Intervjuene er transkribert, og analysen er gjort ved hjelp av Nvivo (dataprogram for analyse av tekstdata).

Intervjuer med de regionale helseforetakene og IKT-organisasjonene

Intervjuene ble gjennomført i perioden fra september 2006 til juni 2007. Tema for intervjuene var blant annet regional samordning av EPJ-systemer, elektronisk samhandling og nasjonal og regional styring av IKT-utviklingen i helsetjenesten. Intervjuene har også bidratt til å belyse de to øvrige problemstillingene. Referatene fra intervjuene med de regionale helseforetakene er verifisert.

Problemstilling 2

Bruken av elektronisk meldingsutveksling som virkemiddel til bedre samhandling i helsetjenesten er i hovedsak undersøkt gjennom intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet¹², Sosial- og helsedirektoratet¹³, de regionale helseforetakene og KS, gjennom spørreskjemaundersøkelsen og caseundersøkelsen og gjennom innhenting av informasjon fra Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH), Nasjonalt senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) og KS. Det er også benyttet en samfunnsøkonomisk analyse gjennomført av Norut samfunnsforskning på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

Problemstilling 3

Kildene som er nevnt over, belyser også spørsmålet om det er en tilstrekkelig nasjonal styring og tilrettelegging av arbeidet med elektronisk samhandling i helsetjenesten. Videre er det gjennomført en dokumentanalyse av styringsdialogen mellom departementet og de regionale helseforetakene, det vil si oppdragsdokumenter, protokoller og årlige meldinger. Det er også brukt noe data fra ulike evalueringer.

12) 12. desember 2007.

13) 15. november 2007.

3 Revisjonskriterier

3.1 Helsepolitiske mål og elektronisk samhandling

Et av formålene med spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes best mulig, jf. § 1-1. punkt 4. Andre viktige formål med spesialisthelsetjenesteloven er å sikre tjenestetilbudets kvalitet, å bidra til et likeverdig tjenestetilbud og å bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Stortinget har gjennom mange år framhevet IKT som et viktig virkemiddel til bedre ressursutnyttelse og samhandling.

Sykehusreformen skulle styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.¹⁴ Nye teknologiske løsninger skulle gjøre samarbeidet enklere. Det ble blant annet forutsatt at helseforetakene skulle sette i gang nødvendige forberedelser for å tilby elektroniske epikriser og motta elektronisk henvisning innen utgangen av 2003. De regionale helseforetakenes ansvar for å tilrettelegge for tilknytning til det nasjonale helsenettet ble framhevet. Det var også et mål at helseforetakene innen utgangen av 2005 skulle ta i bruk "elektroniske pasientjournalssystemer som ivaretar kravene til regelverk, og som støtter informasjonsutveksling med primærhelsetjenesten", og at det så langt det er praktisk mulig, burde legges opp til samarbeid om bruk av pasientjournalssystemer innenfor det enkelte regionale helseforetak.

Sosialkomiteen uttalte ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2002–2003) at økt bruk av IKT mellom de ulike behandlingseenhetene vil bidra både til bedret kostnadseffektivitet og til at samarbeidet mellom behandlingseenhetene og -nivåene bedres.¹⁵

Ifølge St.prp. nr. 1 (2005–2006) skal spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene samarbeide og samordnes. Brukerne skal oppleve at tilbudet er helhetlig og sammenhengende. Det er i proposisjonen vist til at flere utredninger, blant annet NOU 2005: 3

Fra stykkevis til helt, peker på elektroniske løsninger som et vesentlig bidrag til å løse utfordringene om bedre samarbeid. Ifølge proposisjonen må helsetjenestene gjøres mer effektive gjennom elektronisk samarbeid på tvers av organisasjonsgrensene.

I Nasjonal helseplan¹⁶ er det vist til at riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.

3.2 Statlige virkemidler for å fremme elektronisk samhandling i helsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helsetjenestene. Sosial- og helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for å samordne og legge premisser for en hensiktsmessig IKT-utvikling i sosial- og helsesektoren, jf. St.prp. nr. 1 (2005–2006). Dette omfatter ansvar for gjennomføring av strategi og tiltak beskrevet i den nasjonale strategien for elektronisk samarbeid, *S@mspill 2007*. Sentralt i dette arbeidet er optimal bruk av helsenettet, å sørge for etablering og vedlikehold av nødvendig terminologi og standarder, å bidra til god informasjonsflyt og å bidra til at flere aktører deltar i det elektroniske samarbeidet.

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i egen helseregion, jf. spesialisthelsetjenesteloven. Andre helsetjenester som blant annet allmennlege-tjeneste, legevaktordning, hjemmesykepleie og sykehjem er kommunale helsetjenester, jf. kommunehelsetjenesteloven.

Helse- og omsorgsdepartementet har flere styringsvirkemidler overfor de regionale helseforetakene. Departementet utøver eierstyring gjennom foretaksmøtene, jf. helseforetaksloven § 16, første ledd. Gjennom det årlige oppdragsdokumentet stiller departementet vilkår for bevilgningene til det regionale helseforetaket, jf. helseforetaksloven § 16, annet ledd. I tillegg

14) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak*.

15) Budsj. Innst. S. nr. 11 (2002–2003).

16) Jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007).

utøver departementet myndighetsstyring gjennom lover og forskrifter.

Det framgår av Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak* at helseforetakene ikke må tillates å bli så autonome at hensyn til helheten og fellesskapet blir skadelidende. Uten å bli for intervenerende i enkeltsaker må de regionale helseforetakene gjennom sin eierstyring kunne stille krav om innbyrdes samarbeid mellom enkeltforetakene og samarbeid med primærhelsetjenesten. Ved behandlingen av helseforetaksloven¹⁷ merket flertallet i komiteen seg at de regionale helseforetakene skal spille en viktig rolle når det gjelder standardisering av infrastruktur, IKT-løsninger, rapporteringsrutiner, krav om kvalitet, samhandling og service vis-à-vis primærhelsetjenesten med mer. De regionale helseforetakene forutsettes å få en konsernliknende rolle i slike overordnede og strategiske spørsmål som gjelder alle helseforetakene.

Det er avgjørende at eierrollen utøves på en god og helhetlig måte både nasjonalt og regionalt, slik at en samlet sett lykkes i å nå de helsepolitiske målene.¹⁸

Ved Stortingets behandling av Innst. S. nr. 156 (1992–93), jf. St.meld. nr. 23 (1992–93) *Om forholdet mellom staten og kommunane*, er det trukket opp prinsipielle retningslinjer for samspillet mellom staten og kommuneforvaltningen. I meldingen framhever kommunal- og miljøvernkomiteen at det kommunale selvstyret med lokal handlefrihet er en av de overordnede verdiene ved det politiske systemet. Statlig styring må derfor finne sin plass i skjæringspunktet mellom verdier ved det lokale selvstyret og nasjonale hensyn. Komiteen viser til at statens styring i praksis må balansere verdiene ved det lokale selvstyret opp mot andre sentrale mål og verdier for statlig styring – som blant annet hensynet til nasjonaløkonomien og hensynet til en samordnet og omstillingsorientert forvaltning.

I meldingen skilles det mellom tre hovedgrupper av styringsvirkemidler som staten kan benytte overfor kommunesektoren for å fremme vedtatte mål:

- Lovbaserte virkemidler: Denne gruppen omfatter blant annet rettighetslovgivning, klageordninger, kontroll- og tilsynsordninger og nasjonale retningslinjer.

- Økonomiske virkemidler: Staten bruker rammetilskudd og flere ulike typer tilskudd, men også låneordninger og avgifter.
- Andre virkemidler: Denne kategorien omfatter flere typer virkemidler. Det kan blant annet være plankrav og handlingsplaner, rettledning og dialog, mål- og resultatstyring, forsøk og forskning.

Komiteen mente at statens samlede innsats må være en kombinasjon av de ulike virkemidlene. Ved behandling av St.meld. nr. 31 (2000–2001) *Om kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling* sluttet kommunalkomiteen seg til et prinsipp om å redusere detaljstyringen av kommunesektoren, jf. Innst. S. nr. 307 (2000–2001). Kommunene skal gis frihet til å prioritere mellom oppgaver og måter å løse dem på. Parallelt må det utvikles nye styringsformer basert på veiledning og dialog. Et flertall i komiteen trakk fram at KOSTRA, forventningsbrev og konsultasjoner mellom staten og kommunesektoren er tre viktige virkemidler i styringsrelasjonen, som i større grad enn tidligere skal baseres på gjensidighet og likeverd. I meldingen presiseres det at dette er virkemidler som ikke pålegger kommunene nye krav eller plikter, men som påvirker kommunene til å ta valg i retning av nasjonale mål.

3.3 Generelle krav til god styring og oppfølging

God styring og oppfølging innebærer å sikre at virksomheten drives i samsvar med lover og regler, at fastsatte mål og resultatkrav oppnås, at ressursbruken er effektiv, og at virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag. Det må etableres systemer og rutiner for å sikre at måloppnåelse og resultater står i et tilfredsstillende forhold til fastsatte mål og ressursinnsatsen. Evalueringer er et viktig virkemiddel for å få informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater. Frekvens og omfang av evalueringer bestemmes ut fra virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet, og behovet for evalueringer må vurderes opp mot kvalitet og omfang av øvrig rapportering.

3.4 Krav til god styring og bruk av IKT

I nasjonale og internasjonale IKT-faglige miljøer er det over tid nedfelt kriterier for god styring og

17) Jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001) til Ot.prp. nr. 66 (2000–2001).

18) Jf. St.prp. nr. 1 (2005–2006).

bruk av IKT.¹⁹ Til tross for varierende perspektiv og omfang er det stor grad av overensstemmelse mellom de kriteriene som stilles opp, noe som gjenspeiles i både norsk og internasjonal faglitteratur.

Styring av IKT er et ledelsesansvar

IKT er et virkemiddel for å nå virksomhetens mål. Investeringer i datasystemer skal derfor være begrunnet i virksomhetens konkrete mål og planer for utvikling og forbedringer eller i tvingende lovkrav eller pålegg fra overliggende myndighet.

IKT er et viktig verktøy i alle store organisasjoner, og styring av IKT er derfor en del av det generelle ledelsesansvaret i en virksomhet. God styring er særlig viktig ved innføring av nye systemer som har vesentlig betydning for virksomhetens hovedoppgaver.

God ledelsesforankring er nødvendig for at et IKT-prosjekt skal få de ressursene og arbeidsforholdene som kreves for en vellykket systeminnføring, og for å sikre at ledelsen ser behovet for motivasjonstiltak, informasjon og opplæring. Ledelsesforankring er også nødvendig for å sikre tilstrekkelig oppmerksomhet rundt planlegging og oppfølging av gevinster.

Gevinster må planlegges og følges opp

Senter for statlig økonomistyring (SSØ) har utgitt en veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter. Denne veilederen beskriver blant annet suksessfaktorer for gevinstuttak i IKT-prosjekter.

Ved større IKT-prosjekter bør det utarbeides en plan for gevinster, det vil si en oversikt over hvilke sentrale nyttevirkninger (både økonomiske og kvalitative) og/eller kostnadsbesparelser en vil oppnå med prosjektet. Etter at prosjektet er besluttet igangsatt, bør det utarbeides en konkret oppfølgingsplan for uttak av gevinster. Denne planen skal blant annet beskrive hvordan gevinstene skal tas ut, og hvem som har ansvar for å ta ut gevinstene. Når gevinstrealiseringsplanen utarbeides, er det viktig å være oppmerksom på at gevinster av IKT ofte kommer lenge etter investeringene. Arbeidet med gevinstrealisering må derfor følges opp over tid.

19) Det gjelder både IT-faglige medlemsorganisasjoner som Den norske dataforening og dens internasjonale søsterorganisasjoner, mer spesialiserte organisasjoner som ISACA (Information Systems Audit and Control Association), standardiseringsinstitusjoner som IT Governance Institute (som gir ut CobiT-rammeverket i samarbeid med ISACA) og offentlige organisasjoner som ITIL (Information Technology Infrastructure Library, utgitt av den britiske regjeringens Office of Government Commerce – nå en del av ISO 20000).

I St.prp. nr. 1 (2005–2006) går det fram i omtalen av strategiplanen *S@mspill 2007* at det skal legges økt innsats i måling og dokumentasjon av status, utvikling og gevinster i hele planperioden.

En vellykket innføring av nye IKT-systemer forutsetter forankring hos brukerne

At brukeravdelingene er tilstrekkelig involvert, er avgjørende for kvaliteten på det faglige arbeidet i innføringsprosjekter – og dermed også for kvaliteten på resultatet og aksepten av systemet i organisasjonen. En forutsetning for gevinster er at systeminnføringen er godt forankret i avdelingene, både hos brukerne og hos ledelsen.

Gjennomgang av arbeidsprosesser og organisasjon gir en bedre utnyttelse av nye IKT-systemer

Store IKT-prosjekter er i betydelig grad å anse som organisasjonsutviklingsprosjekter. Innføring av nye systemer vil som et minimum medføre at mange arbeidsrutiner må legges om og tilpasses, selv uten et bevisst forhold til hvordan systemene best kan utnyttes. For å realisere de gevinstene systemene gir mulighet for, kreves det imidlertid en aktiv holdning til utvikling av arbeidsprosesser, rutiner og organisasjon. Organisasjonsutvikling og omlegging av arbeidsrutiner er som regel en forutsetning for gevinster ved innføring av nye IKT-løsninger. Det er derfor viktig at dette er med som en egen arbeidsoppgave i forbindelse med systeminnføringen. Arbeidet må også følges opp etter at systemet er innført.

God bruk av IKT forutsetter tilstrekkelig opplæring

Tilstrekkelig opplæring er avgjørende for god bruk av datasystemer. Første gangs opplæring bør gis så nær opptil idriftsettelsen av systemet som mulig. Etter at systemet er i ordinær drift, bør det etableres opplæringsopplegg for nye brukere. Alle brukere bør dessuten få opplæring ved innføring av nye versjoner eller vesentlig ny funksjonalitet.

Organisert opplæring i form av kurs og tilsvarende gir som regel bare grunnkunnskaper i bruken av et system. En viktig del av brukernes opplæring skjer i de daglige arbeidssituasjonene. Det bør derfor finnes en godt organisert brukerstøttefunksjon.

En klar plassering av systemeierskap og en godt organisert systemforvaltning er viktig for å sikre god IT-styring

God styring og bruk av IKT krever både godt samarbeid og klar ansvarsdeling mellom de

som har ansvar for at IKT blir et virkemiddel i måloppnåelsen i en virksomhet, og de som har det tekniske ansvaret for IKT. Et viktig begrep i denne arbeidsdelingen er systemeierskapet.

Detaljene i definisjonen av systemeiers ansvar vil variere mellom ulike metodeverk, men det sentrale er alltid at det er systemeier som har ansvaret for anskaffelsesbeslutningen, for den forretningsmessige utnyttelsen av systemet (inkludert gevinstrealiseringen) og for at systemet har en forsvarlig drift, enten driften ivaretas i egen organisasjon eller er satt ut til fellesenheter eller kommersielle leverandører.

Systemeier er normalt den linjelederen som har resultatansvaret for de oppgavene systemet brukes til å løse. Begrunnelsen er at den som har resultatansvaret, også bør ha ansvar for virkemidlene, og IKT er et svært viktig virkemiddel. Hvis flere enheter bruker samme system, vil systemeierskapet vanligvis tillegges lederen for den tyngste brukerenheten, eventuelt den lederen som har ansvaret for alle disse enhetene. Systemeierskapet skal normalt ikke legges til stabsorganer eller til enheter som ivaretar IKT-funksjonen. Unntaket er ren infrastruktur som servere, operativsystemer, databaser og nettverk, hvor IKT-funksjonen normalt vil være systemeier.

4 Innføring og bruk av EPJ i sykehusene

4.1 I hvilken grad er EPJ innført og tatt i bruk i sykehusene?

Journalen er et svært viktig arbeidsverktøy for helsepersonell i den løpende behandling og pleie av pasienten. Journalen skal først og fremst være et redskap for å sikre at pasienten får forsvarlig helsehjelp.²⁰ Opplysningene i pasientjournalen er også viktig dokumentasjon på behandling og vurderinger. Videre er journalen en kilde til rapportering, kontroll, forskning og undervisning og til informasjon for pasienten selv. Hva journalen skal inneholde, er hjemlet i helsepersonelloven § 40 og utdypet i forskrift om pasientjournal.

EPJ-systemer er programvaresystemer som primært benyttes til å registrere og lese elektronisk innhold i pasientjournaler, men som også har annen funksjonalitet som gir muligheter til blant annet informasjonsutveksling, pasientadministrasjon²¹, rapportering og statistikk.²²

Tekstboks 1 Leverandører av EPJ-systemer

Det er tre leverandører av EPJ-systemer til norske helseforetak: DIPS ASA, som leverer systemet DIPS, TietoEnator, som leverer systemene Infomedix/IMX, og Siemens, som leverer systemet Doculive. I andre virksomheter, for eksempel allmennlegetjenesten, brukes egne systemer.

20) Jf. Forskrift om pasientjournal med merknader.

21) Det pasientadministrative systemet (PAS) omfatter personopplysninger som blant annet personnummer, adresse og liknende og administrativ informasjon som for eksempel diagnosekoder. PAS kan være en del av EPJ eller et eget system.

22) Se *IKT i medisin og helsetjeneste. Kompetansemiljø for utvikling av elektronisk pasientjournal*. Grimsø/Brosveet, Norges forskningsråd 2002.

Tekstboks 2 EPJ-standarder

KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) har som en av sine nasjonale oppgaver å utvikle standarder for EPJ. Det finnes en grunnleggende EPJ-standard som inneholder krav til arkivering, tilgangsstyring og generell arkitektur. I tillegg er det utviklet standarder for informasjonsinnholdet i EPJ. Disse standardene inneholder formaliserte krav til hvordan bestemte typer opplysninger, for eksempel forskrivning av legemidler, skal kunne dokumenteres i EPJ, og tekniske definisjoner av de begrepene som benyttes ved dokumentasjon av den aktuelle typen informasjon.

4.1.1 Har alle helseforetak innført EPJ?

Innen 2005 skulle alle helseforetak ha tatt i bruk EPJ. Undersøkelsen viser at alle helseforetakene unntatt Sykehuset Vestfold HF²³ har et EPJ-system. Tabell 1 viser hvilke EPJ-systemer som ble benyttet i helseforetakene per april 2007.

Tabell 1 viser at 26 institusjoner i helseforetakene har DIPS, 11 institusjoner har Infomedix/IMX, og 11 institusjoner har Doculive. Ingen av helseforetakene har EPJ-systemer fra flere leverandører. Alle de regionale helseforetakene har vedtatt at det skal være samme EPJ-system i regionen, men som tabellen viser, er det foreløpig bare i Helse Nord og Helse Midt-Norge at alle foretakene har samme EPJ-system.

EPJ-systemene som er tatt med i tabell 1, er innført på svært ulike tidspunkter, og det er vesentlige forskjeller mellom systemene som er innført i de ulike helseforetakene. Det er store forskjeller også mellom systemer fra samme leverandør. Både DIPS, Doculive og Infomedix/IMX finnes i ulike versjoner. Også innenfor samme versjon av systemene kan det være vesentlige forskjeller, blant annet avhengig av hvilken funksjonalitet sykehuset har kjøpt inn, integrasjon med andre systemer og lokale tilpasninger. For å gi en dekkende beskrivelse av status for innføring av EPJ er det derfor nødvendig å undersøke hvordan systemene er tatt i bruk i helseforetakene.

23) Sykehuset i Vestfold HF har i e-post til Riksrevisjonen 28. juni 2006 opplyst at de bruker PIMS, som er et pasientadministrativt system med en dokumentasjonsmodul.

Tabell 1 Utbredelse av EPJ-systemer. Etter region, helseforetak og institusjon

Region	HF	Institusjon	EPJ-system
Helse Midt-Norge	Helse Nord-Trøndelag HF	Levanger	Doculive
		Namsos	Doculive
	Helse Nordmøre og Romsdal HF	Kristiansund	Doculive
		Molde	Doculive
	Helse Sunnmøre HF	Volda	Doculive
	Ålesund	Doculive	
	St. Olavs Hospital HF	St. Olav	Doculive
Helse Nord	Helse Finnmark HF	Kirkenes	DIPS
		Hammerfest	DIPS
	Nordlandssykehuset HF	Bodø	DIPS
		Lofoten	DIPS
		Stokmarknes	DIPS
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Narvik	DIPS
		Tromsø	DIPS
		Harstad	DIPS
	Helgelandssykehuset HF	Mosjøen	DIPS
		Rana	DIPS
Sandnessjøen		DIPS	
Blefjell Sykehus HF		Kongsberg	Infomedix
		Notodden	Infomedix
	Rjukan	Infomedix	
Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF	Rikshospitalet	Doculive (Klinisk portal) ²⁴	
Ringerike sykehus HF	Ringerike	Infomedix	
Sykehuset Buskerud HF	Buskerud	Infomedix	
Sykehuset Telemark HF	Kragerø	Infomedix	
	Skien	Infomedix	
Sørlandet sykehus HF	Arendal	DIPS	
	Flekkefjord	DIPS	
	Kristiansand	DIPS	
	Helse Bergen HF	Bergen	Doculive
		Voss	Doculive
Helse Fonna HF	Haugesund	Infomedix	
	Odda	Infomedix	
	Stord	Infomedix	
Helse Førde HF	Førde	DIPS	
	Lærdal	DIPS	
	Nordfjordeid	DIPS	
Helse Stavanger HF	Stavanger	Infomedix	
Helse Øst	Aker universitetssykehus HF	Aker	DIPS
	Akershus universitetssykehus HF	Akershus	DIPS
	Sykehuset Asker og Bærum HF	Asker og Bærum	DIPS
	Sykehuset Innlandet HF	Elverum	DIPS
		Gjøvik	DIPS
		Hamar	DIPS
		Lillehammer	DIPS
		Tynset	DIPS
	Sykehuset Østfold HF	Fredrikstad	DIPS
Ullevål universitetssykehus HF	Ullevål	Doculive	

24) Klinisk portal (CSAM) er en brukerportal for navigasjon til både klinisk og administrativ informasjon og sikrer brukerne én pålogging til alle disse kildene.

4.1.2 Har EPJ erstattet papirjournalen?

Selv om helseforetakene har innført EPJ, viser undersøkelsen at det i flere helseforetak likevel er institusjoner der papirjournalen er hovedjournal. Pasientjournalen kan føres som papirjournal, som elektronisk journal eller delvis elektronisk og delvis på papir. Figur 1 viser hvor mange institusjoner som har henholdsvis papirjournal som hovedjournal, papirjournal som supplement til EPJ eller helelektronisk journal.

Figur 1 viser at det fortsatt er 12 av 42 institusjoner i helseforetakene som har papirjournal som hovedjournal. Spørreskjemaundersøkelsen viser at disse institusjonene er fordelt på alle regionene. Figuren viser også at det er 12 institusjoner som har helelektronisk journal, og 18 institusjoner der EPJ er hovedjournal, men suppleres av papirjournalen.

For å undersøke i hvilken grad EPJ har erstattet papirjournalen, ble foretakene i undersøkelsen også spurt om papirjournalen oppdateres. Undersøkelsen viser at det er 15 institusjoner som fortsatt oppdaterer papirjournalen.

Videre ble legene i spørreskjemaundersøkelsen spurt om hvor ofte de i tillegg må se i papirjournalen²⁵ når de bruker EPJ. Undersøkelsen viser at 65 prosent av legene i en del tilfeller også må se i papirjournalen. Det er få leger som begrunner dette med behov for å dobbeltsjekke opplysninger. Oppslag i papirjournalen begrunnes av de fleste med at journalinformasjonen de trenger, ikke finnes i EPJ. EPJ er altså ikke fullstendig fordi det fortsatt er mye journalinformasjon som

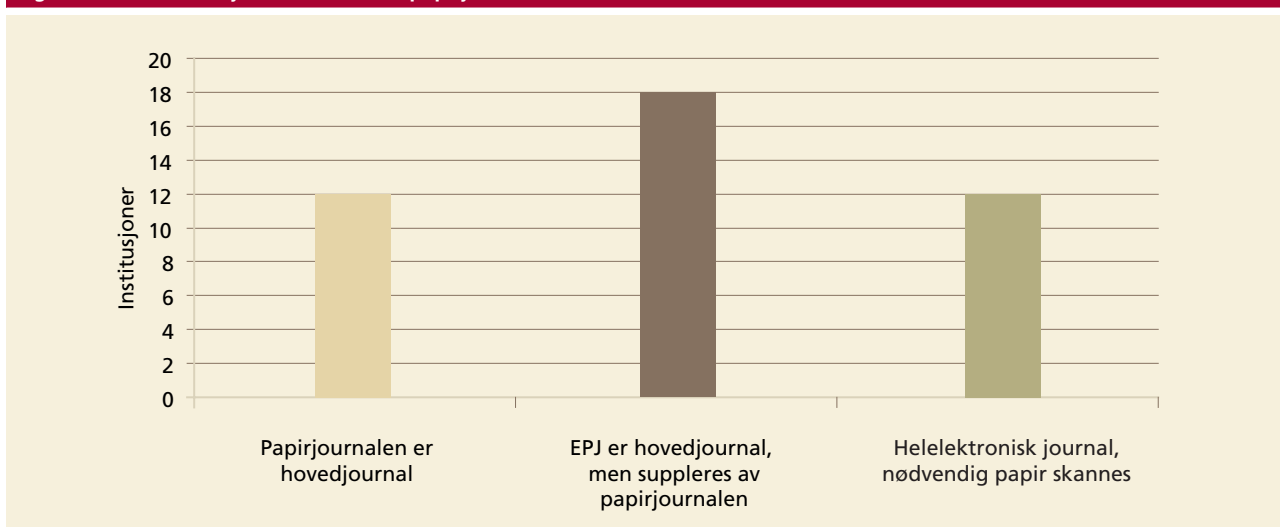


Foto: Berit Roald / SCANPIX

av ulike årsaker bare finnes på papir. Det kan for eksempel være pasientinformasjon som er sendt på papir fra andre helseforetak og ikke er skannet inn, eller opplysninger som bare finnes på papir fordi det ikke er utviklet elektronisk løsning for denne typen informasjon.

Pasientinformasjon som foreligger på papir, kan ved hjelp av skanning gjøres tilgjengelig elektronisk. En av institusjonene (Sørlandet sykehus i Arendal) oppgir i spørreskjema å ha gjennomført skanning av alt relevant journalinnhold. Vanligst er det at institusjonene skanner hele eller deler av pasientens journal ved innleggelse eller utskrivning. Dette gjelder i underkant av halvparten av

Figur 1 Antall institusjoner som bruker papirjournal



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 42

25) Bortsett fra kurven.

institusjonene. Noen institusjoner oppgir at de er i ferd med å skanne inn hele eller deler av alle eksisterende journaler, mens en del institusjoner ikke skanner journaler i det hele tatt.²⁶

4.1.3 Hvordan brukes EPJ?

Hva kan legene bruke EPJ til?

I spørreskjemaundersøkelsen ble foretakene²⁷ spurt om hvilke av en rekke vanlige arbeidsoppgaver en lege har, som deres EPJ-system støtter. Undersøkelsen viser at det er noen oppgaver som kan utføres i EPJ-systemet i alle institusjonene, slik som å skrive epikrise²⁸, kontrollere og godkjenne epikrise, kontrollere og godkjenne journalnotat, slå opp svar på klinisk-kjemiske laboratorieanalyser og skrive resept.

Noen oppgaver kan utføres ved hjelp av EPJ-systemet i en del institusjoner, men ikke i alle. Det gjelder for eksempel å rekvirere klinisk-kjemiske laboratorieanalyser og å motta henvisning fra

leger i primærhelsetjenesten. Videre er det noen oppgaver som bare svært få institusjoner kan bruke EPJ til, for eksempel å motta eller sende henvisning mellom helseforetak.

EPJ er hovedsystemet for lagring av elektronisk journalinformasjon. Mye av den informasjonen som ifølge forskrift hører til journalen, befinner seg imidlertid i andre datasystemer enn selve EPJ-systemet, for eksempel i fagsystemer som fødejournal, laboratordatasystemer og systemer for lagring av røntgenbilder (PACS²⁹) og røntgeninformasjon (RIS).

Ved siden av EPJ bruker de fleste legene derfor også ulike fagsystemer, og informasjon i disse systemene er i varierende grad og på ulike måter tilgjengelig via EPJ. I noen tilfeller kan informasjonen i disse systemene nås fra EPJ, men det er svært vanlig at legene må gjennom en egen pålogging for hvert system. Det går fram av caseundersøkelsen at legene oppfatter dårlig integrasjon mellom EPJ og andre systemer som en vesentlig hindring for en god utnyttelse av EPJ.

PACS brukes av mange leger. I spørreskjemaundersøkelsen ble legene spurt om hvordan de får tilgang til røntgenbildene når de bruker EPJ. Legenes svar er vist i figur 2.

Figur 2 viser at under en tredel av legene har direkte tilgang til PACS i eller gjennom EPJ. Figuren viser at selv for et så vanlig og mye brukt system som PACS er de mest tungvinte løsningene de vanligste. Nesten tre av fire leger (71 prosent) svarer at de må logge seg på PACS i en egen operasjon før de får tilgang til informasjonen. I de fleste tilfeller (62 prosent) må de i tillegg søke opp pasienten på nytt.

Legene ble også spurt om hvor enkelt eller tungvint de synes det er å hente informasjon fra det fagsystemet de bruker mest, jf. figur 3.

Figur 3 viser at bare hver femte lege (20 prosent) svarer at tilgangen er *enkel* eller *svært enkel*, hver tredje lege (34 prosent) svarer *akseptabel*, og nesten halvparten av legene (46 prosent) svarer *tungvint* eller *svært tungvint*.

Hva bruker legene EPJ til?

