

IT i helsetjenesten

Innspill til Nasjonal helseplan

Innhold

1	Historisk oversikt.....	2
2	Midtveis i S@mspill-strategien – hovedinntrykk	4
3	Virkemidler, arenaer og aktører	5
4	Utviklingsperspektiver mot år 2010.....	7
4.1	Bred utberedelse av EPJ i alle tjenesteledd	7
4.2	Nye samhandlingsformer	8
4.3	IT må understøtte alle samhandlingskjedene	8
4.4	Eierskap til Norsk helsenett as kan revurderes.....	9
4.5	Styrket informasjonssikkerhet	9
5	En kompleks virkelighet krever nasjonal styring og koordinering	10
5.1	Kompleksiteten i samhandlingsprosjekter.....	10
5.2	Styring gjennom myndighetskrav	11
5.3	Styring gjennom økonomiske virkemidler	11
5.4	Sterkere nasjonal samordning av IT-utviklingen – på tvers av forvaltningsnivåene	12
5.5	Oppsummering og vurderinger	12
6	Tilgang til pasientinformasjon	13
6.1	Juridisk rammeverk.....	13
6.2	Norm for informasjonssikkerhet	14
7	Strategiske beslutninger for å kunne gjennomføre en god politikk	15
8	Vedlegg.....	16
8.1	Sentrale dokumenter og utredninger på område:	16

1 Historisk oversikt

Store pasientgrupper er avhengig av at spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten og fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Vurdering av status og virkemidler knyttet til samhandling har vært et sentralt tema for flere utredninger og strategiarbeid de senere årene¹. Blant konklusjonene er at vi har et godt fungerende helsevesen, men samhandlingen kan bli bedre mellom nivåene, innad i kommunen og innad i spesialisthelsetjenesten.

En anbefaling er også å bruke elektroniske løsninger og elektronisk samarbeid som virkemiddel til å møte noen av utfordringene knyttet til mer sammenhengende tjenester, med god og effektiv tilgang til og deling av informasjon. For å kunne samhandle elektronisk på tvers av forvaltningsnivåer og regionsgrenser er det nødvendig med pålitelig infrastruktur, tilgjengelig samhandlingsparter, gode interne systemer (elektronisk pasientjournal) og gode samhandlingsløsninger.

Denne typen innsats har vært tema i de nasjonale satsninger på elektronisk samhandling siden 1997:

- Mer helse for hver bIT
- Si @!
- S@mspill 2007

Mer helse for hver bIT var en visjonær plan som pekte på muligheter og fremtidsvisjoner, med bl.a. etablering av helsenettverk, elektronisk samhandling og effektivisering og kvalitetsforbedring av tjenestene med bruk av IT. Målet var at innen få år skulle elektronisk informasjonutveksling være det normale, og papirskjema unntak. De første initiativene for etablering av regionale helsenett ble satt i gang, med RegNett i Helse Vest, og trygdhelsepostkassen som en første nasjonal kommunikasjonstjeneste. Planen ble for øvrig ikke fulgt opp med tilstrekkelige budsjettmidler for gjennomføring.

Utviklingen senere har vist at visjonene fortsatt er aktuelle, men det er krevende og tar tid å gjennomføre utviklingen. Det har vist seg å være sterkt behov for sentral koordinering og stimulering.

Si @! videreførte arbeidet, men var mer avgrenset og fokusert. Si @! planen ble fulgt opp med betydelige statlige midler for utbygging av regionale helsenett og sammenknytning av disse i et nasjonalt helsenett, samt for å stimulere til bruk av elektronisk meldingsutveksling.

¹ NOU 2005:3

En evaluering av Si @! i 2004 fant at planen har bidratt positivt til å akselerere og samordne IT-utviklingen i helse- og sosialsektoren i planperioden. Spesielt i en fase med store organisatoriske endringer (foretaksereformen mm.) bidro planen til at oppmerksomheten om IT og behovet for elektronisk samhandling forble høy.

Sektoren er nå inne i den 3. planperioden hvor strategi og tiltak er nedfelt i strategidokumentet S@mspill 2007 - utgitt i 2004 av daværende Helsedepartementet og Sosialdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet er ansvarlig for gjennomføring av strategien i samarbeid med sektoren.

S@mspill 2007 kan betraktes som en "konsolideringsstrategi", med en strammere prioritering enn tidligere planer. Samtidig representerer planen en utvidelse av målområdet i forhold til kommunal sektor. Visjonen i S@mspill 2007 er "*helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid*". Strategien har to gjennomgående tema. Det ene er å fortsette arbeidet og bygge på erfaringer fra tidligere satsninger med bl.a. å styrke og øke informasjonsutvekslingen i forhold til elektroniske meldinger og pasientjournaler. Det andre sentrale temaet er å få flere aktører til å delta i det elektroniske samarbeidet, som for eksempel kommunale helse- og sosialtjenester, apotek, flere leger, pasienter og brukere.

