



Innst. 67 S

(2014–2015)

**Innstilling til Stortinget
fra kontroll- og konstitusjonskomiteen**

Dokument 3:6 (2013–2014)

**Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om
Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling
i helse- og omsorgssektoren**

Vedlegg: Referat fra åpen høring



Innst. 67 S

(2014–2015)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:6 (2013–2014)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren

Til Stortinget

1. Sammendrag

Samspill 2.0 – Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013 er den fjerde nasjonale ikt-strategien siden 1997. Strategien har årlig blitt kommunisert til Stortinget i Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjoner i strategiperioden. I budsjettinnstilling S. nr. 11 (2008–2009) merket helse- og omsorgskomiteen seg erfaringene fra tidligere strategier og påpekte behovet for en sterkere nasjonal styring og koordinering på ikt-området.

I alle strategiene har elektronisk meldingsutveksling vært en prioritert løsning for å få til elektronisk samhandling i overensstemmelse med lovverk for utveksling av pasientopplysninger. For å bedre styringen av arbeidet i sektoren og å bidra til utbredelse av nødvendige tekniske løsninger, ble programmet Nasjonalt meldingsløft etablert i Helsedirektoratet for perioden 2008–2012. Norsk Helsenett SF (NHN) overtok oppfølgingsansvaret for igangsatte tiltak, og har etablert programmet Meldingsutbredelse for perioden 2012–2014.

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å vurdere status for innføring av elektronisk meldingsutveksling og avvikling av parallelle papirutiner i helse- og omsorgssektoren, og nasjonale myndigheters styring, tilrettelegging og oppfølging av mål om sikker og effektiv elektronisk samhandling. Undersøkelsen omfatter status for og arbeidet

med elektronisk meldingsutveksling i de regionale helseforetakene og 19 heleide helseforetak med somatisk tjenestetilbud, pleie- og omsorgstjenesten i alle kommuner (ved sykehjem og hjemmetjeneste), og legekontor. Undersøkelsen er avgrenset til bruk av følgende meldingstyper: epikrise, henvisning, laboratorie- og røntgenmeldinger og pleie- og omsorgsmeldinger. Det er i hovedsak innhentet data for perioden 2008–2012, men også oppdatert informasjon for 2013.

Opprinnelige mål i Nasjonalt meldingsløft var at elektronisk utveksling av pasientopplysninger skulle dominere samhandlingen mellom helseforetak og legekontor innen 2010, ha kommet i gang mellom helseforetak innen 2011 og mellom helseforetak og kommuner innen 2013. Samtidig bruk av papirutiner skulle opphøre. Videre skulle aktørenes it-løsninger være i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur og standarder for meldingsutveksling. Målene er justert, og nåværende mål er at alle kommuner, leger og helseforetak skal ha etablert elektronisk meldingsutveksling innen utgangen av 2014, jf. Prop. 1 S (2013–2014) Helse- og omsorgsdepartementet og Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger – én journal.

1.1 Riksrevisjonens hovedfunn og merknader

1.1.1 *Meldingsutveksling mellom helseforetak, kommuner og legekontor kjennetegnes fortsatt ved mye bruk av papir*

Gjennom arbeidet med å innføre elektronisk meldingsutveksling er det oppnådd mye, både nasjonalt, regionalt og lokalt. Det er opparbeidet kompetanse og etablert nye strukturer på området. Undersøkelsen viser imidlertid at status for innføringen er svært ulik både blant helseforetak, kommuner og legekontor.

Meldingsutveksling mellom helseforetak og mellom helseforetak og kommunale pleie- og omsorgs-

tjenester kjennetegnes i stor grad av bruk av papir, herunder faks. En tredel av kommunene har per oktober 2013 kommet i gang med elektronisk utveksling av en eller flere meldingstyper med helseforetak.

Det foregår noe utveksling av elektroniske meldinger både innenfor og mellom helseforetak i alle helseregioner, men dette skjer med bruk av lokalt eller regionalt tilpassede løsninger og ikke nasjonalt godkjente standarder. Det er ikke fastsatt felles krav til innhold, struktur og format for elektroniske meldinger som skal sendes mellom helseforetak. Manglende standardisering kompliserer sending av meldinger mellom ulike elektroniske fagsystemer. Videre svekkes kvaliteten på informasjonen, og dermed pasientsikkerheten, fordi muligheten for at mottaker ikke forstår innholdet i meldingen korrekt, øker.

Alle helseforetak og nær samtlige fastleger har tatt i bruk elektroniske meldinger, men pasientopplysninger sendes fortsatt i stor grad også på papir. I tillegg brukes doble rutiner for flere meldingstyper, som betyr at meldinger samtidig sendes både elektronisk og på papir.

Riksrevisjonen påpeker at bruk av papir, vekselvis bruk av papirbasert og elektronisk melding eller begge deler samtidig (doble rutiner) innebærer at meldingsutvekslingen ikke utføres i tråd med Stortingets forutsetninger om effektiv pasientbehandling, jf. Innst. 212 S (2009–2010). Bruk av doble rutiner medfører også merarbeid for aktørene, fordi de må opprettholde flere måter å samhandle på.