En god utnyttelse av EPJ forutsetter at legene i hovedsak bruker EPJ til de arbeidsoppgavene EPJ kan brukes til. I spørreskjemaet til legene ble det



Foto: SCANPIX

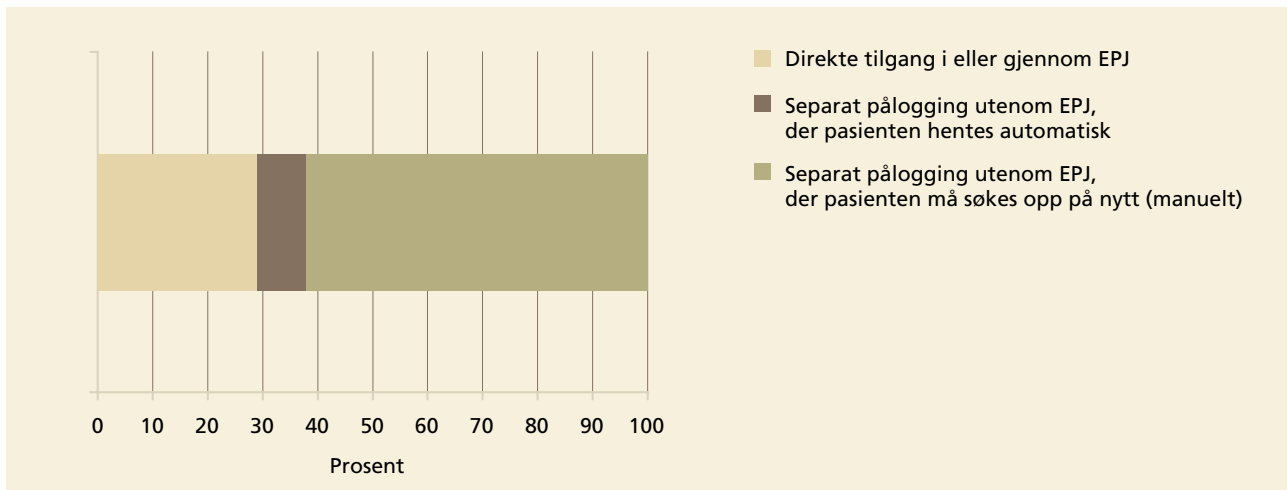
26) Skanning er svært ressurskrevende.

27) Spørsmålet er besvart av helseforetakets IT-sjef eller tilsvarende.

28) Se tekstboks nr. 4.

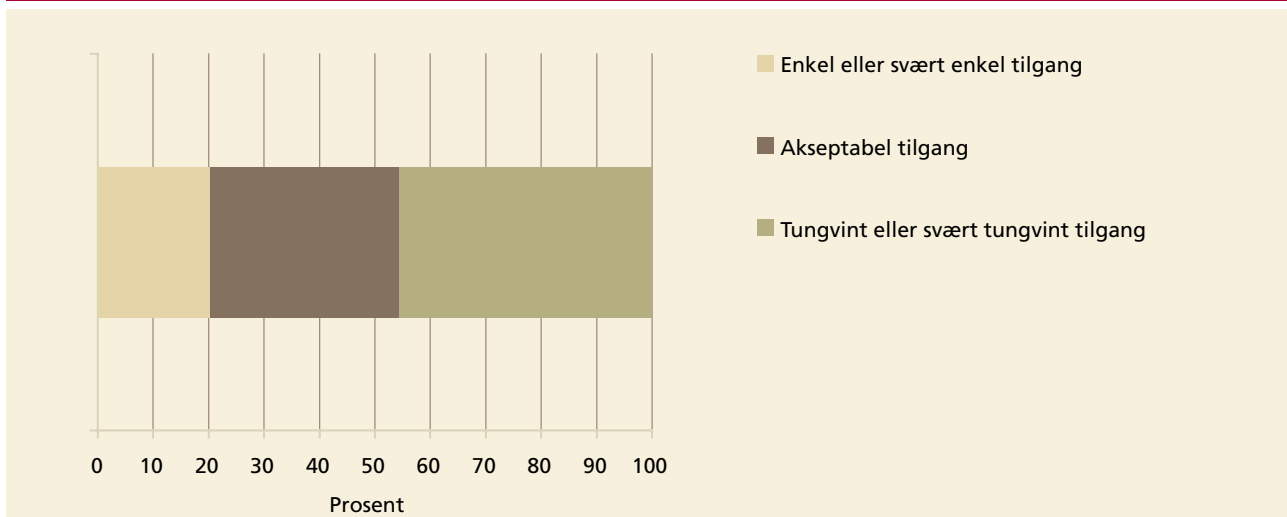
29) PACS står for Picture Archive and Communication System og er et system for digital lagring og behandling av røntgenbilder.

Figur 2 Ulike former for tilgang til PACS ved bruk av EPJ. Andel av legene. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 214

Figur 3 Andel av legene som oppgir at tilgangen til det mest brukte fagsystemet er enkel, akseptabel eller tungvint. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 336

for en del vanlige arbeidsoppgaver stilt spørsmål om hvor ofte EPJ brukes, forutsatt at det er mulig å bruke EPJ til denne oppgaven. Resultatene er vist i figur 4 på neste side. For en del oppgaver kan det variere om legen gjør oppgaven selv, eller om det er en arbeidsdeling mellom sekretær og lege. Figuren omfatter begge tilfellene.

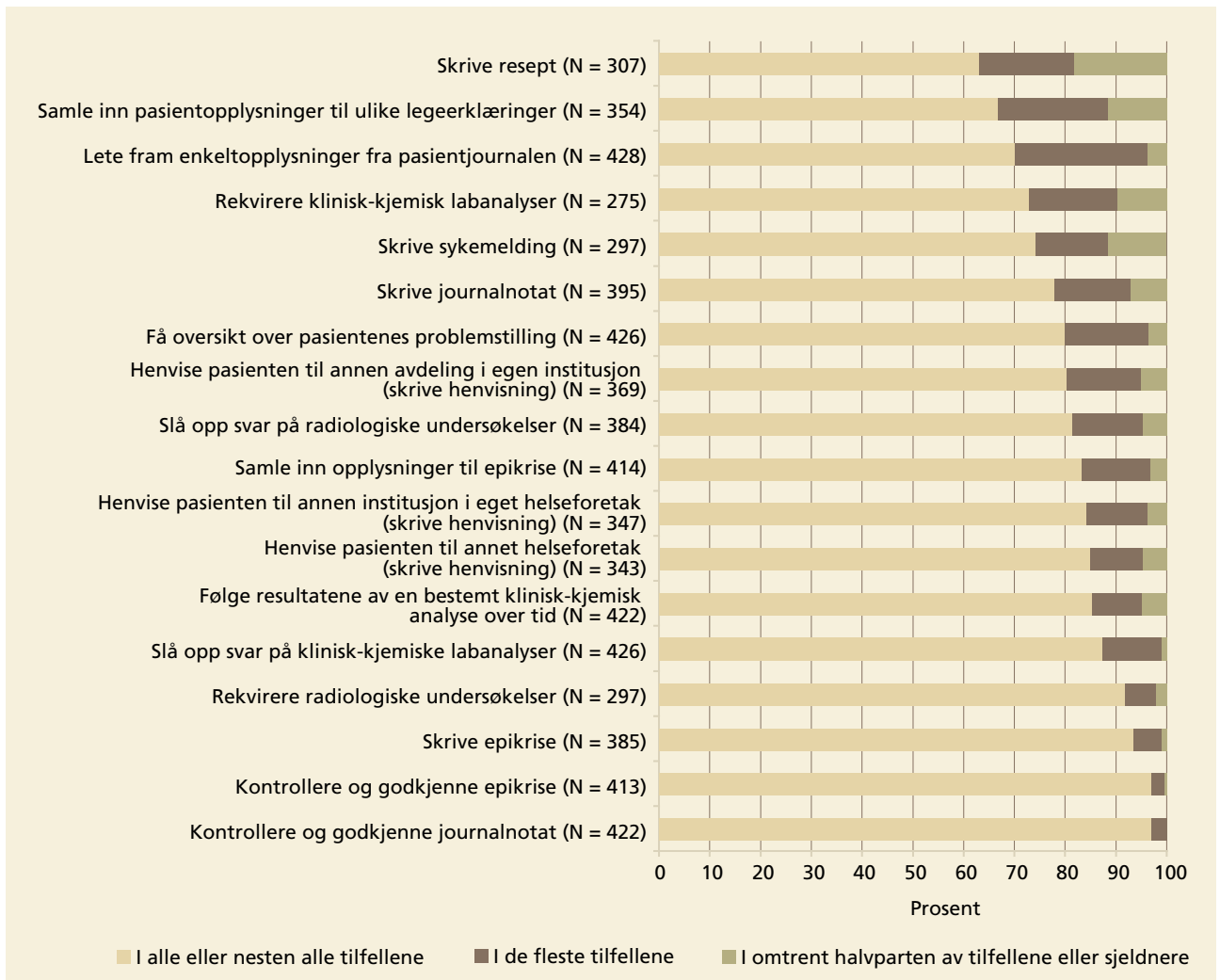
Figur 4 viser at det er store forskjeller i bruken av EPJ for de ulike arbeidsoppgavene, selv om EPJ kan brukes. Nesten alle legene oppgir at EPJ brukes til å kontrollere og godkjenne epikrise og journalnotat. Derimot oppgir mer enn hver tredje lege (37 prosent) at de ikke i alle eller nesten alle tilfeller bruker EPJ til å skrive resept, og mer enn hver fjerde lege (27 prosent) oppgir at de ikke i alle eller nesten alle tilfeller bruker EPJ til å skrive sykemelding. Også når det gjelder

oppgaver som å samle inn pasientopplysninger til legeerklæringer, lete fram enkeltopplysninger fra pasientjournalen, rekvirere klinisk-kjemiske laboratorieanalyser og å skrive journalnotat, er det mer enn hver femte lege som oppgir at det brukes alternative løsninger istedenfor EPJ.

Dette tyder på at det for en del arbeidsoppgaver er mulig å velge papir (eller andre alternativer), selv om EPJ kan brukes. Legene ble i spørreskjemaundersøkelsen også bedt om å ta stilling til hvor enige eller uenige de er i påstanden om at "mange manuelle rutiner brukes fortsatt selv om oppgavene kan utføres i EPJ", jf. figur 5 på neste side.

Figur 5 viser at over halvparten av legene (58 prosent) er *helt enig* eller *delvis enig* i at mange

Figur 4 Hvor ofte EPJ brukes til utvalgte arbeidsoppgaver. Andel av legene. Prosent



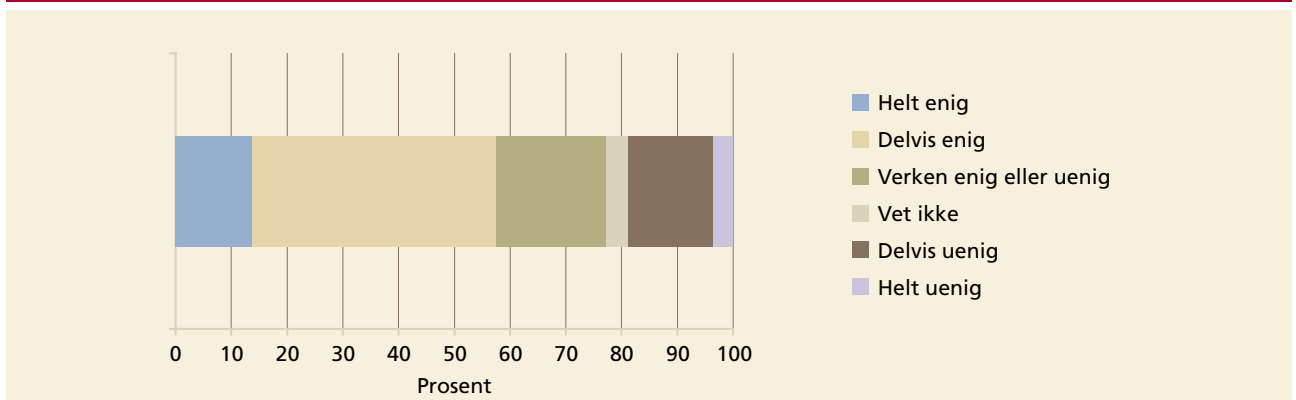
Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Figuren omfatter de legene som oppgir at EPJ brukes til den aktuelle arbeidsoppgaven, og viser for hver arbeidsoppgave hvor ofte EPJ faktisk blir brukt til å løse denne oppgaven, enten av legen selv eller en sekretær.

manuelle rutiner fortsatt brukes, selv om oppgaven kan utføres i EPJ. Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er en tilsvarende andel blant sekretærer og ledere som mener dette. Svært få av legene er *helt uenig* i at det fortsatt brukes mange manuelle rutiner.

Caseundersøkelsen underbygger at det er variasjoner i bruken av EPJ-systemene, både mellom enkelte leger og mellom avdelinger. Det er også forskjeller mellom avdelinger i samme helseforetak. Flere av informantene i caseundersøkelsen ga uttrykk for at det er noen oppgaver EPJ *må*

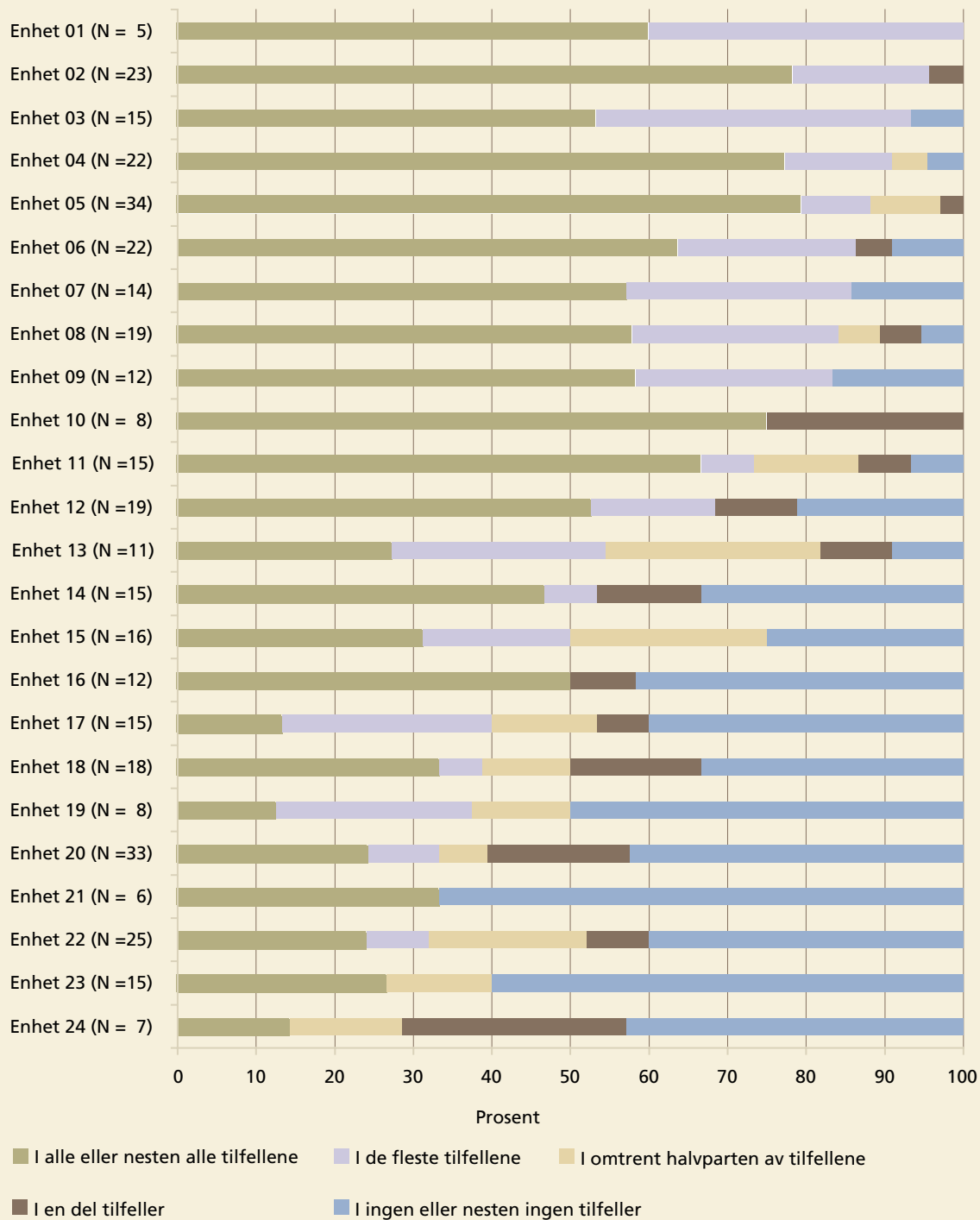
Figur 5 Andel av legene som er enige i at manuelle rutiner fortsatt brukes. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

N = 425

Figur 6 Hvor ofte legene bruker reseptfunksjonen i EPJ. Fordelt på helseforetak. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

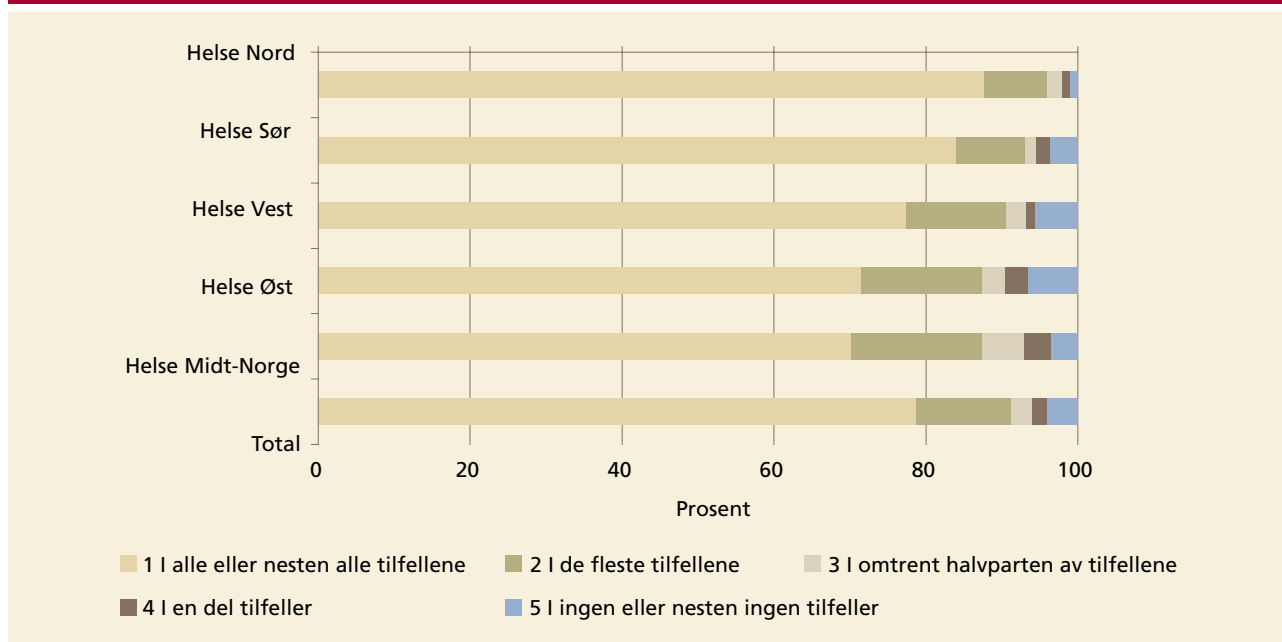
Figuren omfatter de legene som har mulighet til å bruke reseptfunksjonen, og viser hvor ofte legen bruker / ikke bruker denne. Enhetene i figuren er respondentene i de utvalgte avdelingene i hvert helseforetak. Enhetene i figuren er sortert etter andelen leger som har svart at de i de fleste tilfeller eller oftere bruker reseptfunksjonen.

brukes til, mens det for andre oppgaver er en større eller mindre valgfrihet for legene. Følgende sitat fra en avdelingsleder som ble intervjuet i caseundersøkelsen, illustrerer variasjonene i bruken av EPJ: "Noen bruker EPJ konsekvent til nesten alt det går an å bruke den til, og noen bare til det de *må* bruke den til." Det er sannsynligvis vanskeligere å velge alternative løsninger for oppgaver som inngår i en rutine for dokument-

håndtering i avdelingen, slik som kontroll og godkjenning av epikrise og journalnotat.

Eksempler på en mer "valgfri" funksjon er å skrive resept. Undersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger om hvor hensiktsmessig det er å bruke EPJ til denne oppgaven. Noen av legene i caseundersøkelsen legger vekt på at elektroniske resepter øker sikkerheten og gir bedre mulighet

Figur 7 Legenes utnyttelse av EPJ basert på 18 utvalgte oppgaver. Etter helseregion. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Figuren viser hvor stor andel hver av svarkategoriene (1–5) utgjør av alle svarene i hver helseregion.

for gjenbruk av data: En tidligere resept kan brukes som utgangspunkt for en ny resept, reseptene er mer lesbare, og oversikten over hvilke legemidler som er forskrevet, blir bedre. Andre vektlegger at det går raskere å skrive resept for hånd, og mener at leger som sjelden får samme pasient igjen, har liten nytte av å bruke EPJ. Det har også vært nevnt at problemer med skrivere har gjort at mange leger ikke bruker reseptfunksjonen.

Figur 6 viser variasjoner i legenes bruk av reseptfunksjonen mellom ulike helseforetak.

Det går fram av figur 6 at det er store forskjeller i bruken av reseptfunksjonen mellom enhetene. I fire av enhetene er det mer enn 90 prosent av legene som svarer at de alltid eller i de fleste tilfeller bruker reseptfunksjonen. Samtidig viser figuren at i ti av enhetene er det halvparten eller færre av legene som alltid eller i de fleste tilfeller bruker EPJ til å skrive resept. Det er altså slik at legene i noen avdelinger oftere bruker reseptfunksjonen enn legene i andre avdelinger. Spørreskjemaundersøkelsen viser at variasjonene ikke kan forklares med ulike EPJ-system, ettersom det er forskjeller også mellom enheter som har samme EPJ-system.

I undersøkelsen er det også gjort en beregning av hvor godt EPJ samlet sett utnyttes, basert på en indeks som omfatter de 18 oppgavene som går fram av figur 4. Figur 7 viser utnyttelsesgraden fordelt på de ulike regionene.

Figur 7 viser at i 79 prosent av tilfellene svarer legene at EPJ brukes i alle eller nesten alle tilfeller der EPJ *kan* brukes. Det framgår av figuren at det er relativt stor variasjon mellom regionene. I Helse Nord svarer legene i 88 prosent av tilfellene at EPJ i alle eller nesten alle tilfeller brukes, mens tilsvarende andel er 70 prosent i Helse Midt-Norge.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er variasjon i svarene også mellom legene i ulike helseforetak innenfor samme helseregion. I de fleste regionene er det både helseforetak som peker seg ut med en svært god utnyttelse av mulighetene i EPJ, og helseforetak der EPJ brukes i betydelig mindre grad. Det er likevel slik at i Helse Nord oppgir legene i alle helseforetakene en høyere bruk av EPJ enn legene i det helseforetaket i Helse Midt-Norge med best utnyttelse.

4.2 I hvilken grad opplever ledelse og leger at EPJ bidrar til en mer effektiv pasientbehandling og ressursutnyttelse i sykehusene?

Caseundersøkelsen viser at brukerne i hovedsak opplever EPJ som et nyttig redskap, og at de foretrekker elektronisk pasientjournal framfor papirjournal. Sekretærene er aller mest fornøyd.³⁰ Det går også fram av spørreskjemaundersøkelsen at

30) Det viste også rapporten *Organisasjonsutvikling og gevinstrealisering knyttet til elektronisk pasientjournal ved medisinsk avdeling, Aust-Agder sykehus HF, april 2002.*

knappt noen leger ønsker seg tilbake til papirjournalen, og at et stort flertall (85 prosent) er *helt enig* eller *delvis enig* i at EPJ samlet sett er bedre enn papirjournalen. Spørreskjemaundersøkelsen viser at det blant sekretærene er en enda høyere andel som foretrekker EPJ framfor papirjournal.

Undersøkelsen viser altså at brukerne samlet sett er positive til EPJ. Ledelse og leger er i spørreskjemaundersøkelsen bedt om å ta stilling til en del påstander om ulike typer nytte som samlet sett kan belyse om EPJ bidrar til mer effektiv pasientbehandling og ressursutnyttelse. Påstandene er delt inn i tre områder: tilgjengelighet, samhandling og ressursutnyttelse.

4.2.1 Tilgjengelighet

Legene ble i spørreskjemaundersøkelsen bedt om å ta stilling til i hvilken grad de er enige i at EPJ gjør journalen mer tilgjengelig, jf. figur 8.

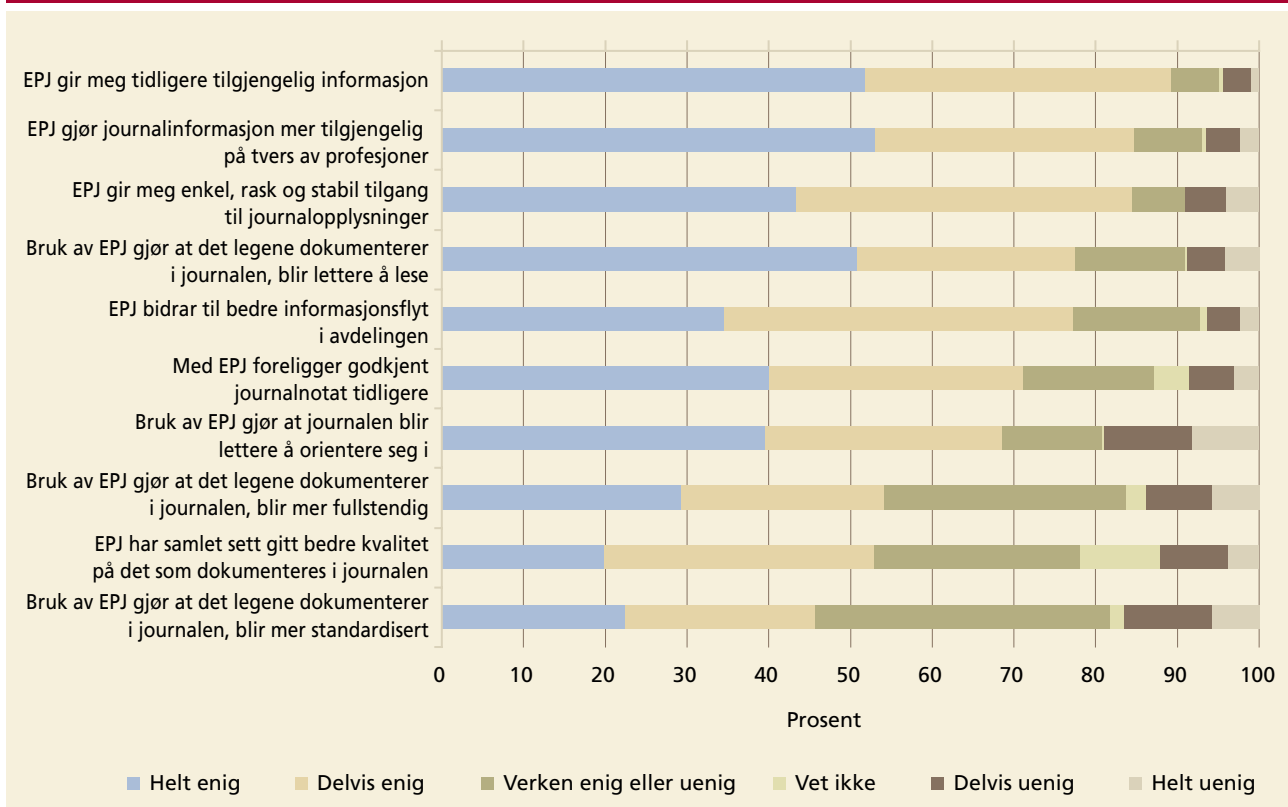
Figur 8 viser at legene i hovedsak er enige i at EPJ bedrer tilgjengeligheten til journalinformasjon. For eksempel er de aller fleste legene (89 prosent) *helt enig* eller *delvis enig* i at de med EPJ får informasjon tidligere tilgjengelig, og nesten like mange (84 prosent) mener at EPJ gir

enkel, rask og stabil tilgang til journalopplysninger og gjør journalinformasjon mer tilgjengelig på tvers av profesjoner (85 prosent).

Som figuren viser, er det imidlertid bare rundt halvparten av legene som er *helt enig* i disse påstandene. Det kan være ulike årsaker til at en del leger er mer forbeholdne. Det kan for eksempel skyldes at tilgjengelighet til informasjon også er et spørsmål om arbeidsrutiner i avdelingen og samhandling med andre. I noen helseforetak har legene antakelig også opplevd at tilgangen til journalen ikke har vært stabil.³¹ Enkelte leger har også i caseundersøkelsen gitt uttrykk for at de savner tilgang til den elektroniske journalen når de går visitt. Undersøkelsen viser likevel at de fleste legene er enige i at EPJ gir bedre tilgjengelighet til journalen, noe som har vært antatt å være en av de viktigste fordelene med EPJ.

Også i caseundersøkelsen er bedre tilgjengelighet framhevet som den viktigste verdien av EPJ. Informantene påpekte at papirjournalen ofte var borte, og at med EPJ er journalen tilnærmet alltid tilgjengelig for den som trenger den, også for flere brukere samtidig. Det ble vist til at bedre tilgjengelighet har betydning både for pasient-

Figur 8 Andelen av legene som er enige i utvalgte påstander om tilgjengelighet til journalinformasjon. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N varierer mellom 340 og 432 for de ulike påstandene.

31) Det har blant annet i 2006 vært flere hendelser i ulike helseforetak der alle elektroniske journaler for en periode har vært utilgjengelige.

sikkerheten (nødvendig informasjon er der ved behov) og for tidsbruken (sekretæren slipper å bruke tid på å finne fram journalen).

Det går også fram av figur 8 at tre av fire leger (77 prosent) er *helt enig* eller *delvis enig* i at EPJ bedrer informasjonsflyten i avdelingen. Som figuren viser, er det imidlertid bare hver tredje lege som er *helt enig* i at EPJ bedrer informasjonsflyten. Det skyldes antagelig at god informasjonsflyt ikke bare dreier seg om teknologi, men i stor grad er avhengig av gode rutiner. Det samme gjelder for produksjon av journalnotat, jf. figur 4 som viser at EPJ ikke alltid brukes til å skrive journalnotat.