En viktig oppgave for SHdir er å bidra til en helhetlig og nasjonal satsning, legge til rette for fellestjenester, standarder o.l. Samtidig sier det seg selv at for å lykkes med elektronisk samarbeid i sektoren, må alle parter delta i dette arbeidet. Den nasjonale satsning er altså helt avhengig av at viktige aktører deltar ved å ta i bruk nye løsninger og utnytter potensialet som ligger i disse. Det gjelder både det enkelte helseforetak, kommune, allmennlege, RTV, apotek og andre.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har tradisjonelt vært en sentral drivkraft for helsesektoren for realisering av mål knyttet til elektronisk samhandling. Alle helseforetak har tilknytning til Norsk helsenett ved utgangen av 2005, men det varierer i hvilken grad infrastrukturen benyttes, for eksempel ved at bare enkelte avdelinger ved et helseforetak i praksis er koplet til nettet. Tall viser at ca 28 % av epikrisene fra helseforetakene tilbake til fastlegene går elektronisk. Ved utgangen av 2005 var det kun helseforetak i Helse Nord som har etablert rutinemessig mottak av elektroniske henvisninger.

Allmennlegene var tidlig ute med å ta i bruk elektronisk pasientjournal, og i 2006 er dekningsgraden nærmere 100 %. Mange allmennleger, særlig i region Vest, Øst og Sør har mottatt elektronisk laboratoriesvar fra private laboratorier og sykehus over trygd-helsepostkassen eller over proprietære nettverk. Denne utviklingen var i hovedsak finansiert av laboratoriene og sykehusene, som et ledd i konkurransen om laboratorietjeneste, og løsningene hadde et begrenset anvendelsesområde.

Det har vært en del misnøye, særlig blant allmennlegene, på manglende innhold i nettet². Samtidig er det for mange uklart hva Norsk Helsenett egentlig har ansvar for. Mange har koblet seg til Norsk Helsenett i den tro at de ville få et bredt tilbud av tjenester, som blant annet elektronisk utveksling av henvisning og epikrise. Tilbud om dette er imidlertid avhengig av de enkelte helseforetakene og Rikstrygdeverket, og altså utenfor Norsk Helsenetts ansvar.

En midtveisevaluering av S@mspill 2007 gjør følgende vurdering av planenes effekt, som illustrerer den gradvise utbredelsen og forståelsen av strategiene og som derved også skaper større engasjement:

"... effekten af de tre strategiplaner frem til nu ... har bredt sig som ringe i vandet:

- 1. Det engagement, der så småt blev vakt af Mer helse for hver bIT*
- 2. og som blev udnyttet af dem, der gennemførte projekter under Si@!*
- 3. er nu mere generelt udbredt i helsevæsenet (derfor er der også en mere kritisk holdning til S@mspill 2007, for alle har nu en mening om, hvordan IT bør anvendes i helsevæsenet)."*

2 Midtveis i S@mspill-strategien – hovedintrykk

De siste års innsats på feltet har gradvis ført til bredere aksept og forståelse for betydningen av elektronisk samhandling, både i flere deler av sektoren (fra spesialisthelsetjeneste til kommunal helsetjeneste), men også utover i ulike helsefaglige miljøer og ikke minst med høyere ledelsesforankring (Nasjonal IKT, eDeprådsgruppen, Dnlf/Aplf).

Hovedintrykket midtveis i S@mspill-perioden er at det er stor enighet om de felles, nasjonale målene på nasjonalt og regionalt nivå. Det uttrykkes et stort engasjement, vilje og ønske om å delta videre – både i spesialisthelsetjenesten, blant allmennlegene og sykepleierne, i kommunene og hos nasjonale myndigheter. Dette ble blant annet godt illustrert på den nasjonale S@mspill-konferansen i april 2006 hvor både ledelsen i HOD, SHdir, N-IKT, Dnlf og KS ga uttrykk for tilslutning til i de samme, felles målene som beskrevet i S@mspill-strategien.

Et slikt utgangspunkt er meget gunstig for felles og samordnet satsning i det videre arbeidet. Det er flere utfordringer og blant de viktigste utfordringene påpekes:

² Her er det imidlertid store regionale forskjeller. Mens legene i Nord-Norge og Midt-Norge har et rimelig antall tjenester, er mangelen på tjenester størst i Sør og Øst.

- Manglende tilbud av tjenester i Norsk helsenett (særlig knyttet til spesialisthelsetjenestens tilbud)
- Ting tar lang tid, forsinkelser, manglende fremdrift
- Sektoren har lite kjenneskap til planer, status og fremdrift, noe som igjen skaper uklare forventninger og er grunnlag for mange myter
- For teknologisk fokus på utfordringer og løsninger, må i større grad fremheve og ivareta helsefaglige behov og behovet for å ivareta forsvarlig pasientbehandling
- Avhengighet av systemleverandørenes leveringsevne for implementering av sektorens behov. Mange samtidige forventninger kan komme i konflikt med leverandørenes ressursituasjon, risikovilje og økonomisk inntjening.