God tilgjengelighet til journalinformasjon handler også om hvordan innholdet i journalen er organisert. Det går fram av intervjuene i caseundersøkelsen at en del leger opplever at journalene er for lite strukturerte³², det er mye fritekst, og søkemulighetene er begrenset. Dette kan redusere tilgjengeligheten til opplysningene i journalen.

Som figur 8 viser, har legene i spørreskjemaundersøkelsen tatt stilling til påstander om hvor tilgjengelig selve dokumentasjonen i journalen er. Det er et flertall av legene (69 prosent) som er *helt enig* eller *delvis enig* i at journalen er blitt lettere å orientere seg i. Figuren viser videre at

tre av fire leger (77 prosent) er *helt enig* eller *delvis enig* i at det legene dokumenterer i journalen, blir lettere å lese. Ettersom EPJ fjerner problemer med håndskrift, ville det kanskje være grunn til å forvente at enda flere var enige i at dokumentasjonen blir lettere å lese, men det er sannsynligvis en del som foretrekker å lese på papir framfor på skjerm. Det kan også være at lesbarheten påvirkes av hvordan dokumentasjonen er utformet, og hvordan den blir presentert. Figur 8 viser at det er en ikke ubetydelig andel av legene som er usikre på hvilken nytte EPJ har for innholdet i journalen med tanke på kvalitet, fullstendighet og standardisering. Blant annet er det under halvparten av legene som er *helt enig* eller *delvis enig* i at EPJ gir mer standardisert dokumentasjon.

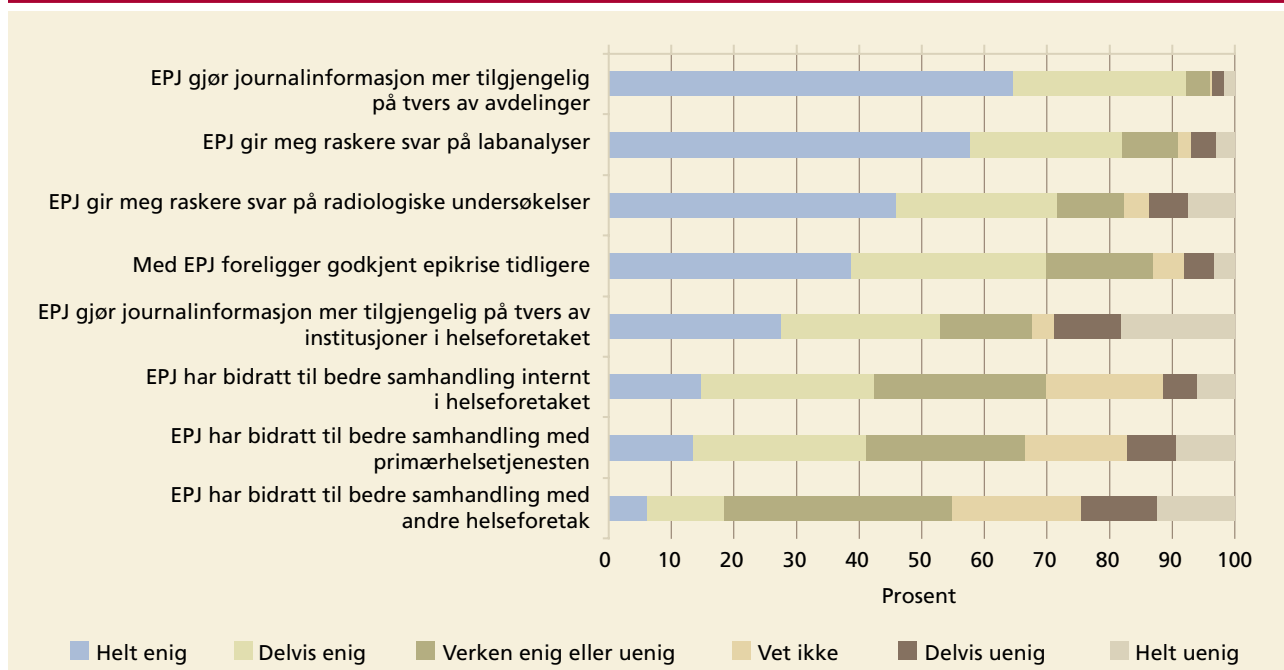
Spørreskjemaundersøkelsen viser at de aller fleste ledere og sekretærer i likhet med legene mener at EPJ gir bedre tilgjengelighet til journalen og bedre informasjonsflyt i avdelingen.

4.2.2 Samhandling

Legene har i spørreskjemaundersøkelsen også svart på om de mener at EPJ bidrar til bedre samhandling, jf. figur 9.

Figur 9 viser at nesten alle legene mener at EPJ gjør journalinformasjon mer tilgjengelig på tvers

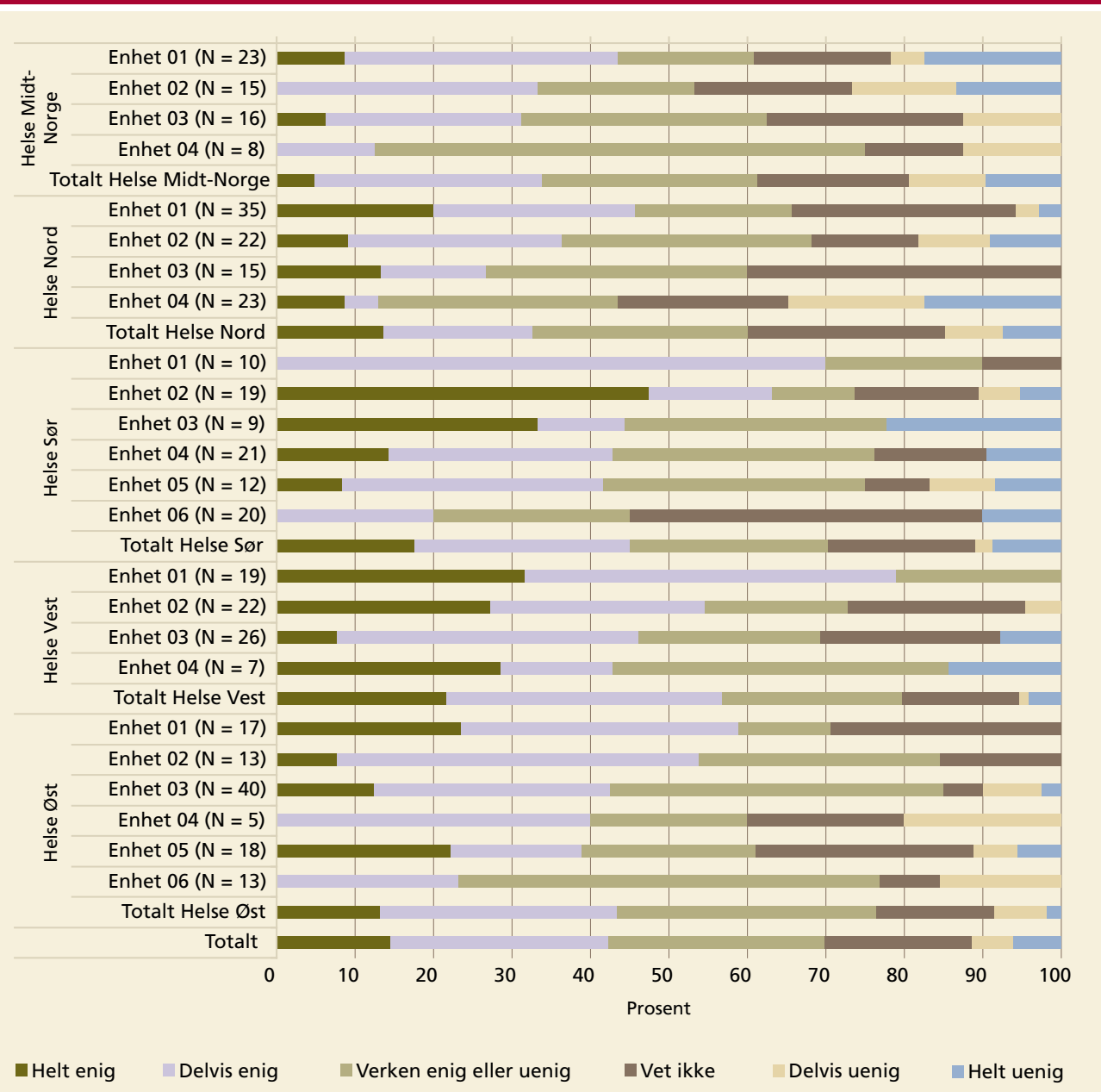
Figur 9 Andelen av legene som er enige i utvalgte påstander om samhandling. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N varierer mellom 340 og 432 for de ulike påstandene.

32) Se også Kjell Krüger: "Elektroniske pasientjournaler bør være strukturerte", Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 16/2007 og *Nasjonal strategi for elektronisk pasientjournal. Rapport fra forprosjekt. Sosial- og helsedirektoratet 2005.*

Figur 10 Andel av legene som er enige i at EPJ har bidratt til bedre samhandling internt i helseforetaket. Fordelt etter helseregion og helseforetak



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Enhetene i figuren er respondentene i de utvalgte avdelingene i hvert helseforetak. Helseforetakene har ikke samme enhetsnummer i andre figurer. Totalen for regionene omfatter svarene fra respondentene i den aktuelle regionen.

av avdelinger, og det er et stort flertall av legene som er enige i at de med EPJ får raskere prøvesvar.

Det går imidlertid fram av figur 9 at bare rundt halvparten av legene er *helt enig* eller *delvis enig* i at EPJ gjør journalinformasjon mer tilgjengelig på tvers av institusjonene i foretaket (53 prosent) og bedrer samhandlingen internt i helseforetaket (42 prosent). Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er variasjoner mellom legene i de ulike helseforetakene med hensyn til i hvilken grad de er enige i at EPJ har bidratt til en bedre samhandling internt i helseforetaket, jf. figur 10.

Figur 10 viser at andelen av legene som er enige i at EPJ bidrar til en bedre samhandling internt i helseforetaket, varierer fra 13 til 79 prosent mellom enhetene. Videre viser figuren at det er store forskjeller mellom regionene med hensyn til legenes svar på denne påstanden. Over halvparten (57 prosent) av legene i Helse Vest er enige i at EPJ har bidratt til bedre samhandling internt i helseforetaket, mens bare hver tredje lege er enig i denne påstanden i Helse Midt-Norge og Helse Nord. Det må understrekes at det innenfor regionene er store variasjoner mellom de enkelte helseforetakene. Spørreskjemaundersøkelsen viser at legene i de foretakene som omfatter flere

institusjoner, er mest uenige i at EPJ bedrer samhandlingen internt i foretaket.

Spørreskjemaundersøkelsen viser for øvrig at foretaksledelsen i langt større grad enn legene mener at EPJ bedrer samhandlingen internt i helseforetaket. Nesten tre av fire direktører (71 prosent) er *helt enig* eller *delvis enig* i dette. Oppfatningen blant avdelingsledere/klinikkjefer er mer i samsvar med legenes vurdering.

Videre viser figur 9 at svært få leger mener at EPJ bedrer samhandlingen mellom helseforetak. Det er grunn til å tro at legenes svar kan ha sammenheng med at lovverket ikke åpner for tilgang til pasientjournaler på tvers av helseforetak (se tekstboks 3). Samtidig viser figur 9 at det heller ikke er mer enn halvparten av legene som mener at EPJ bedrer samhandlingen internt i helseforetaket. Det kan derfor se ut til at institusjonsgrensene har betydning for samhandlingen, også når institusjonene har samme EPJ-system.

Tekstboks 3 Tilgang til pasientinformasjon mellom helseforetak

Det følger av helseforetaksloven at det er det enkelte helseforetak som er databehandlingsansvarlig. Helseregisterloven § 13 sier at: "Bare den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, kan gis tilgang til helseopplysninger. Tilgang kan bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt." Ifølge Rundskriv IS-7/2006 fra Sosial- og helsedirektoratet vedrørende tilgang til og utlevering av opplysninger i elektroniske pasientjournaler, er helseregisterloven § 13 til hinder for at det åpnes for tilgang til helseopplysninger i EPJ-systemene på tvers av helseforetak. Det skal ikke gis tilgang til eller utleveres flere opplysninger enn det som er nødvendig for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Dette innebærer at det må foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfellet av om vilkårene for utlevering er til stede.

Helse- og omsorgsdepartementet mener at dagens lovgiving ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til den omstruktureringen som har funnet sted i helsesektoren med tilhørende funksjonsfordeling for helseforetak, og har i brev av 8. februar 2007 bedt Sosial- og helsedirektoratet komme med forslag til nødvendige lovendringer.

Det går også fram av figur 9 at under halvparten (41 prosent) av disse legene i spesialisthelsetjenesten er *helt enig* eller *delvis enig* i at EPJ har bidratt til bedre samhandling med primærhelsetjenesten. Figuren viser at det er bare 13 prosent av legene som er *helt enig* i dette.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er variasjoner mellom legene i de ulike helseforetakene med hensyn til i hvilken grad de er enige i at EPJ har bidratt til bedre samhandling med primærhelsetjenesten, jf. figur 11.

Figur 11 viser at andelen av legene som er enige i at EPJ bidrar til en bedre samhandling med primærhelsetjenesten, varierer fra 11 til 68 prosent mellom enhetene. Videre viser figuren at det er en betydelig større andel av legene i Helse Nord enn i de andre helseregionene som er enige i denne påstanden. Det må understrekes at det innenfor regionene er store variasjoner mellom de enkelte helseforetakene.

Det er rimelig å anta at manglende muligheter til å motta elektroniske henvisninger fra primærlegene kan påvirke brukernes opplevelse av hvilken nytte EPJ har for samhandlingen med primærhelsetjenesten (se kapittel 5).

Figur 9 viser også at mer enn to av tre leger (70 prosent) mener at EPJ bidrar til at godkjent epikrise foreligger tidligere. Det går også fram av spørreskjemaundersøkelsen at et stort flertall av foretaksdirektørene mener at EPJ bidrar til å forkorte epikrisetiden.

Tekstboks 4 Epikrise

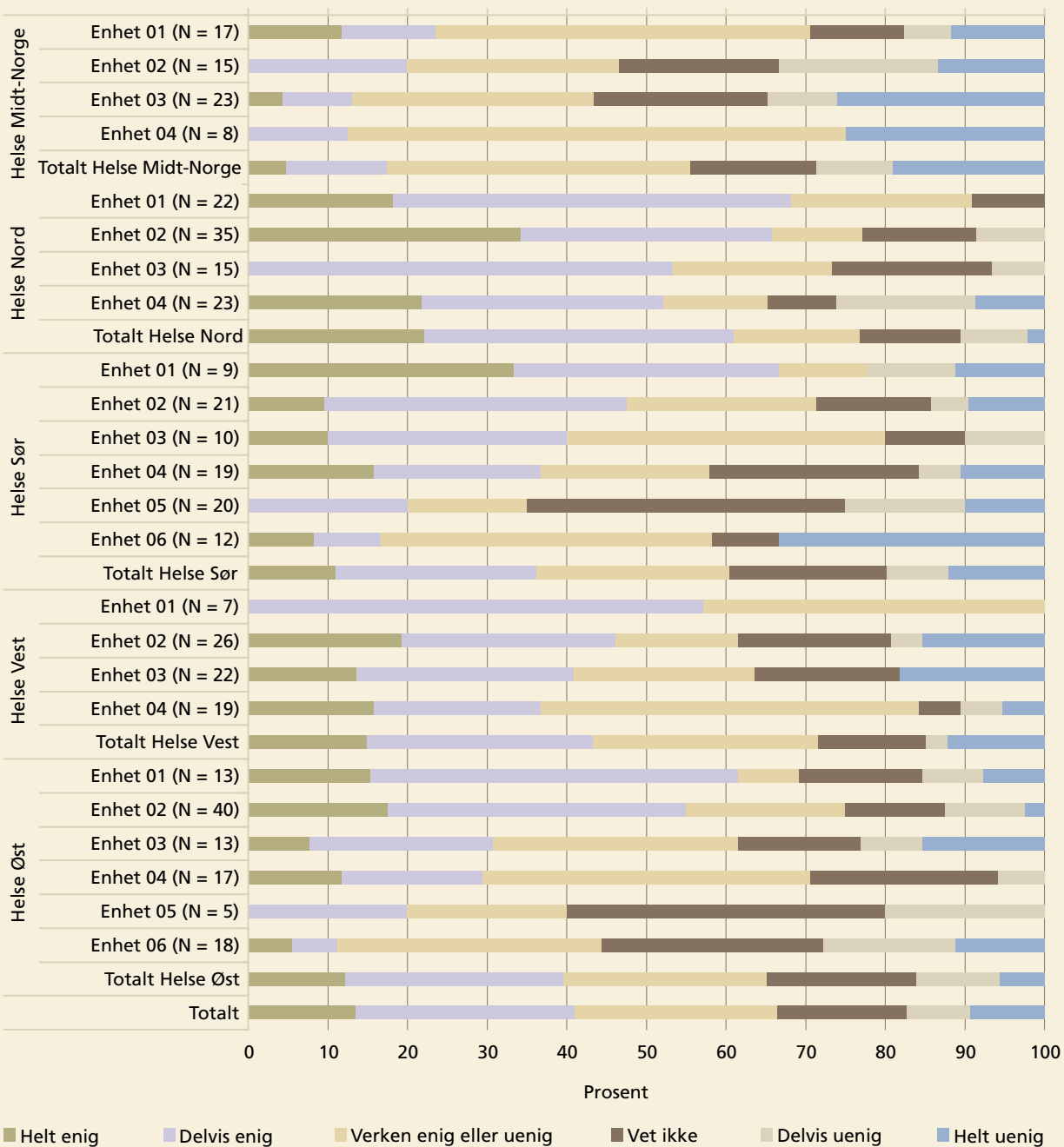
Epikrisen er en skriftlig oppsummering av en sykdomsstatus, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling framstilt etter et nærmere spesifisert sykehusopphold eller konsultasjonstilfelle.

Kilde: www.volven.no

Minst 80 prosent av epikrisene skal sendes innen sju dager etter utskrivning. Nasjonalt har andelen epikriser som sendes innen sju dager, økt fra 56 prosent i tredje tertial 2005 til 60 prosent i tredje tertial 2006 innen somatikken. Til tross for positiv utvikling i alle regioner er målet fremdeles ikke nådd.

Kilde: Dokument nr. 1, 2007-2008, Riksrevisjonen. Statistikken er hentet fra Fritt sykehusvalg.

Figur 11 Andel av legene som er enige i at EPJ har bidratt til bedre samhandling med primærhelsetjenesten. Fordelt etter helseregion og helseforetak



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Enhetene i figuren er respondentene i de utvalgte avdelingene i hvert helseforetak. Helseforetakene har ikke samme enhetsnummer i andre figurer. Totalen for regionene viser svarfordelingen blant respondentene i den aktuelle regionen.

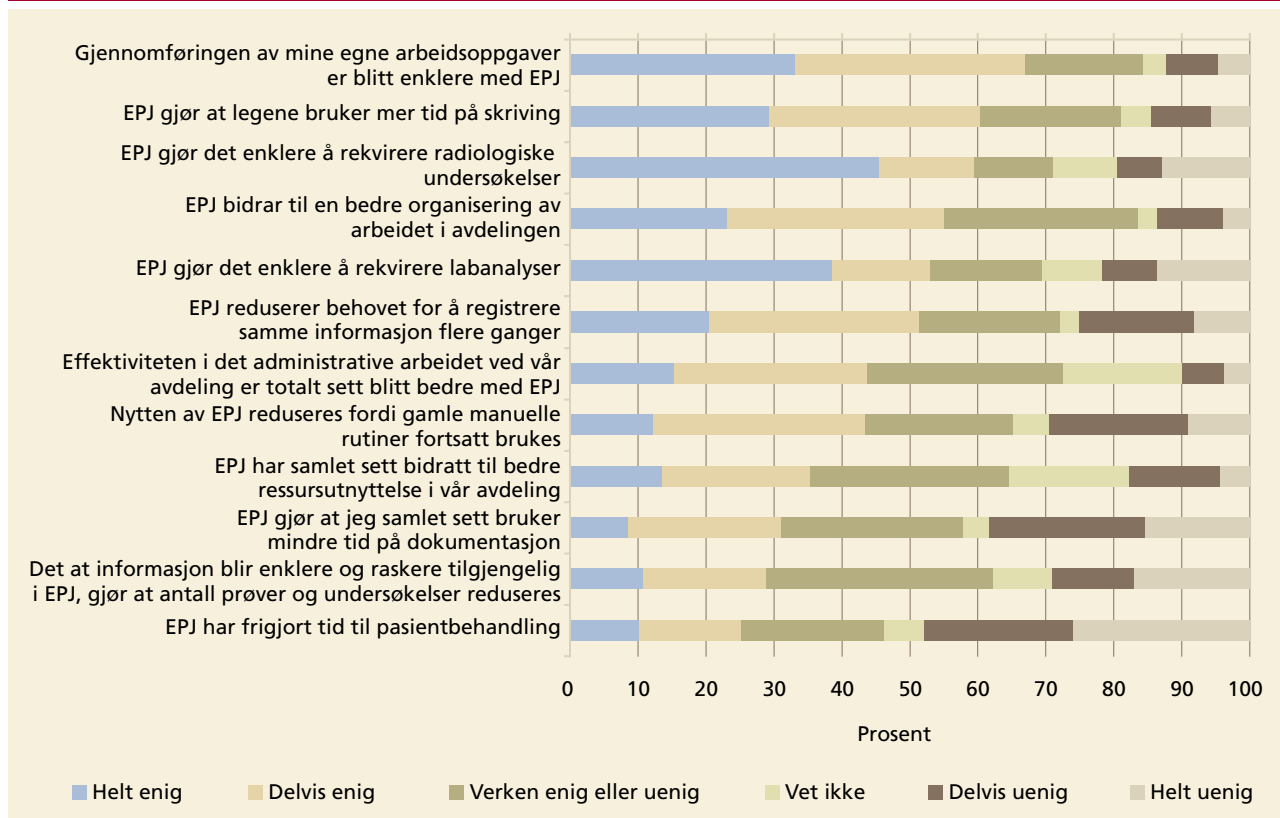
4.2.3 Ressursutnyttelse

Legene ble i spørreskjemaundersøkelsen bedt om å ta stilling til en del påstander om hvilken betydning EPJ har for ressursutnyttelsen og tidsbruken i avdelingen, jf. figur 12.

Figur 12 viser at bare hver tredje lege (35 prosent) mener at EPJ bidrar til bedre ressursutnyttelse i avdelingen. Som figur 12 viser, er det bare rundt halvparten av legene (57 prosent) som er *helt enig* eller *delvis enig* i at EPJ bidrar til en bedre organi-

sering av arbeidet i avdelingen. Figuren viser også at bare hver fjerde lege (25 prosent) er *helt enig* eller *delvis enig* i at EPJ frigjør tid til pasientbehandling, men at det er like mange (26 prosent) som er *helt uenig* i dette. Det er altså stor spredning i svarene. Som figuren viser, er det bare hver tredje lege (31 prosent) som er *helt enig* eller *delvis enig* i at de med EPJ bruker mindre tid på dokumentasjon. Videre viser figuren at legene i liten grad opplever at EPJ reduserer behovet for å registrere samme informasjon flere ganger, og at EPJ har

Figur 12 Andelen av legene som er enige i utvalgte påstander om ressursutnyttelse/tidsbruk. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N varierer mellom 340 og 432 for de ulike påstandene.

liten betydning for antall prøver og undersøkelser som gjennomføres. Derimot ser det ut til at noen arbeidsoppgaver blir enklere med EPJ, for eksempel å rekvirere radiologiske undersøkelser.

Det er også undersøkt om det er variasjoner mellom foretakene med hensyn til i hvilken grad legene er enige i påstanden om at "EPJ har samlet sett bidratt til en bedre ressursutnyttelse i avdelingen", jf. figur 13.

Figur 13 viser at andelen av legene som enige i at EPJ har bidratt til en bedre ressursutnyttelse, varierer fra 0 til 80 prosent mellom enhetene. I fem av enhetene er det et flertall av legene som er *helt enig* eller *delvis enig* i at EPJ har bidratt til en bedre ressursutnyttelse i avdelingen. Samtidig viser figuren at ved 17 av 24 enheter er halvparten eller færre av legene enige i denne påstanden. Videre viser figuren at det er store forskjeller mellom regionene med hensyn til legenes svar på denne påstanden. Nesten halvparten av legene i Helse Vest (46 prosent) og Helse Sør (45 prosent) er enige i at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse i egen avdeling, mens under hver femte lege er enige i denne påstanden i Helse Midt-Norge. Det framgår av figuren at det innenfor regionene er store variasjoner mellom helseforetakene.

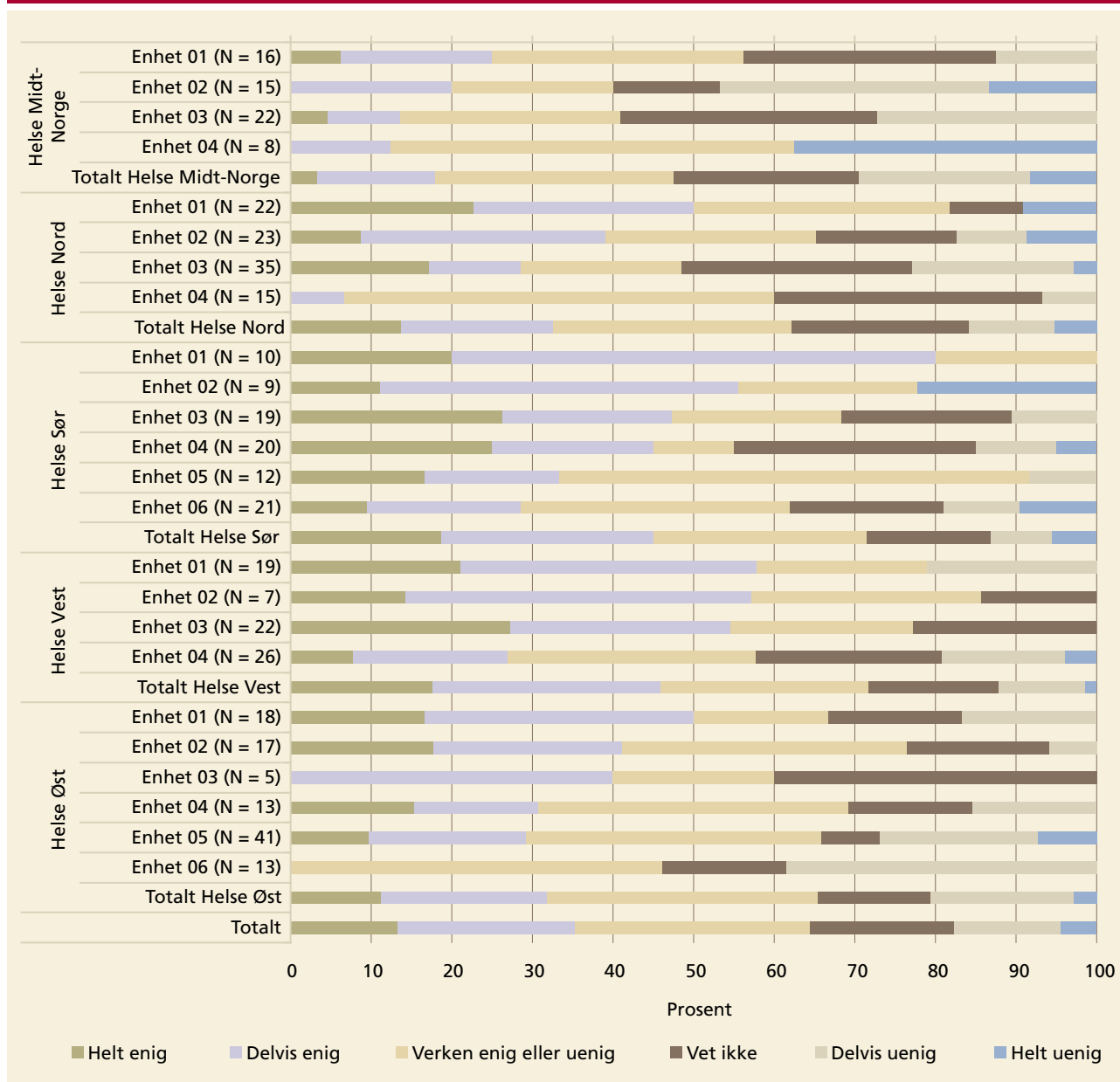
Spørreskjemaundersøkelsen viser også at i de helseforetakene der legene er enige i at EPJ har bidratt til en bedre ressursutnyttelse, er det en tendens til at de også er enige i at EPJ har bidratt til en bedre samhandling internt i helseforetaket.

Caseundersøkelsen indikerer at EPJ påvirker arbeidsfordelingen mellom leger og merkantilt personell. En del leger gir uttrykk for at de har fått mer skrivearbeid. Som figur 12 viser, er nesten to av tre leger (60 prosent) *helt enig* eller *delvis enig* i dette. Caseundersøkelsen viser at variasjonene mellom avdelingene er store, fordi rutineene for samhandlingen mellom lege og sekretær er ulike. Det synes delvis å ha sammenheng med forskjeller i for eksempel avdelingens størrelse og oppgaver, men også bruken av nye hjelpemidler, som for eksempel digital diktering,³³ påvirker arbeidsfordeling og tidsbruk.

Det kan se ut til at sekretærene i større grad enn legene opplever at EPJ har påvirket deres tidsbruk. Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er et stort flertall av sekretærene som er *helt enig* at EPJ har redusert tidkrevende arbeid for merkantilt

33) Med digital diktering menes at talen digitaliseres og lagres som en datafil. Diktering kan enten skje til en digital diktafon eller direkte til en arbeidsstasjon (PC). Hvert diktat blir vanligvis lagret som en egen fil og kan deles og distribueres på samme måte som andre datafiler.

Figur 13 Andel av legene som er enige i at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse i avdelingen. Fordelt etter helseforetak



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Enhetene i figuren er respondentene i de utvalgte avdelingene i hvert helseforetak. Helseforetakene har ikke samme enhetsnummer i andre figurer. Totalen for regionene omfatter svarene fra respondentene i den aktuelle regionen.

personale knyttet til å lete etter, hente fram, flytte og arkivere journaler og holde orden i journalen.

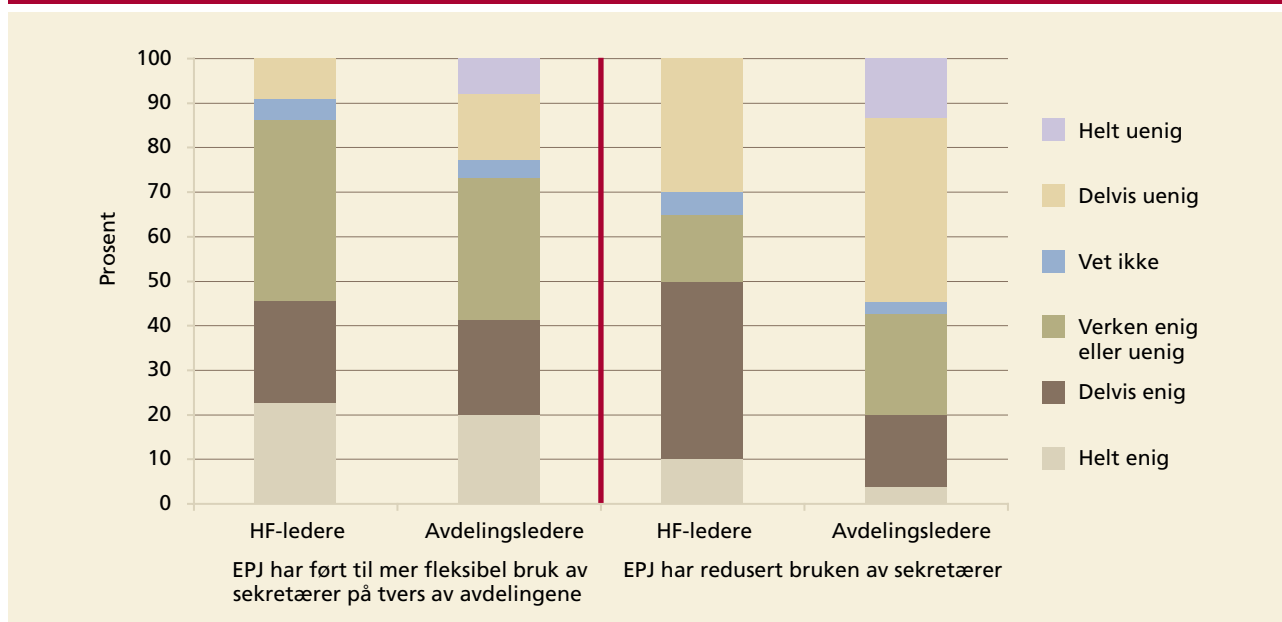
Ledelsen i avdeling/klinikk og helseforetak ble i spørreskjemaundersøkelsen spurt om hvordan EPJ påvirker sekretærbruken. Figur 14 viser i hvilken grad avdelingsledere/klinikkssjefer og foretaksdirektører er enige i at EPJ reduserer eller fører til en mer fleksibel bruk av sekretærer.

Figur 14 viser at det er under halvparten av lederne som mener at EPJ har redusert bruken av sekretærer eller har ført til en mer fleksibel bruk av sekretærer på tvers av avdelingene. Det går imidlertid fram av undersøkelsen at noen foretak har gjort endringer i organiseringen av skrivetj-

nesten og redusert antall merkantile ansatte. Figuren viser også at det er stor variasjon i svarene mellom de ulike ledergruppene i spørsmålet om EPJ reduserer bruken av sekretærer, mens avdelingsledere/klinikkssjefer har samme oppfatning som direktørene i spørsmålet om i hvilken grad sekretærbruken er blitt mer fleksibel.

Caseundersøkelsen antyder at EPJ-innføringen også har gitt merkantile ansatte noe merarbeid. I de foretakene som skanner store deler av journalene, kan det være mye arbeid for sekretærene med dette. Følgende sitat fra en av sekretærene som ble intervjuet, gir uttrykk for dette: "Det var jo masse folk og særlig sekretærer som var veldig redde for at de kom til å miste jobben når vi ble

Figur 14 Andelen av lederne som er enige i at EPJ har redusert eller ført til en mer fleksibel bruk av sekretærer. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

N er henholdsvis 22 og 20 foretaksdirektører og 75 avdelingsledere/klinikkjefer.

helelektroniske, men det ser ikke sånn ut. Vi har masse å gjøre ennå, vi!"

Ledelsen ble i spørreskjemaundersøkelsen spurt om i hvilken grad EPJ samlet sett har bidratt til bedre ressursutnyttelse i helseforetaket. Halvparten (52 prosent) av foretaksdirektørene er enige i dette. En tilsvarende andel (49 prosent) av avdelingsledere/klinikkjefer mener at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse i avdelingen.

Det kan være flere årsaker til at en stor andel av lederne ikke er enige i at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse. Spørreskjemaundersøkelsen viser at ingen klinikkjefer/avdelingsledere er *helt enig* i at EPJ har ført til at legene har mer tid til pasientarbeid, og at bare hver femte leder (18 prosent) er *delvis enig*. Bare hver tredje foretaksdirektør mener at EPJ har ført til at legene har mer tid til pasientarbeid. Som figur 14 viser, er det et mindretall blant lederne som mener at EPJ har redusert bruken av sekretærer eller har ført til en mer fleksibel bruk av sekretærer på tvers av avdelingene. Det er også bare halvparten av direktørene som mener at effektiviteten i det administrative arbeidet er blitt bedre med EPJ, og at EPJ har bidratt til en bedre organisering av pasientflyten. Når en stor andel av lederne ikke er enige i at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse, kan det også ha sammenheng med at dagens EPJ-systemer gir liten styringsinformasjon for ledelsen.³⁴ Spørreskjemaundersøkelsen viser også

at bare hver tredje direktør mener at EPJ har gitt bedre beslutningsstøtte.

4.3 Hvordan er det i sykehusene lagt til rette for en god utnyttelse av EPJ?

Ledelsen på alle nivåer i helseforetakene må styre bruken av EPJ på en slik måte at EPJ blir et verktøy som bidrar til måloppnåelse i foretakets kjernevirksomhet. For å oppnå dette er det viktig å planlegge hvilke besparelser og forbedringer EPJ skal gi, og ta i bruk virkemidler som kan sikre at den forventede nytten kan realiseres.



Foto: SCANPIX

34) Jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007).

4.3.1 Hvordan planlegger og følger ledelsen opp gevinster?

De regionale helseforetakene har i intervju understreket at det enkelte helseforetak har ansvaret for å realisere gevinster fra investeringene i EPJ, og at det er helseforetakene selv som må sørge for en god utnyttelse av systemene. De regionale helseforetakene har påpekt at det varierer mellom foretakene i hvilken grad de følger opp dette ansvaret.

Undersøkelsen viser at det i helseforetakene ofte mangler planer for hvilke økonomiske og kvalitetsmessige gevinster EPJ skal gi, og hvordan disse skal oppnås. Det er svært få helseforetak som har utarbeidet en gevinstrealiseringsplan for EPJ-innføringen som helhet. I spørreskjemaundersøkelsen har 13 av 23 foretaksdirektører svart ja på spørsmålet om det har vært utarbeidet gevinstrealiseringsplaner i tilknytning til EPJ-relaterte prosjekter. Det går imidlertid fram av spørreskjemaundersøkelsen at mange av de gevinstrealiseringsplanene foretaksdirektørene viser til, er knyttet til delprosjekter, som for eksempel PACS eller talegjenkjenning, eller til avgrensede deler av virksomheten, for eksempel skrivejetten.

Gjennom intervjuer i caseundersøkelsen er arbeidet med planlegging av gevinster belyst nærmere. Undersøkelsen viser at selv i foretak der det pågår omfattende prosjekter i tilknytning til EPJ, mangler det foreløpig gevinstrealiseringsplaner. I

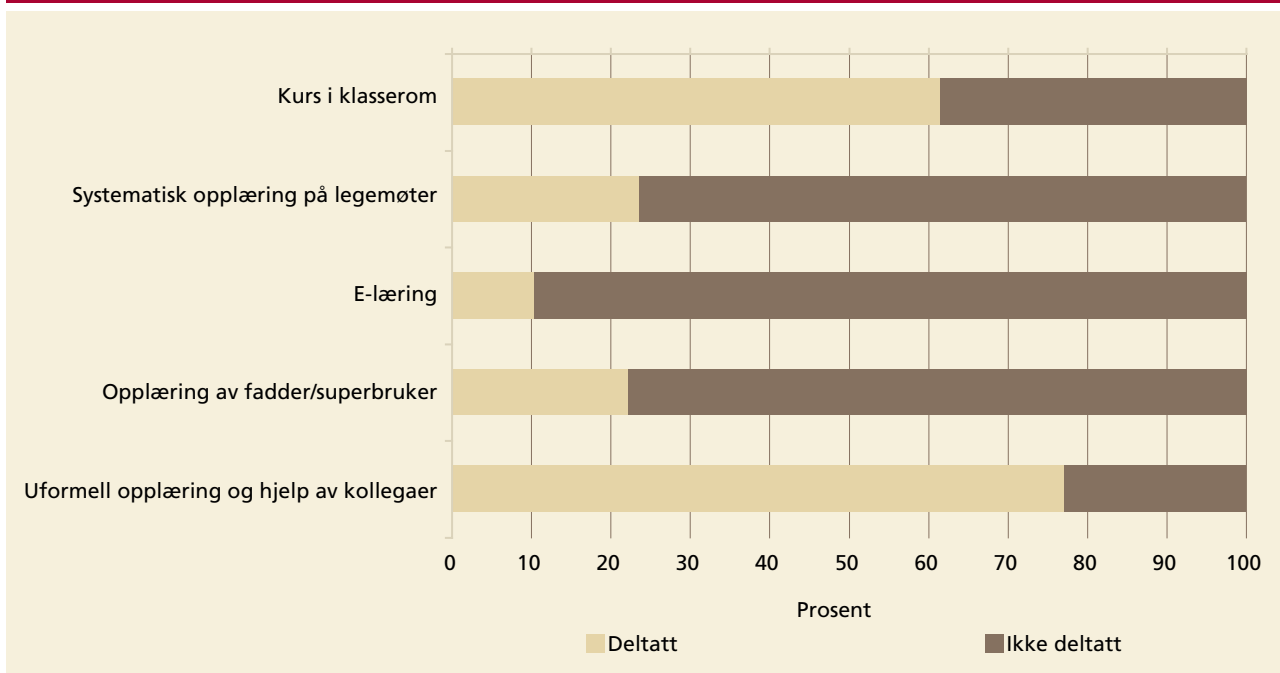
flere av intervjuene ble det opplyst at slike planer vil bli utarbeidet på et senere tidspunkt. I enkelte helseforetak er det igangsatt egne gevinstrealiseringsprosjekter.

Caseundersøkelsen antyder videre at avdelingsledere/klinikkssjefer i noen tilfeller opplever arbeidet med gevinstrealisering som vanskelig. Det kan skyldes at foretaksledelsen forventer uttak av økonomiske gevinster som avdelingsleder/klinikkssjef oppfatter som urealistiske, men det kan også være et problem at det gis få føringer fra foretaksledelsen.

Alle helseforetakene ble i undersøkelsen³⁵ bedt om å sende inn relevant dokumentasjon fra EPJ-prosjekter, som blant annet prosjektdirektiv, prosjektplan og gevinstrealiseringsplan. Den tilsendte dokumentasjonen viser at det er store forskjeller mellom foretakene når det gjelder i hvilken grad det er beskrevet hvilken nytte EPJ er forventet å gi. I noen prosjekter er det gitt en omfattende beskrivelse av planlagte gevinster og forbedringer, mens det i andre prosjekter knapt finnes dokumentasjon på prosjektets mål.

16 av de 23 helseforetakene som har svart på spørreskjemaundersøkelsen, oppgir at de ikke har gjennomført undersøkelser eller på annen måte har dokumentert kvalitative eller kvantitative gevinster fra EPJ. For noen av disse helseforetakene er imidlertid innføringen av EPJ ikke kommet langt nok til at det kan forventes dokumentasjon på gevinster.

Figur 15 Andel av legene som har deltatt på ulike former for opplæring i bruk av EPJ. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N varierer mellom 379 og 420 for de ulike opplæringsformene.

35) Brev fra Riksrevisjonen til helseforetakene 20. juni 2006.

4.3.2 Får brukerne tilstrekkelig opplæring?

Caseundersøkelsen viser at opplæringstilbudet varierer mellom foretakene, både i omfang og når det gjelder opplæringsformer. E-læring³⁶ er et eksempel på en opplæringsform som noen helseforetak har tatt i bruk og andre ikke. Det varierer også mellom foretakene hvilke krav som stilles til gjennomført opplæring.

Legene har i spørreskjemaundersøkelsen svart på om de har fått tilbud om opplæring, og hva slags opplæringstilbud de har fått. Undersøkelsen viser at 72 prosent av legene har fått tilbud om å delta på organisert opplæring (kurs, systematisk opplæring i legemøter og e-læring). Dette betyr at mer enn hver fjerde lege ikke har fått tilbud om organisert opplæring. Noen leger har fått tilbud om opplæring av kolleger, en superbruker eller på annen måte, men hver femte lege har ikke fått tilbud om opplæring i det hele tatt.

Undersøkelsen viser at legene og lederne har noe ulik oppfatning av om opplæringstilbudene som gis, er obligatoriske. I underkant av en tredel av avdelingsledere/klinikkjefer har oppgitt at opplæringen ikke var obligatorisk, mens over halvparten av legene i undersøkelsen svarer at opplæringen de har fått i EPJ, ikke var obligatorisk.

Figur 15 viser hvor stor andel av legene som har deltatt på ulike former for opplæring i bruk av EPJ.

Figur 15 viser at den vanligste opplæringen er uformell opplæring og hjelp av kollegaer. 77 prosent av legene har fått denne formen for opplæring. Videre viser figuren at over 61 prosent av legene har deltatt i klasseromsundervisning, 24 prosent har fått systematisk opplæring på lege-

møter, og 22 prosent har fått opplæring av fadder/superbruker. Som figuren viser, er det bare 10 prosent av legene som har gjennomført e-læring. Mange av legene har mottatt flere typer opplæring.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at to av tre leger (66 prosent) har deltatt på organisert opplæring. Over halvparten av legene (60 prosent) har både fått organisert opplæring og mottatt annen type opplæring. Det går imidlertid fram av spørreskjemaundersøkelsen at hver tredje lege (34 prosent) ikke har deltatt på organisert opplæring. Nesten hver femte lege (17 prosent) har verken mottatt organisert opplæring eller mottatt annen type opplæring.

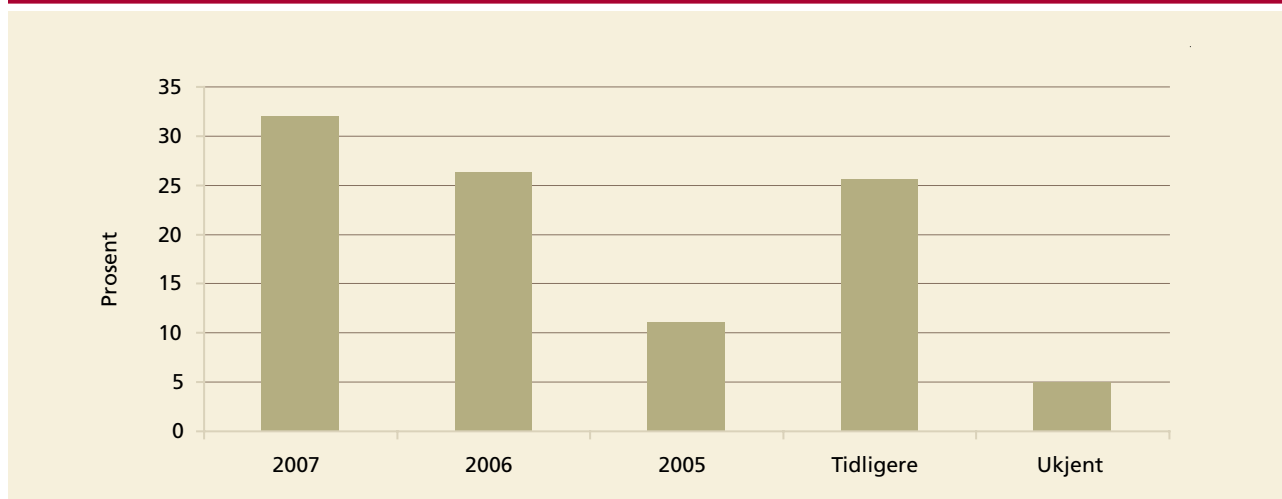
Figur 16 viser hvilket år legene sist gjennomførte et organisert opplæringstiltak.

Figur 16 viser at hver tredje lege som har mottatt organisert opplæring, har fått denne opplæringen i 2007. Det framgår imidlertid av figuren at hver fjerde lege fikk opplæring før 2005. Det vil si at nesten halvparten av legene ikke har fått organisert opplæring i løpet av de siste to årene. Undersøkelsen viser også at over halvparten (60 prosent) av de som har fått opplæring, ikke får løpende opplæring, men bare opplæring ved ansettelse eller ved bytte/innføring av EPJ.

Det er grunn til å tro at det kan være forskjeller i opplæringstilbud og deltakelse mellom ulike avdelinger. Figur 17 viser hvor stor andel av legene som har deltatt på et organisert opplæringstiltak i de utvalgte avdelingene i helseforetakene.

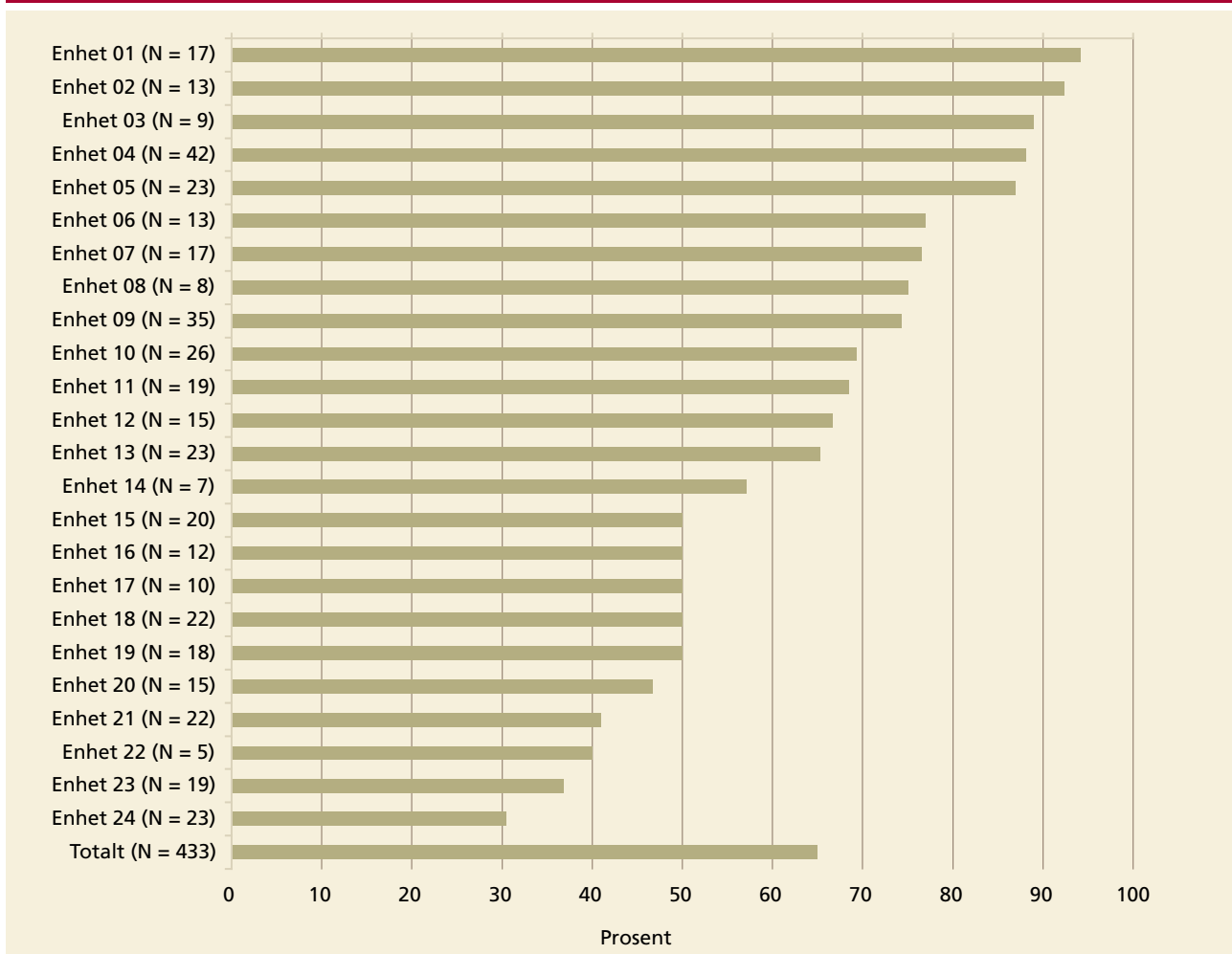
Figur 17 viser at det er betydelige forskjeller mellom enhetene med hensyn til hvor stor andel

Figur 16 Årstall for deltakelse i organisert opplæring. Andel av legene. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 281

Figur 17 Andelen av legene i de utvalgte avdelingene som oppgir at de har deltatt i organisert opplæring. Fordelt etter helseforetak. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Enhetene i figuren er respondentene i de utvalgte avdelingene i hvert helseforetak. Enhetene i figuren er sortert etter andelen leger som har svart at de har deltatt i organisert opplæring. Helseforetakene har ikke samme enhetsnummer i andre figurer.

av legene som har mottatt organisert opplæring. I fem enheter oppgir mer enn 80 prosent av legene at de har mottatt organisert opplæring. Figuren viser imidlertid at i ti enheter har halvparten eller færre av legene deltatt på et organisert opplæringstiltak. I én av enhetene har kun 30 prosent av legene fått organisert opplæring.

Figur 18 viser hvor fornøyd legene er med den opplæringen de har fått. Bare de legene som har fått tilbud om opplæring, er omfattet av figuren.

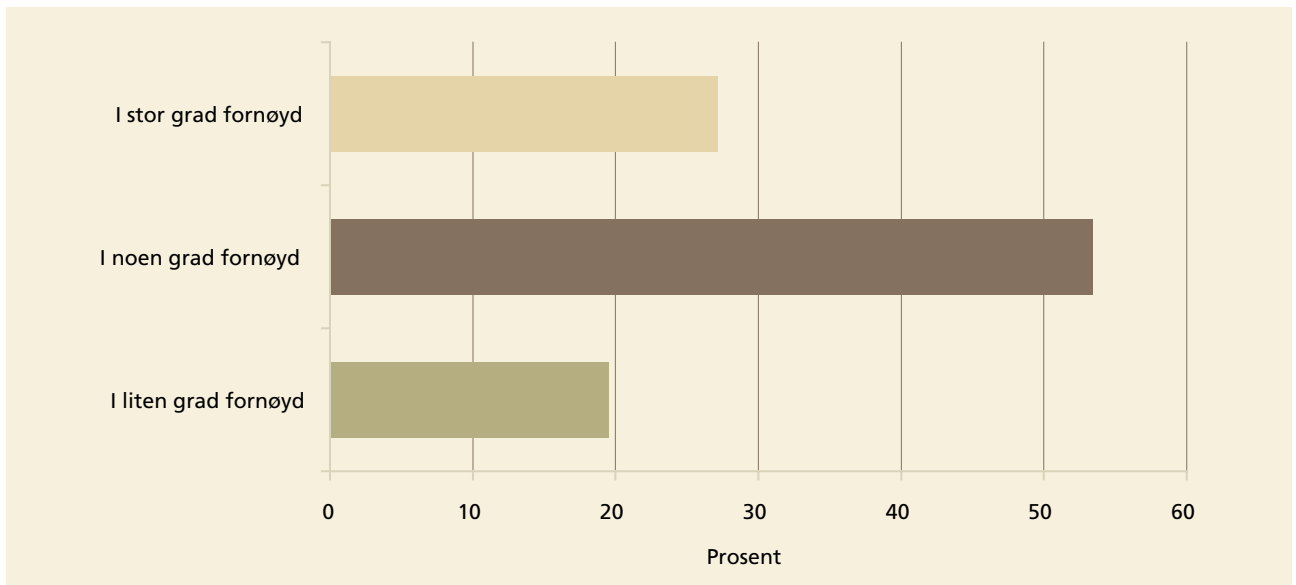
Figur 18 viser at bare 27 prosent av de legene som har fått tilbud om opplæring, i stor grad er fornøyd, mens litt over halvparten i noen grad er fornøyd, og 19 prosent er lite fornøyd med opplæringen.

Mye av opplæringen vil i praksis skje i arbeidssituasjonen. God brukerstøtte er derfor viktig. Figur 19 viser hvor stor andel av legene som mener at de får tilstrekkelig brukerstøtte.

Figur 19 viser at 29 prosent av legene i stor grad er fornøyd med brukerstøtten, litt over halvparten er i noen grad fornøyd, mens 18 prosent i liten grad er fornøyd. Det er altså delte meninger blant legene om i hvilken grad de får tilstrekkelig brukerstøtte. Caseundersøkelsen viser også at erfaringene med brukerstøtte varierer.

I caseundersøkelsen har flere av informantene påpekt at behovet for opplæring er undervurdert, og viser til at mangelfull opplæring kan føre til en dårligere utnyttelse av EPJ (se tekstboks 5). Noen har også gitt uttrykk for at dårlig opplæring gir risiko for feil, mens andre mener at dårlig opplæring først og fremst fører til en mer tungvint og mindre effektiv bruk av systemene. Caseundersøkelsen indikerer også at det er store forskjeller mellom foretakene når det gjelder i hvilken grad det er etablert en god ordning for bistand til legene i den daglige arbeidssituasjonen, for eksempel i form av en superbrukerordning eller liknende.

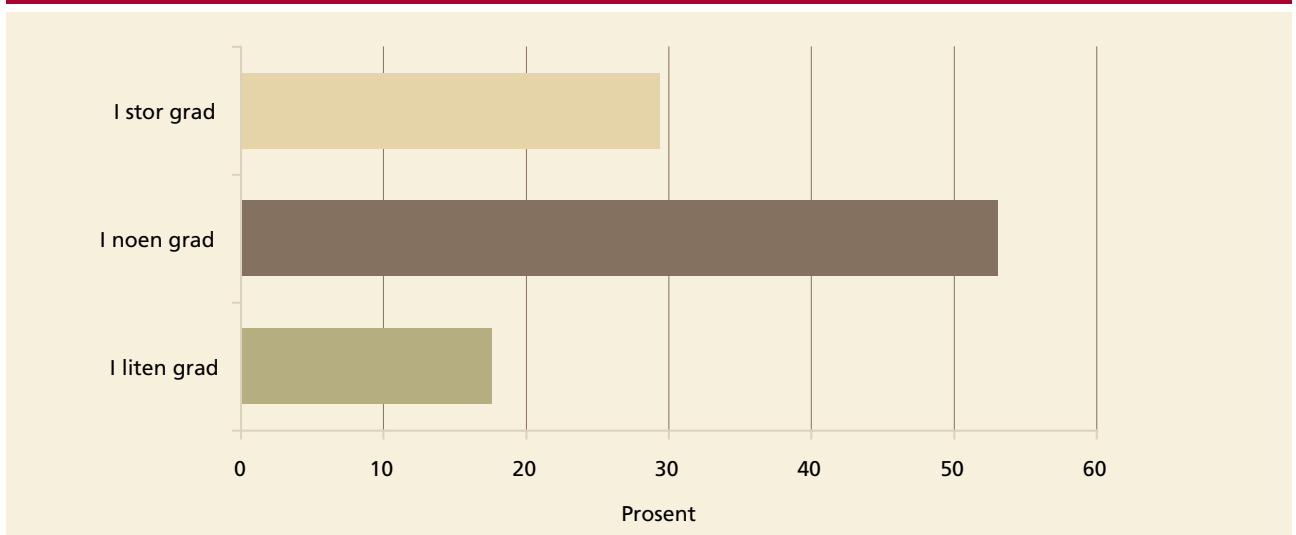
Figur 18 Andel av legene som i stor grad, noen grad eller liten grad er fornøyd med opplæringen. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 354

Leger som ikke har fått opplæring, er ikke omfattet av figuren.

Figur 19 Andelen av legene som i stor grad, noen grad eller liten grad får tilstrekkelig brukerstøtte. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 422

Tekstboks 5 Eksempel fra caseundersøkelsen. Beskrivelse i en evalueringsrapport fra et EPJ-prosjekt

"Manglende kartlegging av nåsituasjonen knyttet til ferdigheter og bruk av EPJ-system førte til at prosjektet ikke hadde oversikt over opplæringsbehovet til fagpersonalet. Når man ikke har truffet med opplæringsinnhold og omfang, og ikke har laget planer og systematiske ordninger for hvordan opplæringen skal følges opp i den enkelte avdeling, så har dette ført til et generelt lavt ferdighetsnivå i bruken av EPJ. Dette har forsinket innføringen av EPJ, samt den enkeltes brukers forutsetninger og motivasjon for å arbeide med EPJ på en riktig måte."

4.3.3 Er innføringen av EPJ godt forankret i de kliniske avdelingene?

En god utnyttelse av EPJ er avhengig av at brukerne er involvert i arbeidet med å innføre og legge til rette for en god bruk av systemene, og at linjeledelsen er seg bevisst sitt ansvar for å sikre at systemene blir tatt i bruk på en god måte.