3 Virkemidler, arenaer og aktører

Det finnes flere aktuelle virkemidler i arbeidet med å håndtere utfordringene og realisere visjonene knyttet til elektronisk samhandling og helhetlige pasientforløp. Blant disse er:

- Juridiske virkemidler
- Økonomiske incentiver
- Myndighets- og eierstyring med større krav til resultater av igangsatt arbeid (både det nasjonale standardiseringsarbeidet og i de lokale innføringsprosjektene)
- Organisatoriske endringer og styringsgrep
- Informasjon
- Ledelse, opplæring og forankring hos brukerne i tjenestene

Hva som er de mest egnede virkemidlene kan variere ut fra situasjon og utviklingsfase. Økonomiske virkemidler var viktige for å skape oppmerksomhet rundt nasjonale mål, og for å komme i gang. Etter sykehusreformen forventes det at midler til finansiering av utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten kanaliseres gjennom de ordinære budsjettmidlene, mens det fortsatt kan være behov for å stimulere fellestiltak for kommunal sektor. Når løsningene er utprøvd og velfungerende må myndighetene kunne stille krav til aktørene om å ta i bruk elektroniske løsninger.

Det er flere aktører og miljøer som har ansvar knyttet til de ulike virkemidlene:

- *HOD* har ansvar både for direkte eierstyring til RHFene og et overordnet ansvar for faglig/administrative krav til helseforetakene.
HODs virkemidler ligger i eierstyring og eierforventninger, budsjettmessig styring, faglige krav til tjenestene, etatsstyring av bl.a. SHdir, regelverk med mer.
- *eDeprådsgruppen* som en møteplass mellom sentrale aktører.
- *SHdir* er på den ene siden del av HODs virkemidler gjennom å tildeles ansvar for iverksetting av politikk – slik SHdir har fått ansvaret for gjennomføringen av S@mspill 2007, samt at SHdir får tildelt ansvaret for fortolkning av regelverk. På den andre si-

den er SHdir et selvstendig fagdirektorat overfor helsetjenestene. SHdir har gjennom begge disse rollene selvstendig ansvar for en del nasjonale fellestjenester (eks. eResept, styring av standardisering), men har også en pådriverrolle og koordineringsrolle hvor andre og til dels svært ulike aktører (statlige, kommunale, privat næringsdrivende) har det overordnede ansvaret.

SHdirs virkemidler ligger i å stille faglige krav til tjenestene, informasjonsarbeid, foreslå regelverksendringer, arena- og oppmerksomhetsbygging og ved å være aktiv samarbeidspart for aktørene.

- *Samarbeidsrådet* som en møteplass mellom SHdir og involverte aktører i sektoren.
- *Nasjonal IKT* er en gruppe bestående av øverste ledelse i de regionale helseforetakene samt SHdir. Det er en arena for koordinering og samordning av aktiviteter og tiltak innenfor IT-området i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal IKT har fokus på strategiske spørsmål og dens overordnede målsetting er å understøtte nasjonale strategier og tiltak, herunder S@mspill 2007. Det er ingen direkte styringslinje fra Nasjonal IKT til de Regionale helseforetak eller helseforetakene. Nasjonal IKT er et godt sted å stille diagnose, men beslutninger og handlinger må gå via de 5 RHF-ene. For øvrig har Nasjonal IKT ansvar for å legge de nødvendige føringene/premissene for Norsk Helsenett AS på vegne av helseforetakene som *kunder*.
- *RHF-ene* har direkte styring og ansvar for sin regions helseforetak, herunder ansvar for satsning på elektronisk samarbeid og oppfyllelse av krav fra departementet. RHF-ene har også en viktig rolle som eier av Norsk Helsenett AS. Styret for Norsk Helsenett (hvor alle RHF-ene deltar) har ansvar for å styre selskapet på vegne av helseforetakene som *eiere*. RHF-ene forvalter videre avtaler med private sykehus og laboratorier og privatpraktiserende spesialister, og kan stille krav om bruk av IT for elektronisk samhandling gjennom dette.
- *Norsk Helsenett AS* eies av de 5 RHF-ene og har et ikke-økonomisk formål. Gjennom Brukerrådet og oppnevning av to brukerrepresentanter i styret skal bredere brukerinteresser fanges opp.
- *Den norske lægeforening (Dnlf)* bidrar på flere måter. Spesielt relevant her er *ELIN-prosjektet* (ELEktronisk INformasjonsutveksling i legepraksis) som ledes av Dnlf og hvor både SHdir og Nasjonal IKT deltar gjennom finansiering og i styringsgrupper. ELIN er en viktig samarbeidsarena og pådriver for utvikling og bruk av standardiserte løsninger, og det er avgjørende at legene gjennom et brukerstyrt prosjektet står samlet om krav overfor systemleverandørene om realisering av funksjonelle og sammenhengende løsninger.
- *Norsk Sykepleierforbund* har etablert et tilsvarende *ELIN-k-prosjekt* for kommunesektoren hvor også SHdir og Nasjonal IKT deltar aktivt gjennom finansiering og i styringsgrupper.
- *KITH (Kompetansesenter for IT i sosial- og helsesektoren as)* bidrar som kompetansesenter på en rekke områder. I forhold til virkemidler er KITH ansvarlig for *Standar-*

diserings- og samordningsprogrammet (SSP) som skal bidra til at helsesektoren får tilgang til standarder og veiledninger, og at resultatene fra dette arbeidet blir tatt i bruk i stor skala. Programmet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet, og har en styringsgruppe som består bl.a. av representanter fra SHdir, RTV, KS, helseforetakene, NST og Standard Norge. Det er etablert et brukerforum som er åpent for alle.

- *Rikstrykdeverket* har en nøkkelrolle som en sentral aktør som alle andre aktører i helsetjenesten må kommunisere med. Blant sentrale tiltak og ansvarsområder er innføring av elektronisk sykemelding, elektronisk legeoppgjør samt PKI-avtalen på vegne av sektoren.
- *Leverandørene* (av journalsystemer) sin innsats er avgjørende for at brukerne skal kunne ta i bruk gode funksjonelle og brukervennlige systemer. Nasjonal IKT ser leverandørsituasjonen som så utfordrende at de har valgt samhandling med leverandører som et av sine 6 satsningsområder.

4 Utviklingsperspektiver mot år 2010

Arbeidet med å tilrettelegge for bedre IT-støtte og utbredelse av elektronisk informasjonsutveksling for samarbeid må videreføres i alle ledd i tjenesten.

Innen år 2010 må elektronisk samhandling være det normale, og informasjonsutveksling på papir unntaket – slik visjonen var i den første nasjonale IT-planen "Mer helse for hver bit". Tilbudet av innholdstjenestene i Norsk Helsenett må videreutvikles, og Norsk Helsenett må fungere som foretrukket transportvei for alle som deltar i elektronisk kommunikasjon i helsevesenet.

Nasjonale myndigheter må i sterkere grad krav stille krav om bruk av elektronisk informasjon. Dette er nå modent område – hvor aktørene i sektoren selv etterspør sterkere formalkrav om bruk av standarder. Helsedepartementets krav om elektronisk fødselsmelding til Medisinsk fødselsregister, krav om at helseforetakene må ta i bruk elektronisk epikrise og henvisning gjennom foretaksprotokollene, er tatt godt i mot i sektoren.

4.1 Bred utberedelse av EPJ i alle tjenesteledd

Den elektroniske pasientjournalen er "navet" i informasjonsstrømmen både internt i sykehus, og i kommunikasjon med samhandlingsparter, og er det viktigste verktøyet for å få til elektronisk samhandling i bred skala. En gjennomgående og helhetlig innføring av EPJ i helsevesenet er trolig det innsatsområdet som vil ha størst gevinstpotensial av alle IT-satsinger i sektoren.

En videre utvikling av EPJ må ta utgangspunkt i pasientforløp og det helsefaglige innholdet, og må understøtte de kliniske arbeidsprosessene. Det som dokumenteres i journal vil dess-

uten være hovedkilden for en helhetlig informasjonsressursforvaltning i sektoren. Det er behov for økt strukturering av informasjonsgrunnlaget både for å understøtte lokale prosesser og for å gi kunnskapsgrunnlag for styring, kvalitetsutvikling og forskning. Helsetilsynets tilsynsmelding for 2005 peker på problemer med mangelfull dokumentasjon av pasientopplysninger. Videreutvikling av EPJ systemene, holdningsendringer og bedre opplæring av brukere bør kunne bidra til bedre dokumentasjon.

Videreutvikling av EPJ må forankres i fagmiljøene og koordineres nasjonalt, i et samarbeid med ansvarlige aktører for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, kompetansemiljøene og systemleverandørene.

4.2 Nye samhandlingsformer

Norsk Helsenett og nye elektroniske løsninger muliggjør nye former for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette omfatter blant annet:

- nye muligheter for arbeidsdeling, spesialisering, vakt samarbeid og virtuelle fagmiljøer i nettverk
- lettere å kunne diskutere tilstander og behandlinger på tvers av foretaks- og regiongrenser
- friere sykehusvalg, da legekantorene etter hvert vil kunne henvise og booke elektronisk til hvilket som helst sykehus i landet og få tilbakemelding i form av elektroniske notater og epikriser
- muligheter for bedre samarbeid og samordning av IT-tjenester innenfor helse- og sosialsektoren, inkl. mulig samarbeid om drift og vedlikehold av IT-systemer, og kvalitetssystemer
- enkel, effektiv og sikker informasjonsflyt i pasientens forløp

4.3 IT må understøtte alle samhandlingskjedene

Samhandling er den sentrale utfordringen som IT skal underbygge, men bare deler av samhandlingen er i dag godt støttet av IT. Samhandlingen i helsetjenesten kan operasjonaliseres til fem ulike samhandlingskjeder³:

1. Den **medisinske samhandlingskjeden** gjelder kommunikasjon mellom leger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (henvisning og epikrise).
2. Den **omsorgsmessige samhandlingskjeden** er knyttet til samspillet mellom sykehus og kommuner ved utskrivning av pasienter som har behov for rehabilitering og omsorgstjenester.