Det er framhevet i flere av intervjuene i caseundersøkelsen at engasjement fra legene er viktig for en vellykket EPJ-innføring (se tekstboks 6). Samtidig har mange opplevd det som en stor utfordring å involvere legene i arbeidet med EPJ-innføringen, for eksempel i form av deltakelse i arbeidsgrupper.

Tekstboks 6 Eksempel fra caseundersøkelsen. Sitat fra intervju med ledelsen i et helseforetak

"Vi jobber veldig tverrfaglig. [...] Og det skal være en lege inne i alle prosessene. Det å få til varige endringer i arbeidsprosessene i et tverrfaglig team uten at lege er til stede, det tror vi ikke på. For de er premissgivere for veldig mye endringer i sykehuset."

Betydningen av "ildsjeler" er trukket fram i flere intervjuer. I noen foretak har det vært enkeltpersoner, for eksempel en lege eller en sekretær, som har gjort en stor innsats for å skape motivasjon og entusiasme hos brukerne, og som derigjennom synes å ha bidratt vesentlig til en god innføring av EPJ. Caseundersøkelsen gir eksempler på at ressurspersoner som har hatt en viktig rolle ved innføringen, også har fortsatt som ressurspersoner i avdelingene etter innføringsfasen, for slik å bidra til en god bruk av systemene. Samtidig gir caseundersøkelsen også eksempler på det motsatte, det vil si mangel på ressurspersoner til å følge opp systembruken etter innføringen.

Caseundersøkelsen viser at det varierer fra avdeling til avdeling hvor sterke føringene ledelsen legger for bruken av systemene. Mange ledere synes å være svært tilbakeholdne med å pålegge legene å bruke EPJ til mer enn det de oppfatter som helt nødvendig.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at ledelsen i helseforetakene i liten grad undersøker hvordan EPJ-systemene brukes. To foretaksdirektører oppgir at de har gjort undersøkelser av legenes systembruk. Tilsvarende oppgir 13 prosent av klinikksjefene/avdelingslederne at de har gjennomført undersøkelser av legenes bruk av EPJ.

Videre viser caseundersøkelsen at det er store forskjeller mellom foretakene med hensyn til hvordan de har valgt å organisere sine IKT-oppgaver og styringen av IKT, og at det i flere foretak mangler et klart plassert systemeierskap. Forståelsen av hva systemeierskap innebærer, er også varierende. Dette kan innebære at koblingen mellom resultatansvar og ansvaret for å sikre en god systembruk ikke er tydelig nok.

Undersøkelsen viser også at det er svært varierende kvalitet på innføringsprosjektene. Caseundersøkelsen gir eksempler på godt organiserte prosjekter som har god forankring i foretaksledelsen, men også prosjekter som preges av manglende forståelse av hvilket omfang og

kompleksitet en innføring av EPJ innebærer. Caseundersøkelsen gir eksempler på uklare skiller mellom prosjekt og linje, dårlig forberedt overlevering av systemet til organisasjonen og uklare linjer for styring av IKT. Samtidig viser caseundersøkelsen også at det er foretak som har god IKT-organisering og tydelig plassering av ansvar. Det gir bedre muligheter til å oppnå en god bruk av EPJ.

4.3.4 Er arbeidsprosesser endret?

Svært mange av dem som er intervjuet i undersøkelsen, gir uttrykk for at organisasjonsutvikling og endring av arbeidsprosesser er avgjørende for å få nytte av IKT-systemer, slik det er framhevet både i fagteorien og i strategiplanen *S@mspill 2007* (se tekstboks 7). Noen foretak har også vist til dette i sine prosjektplaner. Undersøkelsen gir også et eksempel på at bemanningen i et prosjekt ble endret underveis fordi ledelsen i foretaket innså at prosjektet i for stor grad hadde et teknologisk fokus.

Likevel viser undersøkelsen at endringene i arbeidsprosesser i forbindelse med innføring av EPJ i stor grad innebærer at eksisterende papirutiner er blitt gjort elektroniske. Det går fram av intervjuer i caseundersøkelsen at arbeidsgrupper som har hatt ansvar for å kartlegge rutinene i forkant av EPJ-innføringen, i hovedsak har hatt fokus på å beskrive de eksisterende rutinene og i mindre grad har benyttet anledningen til å vurdere hvordan rutinene kunne forbedres ved hjelp av det nye systemet. Også regionale helseforetak har i intervju vist til at det først og fremst er papirutinene som er blitt digitalisert, og at man har fokusert lite på endring av organisasjon og arbeidsprosesser.

Tekstboks 7 Sitat fra S@mspill 2007

"Gevinster ved elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren ligger i liten grad i selve teknologien og den automatisering IT medfører. Gevinstene, både i forhold til kvalitet og effektivitet, vil først realiseres når elektroniske løsninger kombineres med endrede arbeidsprosesser og eventuelt ny arbeidsdeling mellom virksomheter. Gevinster forutsetter også en endringsvillig kultur i virksomheten."

En viktig forutsetning for gevinster er å fjerne papir når elektroniske løsninger innføres.³⁷ Det går fram av undersøkelsen at det fortsatt er mye papir i arbeidsprosessene. Spørreskjemaundersøkelsen

37) Jf. "S@mspill 2007" side 4.

viser at rundt 40 prosent av respondentene mener at nytten av EPJ reduseres fordi gamle manuelle rutiner fortsatt brukes.

Mange av informantene i caseundersøkelsen påpeker at muligheten til å velge et papirbasert alternativ er et hinder for en god utnyttelse av EPJ. Caseundersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom ulike avdelinger med hensyn til i hvilken grad man har forsøkt å fjerne papiralternativer for å bidra til en bedre utnyttelse av EPJ. Caseundersøkelsen omfatter både avdelinger der det er gjort svært lite for å ta bort muligheten for å bruke papir, avdelinger der papiralternativer er forsøkt fjernet, men er blitt innført igjen, og avdelinger der papiralternativer er fjernet slik at legen ikke kan velge mellom papir og EPJ (se tekstboks 8).

Tekstboks 8 Eksempel fra intervju i caseundersøkelsen

"Vi har en del ting som vi kan gjøre i [EPJ-systemet], som resepter og sykmeldinger og rekvirering av blodprøver, og det er det mange som ikke vil. De holder på det gamle. Så lenge det ligger en sykmelding i papirform der, så bruker de den. Men de hev vi, og da kommer de etter hvert. Og reseptblokken. Vi sluttet å bestille dem. Og så kommer de etter hvert."

Det er ikke bare alternative papirskjema som bidrar til bruk av manuelle rutiner. Caseundersøkelsen gir flere eksempler på doble rutiner, det vil si at både EPJ og papir brukes til samme arbeidsprosess, som for eksempel når det tas utskrift av

et dokument i EPJ som legges i en posthylle. I noen tilfeller skyldes doble rutiner hensynet til sikkerhet, slik at papiret ikke kan fjernes uten videre. Undersøkelsen gir imidlertid også eksempler på doble rutiner som henger igjen fra tidligere arbeidsmåter.

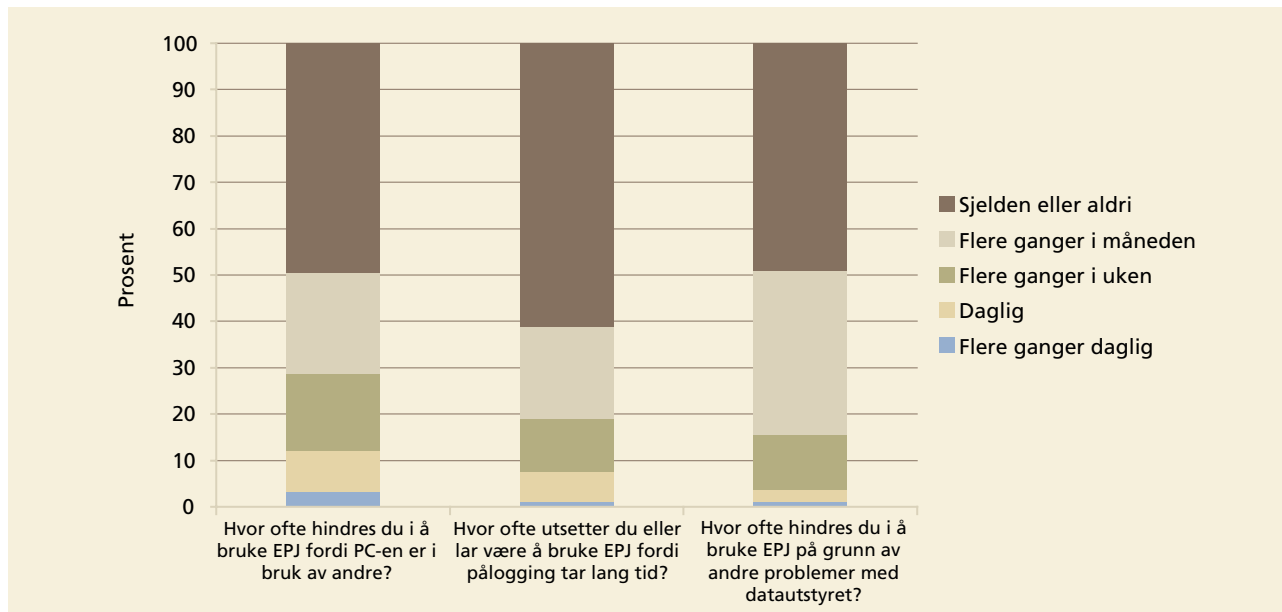
Det går fram av undersøkelsen at det i flere foretak pågår prosjekter for å redusere bruken av papir i arbeidsprosessene. Det pågår også prosjekter som har til hensikt å optimalisere bruken av EPJ. Foreløpig er det imidlertid lite som tyder på at EPJ innebærer vesentlige endringer i måten å arbeide på i helseforetakene. Flere av informantene i caseundersøkelsen ga uttrykk for dette, noe følgende utsagn illustrerer: "Vi jobber jo på en måte likt som vi gjorde før."

4.3.5 Er tekniske problemer og dårlig utstyr en hindring for god systembruk?

God systembruk forutsetter at nødvendig utstyr som PC og skriver er tilgjengelig ved behov, og at dette utstyret fungerer tilfredsstillende. Det er grunn til å anta at faktorer som for eksempel tilgjengeligheten til PC, påloggingstid, responstid og driftsstabilitet kan påvirke brukertilfredsheten og motivasjonen for å bruke systemene.

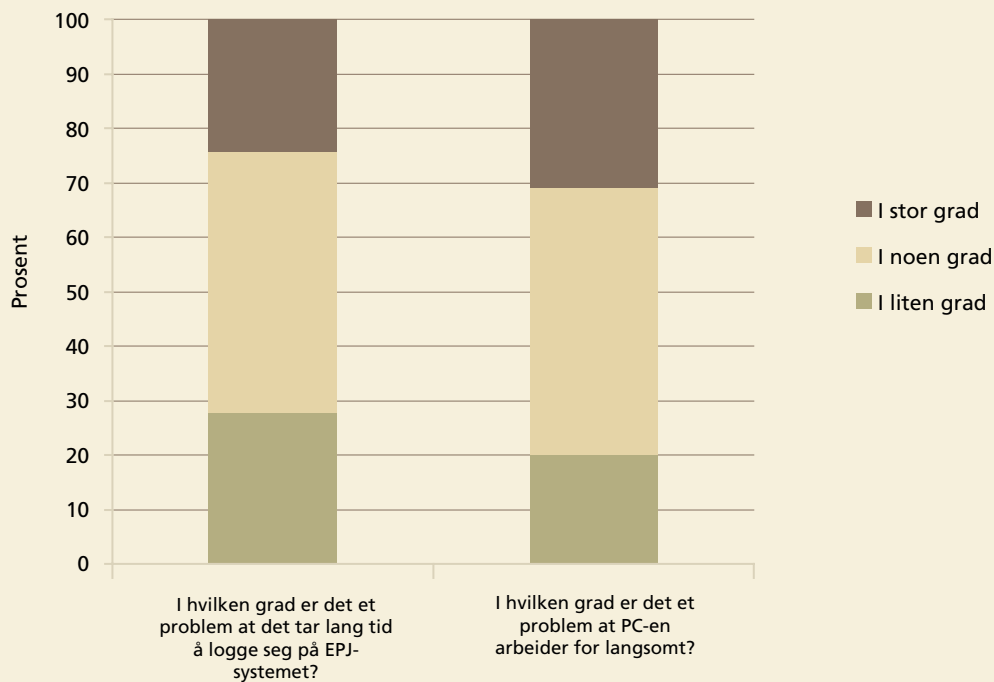
Caseundersøkelsen indikerer at det er store forskjeller i hvilke erfaringer brukerne har med datautstyret. Det er variasjon både mellom helseforetak og mellom informanter i samme foretak, både i vurderingen av tilgjengeligheten til PC og i vurderingen av i hvilken grad kapasitet og tregheit er et problem.

Figur 20 Hvor ofte legene hindres i bruk av EPJ på grunn av datautstyret. Andel av legene. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 432

Figur 21 Andel av legene som i stor grad, noen grad eller liten grad opplever at sen pålogging og treg PC er et problem. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 433

I spørreskjemaundersøkelsen er legene spurt om hvor ofte de hindres i å bruke EPJ på grunn av ulike problemer med datautstyret. Legenes svar er vist i figur 20.

Figuren viser at halvparten av legene flere ganger i måneden eller oftere opplever at mangel på PC hindrer dem i å bruke EPJ. Noen færre leger (39 prosent) erfarer flere ganger i måneden eller oftere at tidkrevende pålogging hindrer bruk av EPJ, og halvparten av legene opplever tilsvarende ofte at andre problemer med datautstyret hindrer dem i å bruke EPJ. Det er imidlertid svært få leger som opplever slike problemer daglig.

Legene ble også bedt om å ta stilling til i hvilken grad de opplever det som et problem at pålogging tar lang tid, og at PC-en jobber for langsomt. Svarene går fram av figur 21.

Figur 21 viser at bare hver femte lege i liten grad opplever at treg PC er et problem, men treg PC ser ut til å være et noe større problem enn sen pålogging. Når PC-en jobber langsomt, kan det skyldes for eksempel underdimensjonerte nettverk som gir dårlig responstid.

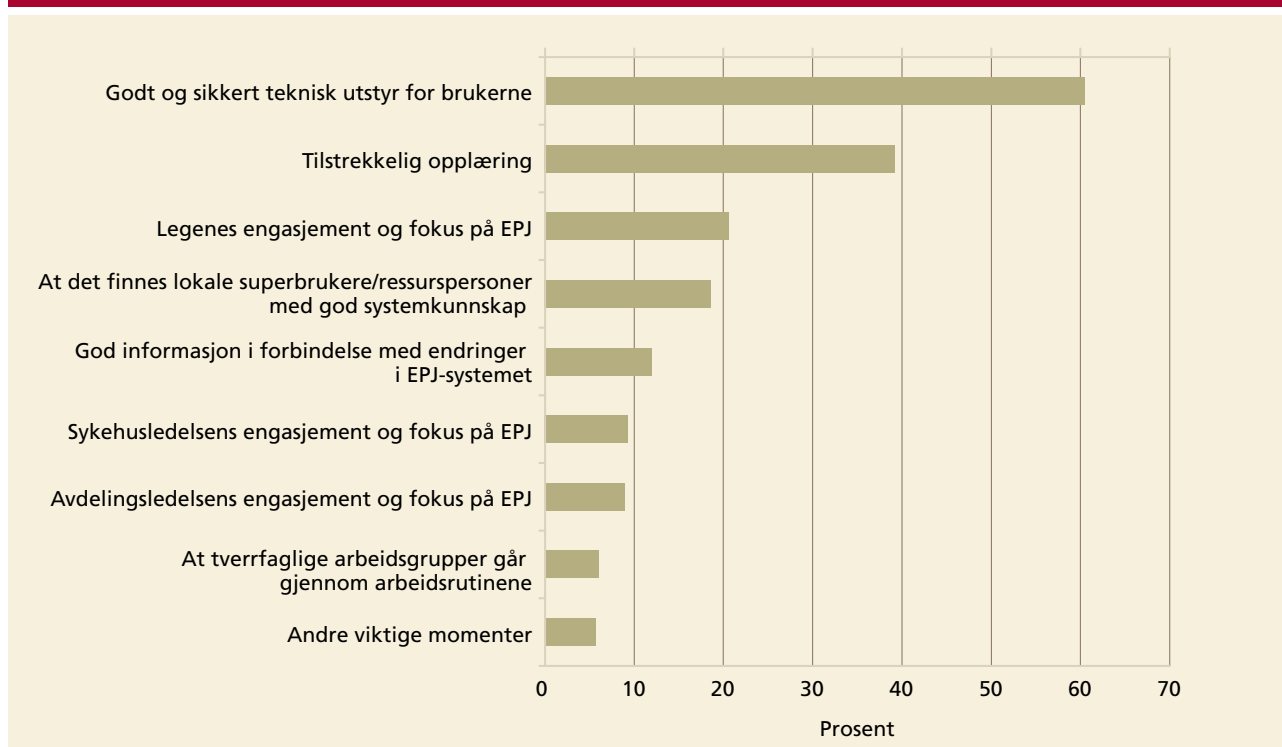
4.3.6 Hva mener brukere og ledelse er de viktigste suksesskriteriene for å få nytte av EPJ?

I spørreskjemaundersøkelsen er det stilt spørsmål om hva som er de viktigste suksesskriteriene for å få nytte av EPJ. Legene ble bedt om å ta stilling til hvilke to av en rekke mulige suksesskriterier som de synes var viktigst, jf. figur 22.

Figuren viser at legene oppfatter "godt og sikkert teknisk utstyr for brukere" og "tilstrekkelig opplæring" som de viktigste suksesskriteriene. Også i caseundersøkelsen er det disse to faktorene som særlig framheves av brukerne. Videre viser figuren at legene ikke i like stor grad vektlegger betydningen av at tverrfaglige grupper gjennomgår arbeidsrutiner, jf. også punkt 4.3.4.

Også ledelsen er i spørreskjemaundersøkelsen bedt om å velge ut de to viktigste suksesskriteriene for nytte av EPJ, og svarene fra avdelingsleder/klinikkjef sammenfaller med legenes oppfatning. Foretaksdirektørene framhever også opplæring som viktig, men legger mindre vekt på utstyrsfaktoren. Direktørene framhever derimot ledelsens og legenes engasjement og fokus på EPJ som viktige suksesskriterier.

Figur 22 Andel av legene som mener at de utvalgte faktorene er blant de to viktigste suksesskriteriene for nytte av EPJ. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 301

4.4 Hvordan har de regionale helseforetakene lagt til rette for innføring og bruk av EPJ?

De regionale helseforetakene er som eiere av helseforetakene tillagt en viktig rolle i helsetjenestens IKT-utvikling. Dette innebærer blant annet at de regionale helseforetakene skal legge til rette for at helseforetakene tar i bruk EPJ.

Regional samordning av EPJ-systemer

De regionale helseforetakene har vedtatt at det skal være samme EPJ-system i regionen. Foreløpig er det imidlertid bare i Helse Nord og Helse Midt-Norge at alle foretakene har samme EPJ-system, jf. tabell 1.

De regionale helseforetakene mener at det er uheldig at noen helseforetak har et annet system enn de andre foretakene i regionen. Helse Sør og Helse Vest vedtok etter en anbudsrunde i 2004 at foretakene skulle innføre den nye Infomedix-løsningen fra TietoEnator, som var under utvikling. Begge valgte i begynnelsen av 2007 å bryte kontrakten med leverandøren. Det er gjennomført en ny anbudsrunde i Helse Vest, som nå har valgt EPJ-systemet DIPS. Det er ikke avklart hva som vil skje med foretakene i tidligere Helse Sør, som nå er en del av foretaksgruppen Helse Sør-Øst.

Etablering av regionale IKT-organisasjoner

Alle de regionale helseforetakene legger stor vekt på regionalt samarbeid om IKT, blant annet i form av regionale IKT-strategier og samarbeid om anskaffelse og innføring av EPJ.

Helse Midt-Norge og Helse Vest etablerte regionale IKT-organisasjoner i henholdsvis 2003 og 2004. I Helse Nord og Helse Sør ble slike organisasjoner etablert i 2006. Intensjonen er at disse organisasjonene skal være leverandører av IKT-tjenester til foretakene, mens helseforetakene skal være kunder (bestillere) og de regionale helseforetakene premissgivere for IKT-utviklingen i regionen. IKT-organisasjonene ble etablert blant annet for å redusere antall ulike systemer i foretakene, bedre utnyttelsen av investeringsmidler, redusere driftskostnader, samle kompetanse og synliggjøre foretakenes IKT-kostnader. Helse Vest IKT er organisert som et aksjeselskap, mens Helse Nord IKT, Hemit (i Helse Midt-Norge) og Sykehuspartner IKT³⁸ (i Helse Sør) er enheter innenfor de regionale helseforetakene. IKT-organisasjonene består i hovedsak av medarbeidere fra foretakenes tidligere IKT-avdelinger.

38) Sykehuspartner leverer også ikke-medisinske tjenester til foretakene i Helse Sør på andre områder enn IT.

IKT-organisasjonene leverer tjenester til foretakene med utgangspunkt i tjenesteavtaler mellom foretakene som bestillere og IKT-organisasjonene som tjenesteleverandører. IKT-organisasjonene tar hånd om blant annet drift av EPJ-systemene og brukerstøtte. Organisasjonene brukes også som rådgivere for de regionale helseforetakene og i noen grad for helseforetak som ønsker bistand, for eksempel ved innføringsprosjekter.

I Helse Øst er det ikke etablert en felles IKT-organisasjon, men den regionale samordningen ivaretas der gjennom en "nettverksmodell" med et styrt samarbeid mellom foretakene. Denne modellen innebærer blant annet at Helse Øst RHF framforhandler rammeavtaler som foretakene kan gjøre avrop på, og at det lages felles kravspesifikasjoner. Helse Øst RHF mener at det er den ledelsesmessige prosessen som er avgjørende, og at det er mindre viktig om modellen som velges, er en felles IKT-organisasjon eller en slik nettverksmodell som er valgt i Helse Øst.

Regional styring og lokalt eierskap

De regionale helseforetakene har stor oppmerksomhet rettet mot samordning i egen region. Helseforetakene synes i hovedsak å være enige i at samordning har mange fordeler, selv om noen synes å være kritiske til enkelte av virkemidlene som er tatt i bruk. En del misnøye er knyttet til etableringen av felles IKT-organisasjoner.

Samordning innebærer at færre beslutninger blir tatt på foretaksnivå, og de regionale helseforetakene har erfart at mange helseforetak har opplevd det som problematisk. Dette kommer også til uttrykk i caseundersøkelsen. Noen helseforetak mener for eksempel at deres mulighet til å påvirke egne kostnader er redusert. Det synes også å ha vært mange diskusjoner om prioriteringer og graden av frivillighet for foretakene, særlig knyttet til i hvilken rekkefølge nye systemer skal rulles ut til de enkelte foretakene. For helseforetak som tidlig satset mye på IKT, kan samordningen i regionen også innebære at deres videre utvikling blir bremsert fordi utviklingen i andre helseforetak blir prioritert.

De regionale helseforetakene har gitt uttrykk for at det er behov for sterkere regional styring enn det som hittil har vært tilfellet, dersom målene om samordning av IKT-systemene i regionen skal nås. Samtidig er det i intervjuer både med regionale helseforetak og med enkelte foretak vist til at det med sterk regional styring og samordning er en utfordring å sikre lokalt eierskap

til EPJ-innføringen i de enkelte helseforetakene. Det går fram av intervjuene at forankringen i ledelsen varierer betydelig mellom foretakene. Dette synes særlig å gjelde forståelsen av EPJ som virkemiddel til oppgaveløsning og måloppnåelse i helseforetaket, og forståelsen av foretaksledelsens ansvar for organisasjonsutvikling og arbeid med gevinstrealisering i tilknytning til EPJ-innføringen.

For blant annet å involvere helseforetakene i større grad er det i alle helseregioner etablert samhandlingsarenaer mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket der EPJ er tema, for eksempel i form av regelmessige møter, "IKT-forum", "EPJ-forum", styringsgrupper, AD-møter³⁹ eller liknende. Det varierer mellom regionene hvilke fora som er etablert, hvem som deltar i disse, og hvilke beslutninger som tas der.

Bestillerrollen i foretakene

Det er en utbredt oppfatning at det i mange helseforetak ble igjen for få IKT-medarbeidere da IKT-funksjonen ble sentralisert. Dette var blant annet et problem ved etableringen av Hemit i Helse Midt-Norge.⁴⁰ Noen foretak har i etterkant av sentraliseringen valgt å ansette flere medarbeidere for å bedre kapasiteten og kompetansen i foretaket. Det varierer mellom foretakene hvor mange bestillere de har. Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er fem helseforetak der bestillerenheten kun har ett årsverk. Caseundersøkelsen viser at det også varierer hvordan bestillerenheten er organisert, og hvilke oppgaver den har. Det ser også ut til å være forskjeller med hensyn til hva slags type kompetanse bestillerne har, for eksempel i hvilken grad bestillerne har teknisk eller strategisk IKT-kompetanse.

Flere av de regionale helseforetakene mener at det har vært krevende for helseforetakene å utvikle en god rolleforståelse som kunder, og at det er et klart forbedringspotensial i samhandlingen mellom bestiller (foretaket) og leverandør (regional IKT-organisasjon).

IKT-organisasjonens rolle

Det går fram av intervjuene i undersøkelsen at IKT-organisasjonene ikke bare er leverandører av IKT-tjenester, men også er en samarbeidspartner for de regionale helseforetakene i arbeidet med samordning på IKT-området. Uavhengig av hvilken tilknytningsform den regionale IKT-

39) Møte mellom foretaksdirektørene.

40) Jf. evalueringen av Hemit og intervju med Helse Midt-Norge RHF.

organisasjonen har til det regionale helseforetaket, er det tett samarbeid mellom disse, selv om det er noe ulike syn på hvordan dette samarbeidet skal være.

Undersøkelsen indikerer at avgrensningen av den regionale IKT-organisasjonens rolle på enkelte områder er noe utydelig. Dette gjelder særlig spørsmålet om i hvilken grad den regionale IKT-organisasjonen skal ta del i utformingen av strategier og premisser for IKT-utviklingen i regionen, og hvilken rolle den regionale IKT-organisasjonen skal ha i forvaltningen av systemene i foretakene. IKT-organisasjonene har kompetanse som både helseforetakene og de regionale helseforetakene har behov for og drar nytte av. Det kan imidlertid være en utfordring både for foretakene og for det regionale helseforetaket å besitte tilstrekkelig kompetanse selv.

Det regionale helseforetaket som premissgiver

Undersøkelsen viser at det for flere av de regionale helseforetakene har vært krevende å oppfylle rollen som premissgiver for IKT-utviklingen i regionen. Dette har de for så vidt erkjent og har derfor trukket mer strategisk IKT-kompetanse inn i det regionale helseforetaket. Av intervjuer i caseundersøkelsen går det fram at flere helseforetak mener at de regionale helseforetakene har vært for passive i premissgiverrollen og ikke har hatt tilstrekkelig IKT-kompetanse til å få til god forankring og dialog med foretakene.

Gevinstrealisering

Noen av de regionale helseforetakene har i intervju gitt uttrykk for at det hittil har vært en begrenset oppmerksomhet rundt arbeidet med gevinstrealisering, og erkjenner at det er behov for å øke denne oppmerksomheten framover. Flere av de regionale helseforetakene har erfart at helseforetakene i ulik grad ivaretar sitt ansvar for gevinstrealisering. Helse Øst RHF igangsatte derfor et prosjekt for å utvikle metodikken for gevinstrealisering.

5 Elektronisk meldingsutveksling

God informasjonsflyt er en forutsetning for god samhandling, og elektronisk meldingsutveksling er et viktig virkemiddel for å bedre informasjonsflyten i helsetjenesten. Elektronisk meldingsutveksling innebærer at informasjonen utveksles fra ett datasystem til et annet i en standardisert melding (se tekstboks 9). Samhandling ved hjelp av IKT kan også skje på andre måter, for eksempel gjennom deling av informasjon i en felles database og ved bruk av IKT i direkte kommunikasjon (som for eksempel via e-post og konferanseløsninger).

Utveksling av standardiserte meldinger utgjør en vesentlig del av den elektroniske samhandlingen i norsk helsevesen.⁴¹ En kartlegging av meldingsutvekslingen forteller derfor mye om hvilket omfang den elektroniske samhandlingen har.

Tekstboks 9 Elektronisk utveksling av informasjon mellom datasystemer via standardiserte meldinger

Utveksling av informasjon mellom datasystemer er komplisert. Selv to helseforetak med samme EPJ-system (samme leverandør og samme versjonsnummer), kan ikke uten videre utveksle journaler direkte, fordi de to foretakene kan ha litt ulik struktur på journalene sine. Når informasjon skal utveksles mellom ulike datasystemer, er det enda vanskeligere.

Den vanligste måten å løse dette på er å definere standardiserte meldinger som inneholder den informasjonen det er aktuelt å utveksle. Hver melding vil ha et bestemt antall navngitte felt med entydig definerte krav til formatet på den informasjonen som skal ligge der.

Når informasjonen skal overføres, vil avsendersystemet produsere den aktuelle standardmeldingen ved å oversette fra sine egne feltnavn og eget dataformat til standardnavnene og standardformatet. Når mottakersystemet har en tilsvarende funksjonalitet for å lese standardmeldingen og oversette navn og formater til sine egne navn og formater, blir informasjonen tilgjengelig for mottaker.

Denne typen meldingsutveksling egner seg imidlertid bare for begrensede og klart strukturerte informasjonstyper. Utveksling av hele journaler er fortsatt ikke mulig, fordi de inneholder for mye og for dårlig strukturert informasjon.

41) En av årsakene til den sterke vekten på meldingsformidling er at norsk lovverk begrenser muligheten til å gi tilgang til elektroniske pasientjournaler på tvers av helseforetak, jf. kapittel 4, tekstboks 3.