³ Norsk senter for elektronisk pasientjournal "Elektronisk samhandling mellom foretak og kommuner" (NSEP-utredning til Nasjonal IKT, januar 2006)

3. Den **veiledende samhandlingen** hvor det er behov for jevnlig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten knyttet til alvorlig syke pasienter.
4. Den **akuttmedisinske kjeden** omfatter legevakten i kommunene, ambulansene og akuttmottak i sykehusene.
5. **Service og støttefunksjoner** i form av laboratorieprøver og syketransport.

Det er i hovedsak den medisinske samhandlingskjeden som har fått oppmerksomhet i nasjonale IT-strategier, for bl.a. å få på plass løsninger for elektronisk henvisning og epikrise. NSEP viser til at spesielt den omsorgsmessige samhandlingskjeden har blitt nedprioritert, både innenfor nasjonal IT-strategi innen helse, men også innen helsetjenesten generelt: "Mens det er forsket og skrevet mye om den medisinske samhandlingskjeden, har vi lite kunnskaper om den omsorgsmessige samhandlingskjeden. Verken myndighetene eller sykehusene selv har oversikt over hvor det blir av pasientene eller hvordan det går med dem etter utskriving."

4.4 Eierskap til Norsk helsenett as

Bakgrunnen for at det er de 5 RHF-ene som eier Norsk Helsenett, er at de hadde ansvar for de tidligere regionale helsenettene som dannet basis for det nasjonale nettet. RHF-ene har i betydelig grad finansiert etableringen av nettet, i tillegg til nasjonale midler gjennom SHdir. Som eiere sitter RHF-ene med det fulle økonomiske ansvaret for driften og videreutviklingen av nettet.

Siden nettet også skal brukes av andre brukergrupper, er det fra enkelte kommuner og KS tatt opp utfordringen knyttet til at kun RHF-ene er eiere av nettet. Hvorvidt andre brukergrupper etter hvert bør komme inn på eiersiden må vurderes på sikt. Konsekvenser for f.eks. finansiering må klargjøres før ev. utvidelse av eierskapet.

4.5 Styrket informasjonssikkerhet

Helsesektoren var den første norske forvaltningssektoren som tok i bruk PKI i stor skala. Helsevesenet har siden januar 2003 hatt en nasjonal PKI-løsning med sentral rammeavtale. Arbeidet fulgte opp nasjonal IT-politikk og baserte seg på det som fantes av internasjonale standarder på området.

Den sentrale Sikkerhetsportalen er først og fremst rettet mot bruk i forbindelse med webbaserte tjenester mot privat sektor, og dekker ikke helsevesenets krav til PKI-tjenester for stor-skala informasjonsutveksling mellom ulike deler av helsetjenesten. Helsevesenet er avhengig av PKI-tjenester for lokal bruk for signering av dokumenter og autentisering av brukere til systemer, med tilgang til sentrale katalogtjenester for nøkler og validering av signaturer. Dette inngår foreløpig ikke i tjenestespekteret for Sikkerhetsportalen.

Helsevesenet ser behov for standardisering av PKI-tjenester i en felles strategi for PKI-tjenester, og vil forholde seg til etablerte leverandører av PKI-tjenester i markedet som tilfredsstillende sentral kravspesifikasjon for PKI i offentlig sektor. Helseforetakene er i gang med å etablere en felles rammeavtale for PKI-tjenester til sykehusene, basert på konkurranseutlysning fra Nye Ahus. Norsk Helsenett vurderer å tilby utstedelse av virksomhetssertifikater i tilknytning til bruk av tjenester for meldingsutveksling gjennom Norsk Helsenett.

I tillegg til PKI og krav om autentisering av aktørene kommer krav om oppetid og tilstrekkelig sikkerhet i "arkitekturen" i IT-systemene. Dette er del av grunnlaget for å realisere potensialet i EPJ og samhandlingsløsninger. Samtidig har krav til sikkerhet en påvirkning på kostnadene som vi trolig ikke har sett hele bildet av enda. EPJ-systemer kan ikke "falle ned" i en klinisk hverdag. Vi er likevel tidlig i prosessen med å se hvilke krav til sikkerhet og oppetid vi må legge til grunn, og hva slags kostnader som er forbundet med kravene.

5 En kompleks virkelighet krever nasjonal styring og koordinering

Utvikling av nye løsninger og innføring av disse går ikke like fort som man hadde ønsket. Utfordringer har blant annet vært:

- Manglende/for langsom implementering av standarder av leverandørene
- Manglende/for langsom overgang til standardiserte løsninger av brukerne (for eksempel overgang fra X.400-postkasse til Norsk Helsenett)
- Manglende innføring/tilrettelegging i helseforetakene
- For treg oppkobling av legekantor til Norsk Helsenett
- Aktørene går ikke i takt, "alle" venter på "de andre"

5.1 Kompleksiteten i samhandlingsprosjekter

Å ta i bruk samhandlingsløsninger er komplekst. Virkeligheten er mangfoldig der teknologisk kunnskap og kunnskapsmessig status, interesse og vilje varierer. Samhandling (og realisering av S@mspill-målene) er avhengig av at alle aktører deltar. I et slikt skjebnefellesskap er partene avhengig av et tett samarbeid hvor vi ser på de aktuelle prosessene som skal understøttes, hvilke samhandlingsaktører som må delta, og at innføringen går i takt.

Foreløpige resultater fra en samfunnsøkonomisk analyse av elektroniske henvisninger og epikriser peker på at dette er et typisk spillteoretisk problem:

- Når bare få av samhandlingspartnerne har utstyr til elektronisk meldingsutveksling er det ikke rasjonelt å investere i dette selv.
- Klarer man å sette inn tiltak ved å gå bredt ut for å få mange aktører til å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling samtidig, vil tilkøpling bli en rasjonell strategi for flere.

Om man ikke får til full nasjonal samkjøring av oppkoplingen for alle nasjonale aktører så vil en slik tilnærming være hensiktsmessig i lokal og regional kontekst. På lokalt initiativ kan samarbeidsparter avtale felles tidspunkt for oppkopling mot nettet, ev. med mulighet for å søke sentrale stimuleringsmidler.

5.2 Styring gjennom myndighetskrav

Styringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak de siste årene har omtalt Norsk Helsenett, S@mspill 2007 og nasjonale standarder, men ikke uttrykt i form av klare krav. I foretaksprotokollen for 2006 kom imidlertid klare krav om at foretakene skulle tilrettelegge for elektronisk henvisning og epikrise innen en konkret periode. Ikke bare har dette ført til økt innsats og et bredere tilbud, denne formen for sterkere styring har blitt oppfattet positivt i sektoren. Det er ønskelig med fortsatt klare krav. Utfordringen blir å sette de riktige kravene.

Pålegg gjennom forskrift eller lov er et annet eksempel på nasjonal styring. Helse- og omsorgsdepartementet har pålagt helseforetakene overgang til elektronisk melding av fødsler til Medisinsk fødselsregister i løpet av 2006, med hjemmel i forskrift. I tillegg er det satt krav om standard forsendelsesformat (elektronisk konvolutt iht. ebXML-rammeverket og bruk av PKI med virksomhetssertifikat). Regionale helseforetak gjennomfører et felles prosjekt under Nasjonal IKT for å forberede innføringen. Dette prosjektet bidrar til den første implementering av rammeverket i sykehusene, og vil dermed legge grunnlaget for bruk av rammeverket også for andre meldinger.

5.3 Styring gjennom økonomiske virkemidler

Under Si @!-perioden ble det utløst vesentlig mer penger for å stimulere til og understøtte tiltak i sektoren enn i de andre planperiodene. Evalueringen av Si @ pekte på at dette var vellykket og nødvendig gitt de organisatoriske endringene sektoren stod oppe i. Etter foretaksreformen skiftet utgangspunktet for virkemiddelbruk mot spesialisthelsetjenestene. I foretaksmodellen ligger at styring foregår i eier-linjen til de regionale helseforetakene, og ikke primært via tilskudd som forvaltes av SHdir.

Et annet område man har styrt gjennom økonomiske virkemidler er oppkobling av legekantor til Norsk Helsenett (Legekantorpakken). Oppkoblingen har ikke gått like raskt som ønsket, bl.a. ble målet om 70 % oppkoblede legekantor i 2005 ikke nådd. Og siden tjenestetilbudet foreløpig er begrenset, vil fortsatt det viktigste virkemiddel for oppkobling være knyttet til motivasjon og oppfordring. Etter hvert som tjenestetilbudet økes, kan det vurderes å kreve/pålegge bruk av elektronisk informasjonsutveksling. Hvordan dette skal kunne gjennomføres må vurderes.

Synkronisering av tjenestetilbudet med tilkøpling av aktører må skje der partene er klare, og kan ev. understøttes av økonomiske stimuleringsmidler (se over).

5.4 Sterkere nasjonal samordning av IT-utviklingen – på tvers av forvaltningsnivåene

Nasjonal IKT har tatt et viktig grep for å samordne IT-utviklingen i spesialisthelsetjenesten. I tiden fremover vil dette samarbeidet bli ytterligere styrket gjennom en foreslått etablering av en sentral, tverregional IT-organisasjon. Det forenkler samarbeidsflatene med kommunal sektor, men innebærer også en risiko for ubalanse i innflytelsen på utviklingen.