Ettersom informasjonen i de elektroniske meldingene er sensitiv, må de sendes gjennom et sikret nett. For det formålet er det etablert et nasjonalt helsenett, Norsk Helsenett AS, som eies av de regionale helseforetakene i fellesskap (se tekstboks 10). Noe meldingsutveksling går fortsatt via den såkalte trygd-helse-postkassen.⁴²

Tekstboks 10 Norsk Helsenett AS

Som et av de første landene i Europa har Norge etablert et nasjonalt helsenett for hele helse- og omsorgssektoren. Et nasjonalt helsenett har vært operativt fra høsten 2003, og 27. september 2004 ble selskapet Norsk Helsenett AS stiftet med de fem regionale helseforetakene som eiere. Helsenettet er et lukket nettverk for sikker elektronisk kommunikasjon mellom aktører som helseforetak, allmennleger, kommuner, private laboratorier/røntgeninstitutt og NAV. Norsk Helsenett AS har et nasjonalt ansvar for drift, vedlikehold og videreutvikling av basis kommunikasjonstjenester med høy kapasitet og tilgjengelighet, for sikker og effektiv samhandling.

5.1 Hvilken utbredelse har elektronisk meldingsutveksling?

Det er utviklet elektroniske meldinger for flere av de informasjonstypene som utveksles innen spesialisthelsetjenesten og mellom helseforetakene og allmennlegene. Det gjelder blant annet epikriser, henvisninger og meldinger for rekvisisjon og svar på laboratorieprøver og røntgenundersøkelser.⁴³ Det er også utviklet meldinger for kommunikasjon mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester.

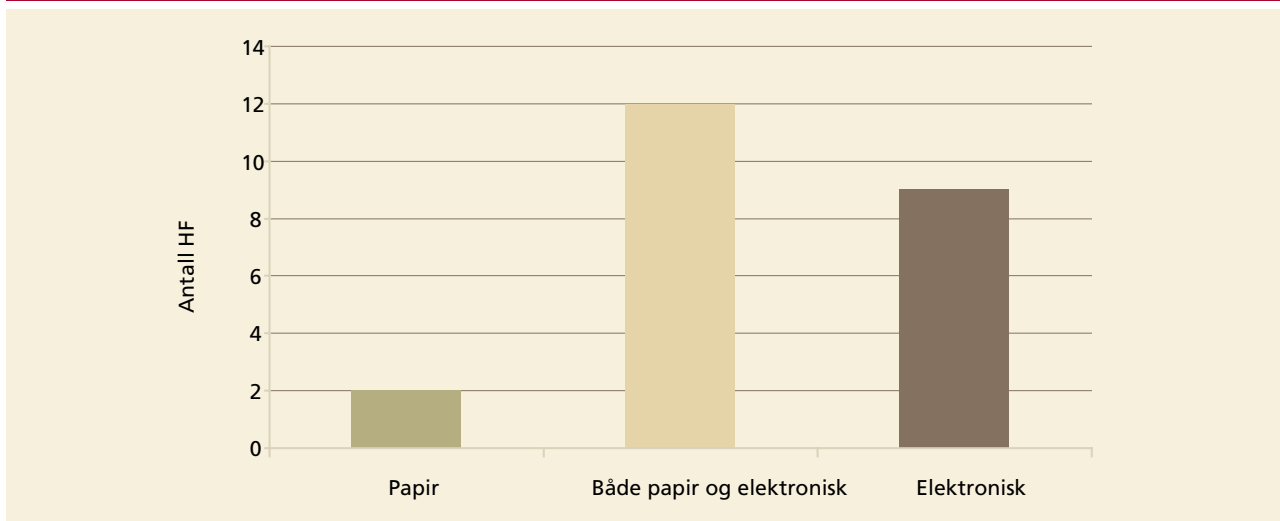
5.1.1 Elektronisk utveksling av meldinger mellom helseforetak og allmennleger og innen spesialisthelsetjenesten

Hovedfokus i undersøkelsen har vært på utveksling av epikriser og henvisninger mellom helseforetak og allmennleger, men det er også innhentet data om annen elektronisk meldingsutveksling.

42) Departementet har i foretaksmøtene i 2007 stilt krav om at all meldingsutveksling skal over på helsenettet, og at trygd-helse-postkassen skal utfases i løpet av 2007.

43) En oversikt over hvilke elektroniske meldinger som finnes, er tilgjengelig på www.kith.no.

Figur 23 Antall helseforetak som i hovedsak sender epikrise elektronisk til allmennlegene



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
N = 23

Epikrise og henvisning er de viktigste meldingstypene i samhandlingen mellom allmennlege og helseforetak, og det har i flere år vært et prioritert mål i den nasjonale IKT-satsingen at disse meldingene skal sendes elektronisk.⁴⁴ Ifølge Sosial- og helsedirektoratet er det 42 prosent av epikrisene til allmennlegene som sendes elektronisk fra helseforetakene, og 8 prosent av henvisningene fra allmennlegene som sendes elektronisk til helseforetakene. Disse andelen er basert på en spørreundersøkelse gjennomført av Norut samfunnsforskning i 2006. Direktoratet opplyser at det foreløpig ikke finnes nyere data. Et nytt system for statistikk over meldingsvolum skal etableres ved starten av 2008, men det er ifølge direktoratet ikke grunn til å tro at det har vært noen vesentlig økning det siste året, i hvert fall ikke for henvisninger. Andelen elektroniske epikriser er antakelig noe høyere enn 42 prosent.

I spørreskjemaundersøkelsen som er gjennomført i denne revisjonen, er IKT-sjefene i helseforetakene spurt om hvordan epikrisene i hovedsak sendes til de allmennlegene som kan motta elektroniske epikriser, jf. figur 23.

Figur 23 viser at i halvparten av helseforetakene sendes epikrisen i hovedsak både elektronisk og på papir til de allmennlegene som kan motta elektronisk epikrise. Ni helseforetak oppgir at epikrisen i hovedsak bare sendes elektronisk til disse allmennlegene, mens to helseforetak oppgir at epikrisen i hovedsak kun sendes på papir.

IKT-sjefene oppgir altså i spørreskjemaundersø-

søkelsen at en høyere andel av epikrisene sendes elektronisk enn det Noruts undersøkelse viste. Det er grunn til å tro at denne forskjellen skyldes at andelen ikke er beregnet på samme måte i de to undersøkelsene. IKT-sjefenes svar er for eksempel avgrenset til allmennleger som kan motta elektroniske epikriser.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at det er variasjoner mellom regionene. I Helse Nord og Helse Sør sendes epikrisen i hovedsak kun elektronisk i alle eller et flertall av helseforetakene. I de andre regionene sendes epikrisen i hovedsak både elektronisk og på papir i de fleste helseforetakene.

Helseforetakene fikk også spørsmål om de mottar elektroniske henvisninger fra leger i primærhelsetjenesten, jf. tabell 2.

Tabell 2 Antall helseforetak som mottar elektroniske henvisninger fra leger i primærhelsetjenesten. Etter region

Region	Ja	Nei	Totalt
Helse Midt-Norge	1	3	4
Helse Nord	4		4
Helse Vest		4	4
Helse Sør	2	4	6
Helse Øst	1	5	6
Totalt	8	16	24

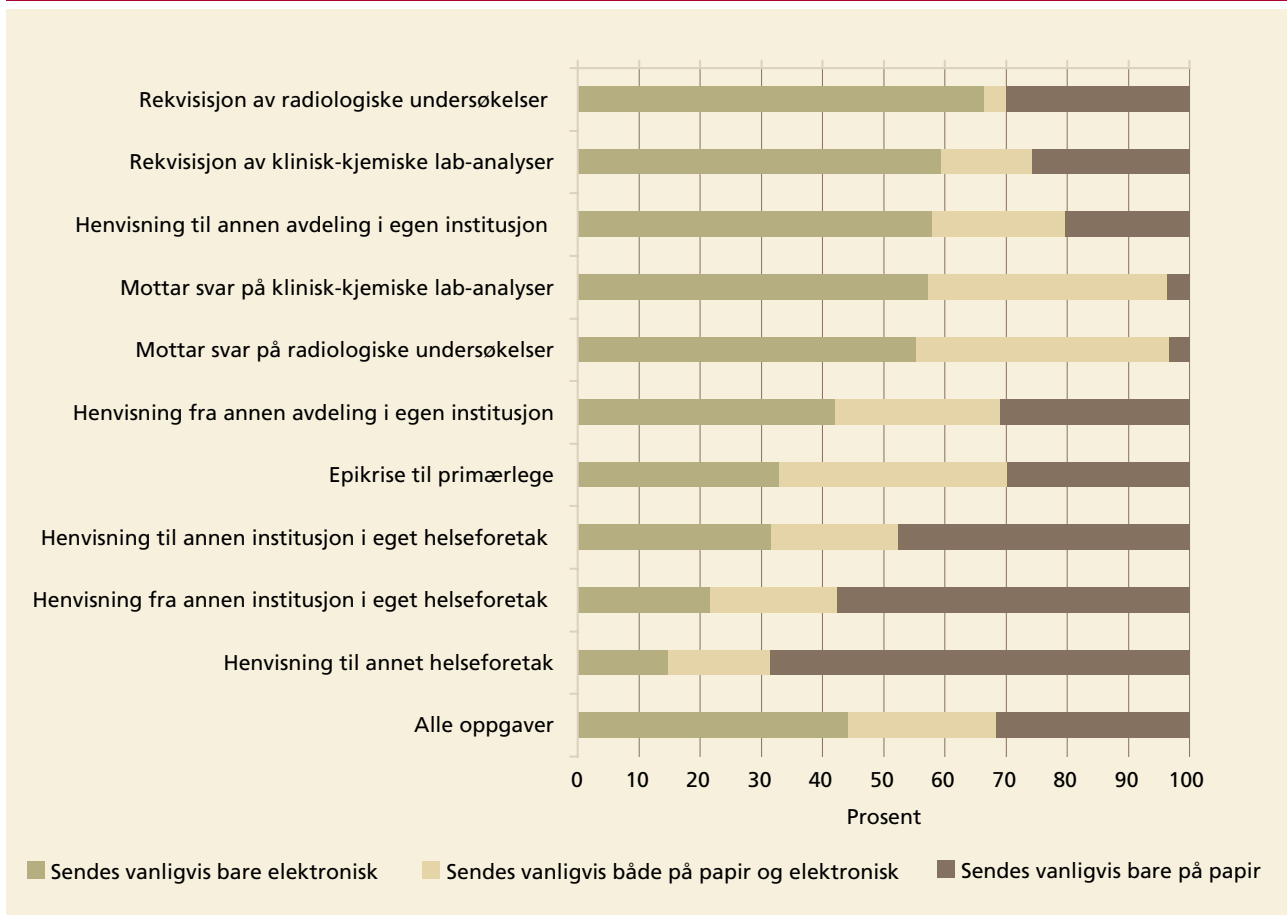
Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen⁴⁵

Tabellen viser at 8 av 24 helseforetak mottar elektroniske henvisninger fra leger i primærhelsetje-

44) Jf. *Si@-planen* 2001–2003 og *S@mspill* 2004–2007.

45) For ett av foretakene er data innhentet gjennom intervju med regionalt helseforetak.

Figur 24 I hvilken grad ulike typer informasjon sendes elektronisk. Andel leger. Prosent



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Figuren omfatter både informasjonsutveksling innen spesialisthelsetjenesten og informasjonsutveksling mellom helseforetak og andre aktører.

nesten. Alle helseforetakene i Helse Nord mottar elektroniske henvisninger, mens i Helse Vest er det ingen av foretakene som mottar elektroniske henvisninger. I de andre regionene er det enkelte foretak som mottar elektroniske henvisninger.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det fra høsten 2007 er ett helseforetak i Helse Vest som mottar elektroniske henvisninger (Helse Førde).

Helseforetakene fikk også spørsmål om de kan motta elektroniske epikriser fra andre helseforetak. Kun tre helseforetak svarer at alle eller noen av institusjonene i foretaket kan motta elektroniske epikriser fra andre helseforetak. Tilsvarende svarer fire helseforetak at alle eller noen av institusjonene kan sende elektroniske epikriser til andre helseforetak.

Legene ble i spørreskjemaundersøkelsen bedt om å svare på hvordan et utvalg informasjonstyper sendes: om informasjonen vanligvis sendes kun elektronisk, kun på papir eller vanligvis både elektronisk og på papir. Legenes svar er vist i figur 24.

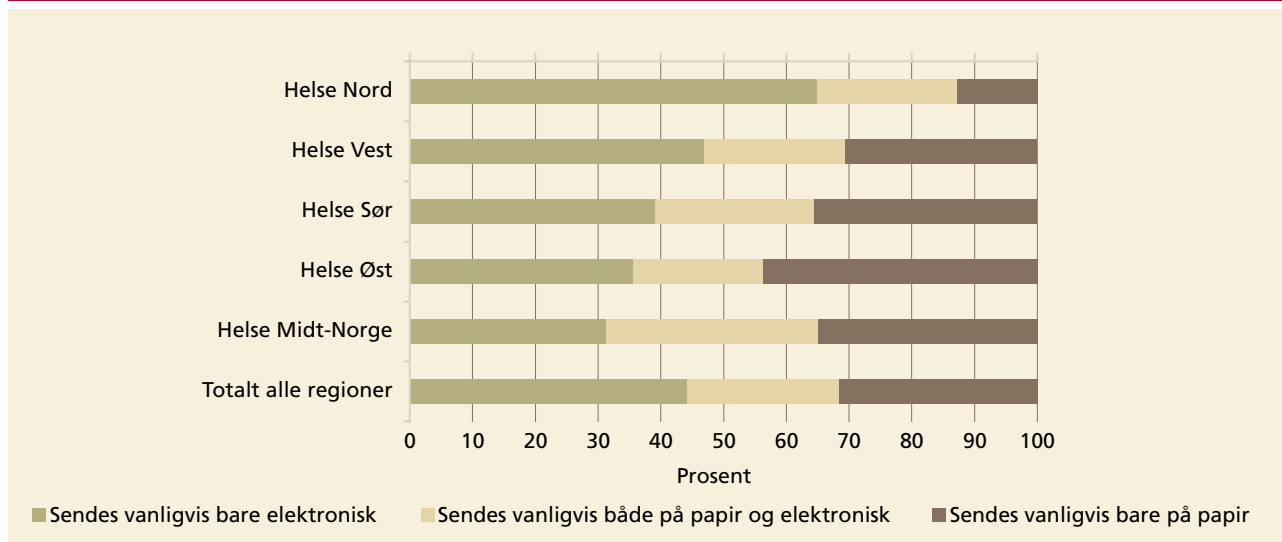
Figur 24 viser at det samlet sett er mer vanlig at informasjonen sendes kun elektronisk (44 prosent) enn at informasjonen sendes kun på papir (32 prosent). Figuren viser imidlertid at det ofte er vanlig at informasjonen sendes både på papir og elektronisk (24 prosent).

Figuren viser samtidig at det er stor variasjon mellom de ulike informasjonstypene. Nesten alle legene svarer at de mottar elektroniske svar på henholdsvis klinisk-kjemiske laboratorieanalyser og radiologiske undersøkelser. Figuren viser imidlertid at mange leger mottar disse svarene også på papir. Videre viser figuren at over halvparten av legene svarer at rekvisisjoner av henholdsvis klinisk-kjemiske laboratorieanalyser og radiologiske undersøkelser vanligvis sendes kun elektronisk.

Som figuren viser, er det enkelte informasjonstyper som sjelden sendes elektronisk. Det gjelder blant annet henvising til annet helseforetak og til annen institusjon i eget helseforetak.⁴⁶ Ved henvisninger til annen avdeling i samme institusjon er det imidlertid hele 80 prosent

46) Se også punkt 4.1.3.

Figur 25 Andel elektronisk utveksling av utvalgte informasjonstyper. Etter region



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen
De ulike informasjonstypene er ikke vektet etter volum.

av legene som svarer at informasjonen sendes elektronisk. Dette tyder på at institusjonsgrensene har betydning for på hvilken måte informasjonen sendes.

Det er også undersøkt om det er forskjeller mellom regionene, jf. figur 25. Det er i denne figuren tatt utgangspunkt i de samme informasjonstypene som i figur 24.

Figur 25 viser at det i Helse Nord er en betydelig større andel av denne informasjonen som utveksles elektronisk enn i de andre regionene. Figuren viser også at det er mindre forskjeller mellom de andre regionene, men at andelen elektronisk utveksling er lavest i Helse Øst. Det må understrekes at det i noen av regionene er store variasjoner mellom de enkelte helseforetakene.

5.1.2 Elektronisk utveksling av meldinger mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester

Pleie- og omsorgssektoren står for hoveddelen av kommunikasjonen med helseforetakene i forbindelse med inn- og utskriving av pasienter, men elektronisk meldingsutveksling er i liten grad tatt i bruk.⁴⁷ Mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester er det foreløpig nesten ikke noe elektronisk meldingsutveksling med unntak av i enkelte pilotprosjekter. Sosial- og helsedirektoratet opplyser at i Stavanger utveksles flere meldinger mellom sykehus, fastlege og pleie- og omsorgstjenesten.⁴⁸

47) Jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007).

48) Disse meldingene er utviklet i tilknytning til det såkalte fyrtårnprosjektet i Stavanger (se tekstsaks nr. 15).

Tekstboks 11 Sitat fra S@mspill 2007

"Befolkningsfremskrivningen tilsier at i årene fremover vil andelen eldre øke. Det vil føre til flere pleietrengende, og et økt behov for samarbeid mellom spesialisthelsetjenester, allmennleger og pleie- og omsorgstjenester."

Strategiplanen S@mspill 2007, side 2



Foto: Ilja Hendel / SCANPIX

5.1.3 Elektronisk utveksling av meldinger i den akuttmedisinske kjeden

I den akuttmedisinske samhandlingskjeden er det muntlig kommunikasjon som dominerer, og elektronisk meldingsutveksling brukes nesten ikke i samhandlingen mellom kommunale helsetjenester (legevakt) og spesialisthelsetjenesten.⁴⁹ Det er utviklet en ø-hjelpsmelding, men ifølge Sosial- og helsedirektoratet har denne vist seg å være lite hensiktsmessig i bruk på grunn av forsinkelser i meldingsforsendelsen.

5.2 Hva er årsakene til manglende meldingsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester?

Som det går fram av punkt 5.1, er det på landsbasis fortsatt over halvparten av epikrisene som bare sendes på papir, og svært få henvisninger som sendes elektronisk. Variasjonene mellom regioner og foretak er imidlertid store. Undersøkelsen viser også at meldingsutveksling i liten grad er tatt i bruk mellom helseforetak og kommuner utover informasjonsutvekslingen med allmennlegene.

Gjennom intervjuer, spørreskjema og analyse av dokumenter er det undersøkt hva viktige aktører som departement, direktorat, regionale helseforetak, helseforetak, KS og kompetansesentre mener er årsakene til at det ikke er større utbredelse av elektronisk meldingsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester. Undersøkelsen viser at aktørene framhever følgende faktorer som særlig viktige:

- EPJ-systemene i helseforetakene mangler nødvendig funksjonalitet, og viktige standarder er ikke tatt i bruk.
- Mottak av elektroniske henvisninger i helseforetakene er komplisert å få til.
- Manglende tilkobling til Norsk Helsenett.
- Kommunene mangler viktige forutsetninger for elektronisk samhandling med helseforetakene.

Disse årsaksfaktorene blir utdypet nedenfor. I kapittel 6 omtales de nasjonale myndighetenes bruk av virkemidler for å løse disse og andre hindringer for elektronisk samhandling.

EPJ-systemene mangler nødvendig funksjonalitet, og viktige standarder er ikke tatt i bruk

Elektronisk utveksling av meldinger forutsetter at både avsender og mottaker har et EPJ-system

med den nødvendige funksjonaliteten. I spørreskjemaundersøkelsen ble de helseforetakene som oppga at de ikke kunne motta elektronisk henvisning fra leger i primærhelsetjenesten, spurt om de viktigste forklaringene på dette. Alle direktørene i Helse Midt-Norge oppga som viktigste forklaring at mottak av elektronisk henvisning ikke er mulig med dagens EPJ-system.

Helse Midt-Norge RHF har i intervju⁵⁰ opplyst at journalsystemet i regionen foreløpig ikke kan ta imot henvisninger elektronisk, og at dette ikke har vært prioritert verken av leverandøren eller regionalt helseforetak. Det pågår imidlertid et pilotprosjekt i Nord-Trøndelag med mottak av elektroniske henvisninger. Også enkelte foretak i Helse Vest oppga EPJ-systemet som forklaring. Helse Vest RHF mener at EPJ-systemet i det enkelte helseforetak sannsynligvis er den største begrensningen for elektronisk samhandling.⁵¹ Som det går fram av kapittel 4, bruker foretakene i Helse Midt-Norge EPJ-systemet Doculive. Det samme gjør Helse Bergen HF.

Helse- og omsorgsdepartementet mener også at EPJ-situasjonen i helseforetakene er en viktig forklaring på hvorfor det ikke er en større andel av epikriser og henvisninger som sendes elektronisk. Flere helseforetak har gamle EPJ-systemer som ikke støtter elektronisk utveksling av epikriser og henvisninger.

Bruk av standarder er en forutsetning for elektronisk samhandling.⁵² Mange standarder er utvi-



Foto: Ilja Hendel / SCANPIX

49) Intervju med Sosial- og helsedirektoratet 15. november 2007.

50) 28. mars 2007.

51) Intervju 20. april 2007.

52) Jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007).

klet, men er bare i begrenset grad tatt i bruk. Det dreier seg om standarder både for EPJ-systemene og for meldingene som skal utveksles mellom disse systemene. Ifølge informasjon på KITHs nettsider har bare én av EPJ-leverandørene (DIPS) fått godkjent standarden for henvisning og epikrise.

Bruken av standarder har hittil vært basert på frivillighet fra leverandørene av IKT-systemer.⁵³ Helseforetakene har heller ikke vært forpliktet til å ta i bruk standardene og stille krav til leverandørene. KITH understreker at det ikke er tilstrekkelig at standarder blir gjort tilgjengelig, men at det også må sikres at aktørene har en felles forståelse av hvordan standardene skal brukes, og at standardene implementeres på samme måte av leverandørene.⁵⁴ Sosial- og helsedirektoratet påpeker at manglende eller feil bruk av standarder og bruk av ulike versjoner av løsninger og standarder gjør mange-til-mange kommunikasjon mer komplisert og skaper usikkerhet i meldingsutviklingen.

Meldingsutveksling krever trygghet for at meldingene kommer fram til mottakeren. Applikasjonskvittering er ett av flere virkemidler for å sikre dette. Applikasjonskvittering er en automatisk kvitteringsmelding som bekrefter at den aktuelle meldingen er kommet fram til mottakerens system. Ifølge KITH er det bare én av EPJ-leverandørene som har fått godkjent applikasjonskvittering. Mangel på applikasjonskvittering er sannsynligvis en viktig årsak til at det fortsatt er mange elektroniske meldinger som sendes på papir i tillegg.

Mottak av elektroniske henvisninger i helseforetakene er komplisert å få til

Organisatorisk kompleksitet er i flere av intervjuene med regionale helseforetak trukket fram som en viktig forklaring på at svært få helseforetak kan motta elektroniske henvisninger. Også flere foretaksdirektører svarer i spørreskjema at mottak av henvisninger er både teknisk og organisatorisk vanskelig.

Ifølge Sosial- og helsedirektoratet er det flere årsaker til at andelen elektroniske epikriser og henvisninger ikke er høyere.⁵⁵ Den viktigste årsaken når det gjelder henvisninger, er den

organisatoriske kompleksiteten knyttet til mottak og distribusjon av henvisningene i sykehusene, mener Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet registrerer imidlertid ulike oppfatninger i sektoren: Noen mener at direktoratet overdriver betydningen av kompleksiteten, mens andre mener at kompleksiteten er undervurdert. Sosial- og helsedirektoratet konstaterer at helseforetakene i Helse Nord mottar elektroniske henvisninger og dermed har vist at det lar seg gjøre.⁵⁶

Sosial- og helsedirektoratet påpeker at kompleksiteten også ligger i at mange ulike selvstendige aktører må ta i bruk de samme samhandlingstjenestene samtidig, skal samhandling kunne finne sted.

Manglende tilkobling til Norsk Helsenett

Det er en utbredt oppfatning at manglende oppkobling til Norsk Helsenett er en vesentlig hindring for elektronisk samhandling mellom helseforetak og allmennleger/kommuner. Alle helseforetakene er tilkoblet helsenettet. *S@mspill*-indikatorene⁵⁷ viser at per oktober 2007 er 61 prosent av fastlegekontorene og 15 prosent av kommunene koblet til.

Flere av de regionale helseforetakene har i intervju vist til at en viktig forutsetning for å øke utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling, er at fastlegene er koblet til Norsk Helsenett, og at mange leger hittil ikke har koblet seg til fordi de har ment at det ikke er nok tjenester tilgjengelig.

Helse- og omsorgsdepartementet⁵⁸ viser til at det har stor betydning for den elektroniske samhandlingen i helsetjenesten at allmennlegene er tilknyttet Norsk Helsenett, men mange leger er fortsatt ikke koblet til nettet. Årsaken er ifølge departementet at mange leger ikke opplever at tjenestene som er tilgjengelige i helsenettet, står i forhold til kostnadene. Departementet presiserer at det ikke er Norsk Helsenett som har ansvaret for hvilke samhandlingstjenester som tilbys i nettet, men at samhandlingsaktørene selv må utvikle aktuelle tjenester. De regionale helseforetakene har et ansvar for å bidra til dette. NAV har også stor betydning for legenes bruk av Norsk Helsenett.

53) Jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007).

54) Strategi for Standardiserings- og samordningsprogrammet 2005–2010.

55) Intervju 15. november 2007.

56) Det er utgitt en rapport ved Nasjonalt senter for telemedisin som gir en god beskrivelse av hva kompleksiteten består i.

57) Sosial- og helsedirektoratet har utviklet et sett indikatorer som del av gevinst- og dokumentasjonsprogrammet i *S@mspill 2007*. Indikatorne er tilgjengelig på direktoratets nettsider.

58) Møte 12. desember 2007.

Departementet opplyser i sine merknader til rapporten at det har til vurdering om det skal forskriftfestes krav til elektronisk kommunikasjon mot Arbeids- og velferdsetaten for leger som praktiserer på trygdens regning. En eventuell dato for ikrafttredelse vil bli vurdert ut fra utviklingen av tjenester i helsenettet.

Ifølge St.prp. nr. 1 (2006–2007) har "utnyttelsen av helsenettet [...] til nå vært langt lavere enn forventet". Det vises til at grunnen til at så få kommuner er koblet opp, blant annet er at det ikke er utviklet en prismetode for oppkobling, driftsutgifter og support, at det er utviklet få tjenester for kommunene, og at standarder for informasjonsutveksling ikke er implementert i systemene.

Som en del av rammeavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS arbeides det med en prismetode for kommunenes tilkobling til nettet. Sosial- og helsedirektoratet⁵⁹ mener at dette arbeidet er viktig, men påpeker at kommunene også må oppleve at helsenettet er nyttig for dem.

Direktoratet mener at den viktigste årsaken til at så få kommuner er tilkoblet nettet, er at det foreløpig ikke er implementert standardiserte samhandlingsløsninger som kommunene og deres samhandlingspartnere kan bruke. Standardene er utviklet av ELIN-k-prosjektet⁶⁰ og KITH, men det tar lang tid for leverandørene å implementere disse.

Kommunene mangler viktige forutsetninger for elektronisk samhandling med helseforetakene
Kommunenes tilkobling til Norsk Helsenett er en viktig forutsetning for elektronisk samhandling, men Sosial- og helsedirektoratet⁶¹ understreker at kommunene også må ta ansvar for sin egen utvikling for å bli en reell samhandlingsaktør for helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet viser blant annet til at mange kommuner har et betydelig arbeid å gjøre med å ta i bruk EPJ-systemene til dokumentasjonen av helsehjelp.⁶²

I flere sammenhenger⁶³ er det vist til at det er store variasjoner i kommunenes teknologiske forutsetninger. Nasjonalt senter for elektronisk

pasientjournal (NSEP) skriver i en rapport⁶⁴ at kommunene har svært ulik grad av IKT-modernitet, og KS viser i sin strategiplan⁶⁵ til at mange kommuner teknologisk og kompetansemessig ikke er på samme nivå som helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet viser også til at mange kommuner fokuserer lite på IKT og mangler nødvendig infrastruktur.⁶⁶

KS viser i sin strategiplan også til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten er fragmentert og kompleks, og at det har manglet en samordnet strategi som kan bidra til et koordinert utviklingsløp for elektronisk samhandling. NSEP framhever i sin rapport at kommunene mangler en samlende enhet som kan representere deres interesser. Også Sosial- og helsedirektoratet og flere av de regionale helseforetakene har framhevet i intervjuer at kommunene mangler et samarbeidsforum som tilsvarer det som de regionale helseforetakene og Nasjonal IKT representerer i spesialisthelsetjenesten. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet mangler spesialisthelsetjenesten en kontrapart i kommunesektoren som tilsvarer Nasjonal IKT.⁶⁷

Departementet har i Nasjonal helseplan vist til at likeverdighet mellom statlig og kommunal sektor er viktig for å lykkes med det videre utviklingsarbeidet på IKT-området. Departementet viser til at Nasjonal IKT er en kraftig driver for effektivisering og samordning av spesialisthelsetjenestens IKT-løsninger, og at dette samtidig legger føringer for samhandlingen med kommunene. Departementet mener at det er en fare for at kommunene får for liten innflytelse i utviklingen av IKT-samarbeidet med helseforetakene, slik at løsningene i for stor grad blir bestemt ut fra prosesser i spesialisthelsetjenesten.

5.3 Hva er gevinstene av elektroniske epikriser og henvisninger?

Epikrise og henvisning er de to viktigste meldingene i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Både for å sikre god oppfølging av pasientene og for å sikre en effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten er det viktig at denne pasientinformasjonen utveksles på en rask

59) Intervju 15. november 2007.

60) Norsk Sykepleierforbund har tatt initiativ til dette prosjektet for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgssektoren.

61) Intervju 15. november 2007.

62) Se også punkt 3.2.1.2 i *Nasjonalt strategi for elektronisk pasientjournal. Rapport fra forprosjekt. Sosial- og helsedirektoratet 2005.*

63) Blant annet i Nasjonal helseplan.

64) NSEP har på oppdrag fra Nasjonal IKT gjennomført en utredning om elektronisk samhandling med kommunene.

65) *Strategi- og handlingsplan for IKT i helse- og omsorgssektoren i kommunene.*

66) Møte 12. desember 2007 og Nasjonal helseplan punkt 6.4.4.

67) Jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007), Nasjonal helseplan.

og sikker måte. Elektronisk utveksling kan bidra til dette.

Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk utveksling av henvisning og epikrise

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har Norut samfunnsforskning i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling.⁶⁸ Formålet med analysen har vært å beregne økonomisk gevinstpotensial ved overgang til elektronisk formidling av henvisninger og epikriser mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Analysen omfatter tre spørsmål:

- Hvilke gevinster kan oppnås gitt at alle henvisninger og epikriser blir sendt elektronisk?
- Hvor stor andel henvisninger og epikriser må sendes elektronisk for at det skal være lønnsomt for de ulike aktørene?
- Har noen aktører oppnådd gevinster ved dagens andel elektroniske henvisninger og epikriser?

Ifølge Noruts analyse er det ut fra dagens volum av meldinger bare i Helse Nord at helseforetakene har gevinster av elektronisk meldingsutveksling, ettersom dette er den eneste regionen med et visst omfang av elektroniske henvisninger. Høyt volum er ifølge Norut den mest kritiske faktoren for om meldingsutvekslingen er kostnadseffektiv eller ikke.

Den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av elektronisk utveksling av henvisning og epikrise er beregnet til 297 mill. kr over 15 år, samlet for legekontor og helseforetak. Denne beregningen er blant annet basert på forutsetningen om en implementeringstid på ti år fra 2001. Med kortere implementeringstid øker lønnsomheten betydelig. Videre er det en forutsetning for dette gevinstslaget at aktørene går bort fra doble rutiner (det vil si at epikrise/henvisning sendes både elektronisk og på papir). Noruts undersøkelse viser at det er en relativt omfattende bruk av doble rutiner, jf. også punkt 5.1. Så lenge noen aktører bruker papir, opprettholdes doble rutiner, og dette reduserer gevinstene.

Sosial- og helsedirektoratet opplyser at det er knyttet usikkerhet til tallfestingen av gevinstene.⁶⁹ Det skyldes dels at tidsmålingene som ligger til grunn, var relativt enkle, og dels usikre data for meldingsvolum fordi det foreløpig

ikke finnes god nok meldingsstatistikk. Ifølge direktoratet synliggjør rapporten likevel godt at elektroniske epikriser og henvisninger er lønnsomt, forutsatt at det er et tilstrekkelig volum av meldinger, og at de doble rutinene fjernes.

Kvalitetsmessige gevinster

Noruts analyse omfatter ikke eventuelle kvalitative forbedringer som følge av overgang fra papirbasert til elektronisk meldingsutveksling. I spørreskjemaundersøkelsen Norut gjennomførte, går det imidlertid fram at et flertall av respondentene i helseforetakene mener at elektroniske epikriser og henvisninger også gir kvalitative gevinster, som for eksempel mer nøyaktig registrering av opplysninger om pasientene og større sikkerhet for personvernet.

Sosial- og helsedirektoratet mener at elektroniske epikriser og henvisninger også gir kvalitetsmessige gevinster som er vanskelige å tallfeste, for eksempel at fastlegen får epikrisen raskere. Direktoratet kjenner ikke til at det foreligger undersøkelser som kan si noe om kvaliteten på informasjonen er bedre med elektroniske epikriser og henvisninger. Direktoratet viser til en doktoravhandling⁷⁰ fra 2005 som viser noen av utfordringene knyttet til samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste og antyder at felles elektroniske løsninger for henvisninger og epikriser (sammen med andre tiltak) vil kunne bedre samhandlingen mellom sykehuslege og allmennlege. Det er også gjort en evaluering av utskrivingsmeldingen (en orientering om utskrivingsklar pasient til de kommunale helse- og omsorgstjenestene) som er utviklet av fyrtårnprosjektet i Stavanger, som viser at de elektroniske meldingene ofte har bedre kvalitet. Sosial- og helsedirektoratet mener at prosessen med å digitalisere informasjonsflyten også bidrar til økt oppmerksomhet mot innholdet og prosessene, og at det vil kunne gi innholdet og prosessene bedre kvalitet.

68) Shdir-rapport IS-1416.

69) Intervju 15. november 2007.

70) Robert Myrvang: *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer. Medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin.* 2005.

6 Nasjonal styring og tilrettelegging av arbeidet med elektronisk samhandling i helsetjenesten

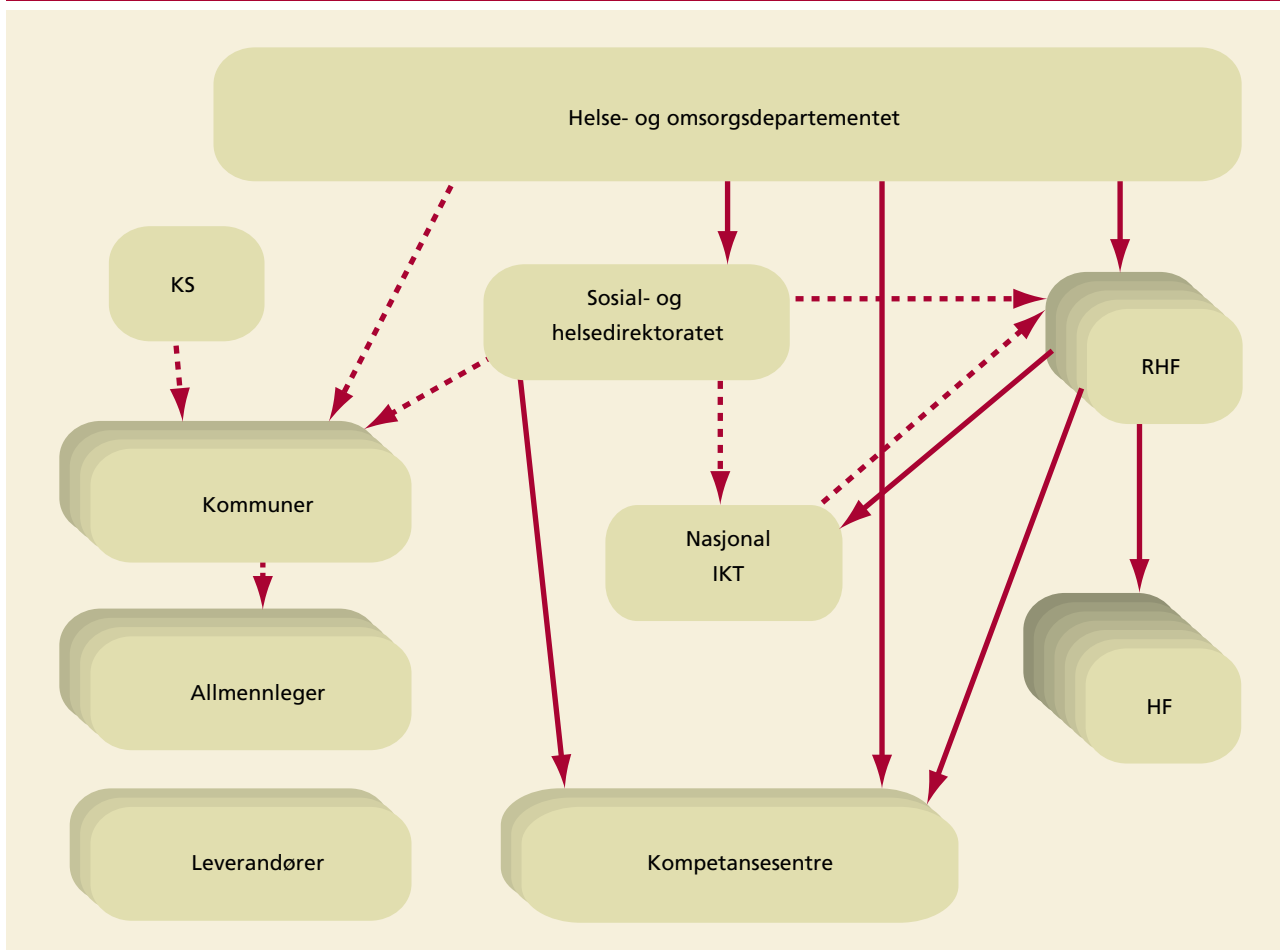
Organiseringen av helsetjenesten er kompleks, og elektronisk samhandling forutsetter samordnet innsats fra flere parter på ulike forvaltningsnivåer. Nasjonal koordinering er derfor nødvendig. Helse- og omsorgsdepartementets bruk av virkemidler og ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene på området har stor betydning for den nasjonale styringen og tilretteleggingen for elektronisk samhandling. Figur 26 viser de viktigste aktørene på området og styringslinjene mellom dem.

Figur 26 viser at den organisatoriske kompleksiteten på området er høy. Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for helsetjenesten. Departementet er eier av *de regionale helseforetakene* som har ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. Hvert

enkelt *helseforetak* har ansvar for å gjennomføre vedtatte strategier og tiltak på sykehusene. *Nasjonal IKT* er et forum for de regionale helseforetakenes IKT-samarbeid.

Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for å samordne og legge premisser for en hensiktsmessig IKT-utvikling i sosial- og helsesektoren.⁷¹ Direktoratet deltar også i *Nasjonal IKT*. *De kommunale pleie- og omsorgstjenestene* og *allmennlegene* er viktige aktører i den kommunale helsetjenesten. *KS* er en interesseorganisasjon for kommunene. Tre *kompetansesentre* er relevante i denne sammenhengen: Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH), Nasjonalt senter for telemedisin (NST) og Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP). De tre kompetansesentrene har ulik tilknytning, finansiering

Figur 26 Aktører og styringslinjer som har betydning for elektronisk samhandling i helsetjenesten



Tegnforklaring: Heltrukket linje betyr direkte styring, mens stiplet linje innebærer andre og svakere former for innflytelse.

71) Jf. St.prp. nr. 1 (2005–2006).

og oppgaver (se tekstboks 12). I tillegg er *systemleverandørene* viktige aktører på området.⁷²

Tekstboks 12 Kompetansesentrene

Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH) er et aksjeselskap eiet av HOD (70 prosent), AID (10,5 prosent) og KS (19,5 prosent). KITH ble etablert for å fremme samordnet innføring og anvendelse av IT som støtter et helhetlig pasient- og klientforløp. KITH har nasjonale oppgaver på standardiseringsområdet og får tilskudd fra Sosial- og helsedirektoratet for å gjennomføre Standardiserings- og samordningsprogrammet (SSP). KITH tilbyr også rådgivningstjenester.

Nasjonalt senter for telemedisin (NST) er underlagt Helse Nord RHF og er et kompetansesenter etter Rundskriv I-19/2003 Om høyspesialiserte tjenester – landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra. NST skal stille sin kompetanse til rådighet for tilnærmet fri avbenyttelse for spesialisthelsetjenesten, men kan i andre sammenhenger fakturere. Ifølge foretaksmøtet i 2007 skal Helse Nord RHF sikre at det stilles kompetanse til rådighet fra NST for andre regionale helseforetak knyttet til implementering av elektronisk henvisning.

Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) er en del av Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og driver forskning om blant annet utforming og bruk av EPJ. Det er ingen styringsmessig relasjon mellom spesialisthelsetjenesten og dette senteret, og det NSEP gjør inn mot spesialisthelsetjenesten, er oppdragsfinansiert.

Tekstboks 13 S@mspill 2007

S@mspill 2007 er den nasjonale strategiplanen for IT-utviklingen i helse- og sosialsektoren for perioden 2004–2007 og ble lagt fram av daværende Helsedepartementet og Sosialdepartementet. Visjonen for S@mspill 2007 er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid. Hovedsatsingene er "god informasjonsflyt" og "elektronisk samarbeid med nye aktører". EPJ og elektronisk meldingsutveksling er viktige tiltaksområder for å styrke informasjonsflyten. Elektronisk samarbeid med nye aktører omfatter blant annet kommunal helse- og sosialtjeneste. Det er i planen presisert at gjennomføringen av strategiplanen er avhengig av felles løft og samarbeid mellom mange aktører, og at den konkrete utviklingen av elektronisk samarbeid i sektoren i hovedsak vil skje i regi av den enkelte aktør (kommune, allmennlege, helseforetak, trygdekontor, apotek og andre).

72) Også andre aktører har relevans for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, for eksempel NAV og organisasjoner som Legeføreningen mfl.

Undersøkelsen viser at det er bred enighet om at det er behov for sterkere og mer tydelig nasjonal styring for å nå målene om elektronisk samhandling. Flere av aktørene⁷³ som er intervjuet i undersøkelsen, peker på behovet for:

- tydeligere krav fra departementet til de regionale helseforetakene
- klarere ansvar for realisering av målene i *S@mspill 2007*
- strengere krav til bruk av standarder
- flere virkemidler for å bedre kommunenes forutsetninger for elektronisk samhandling med spesialisthelsetjenesten

Tydeligere krav fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene

Flere av de regionale helseforetakene har i intervju gitt uttrykk for at de mener at departementet ikke har stilt tydelige nok krav til de regionale helseforetakenes måloppnåelse på IKT-området, og viser blant annet til at departementet i liten grad har brukt eierstyring som virkemiddel til dette.

I 2006 ble det i foretaksmøtene i januar stilt krav om at de regionale helseforetakene skal sikre at alle helseforetak kan tilby sine samarbeidspartnere elektronisk epikrise og kunne motta elektronisk henvisning i løpet av 2006. Det er ikke stilt tilsvarende krav i tidligere foretaksmøter.

I foretaksmøtene i februar 2007 har departementet stilt langt flere krav, blant annet at de regionale helseforetakene skal stille krav til sine leverandører om at alle standarder for meldinger som implementeres, skal være godkjent av KITHs test- og godkjenningsordning, og at all meldingstrafikk skal gå over Norsk Helsenett. Kravene om tilrettelegging for elektronisk utveksling av epikrise og henvisning gjentas i foretaksmøtene med alle regionale helseforetak unntatt Helse Nord RHF.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser⁷⁴ at det har sett et behov for sterkere styring av de regionale helseforetakene. Samtidig påpeker departementet at styringen må følges opp av de regionale helseforetakene til de enkelte foretakene, dersom målene om elektronisk samhandling skal nås.

De regionale helseforetakene skal i de årlige meldingene til departementet gi en helhetlig rapportering om virksomheten, med utgangspunkt

73) Kilde til Sosial- og helsedirektoratets synspunkter er intervju 15. november 2007.

74) Intervju 12. desember 2007.

i krav departementet har formidlet gjennom foretaksmøte og oppdragsdokument.⁷⁵ En analyse av årlig melding fra de regionale helseforetakene de siste fire årene viser at rapporteringen ikke gir en samlet oversikt over statusen på IKT-området. Det er stor variasjon i hvordan de regionale helseforetakene rapporterer i årlig melding, og effekten av ulike tiltak er i liten grad beskrevet i rapporteringen.

Klarere ansvar for realisering av målene i S@mspill 2007

Strategiplanen *S@mspill 2007* er et viktig virkemiddel i arbeidet med elektronisk samhandling. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet⁷⁶ er det Sosial- og helsedirektoratet som har gjennomføringsansvaret for strategiplanen *S@mspill 2007*. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for nasjonal samordning i gjennomføringen av planen, og dette innebærer blant annet at direktoratet skal koordinere og være pådriver for utviklingen.⁷⁷

Sosial- og helsedirektoratet mener at denne koordinerende rollen er en krevende rolle. Direktoratet har ingen instruksjonsmyndighet overfor aktørene, og direktoratets koordinering er derfor basert på at det er stor grad av enighet mellom aktørene. Det er et stort informasjonsbehov på området, og ifølge direktoratet er det en viktig del av deres koordinerende rolle å formidle informasjon mellom aktørene, blant annet om hindringer, tiltak og resultater og å bidra til dialog og nettverk. Direktoratet kan oppfordre aktørene til å gjennomføre tiltak, men har få sterke styringsvirkemidler på dette området. Det er ingen formelle styringslinjer fra direktoratet til de regionale helseforetakene, kommunene eller andre aktører.

Sosial- og helsedirektoratet opplyser at det sterke virkemiddelet det har på dette området, er å være premissgiver til styringsdialogen mellom departementet og de regionale helseforetakene. Også departementet⁷⁸ framhever dette som direktoratets primære virkemiddel. Det er tett dialog mellom Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, men direktoratet mener at det ville være ønskelig med noe mer dialog om eierstyringen for å sikre at kravene i departementets eierstyring er godt samordnet med Sosial- og helsedirektoratets styring.

Flere av de regionale helseforetakene har i intervju gitt uttrykk for at direktoratets rolle overfor de regionale helseforetakene i gjennomføringen av *S@mspill 2007* ikke er helt tydelig, og at det er behov for ytterligere samordning mellom de regionale helseforetakene og direktoratet om prioriteringer. Flere regionale helseforetak har pekt på at det ikke er godt nok samsvar mellom strategiansvar og gjennomføringsansvar, og de ønsker at de regionale helseforetakenes ansvar for realiseringen av målene i *S@mspill 2007* skal tydeliggjøres gjennom departementets eierstyring.

Nasjonal IKT ble etablert i 2003 og skal bidra til å realisere de målene i *S@mspill 2007* som omfatter spesialisthelsetjenesten.⁷⁹ Nasjonal IKT hadde som sitt første oppdrag å lage et uttrekk av *S@mspill 2007* som gjaldt spesialisthelsetjenesten – "Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene" med tiltaksplan. Nasjonal IKT er en arena for koordinering og samordning av aktiviteter og tiltak innenfor IKT-området i spesialisthelsetjenesten.⁸⁰ De regionale helseforetakene har i intervju framhevet Nasjonal IKT som et viktig virkemiddel. Sosial- og helsedirektoratet mener at Nasjonal IKT har hatt stor betydning for IKT-utviklingen i spesialisthelsetjenesten, og at tett samarbeid mellom regionene sikrer enighet om videre strategier.

Sosial- og helsedirektoratet deltar i Nasjonal IKT og mener at denne deltakelsen bidrar til god dialog mellom Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonal IKT. Direktoratet viser til at spørsmålene som drøftes i Nasjonal IKT, er viktige, og at det har stor betydning for direktoratets koordinerende rolle å delta i disse diskusjonene. Løsninger som velges i Nasjonal IKT, har konsekvenser også for andre aktører utenfor spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet mener at deres deltakelse i Nasjonal IKT bidrar til å ivareta også disse aktørenes behov.

Sosial- og helsedirektoratet understreker samtidig at Nasjonal IKT ikke har et nasjonalt ansvar utenfor spesialisthelsetjenesten. Nasjonal IKT er kun et samarbeidsforum mellom de regionale helseforetakene og ikke en del av den nasjonale styringen. Nasjonal IKT vurderer hvilke oppgaver som skal løses nasjonalt, det vil si av regio-

75) Jf. helseforetaksloven § 34.

76) Intervju 12. desember 2007.

77) Jf. tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Sosial- og helsedirektoratet for 2007.

78) Intervju 12. desember 2007.

79) Jf. styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2003 og 2004. Administrerende direktør i Helse Vest RHF er leder for Nasjonal IKT. Ifølge styringsdokumentet til Helse Vest for 2004 skal Nasjonal IKT "være bindeleddet mellom nasjonal satsning som nasjonalt helsenett og den nye statlige tiltaksplanen og de enkelte regionale helseforetaks strategiske planer på dette området".

80) Jf. Årsoppsummering 2006 Nasjonal IKT.

nene i fellesskap, og hvilke oppgaver som skal løses regionalt⁸¹. Det er ingen direkte styringslinje fra Nasjonal IKT til helseforetakene.

Det er i *S@mspill 2007* presisert at gjennomføringen av planen er avhengig av et felles løft og samarbeid mellom aktørene om tiltakene, også økonomisk. *S@mspill 2007* er en plan som i hovedsak skal finansieres av de aktørene den involverer. I en evaluering som ble gjort av *S@mspill 2007* midtveis i perioden⁸² er det trukket fram som en utfordring for måloppnåelsen i planen at det i liten grad er brukt økonomiske virkemidler. Dette er også nevnt i flere av intervjuene i undersøkelsen. Sosial- og helsedirektoratet har i intervju gitt uttrykk for at de ikke er sikre på at måloppnåelsen ville vært bedre med større grad av sentral finansiering og mener at lokalt ansvar for finansiering bidrar til ansvarliggjøring av aktørene og dermed til bedre forankring av planen. Noe sentrale midler til koordinering og standardiseringsarbeid er ifølge direktoratet nødvendig, og det er brukt noen stimuleringsmidler i kommunene. Direktoratet påpeker at sentral finansiering vil være et nødvendig virkemiddel for å igangsette prosesser, ikke minst på områder hvor en ønsker å prøve ut nye løsninger. I 2007 benyttet Sosial- og helsedirektoratet ca. 37 mill. kroner for å gjennomføre *S@mspill 2007*. Disse midlene inkluderer tilskudd til standardiseringsarbeidet i KITH.

Ifølge Sosial- og helsedirektoratet vil en ny *S@mspill*-plan bli lagt fram i begynnelsen av 2008. Sosial- og helsedirektoratet vil fortsatt ha en koordinerende rolle. Sosial- og helsedirektoratet opplyser at en viktig satsing i den nye planen vil være et såkalt "nasjonalt meldingsløft" som skal bidra til at målene om elektroniske epikriser og henvisninger nås. Direktoratet opplyser at meldingsløftet ikke innebærer endringer i hvilke styringsmidler Sosial- og helsedirektoratet har til rådighet, og at styringslinjene vil være de samme. Styringslinjer og virkemidler vil imidlertid bli brukt på en annen måte enn i inneværende *S@mspill*-periode.

Gjennom flere planperioder har det vært et mål at epikriser og henvisninger skal sendes elektronisk. Allmennlegene er blitt lovet elektronisk epikrise og henvisning i flere år, og dette er ifølge Sosial- og helsedirektoratet nå prioritert nr. 1. For å nå dette målet mener direktoratet at det er nødven-

dig med tett oppfølging, både fra direktoratet og fra Helse- og omsorgsdepartementet. Ifølge direktoratet innebærer "meldingsløftet" i den nye *S@mspill*-planen at det vil bli gjort en mye større konkret innsats for å nå dette målet. Departementet vil bruke sin styringslinje og be de regionale helseforetakene sørge for å realisere målene. Sosial- og helsedirektoratet vil ha en koordinerende og oppfølgende rolle. Direktoratet vil følge opp arbeidet i regionene tettere enn før, blant annet med utgangspunkt i en avtalt milepælsplan. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser⁸³ at Sosial- og helsedirektoratet vil være programsekretariat for meldingsløftet, og at helseforetakene også skal rapportere til direktoratet om framdriften i arbeidet med å tilrettelegge for elektronisk utveksling av epikriser og henvisninger.

Strengere krav til bruk av standarder

KITH har som en av sine nasjonale oppgaver å utarbeide standarder for EPJ og elektronisk meldingsutveksling. På vegne av Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører KITH det såkalte Standardiserings- og samordningsprogrammet (SSP). Hovedformålet med SSP er å legge til rette for sikker elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren i stor skala.⁸⁴ Målgruppene for SSP er både leverandører og brukere, og SSP skal bidra til å utvikle standarder og bidra til at de blir tatt i bruk.

Statskonsult gjennomførte i 2006 en evaluering av SSP på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.⁸⁵ En av konklusjonene i evalueringen var at fordelingen av ansvar og oppgaver på standardiseringsområdet ikke er helt klar, og Sosial- og helsedirektoratet er enig i dette. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med deltakere fra Helse- og omsorgsdepartementet, KITH og Sosial- og helsedirektoratet som følger opp evalueringen. Ifølge direktoratet vil gruppen blant annet drøfte hvordan standardiseringsarbeidet kan forbedres, og hva som er en hensiktsmessig måte å fordele ansvar og oppgaver på, for eksempel hva som skal være innenfor SSP. Konklusjonene er ikke klare ennå, men det er ifølge Sosial- og helsedirektoratet en klar erkjennelse i arbeidsgruppen av behovet for nye grep.

KITH har etablert en test- og godkjenningssystem som skal hjelpe systemleverandører og

81) Henvisning og epikrise er for eksempel vurdert å være regionale oppgaver.

82) Rambøll gjennomførte i 2006 en evaluering av *S@mspill 2007* på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

83) Intervju 12. desember 2007.

84) Jf. Strategi for Standardiserings- og samordningsprogrammet 2005–2010.

85) *Evaluering av tilskuddsfinansierte programmer for standardisering og kodeverk i helsesektoren*. Statskonsult, 2006.

brukere med enhetlig bruk og korrekt implementering av nasjonale standarder for meldingsutveksling. Ordningen er en del av *S@mspill 2007* og finansieres av SSP og Nasjonal IKT. Ifølge Sosial- og helsedirektoratet er test- og godkjenningsordningen svært vellykket. Test- og godkjenningsordningen blir også av flere aktører beskrevet som et viktig virkemiddel.⁸⁶ Etter Sosial- og helsedirektoratets oppfatning er ordningen en viktig oppgave for KITH å videreføre. Direktoratet viser samtidig til at test- og godkjenningsordningen er frivillig, og at leverandørene på grunn av tidspres på leveranser ikke alltid tar test- og godkjenningsordningen i bruk. Departementet har i foretaksrådet pålagt regionale helseforetak å stille krav til sine leverandører om at alle meldingene i helsesektoren skal være standardiserte og godkjente av KITH.

Sosial- og helsedirektoratet mener at det er altfor mange standarder som ikke er tatt i bruk, og at ansvaret for dette er delt. Direktoratet skal bidra til utbredelse av standarder, men mener at det er aktørene selv som må etterspørre standardiserte løsninger. Det er ifølge direktoratet et lokalt ansvar å ta i bruk standarder.

Test- og godkjenningsordningen er et godt virkemiddel for å sikre at standarder fungerer godt, men for å sikre utbredelse er det ifølge direktoratet andre virkemidler som må benyttes, for eksempel krav gjennom foretaksrådene.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å utrede en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og EPJ som leverandørene skal være forpliktet til å implementere i systemene.⁸⁷ Godkjenningsordningen vurderes også i sammenheng med andre virkemidler for å forplikte helsetjenesten til å ta i bruk standardene. Godkjenningsordningen i seg selv forplikter ikke helsetjenesten til å ta i bruk standardene. Direktoratet understreker at det først og fremst er kjøperne som må stille krav til produktene, ikke myndighetene.

Sosial- og helsedirektoratet viser til at situasjonen på standardiseringsområdet har endret seg siden KITH ble opprettet. Det er flere miljøer som utvikler standarder. Det er blant annet utviklet standarder i ELIN-prosjektene (se tekstboks 14), hvor KITH er en av flere parter. Dette er vellykkede prosjekter fordi de er forankret i fagmiljøene.

Direktoratet mener at det bidrar til at standardene som utvikles, også blir tatt i bruk. Metoden som brukes i ELIN-prosjektene, bør etter direktoratets oppfatning også brukes i øvrig standardiseringsarbeid. Metoden innebærer at standarder utvikles i nært samarbeid med både brukere og leverandører.

Tekstboks 14 ELIN-prosjektene

Legeforeningens ELIN-prosjekt (ELEktronisk INformasjonsutveksling) har som mål å bidra til å etablere et markedstilbud av nasjonalt godkjente løsninger som på en effektiv måte dekker det enkelte legekontors behov for elektronisk samhandling med øvrige virksomheter innen sosial- og helsesektoren. Prosjektet er basert på et omfattende samarbeid med mange aktører, blant annet systemleverandører, KITH og Sosial- og helsedirektoratet.

Metodikken vektlegger:

- helsefaglig deltakelse og forankring
- standardiserte løsninger
- leverandørsamarbeid og forpliktende utviklingsavtaler
- nytte for både avsender og mottaker
- helhetlig utviklingsprosess: spesifisere brukerkrav, utarbeide standarder, testing og pilotering

ELIN-k -prosjektet som er etablert av Norsk Sykepleierforbund for å bidra til elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgssektoren, bygger på samme metodikken.

Flere har etterlyst sterkere virkemidler overfor leverandørene, blant annet har flere av de regionale helseforetakene i intervju påpekt at det har vært for mye frivillighet, og at det er behov for mer nasjonal styring for å sikre en større grad av standardisering. Både Nasjonal IKT og Sosial- og helsedirektoratet framhever avhengigheten til leverandørene som kritisk.⁸⁸ På noen områder finnes det eksempler på godt samarbeid med leverandører, blant annet i ELIN-prosjektet, mens leverandørsituasjonen på andre områder beskrives som en "flaskehals". Også flere av de regionale helseforetakene har i intervju vist til at leverandørsituasjonen er en betydelig utfordring. Spørreskjemaundersøkelsen viser at mange av foretaksdirektørene mener at leverandørene har større betydning for IKT-utviklingen i helseforetaket enn nasjonale myndigheter.

Flere virkemidler for å bedre kommunenes forutsetninger for elektronisk samhandling med spesialisthelsetjenesten

Flere av de regionale helseforetakene har i intervju vist til at det er behov for større grad av

86) Jf. Statskonsults evaluering.

87) Jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008).

88) Jf. Gjennomføringsplanen for S@mspill for 2007.

nasjonal koordinering for å få til elektronisk samhandling mellom helseforetak og kommuner.