SHdir vil fortsatt være en viktig sentral aktør for samordning av utviklingen i forhold til kommunale helse- og omsorgstjenester, og i forhold til andre aktører. ELIN-k prosjektet som har fått solid forankring i KS blir en viktig samarbeidsarena i utviklingsarbeidet.

Det er viktig at IT-utviklingen fremover i ses i sammenheng med faglige utvikling og nasjonale tiltak for forbedring av tjenestene, f.eks.:

- etablering av nasjonale kvalitetsregistre må bygge på lokale prosesser og dokumentasjonssystemer
- faglige retningslinjer og standard behandlingsplaner bør integreres i EPJ-systemene
- regelverksutviklingen må reflektere utfordringer og muligheter ved ny teknologi

5.5 Oppsummering og vurderinger

Kompleksiteten innenfor dette området er "reell" i betydning av at den er knyttet til et mangfold av involverte aktører. Mange peker på behovet for tydeligere styring og koordinering, men styringsgrep må vurderes opp mot realiteten i den kompleksiteten vi står ovenfor, hvor formell styring må gå hånd i hånd med skrittvis utvikling og gradvis modning hos aktørene.

Styringskrav om bruk av gitte standarder og meldinger, slik det er gjort i foretaksprotokollen for 2006, peker seg ut som en styreform som kan utvides til flere standarder og meldinger.

Kompleksiteten i seg selv er ikke noe vi kan organisere oss bort fra gjennom enkle grep, på et nasjonalt nivå. For spesialisthelsetjenesten kan det derimot tenkes muligheter for styrket tverr-regional organisering av IT-utviklingen. Et premiss må være at man tar høyde for at det er klinikere og administrativt personale på hvert enkelt sykehus som skal ta i bruk IT-løsninger og som må involveres i en tverr-regional organisasjon.

En sterkere organisering av IT-utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten er i seg selv en positiv utvikling. Samtidig innebærer det også en fare for at dette kan bidra til å forsterke en skjevhet som allerede i dag påpekes av andre aktører utenfor spesialisthelsetjenesten. Det uttrykkes bekymring for at de regionale helseforetakene blir for førende for utviklingen. Uansett organisering av IT-funksjonene på helseforetakene kan ikke alle premissene for IT-

utviklingen settes av spesialisthelsetjenesten, og involvering av de andre nasjonale aktørene må sikres.

6 Tilgang til pasientinformasjon

6.1 Juridisk rammeverk

Effektiv elektronisk samhandling og hensiktsmessig utveksling av informasjon om pasientene og deres helseforhold, representerer ikke bare teknologiske utfordringer, men også juridiske.

Fra et rettslig ståsted, kommer motsetningsforholdet mellom to sentrale målsetninger, som hver for seg er høyst legitime, meget tydelig til syne: Målet om at pasientinformasjon skal behandles *konfidensielt*, har ledet til at helsepersonell er pålagt taushetsplikt når de behandler helseopplysninger. Dette gjelder selvsagt også når opplysningene behandles ved bruk av IT-verktøy som EPJ. Regelverket begrenser derfor *hvem* som skal ha tilgang til EPJ-systemene, og *hvilke situasjoner* som "legitimerer" tilgang. *Samtidig* krever det samme regelverket at dataenes *tilgjengelighet* blir sikret. Avveiningen mellom konfidensialitet og personvern på den ene side og hensynet til tilgjengelighet og forsvarlig pasientbehandling på den annen, er både meget sentral og meget utfordrende.

Det er imidlertid ikke bare dette motsetningsparet som skaper vansker: Så å si all regelverksutforming skjer *på etterskudd* av endringene i den virkeligheten som reglene er ment å regulere. Å utforme, og vedlikeholde, normer som absorberer en meget hurtig teknologisk, medisinsk og organisatorisk utvikling, er svært utfordrende. Ikke desto mindre er det nettopp disse utfordringene som regelverket må ta sikte på å løse på en adekvat måte.

En ulempe med dagens "løsninger" på dette feltet, er at tilgang til helseopplysninger er svært fragmentarisk regulert. Taushetsplikten er regulert i helsepersonelloven (men delvis òg i straffeloven), kravene til informasjonssikkerhet og dataenes tilgjengelighet er regulert i helseregisterloven og personopplysningsloven (med forskrifter), mens kravene til hva som skal dokumenteres i pasientbehandlingen følger av egen forskrift. Forhold knyttet de praktisk meget viktige spørsmålene om tilgang til EPJ (og utlevering av pasientinformasjon fra EPJ) er kommentert i brev og retningslinjer fra SHdir, men ikke i noe formelt rundskriv eller noen autoritativ forskrift (selv om et rundskriv på dette området er under utarbeidelse i regi av direktoratet). Også spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven har bestemmelser av relevans for behandling av helseopplysninger.

Dette gir et meget uoversiktig bilde (både rettslig og pedagogisk), og de juridiske løsningene som kan utledes av dette fragmentariske settet av normer, oppleves i sektoren som lite tilpasset hverdagens krav til informasjonshåndtering i pasientbehandlingen.