Ifølge Sosial- og helsedirektoratet er det Kommuneprogrammet i *S@mspill 2007* som er direktoratets viktigste virkemiddel for å bidra til elektronisk samhandling mellom helseforetak og kommuner. Kommuneprogrammet omfatter blant annet ELIN-prosjektene og fyrtårnsatsingen (se tekstboks 15). Ifølge Sosial- og helsedirektoratet har fyrtårnprosjektene gitt positive resultater, som høsten 2007 er blitt formidlet gjennom elleve seminarer rundt i landet. Kommunal- og regionaldepartementet vil i 2008 støtte Kommuneprogrammet med 3 mill. kr. Ifølge St.prp. nr. 1 (2006–2007)⁸⁹ har fyrtårnprosjektene medvirket til økende engasjement i kommunene for oppkobling til helsenettet og bruk av elektronisk meldingsutveksling. Helse- og omsorgsdepartementet mener⁹⁰ at slike samarbeidsprosjekter som fyrtårnprosjektene er eksempler på, er det viktigste virkemiddelet for å øke den elektroniske samhandlingen med kommunene.

Tekstboks 15 Fyrtårnprosjektene

En viktig del av det såkalte Kommuneprogrammet i *S@mspill 2007* er satsingen på utvalgte fyrtårnprosjekter. Dette er "prosjekter av nasjonal nyskapende karakter, som har overføringsverdi til andre kommuner og som innebærer utprøving av konkrete tiltak for elektronisk samarbeid". Sosial- og helsedirektoratet samordner fyrtårnprosjektene gjennom en samrådsgruppe som følger programmet. Nasjonalt senter for telemedisin er oppnevnt som programsekretariat, og Norsk senter for elektronisk pasientjournal har et overordnet ansvar for evalueringen av prosjektene. KITH er også bidragsyter i prosjektene. De fire fyrtårnkommunene er Tromsø, Trondheim, Stavanger og Sandefjord. Av disse fire er prosjektet i Tromsø fullført, mens de andre tre blir fullført i 2008. De fire fyrtårnprosjektene har utviklet og testet forskjellige løsninger som kan bidra til å forbedre informasjonsflyten i pasientbehandlingen, blant annet en løsning for elektronisk utskrivingsmelding fra helseforetak til sykehjem og løsning for deling av informasjon i en samtykkebasert kjernejournal (elektronisk medikamentkort). Høsten 2007 er det gjennomført seminarer over hele landet for å spre erfaringene fra fyrtårnprosjektene.

Kilde: Nasjonalt senter for telemedisin, www.telemed.no

Ifølge St.prp. nr. 1 (2007–2008) må en sterkere nasjonal styring inkludere samarbeidsformer mellom kommunene og KS som tar tilstrekkelig hensyn til kommunenes rolle i den offentlige forvaltningen.

KS har de siste to-tre årene engasjert seg på området, blant annet ved å utarbeide en "Strategi- og handlingsplan for IKT i helse- og omsorgstjenesten i kommunene". I 2007 etablerte KS et fagråd for IKT i helse- og omsorgstjenesten. Sosial- og helsedirektoratet har forventninger til at dette fagrådet kan være et viktig samarbeidsforum i kommunesektoren. Direktoratet understreker samtidig at KS ikke har noen styringsvirkemidler overfor kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet og KS inngikk september 2006 en avtale om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der partene i fellesskap forplikter seg til å bidra til økt bruk av IKT og å styrke den elektroniske samhandlingen i tjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet ser positivt på KS' engasjement og viser til at KS har bidratt til å motivere kommunene til elektronisk samhandling. Samtidig presiserer departementet at KS kun er en interesseorganisasjon for kommunene og ikke har styringsvirkemidler.⁹¹

I 2007 har Helse- og omsorgsdepartementet og KS inngått en rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet.⁹² Ifølge rammeavtalen vil departementet etablere dialog med KS og andre relevante aktører om endringer i organisering og strategi for Norsk Helsenett. I foretaksmøtene i januar 2006 har departementet understreket overfor de regionale helseforetakene at det er av stor viktighet at det utvikles tjenester som rettfærdiggjør investeringene i Norsk Helsenett.

89) Nasjonal helseplan.

90) Møte 12. desember 2007.

91) Intervju 12. desember 2007.

92) Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS.

7 Vurderinger

Stortinget har gjennom mange år framhevet IKT som et viktig virkemiddel til bedre samhandling og ressursutnyttelse i helsetjenesten, og det har vært nasjonale satsinger på IKT siden 1997. I Nasjonal helseplan er det vist til at riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet. Undersøkelsen viser at selv om mye er oppnådd gjennom de nasjonale IKT-satsingene, er det mye som gjenstår før IKT utnyttes som et effektivt virkemiddel til å realisere helsepolitiske mål som bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse.

Undersøkelsen viser at de aller fleste helseforetak har elektronisk pasientjournal (EPJ), men at det fortsatt er omfattende bruk av papir. EPJ gir bedre tilgjengelighet til journalinformasjon, men har foreløpig mindre betydning for samhandling og ressursutnyttelse. Det har hittil ikke vært rettet nok oppmerksomhet mot planlegging og oppfølging av gevinster, og det ser ut til at arbeidsprosesser og organisering i liten grad er blitt endret i forbindelse med innføringen av EPJ.

Videre viser undersøkelsen at store deler av informasjonsflyten i helsetjenesten fortsatt er papirbasert, og at Norsk Helsenett ikke blir utnyttet som forventet. Målet om at epikriser og henvisninger skal utveksles elektronisk mellom spesialisthelsetjenesten og allmennlegene, er ikke nådd. Undersøkelsen viser også at IKT i svært liten grad er tatt i bruk for å bedre samhandlingen mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester. God informasjonsflyt mellom de ulike tjenestetilbyderne er viktig for å sikre kvaliteten i denne samhandlingen.

Bruk av elektroniske løsninger kan være et vesentlig bidrag til å nå målene om et helhetlig og sammenhengende omsorgs- og behandlingstilbud. Undersøkelsen viser at virkemidlene som har blitt tatt i bruk for å fremme elektronisk samhandling i helsetjenesten, har vært for svake, og at det er behov for sterkere nasjonal styring for å nå målene. Organiseringen av helsetjenesten er kompleks, og elektronisk samhandling forutsetter derfor koordinert innsats fra mange aktører på

ulike forvaltningsnivå, som helseforetak, kommuner og allmennleger. Sosial- og helsedirektoratet har et overordnet ansvar for å samordne og legge premisser for IKT-utviklingen i helsetjenesten. Undersøkelsen viser at direktoratet har få styringsvirkemidler i dette arbeidet. Det kan reises spørsmål om det er tilstrekkelig samsvar mellom ansvaret og virkemidlene direktoratet har til rådighet for å møte de IKT-utfordringene helsetjenesten står overfor.

Helseforetakene utnytter ikke EPJ godt nok

Innføring av EPJ er en forutsetning for elektronisk samhandling, både innen spesialisthelsetjenesten og mellom helseforetakene og andre aktører. Det er forventet at bruk av EPJ vil bidra til kvalitetsforbedringer og mer effektiv ressursutnyttelse.

De aller fleste helseforetakene har innført EPJ, men EPJ har likevel bare i begrenset grad erstattet papir

Alle helseforetakene skulle innen 2005 ha tatt i bruk EPJ. Undersøkelsen viser at alle helseforetakene unntatt Sykehuset Vestfold HF har en form for EPJ-system. Likevel er det bare 12 av 42 institusjoner i helseforetakene som har helelektronisk journal. I et flertall av institusjonene må legene bruke både elektronisk journal og papirjournal, og i 12 institusjoner er papirjournalen fortsatt hovedjournal. I mange tilfeller er altså papirjournalen fortsatt nødvendig i de fleste legers arbeidssituasjon. Dette begrenser nytten av EPJ.

Selv om helseforetakene har innført EPJ, viser undersøkelsen at utnyttelsen av EPJ-systemet varierer, og at mange manuelle rutiner brukes fortsatt. Helse Nord har samlet sett best utnyttelse av EPJ-systemene, og undersøkelsen viser at det er store variasjoner i utnyttelsesgrad også mellom avdelinger og helseforetak innen de enkelte regionene. Dårlig utnyttelse av EPJ-systemet fører til at forventede gevinster ikke oppnås.

EPJ bidrar til mer tilgjengelig pasientinformasjon, men i mindre grad til bedre samhandling og ressursutnyttelse

Det går fram av undersøkelsen at legene opplever EPJ som et nyttig redskap, og at de foretrekker

EPJ framfor papirjournal. Den viktigste nytten av EPJ er bedre tilgjengelighet til nødvendig pasientinformasjon. Bedre tilgjengelighet er først og fremst en konsekvens av at en elektronisk journal i motsetning til en papirjournal alltid er tilgjengelig, også for flere brukere samtidig.

Samtidig viser undersøkelsen at mange leger er usikre på hvilken nytte EPJ har for innholdet i journalen med hensyn til kvalitet, fullstendighet og standardisering. Det er grunn til å tro at dette har sammenheng med at de elektroniske pasientjournalene er lite strukturerte, og at økt standardisering av journalen vil bedre nytteverdien av EPJ. Mer standardiserte journaler vil også være viktig for at EPJ i større grad kan gi prosess- og beslutningsstøtte for helsepersonell og styringsinformasjon for foretaksledelsen.

Undersøkelsen viser at EPJ bare i begrenset grad bidrar til bedre samhandling. Det er imidlertid store forskjeller mellom helseforetakene. EPJ har foreløpig størst nytteverdi for informasjonsflyten i egen institusjon og bidrar i mindre grad til bedre samhandling med andre institusjoner og aktører. En bedre bruk av EPJ i samhandlingen mellom ulike deler av helsetjenesten vil kunne bedre samarbeidet om pasienten og dermed kvaliteten på tjenestetilbudet.

Videre viser undersøkelsen at bare halvparten av lederne mener at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse. Bare hver tredje lege er enig i dette, men det er store forskjeller i svarene fra leger i ulike helseforetak og regioner. Undersøkelsen viser at svært få ledere og leger mener at EPJ hittil har frigjort tid til pasientbehandling. Dette kan ha sammenheng med at innføringen av EPJ i liten grad har endret arbeidsprosesser og organisering i helseforetakene.

Ledelsen i helseforetakene har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp sitt ansvar for å sikre en god utnyttelse av EPJ

Styring av IKT er en del av det generelle ledelsesansvaret i en virksomhet, og ledelsen på alle nivåer i helseforetakene har et ansvar for å legge til rette for en god bruk av EPJ for å sikre at dette blir et verktøy som støtter kjerneoppgavene i helseforetaket. Undersøkelsen viser at det varierer mellom foretakene om det har vært en god forankring av EPJ-innføringen i ledelsen. Med god ledelsesforankring øker mulighetene for at arbeidet med planlegging og oppfølging av gevinster blir prioritert.

Endring av arbeidsprosesser og organisering er et svært viktig virkemiddel for å få gevinster av IKT-verktøy. Undersøkelsen viser imidlertid at endringene i arbeidsprosesser i forbindelse med innføring av EPJ i stor grad bare innebærer at eksisterende papirrutiner er blitt gjort elektroniske. I mange avdelinger er derfor arbeidsmåtene i stor grad de samme som før innføringen av EPJ. Større oppmerksomhet rundt endringer av arbeidsprosesser og organisering kunne ha bidratt til økt nytte av EPJ for samhandling og ressursutnyttelse.

For å sikre at et nytt IKT-verktøy fører til forbedringer i virksomhetens oppgaveløsning, bør det utarbeides planer for hvilke økonomiske og kvalitetsmessige forbedringer systemet skal bidra til. Planene bør beskrive hvilke gevinster som forventes, hvordan disse skal realiseres, og hvem som har ansvar for dette. Undersøkelsen viser at det i mange helseforetak ikke er utarbeidet gevinstrealiseringsplaner i forbindelse med EPJ-prosjekter. Det gir økt risiko for at systembruken ikke følges opp, og at det ikke blir tatt i bruk nødvendige virkemidler for å sikre at EPJ bidrar til kvalitetsmessige og økonomiske forbedringer.

Undersøkelsen viser at det i svært liten grad gjennomføres undersøkelser av legenes bruk av EPJ eller av hvilke gevinster EPJ gir. I noen helseforetak er ikke innføringen av EPJ kommet langt nok til at det kan forventes dokumentasjon på gevinster. Det er likevel grunn til å påpeke at planer for arbeidet med gevinster bør finnes i alle helseforetak som har innført EPJ.

Systemeier skal sørge for at IKT-systemet bidrar til virksomhetens måloppnåelse. Det er derfor viktig med en god forståelse og klar plassering av systemeierskapet for EPJ. Undersøkelsen viser imidlertid at det er en varierende forståelse i helseforetakene av hva det innebærer å være systemeier for EPJ, og at det i flere helseforetak mangler en klar plassering av systemeierskapet. En tydeligere plassering av systemeierskapet og økt forståelse av hvilket ansvar systemeier har for bruken av systemene, kan være et virkemiddel til bedre utnyttelse av EPJ.

En god utnyttelse av EPJ er også avhengig av at brukerne er involvert i arbeidet med å innføre og legge til rette for en god bruk av systemene, og at linjeledelsen følger opp sitt ansvar for å sikre at systemene blir tatt i bruk på en god måte. Undersøkelsen indikerer at det i mange helseforetak har vært en stor utfordring å sikre god brukerforankring.

Undersøkelsen viser at både ledere og leger mener at tilstrekkelig opplæring er et av de viktigste suksesskriteriene for god utnyttelse av EPJ. I spørreskjemaundersøkelsen oppgir hver femte lege at han/hun ikke har fått tilbud om opplæring i EPJ. Hver tredje lege har ikke deltatt i organisert opplæring, men har fått opplæring av kolleger, superbrukere eller liknende, eventuelt har de ikke fått opplæring i det hele tatt. Det går også fram av undersøkelsen at av de legene som har fått organisert opplæring, fikk hver fjerde lege denne opplæringen før 2005. Dette innebærer at nesten halvparten av legene ikke har fått organisert opplæring i løpet av de to siste årene. Undersøkelsen viser at det er stor variasjon mellom avdelingene med hensyn til hvor stor andel av legene som har mottatt organisert opplæring.

God systembruk forutsetter at nødvendig utstyr som PC og skriver er tilgjengelig ved behov, og at dette utstyret fungerer tilfredsstillende. Det er grunn til å anta at faktorer som for eksempel tilgjengelighet til PC, påloggingstid, responstid og driftsstabilitet kan påvirke brukertilfredsheten og motivasjonen for å bruke EPJ. Undersøkelsen viser at et flertall av legene mener at utstyrsituasjonen er et viktig suksesskriterium for en god utnyttelse av EPJ, men at det er et mindretall som ofte opplever problemer. Undersøkelsen gir grunn til å tro at de største problemene med datautstyret er knyttet til dårlig integrasjon mellom EPJ-systemet og andre datasystemer med pasientinformasjon. Undersøkelsen gir ikke holdpunkter for å si at utstyrsproblemer er en vesentlig forklaring på dårlig systemutnyttelse, men det er likevel grunn til å tro at slike problemer i noen tilfeller kan ha betydning for bruken av EPJ.

De regionale helseforetakene har bidratt til innføring av EPJ, men har ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp helseforetakenes arbeid med gevinstrealisering

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har lagt stor vekt på regionalt samarbeid om IKT, blant annet i form av regionale IKT-strategier og samarbeid om anskaffelse og innføring av EPJ. Fire av de regionale helseforetakene har etablert regionale IKT-organisasjoner. Undersøkelsen viser at denne sentraliseringen er en krevende prosess, men undersøkelsen gir ikke grunnlag for å trekke konklusjoner om hvilken betydning de regionale IKT-organisasjonene har for EPJ-innføringen. Det må likevel understrekes at de regionale helseforetakene må sørge for å ha tilstrekkelig strategisk IKT-kompetanse selv, for å sikre at EPJ blir et virkemiddel i helseforetakenes oppgaveløsning.

De regionale helseforetakene understreker at det er helseforetakene selv som har ansvar for å realisere gevinster av EPJ. Undersøkelsen viser imidlertid at helseforetakene i ulik grad ivaretar dette ansvaret. Helseforetakene kan ha god nytte av at tidligere Helse Øst RHF etablerte et prosjekt for å utvikle metodikken for gevinstrealisering.

Selv om det enkelte helseforetak har ansvaret for organisasjonsutvikling og gevinstrealisering, har de regionale helseforetakene også et ansvar for å stille krav om og se etter at investeringene i EPJ faktisk bidrar til gevinster i helseforetakene. Gevinstrealisering synes hittil ikke å ha fått tilstrekkelig oppmerksomhet i de regionale helseforetakene.

Målene for elektronisk meldingsutveksling er ikke nådd

Elektronisk meldingsutveksling har gjennom tre nasjonale strategiplaner siden 1997 vært en vesentlig del av myndighetenes satsing på bruk av IKT i helsetjenesten. Det har særlig vært framhevet som et viktig mål at epikriser og henvisninger skal sendes elektronisk mellom helseforetak og allmennleger. Undersøkelsen viser imidlertid at det i 2006 var under halvparten av epikrisene som ble sendt elektronisk, og for henvisninger var andelen bare 8 prosent. Målet om elektronisk utveksling av epikriser og henvisninger er dermed ikke nådd. Samtidig går det fram av undersøkelsen at det er store forskjeller mellom regionene. I Helse Nord mottar alle helseforetakene elektroniske henvisninger.

Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene viser til flere forklaringer på den svake måloppnåelsen. En viktig forklaring synes å være at ikke alle helseforetak har et EPJ-system med de nødvendige forutsetningene for elektronisk utveksling av epikrise og henvisning. Undersøkelsen viser at bare én av systemleverandørene til sykehus har implementert godkjente meldingsstandarder for epikrise og henvisning.

Det blir også vist til som en viktig forklaring at mottak av henvisning i helseforetaket er organisatorisk komplisert å få til. Undersøkelsen viser imidlertid at det er flere helseforetak som tar imot elektroniske henvisninger. Det er derfor grunn til å reise spørsmål om elektronisk utveksling av epikrise og henvisning i mange helseforetak ikke er blitt tilstrekkelig prioritert.

Undersøkelsen viser videre at mange av de epikrisene og henvisningene som sendes elektronisk, også sendes på papir i tillegg. Slike doble rutiner reduserer gevinstene av den elektroniske meldingsutvekslingen betydelig. Andre faktorer som reduserer gevinstene, er lavt volum på antallet henvisninger og epikriser som sendes elektronisk, og lang implementeringstid i helseforetakene. For å oppnå gevinster er det derfor viktig at arbeidet med elektronisk utveksling av epikriser og henvisninger gis høy prioritet både i de regionale helseforetakene og i de enkelte helseforetakene.

Det er svært lite elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester

Pleie- og omsorgssektoren står for hoveddelen av kommunikasjonen med helseforetakene ved inn- og utskrivning av pasienter. God informasjonsflyt mellom de ulike tjenestetilbyderne er viktig for å sikre kvaliteten i denne samhandlingen. Undersøkelsen viser likevel at elektronisk informasjonsutveksling i svært liten grad er tatt i bruk i samhandlingen mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Når andelen eldre i befolkningen stiger, øker behovet for samhandling mellom helseforetak og kommuner. Den manglende bruken av IKT som virkemiddel til å bedre denne samhandlingen gir derfor grunn til bekymring.

En viktig årsak til manglende elektronisk samhandling mellom helseforetak og kommuner synes å være at mange kommuner mangler nødvendige forutsetninger for å være en reell samhandlingsaktør for helseforetakene. KS viser blant annet til at kommunene har svært ulik grad av IKT-modenhet, og ifølge Sosial- og helsedirektoratet er de elektroniske pasientjournalssystemene i pleie- og omsorgssektoren i liten grad tatt i bruk til dokumentasjon av helsehjelp. Det er også et problem at svært få kommuner er tilkoblet Norsk Helsenett.

Utnyttelsen av Norsk Helsenett er lavere enn forventet

Det er etablert et nasjonalt helsenett for sikker elektronisk kommunikasjon mellom aktører i helse- og sosialsektoren. Norsk Helsenett eies av de regionale helseforetakene. Med helsenettet er en viktig forutsetning for elektronisk samhandling på plass. Undersøkelsen viser imidlertid at utnyttelsen av helsenettet er lavere enn forventet. Den begrensede utnyttelsen ser ut til å ha sammenheng med flere faktorer som lavt volum på elektroniske henvisninger og epikriser,

manglende utbredelse av meldingsstandarder som er utviklet, og fortsatt bruk av den gamle trygd-helse-postkassen. En økende andel av de aktuelle aktørene er tilkoblet Norsk Helsenett, men fortsatt er manglende tilkobling en vesentlig hindring for elektronisk meldingsutveksling.

Undersøkelsen viser at mangelen på relevante samhandlingstjenester i helsenettet er en viktig forklaring på at mange aktuelle aktører ikke har hatt interesse av å koble seg til. Ansvaret for å utvikle tjenester ligger hos de ulike aktørene som skal bruke helsenettet. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene i 2006 vist til den betydelige innsatsen som de regionale helseforetakene har lagt ned i etableringen av Norsk Helsenett, og at det er av stor viktighet at det utvikles tjenester som rettfærdiggjør investeringene i infrastruktur og oppkobling til denne. Revisjonen viser at dette er viktig.

Det er behov for sterkere nasjonal styring

Organiseringen av helsetjenesten er kompleks med mange enheter og beslutningsnivåer, og nasjonal styring og koordinering er nødvendig for å sikre at IKT blir tatt i bruk som et effektivt virkemiddel til å realisere helsepolitiske mål. Undersøkelsen viser at det er bred enighet om behovet for sterkere og mer tydelig nasjonal styring dersom målene for elektronisk samhandling skal nås.

Utydelig ansvar for realisering av målene i strategiplanen S@mspill 2007

Strategiplanen S@mspill 2007 er et viktig virkemiddel i arbeidet med elektronisk samhandling i perioden 2004–2007. Sosial- og helsedirektoratet er tillagt ansvaret for å gjennomføre planen. Dette ansvaret innebærer at direktoratet skal koordinere innsatsen og være pådriver i utviklingen. Undersøkelsen viser at direktoratet har få sterke virkemidler i dette arbeidet. Det er ingen formelle styringslinjer fra direktoratet til andre aktører som skal bidra til å realisere målene i planen, som regionale helseforetak og kommuner. Det kan reises spørsmål om manglende samsvar mellom ansvar og virkemidler har bidratt til svak måloppnåelse.

Ansvaret for å realisere nasjonale mål for IKT-utviklingen er fordelt på mange aktører, og S@mspill 2007 er en plan som i hovedsak skal finansieres av de aktørene den involverer. Et slikt lokalt ansvar for finansiering kan bidra til å forankre planen hos de ulike aktørene. Gevinster av en investering er imidlertid avhengig av at også de andre aktørene som skal delta i det elektroniske samarbeidet, gjør de nødvendige investerin-

gene på samme tid. Usikkerhet knyttet til andre aktørers prioriteringer kan redusere aktørenes motivasjon for egne investeringer. Det er derfor viktig at det benyttes virkemidler som kan bidra til synkronisering av investeringene.

De regionale helseforetakene ble ved sykehusreformen i 2002 tillagt en viktig rolle i helsetjenestens IKT-utvikling. Nasjonal IKT ble etablert i 2003, og er et forum for samarbeid mellom de regionale helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet deltar også i Nasjonal IKT.

Nasjonal IKT skal bidra til å realisere de målene i *S@mspill 2007* som omfatter spesialisthelsetjenesten. Nasjonal IKT har imidlertid ingen direkte instruksjonsmyndighet overfor helseforetakene. Det enkelte regionale helseforetak har ansvaret for å gjennomføre vedtatte strategier og tiltak, og tiltak i regi av Nasjonal IKT er avhengig av forankring og tilslutning fra de regionale helseforetakene for å bli gjennomført. Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene er derfor viktig. Det kan reises spørsmål om Helse- og omsorgsdepartementet har stilt tydelige nok krav om hvordan de regionale helseforetakene skal bidra til å realisere målene i *S@mspill 2007*.

Det har vært for stor frivillighet i bruken av standarder

Bruk av standarder er en forutsetning for elektronisk samhandling. Likevel viser undersøkelsen at det er utviklet mange standarder for elektroniske meldinger som ikke er tatt i bruk. En viktig årsak til manglende utbredelse av standarder ser ut til å være at helseforetakene i liten grad har stilt krav til leverandørene om å bruke standardene. Departementet har i foretaksmøte pålagt regionale helseforetak å stille krav til sine leverandører om at alle meldinger i helsesektoren skal være standardiserte og godkjente av Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH). KITH har etablert en test- og godkjenningsordning som er et viktig virkemiddel i standardiseringsarbeidet. Det går også fram av undersøkelsen at Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å utrede en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og EPJ som leverandørene skal være forpliktet til å implementere i systemene. Sosial- og helsedirektoratet opplyser at godkjenningsordningen også vurderes i sammenheng med andre virkemidler for å forplikte helsetjenesten til å ta i bruk standarder.

Undersøkelsen viser samtidig at det er behov for å tydeliggjøre roller og ansvar mellom aktørene på

standardiseringsområdet. Det kan reises spørsmål om Helse- og omsorgsdepartementet i tilstrekkelig grad har lagt til rette for et hensiktsmessig arbeid med standardisering i helsesektoren.

Undersøkelsen viser at leverandørene har stor betydning på området. Det er iverksatt tiltak for å bedre samarbeidet mellom aktørene i helsetjenesten og leverandørene.

Virkemidler for å fremme elektronisk samhandling mellom helseforetak og kommuner

Undersøkelsen viser at helsetjenesten står overfor betydelige utfordringer med å ta i bruk IKT som virkemiddel til bedre samhandling og ressursutnyttelse. En av de viktigste utfordringene er samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Det finnes ikke et samarbeidsforum mellom kommunene med tilsvarende betydning som Nasjonal IKT har i spesialisthelsetjenesten, og undersøkelsen viser at spesialisthelsetjenesten i stor grad legger premisset for IKT-utviklingen i helsetjenesten. Likeverdighet mellom statlig og kommunal sektor er viktig for å lykkes med det videre utviklingsarbeidet på IKT-området.

Det er positivt at KS i den senere tid har engasjert seg i arbeidet med elektronisk samhandling i helsetjenesten. Med forankring i konsultasjonsordningen mellom staten og kommunesektoren er det blant annet inngått en avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling i helse- og omsorgssektoren der begge parter forplikter seg til å bidra til økt bruk av IKT i samhandlingen. KS har imidlertid begrensede virkemidler overfor kommunene.

God samhandling må ta utgangspunkt i at staten har forskjellige styringsvirkemidler overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene er selvstendige aktører og velger selv med hvilke organisatoriske løsninger de vil gå inn i samarbeid om IKT-utviklingen i helsetjenesten. Samtidig er det i Nasjonal helseplan vist til at det på noen områder er behov for at det på nasjonalt nivå tas ansvar for utvikling, koordinering og styring. Dette er områder som er viktige for å nå de overordnede målene for helsetjenesten, og hvor ansvar for gjennomføring av tiltak er avhengig av en koordinert innsats. Elektronisk samhandling er et slikt område. Det synes å være behov for at nasjonale myndigheter i større grad sørger for nødvendige tiltak som kan fremme elektronisk samhandling mellom kommunene og helseforetak, som for eksempel økonomiske insentiver, veiledning, kompetansetiltak og tilrettelegging.

Referanseliste

Proposisjoner

- Ot.prp. nr. 66 *Om lov om helseforetak*
- St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet
- St.prp. nr 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet
- St.prp. nr 1 (2005–2006) for Helse- og omsorgsdepartementet

Innstillinger

- Innst. O. nr. 118 (2000–2001), jf. Ot.prp. nr. 66 *Om lov om helseforetak*
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2002–2003)
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008)
- Innst. S. nr. 307 (2000–2001), jf. St.meld. nr. 31 *Om kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling*
- Innst. S. nr. 156 (1992–1993), jf. St. meld. nr. 23 (1992–1993) *Om forholdet mellom staten og kommunane*

Dokument til Stortinget

- Dokument nr. 1 (2007–2008) *Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2006*

Lover og forskrifter

- Lov av 15. juni 2001 nr. 93: Lov om helseforetak mm
- Lov av 18. mai 2001 nr. 24: Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger
- Lov av 19. november 1982 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten mm
- Forskrift om pasientjournal (FOR 2000-12-21 nr. 1385) med merknader

Styringsdokumenter

- Protokoller fra foretaksmøtene
- Årlige meldinger fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet
- Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene
- Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Sosial- og helsedirektoratet

Statlige strategiplaner

- S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse-

- og sosialsektoren. Statlig strategi 2004–2007.
- Si@. Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Statlig tiltaksplan 2001–2003.
- Mer helse for hver bIT. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. Handlingsplan 1997–2000.

Evalueringer og rapporter

- Helse Midt-Norge RHF. Evaluering av Hemit. Rambøll 2006.
- Midtveiseevaluering av S@mspill 2007. Rambøll 2006.
- Evaluering av tilskuddsfinansierte programmer for standardisering og kodeverk i helsesektoren. Statskonsult 2006.
- Nasjonal strategi for elektronisk pasientjournal. Rapport fra forprosjekt. Sosial- og helsedirektoratet 2005.
- IKT i medisin og helsetjeneste. Kompetansemiljø for utvikling av elektronisk pasientjournal. Grimsmo/Brosveet, Norges forskningsråd 2002.
- Organisasjonsutvikling og gevinstrealisering knyttet til elektronisk pasientjournal ved medisinsk avdeling, Aust-Agder sykehus HF, 2002.
- Evaluation of electronic medical records. A clinical task perspective. Doctoral thesis. Hallvard Lærum 2003.
- Utredning om samhandling mellom helseforetak og kommunene. Nasjonalt senter for elektronisk pasientjournal 2006.
- SHdir-rapport IS-1416. Samfunnsøkonomisk analyse av elektronisk meldingsutveksling. Norut 2006.
- Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer. Dr.polit-avhandling. Robert Myrvang 2005.

Andre kilder

- Strategi- og handlingsplan for IKT i helse- og omsorgssektoren i kommunene. KS 2006.
- Nasjonal IKTs årsoppsummering for 2006.
- Veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter, Senter for statlig økonomistyring 2006.
- KITH: Strategi for Standardiserings- og samordningsprogrammet 2005–2010
- Kjell Krüger: "Elektroniske pasientjournaler bør være strukturerte", Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 16/2007.




285 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 491

Trykk: Lobo Media AS 2008



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00
telefaks 22 24 10 01
riksrevisjonen@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 52