Det er òg en utfordring at toneangivende miljøer i sektoren har tildels strekt divergerende oppfatninger av hvordan reglene skal forstås. Dette kan være en indikasjon på at det foreligger tilløp til manglende sentral styringsevne og -vilje.

Det er i denne sammenhengen interessant å merke seg at det i Sverige er nedsatt et offentlig utvalg som skal legge frem et forslag til et *helhetlig* regelverk for behandling av personopplysninger (pasientopplysninger) i alle deler av helsesektoren (Pasientdatautredningen). Mandatet er:

”Utredningens huvuduppgiften är att lämna förslag till en väl fungerande och sammanhängande reglering av behandlingen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Vid utformningen av förslagen skall utredningen utgå från hur personuppgifter bör hanteras i syfte att öka patientsäkerheten och möjligheterna till patientmedverkan, förbättra såväl den medicinska som den ekonomiska uppföljningen samt minska administrationen samtidigt som hanteringen av personuppgifterna säkras och den personliga integriteten skyddas.”

Et mulig strategisk veivalg på dette området vil derfor kunne være å legge opp til en helhetlig revisjon av reglene om informasjonshåndtering i helsesektoren (ikke bare i spesialisthelsetjenesten), som munner ut i et mer holistisk og praktikabelt lovverk. Dette arbeidet bør i så fall legges til et bredt sammensatt offentlig utvalg.

6.2 Norm for informasjonssikkerhet

Hovedtyngden av de data som behandles i helsesektoren er personsensitive data. Informasjonssikkerhet er derfor grunnleggende innenfor sektorens bruk av IT. Alle IT-systemer som skal benyttes innen sektoren må derfor utformes på en slik måte at de til enhver tid gjeldende krav til konfidensialitet og tilgjengelighet kan oppfylles.

Med tanke på at økt IT-bruk i seg selv skaper økt sårbarhet, ikke bare i helsesektoren, men også på andre samfunnsområder, vil et naturlig strategisk grep være å rette søkelyset mot å skape en bredde- og dybdeforståelse for viktigheten av informasjonssikkerhet

Et sentralt bidrag til å sikre et felles nivå for informasjonssikkerheten, og dermed et bidrag til en god IT-infrastruktur internt i, og mellom helseforetakene, er ”Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren”, som nå ferdigstilles. Normen er utarbeidet av en gruppe satt sammen av medlemmer fra hele sektoren. Normen møter en bestilling fra departementet, og kan ventes implementert i sektoren i løpet av 2006. Vi anser det naturlig at Normen får ”virke” i en periode før den tas opp til evaluering og eventuelt underkastes justeringer.

7 Strategiske beslutninger for å kunne gjennomføre en god politikk

Her følger oppsummering av anbefalinger nevnt tidligere i teksten, samt vurderinger av videre tiltak og beslutninger.

HOD forutsetter at innen perioden av denne planen vil elektronisk samhandling og elektronisk utveksling av pasientinformasjon være den primære og foretrukne måten. For å sikre utbredelse av elektronisk samhandling vil vi prioritere følgende tiltak eller strategiske beslutninger:

1. Det må sikres både en nasjonal og en tverr-regional utvikling av den elektroniske samhandlingen. Dette innebærer stor grad av kompleksitet som man må forholde seg til, også i det videre arbeidet.
2. Eierstyringen av RHF-ene gjennom krav til bruk og implementering av standarder må utvides.
3. Eierskap og finansiering av Norsk Helsenett as må vurderes på sikt, men dagens løsning med RHF-ene som eiere bør videreføres inntil man har vunnet mer erfaring med driftsformen og kommet lenger i harmoniseringsarbeidet fra de tidligere regionale nettene.
4. Beslutning om hvordan juridiske problemstillinger ved utveksling av informasjon mellom virksomheter skal håndteres og utredes. Vurdere å gjennomføre en totalrevisjon av lovverket vedrørende håndtering av informasjon i sektoren.

8 Vedlegg

8.1 Sentrale dokumenter og utredninger på område:

Offentlige utredninger	
[1]	Fra stykkevis til helt. NOU 2005:3
[2]	Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. oktober 04
Strategier, utredninger, rapporter fra spesialisthelsetjenesten	
[3]	Samhandling og desentralisering. Forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene. oktober 04
[4]	Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene. Revidert strategiplan for 2006 og 2007. Nasjonal IKT, mars 06.
[5]	Årsoppsummering 2005. Nasjonal IKT. Mars 06.
Strategier, utredninger, rapporter fra/om kommunehelsetjenesten	
[6]	Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill". Sintef Helse, november 04
S@mspill 2007: sentrale rapporter og utredninger	
[7]	Midtveisevaluering av S@mspill 2007
[8]	Rambølls rapport fra desember
[9]	Forsinkelser i test- og piloteringsfasen i prosjektet Elektronisk Samhandling – en evaluering. NST-rapport 02-2006.