TEKNISKE LØSNINGER FOR Å KUNNE AVVIKLE SENDING AV PAPIR ER IKKE UTVIKLET ELLER TATT I BRUK AV ALLE AKTØRENE

Det er særlig tre overordnede forhold som medfører fortsatt bruk av papir og doble rutiner i samhandlingen mellom aktørene: Det er ikke utviklet standarder for alle typer meldingsutveksling, teknisk løsning for adressering av meldinger fungerer ikke tilfredsstillende, og tekniske løsninger som allerede er utviklet, er ikke tatt i bruk av alle aktørene eller benyttes ikke i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur.

Helsedirektoratet har ansvar for at viktige tekniske forutsetninger for elektronisk samhandling ikke er utviklet. Det er utviklet nasjonale standarder for meldingsutveksling mellom helseforetak og henholdsvis kommuner og legekantor, men ikke for meldingsutveksling innen og mellom helseforetak. Det er heller ikke vedtatt å ta i bruk standard for vedleggsmeldinger selv om dette er nødvendig for å utveksle bilder og tekstfiler.

Norsk Helsenett SF har ikke ferdigstilt en velfungerende teknisk løsning for bruken av Adresseregisteret, noe som er avgjørende for presis adressering og sikker meldingsutveksling. Svakheter ved Adresseregisteret har lenge vært en kjent utfordring for nasjo-

nale myndigheter, og det pågår arbeid i Norsk Helsenett SF for å utvikle en løsning som håndterer dette.

Aktørenes elektroniske pasientjournalssystem (EPJ) er i mange tilfeller ikke teknisk oppgradert for meldingsutveksling i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur. Tekniske løsninger er enten ikke på plass i systemene eller benyttes ikke fullt ut. Dette gir blant annet en usikkerhet for om den elektroniske meldingen kommer fram til ønsket mottaker slik at doble rutiner opprettholdes.

Alle helseforetakene og nær alle fastleger og kommuner er tilkoblet helsenettet. Omkring en tredel av kommunene har imidlertid ikke koblet til sykehjem eller enhetene i hjemmetjenesten. Det er disse enhetene i kommunene som sammen med legekantorene har størst behov for å utveksle pasientopplysninger med helseforetak. Manglende tilkobling bidrar dermed til å opprettholde bruk av papir i samhandlingen.

Etter Riksrevisjonens vurdering må alle standarder og tekniske løsninger utvikles og tas i bruk av alle aktører for å kunne avvike doble rutiner og sending av papir. Det er viktig med samordnet og samtidig aktivitet fra nasjonale myndigheter og aktørene for å få til dette.

Det gjenstår en betydelig innsats for at alle aktørene skal ha etablert meldingsutveksling innen utgangen av 2014. Etter Riksrevisjonens vurdering må derfor arbeidet med utvikling og utbredelse av tekniske løsninger styrkes vesentlig for at elektronisk meldingsutveksling skal kunne bli en effektiv og sikker samhandlingsform i tråd med Stortingets forutsetninger.

1.1.2 Det er klare svakheter ved Helse- og omsorgsdepartementets planlegging, styring og oppfølging av arbeidet med elektronisk meldingsutveksling

STATUS OG VESENTLIGE KONSEKVENSER VAR IKKE GODT NOK UTREDET I FORKANT AV SAMSPILL 2.0

Riksrevisjonen anerkjenner at elektronisk meldingsutveksling er et krevende område med mange organisatoriske og tekniske forhold som kunne være vanskelig å fange opp i forkant av Samspill 2.0. Mye har også endret seg underveis i innføringsarbeidet, inklusiv at utfordringer har blitt avdekket etter hvert som løsninger har blitt tatt i bruk og at teknologisk utvikling har muliggjort forbedrede løsninger.

Riksrevisjonen peker likevel på at teknisk status blant aktørene i helse- og omsorgssektoren og vesentlige konsekvenser av tiltakene i Samspill 2.0 ikke var systematisk kartlagt av Helse- og omsorgsdepartementet i forkant av strategiperioden 2008–2013. Det ble i liten grad framskaffet oppdatert kunnskap om tekniske og organisatoriske forutsetninger hos helseforetak, kommuner og legekantor for å

sende og motta elektroniske meldinger. Riksrevisjonen mener departementet dermed ikke hadde et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag til å innrette egnede virkemidler for å følge opp målene.

DET ER SVAKHETER VED STYRINGSINFORMASJON OG OPPFØLGING

Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementets styringsinformasjon om status og utvikling på området elektronisk meldingsutveksling ikke har vært god nok i perioden 2008–2012. Departementet har ikke hatt tilstrekkelig informasjon om bruken av de ulike elektroniske meldingstypene eller om hvorvidt meldingsutvekslingen utføres i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur. Departementet mener styringsinformasjonen er forbedret fra 2013.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke i tilstrekkelig grad prioritert og arbeidet systematisk med realisering av gevinster av meldingsutvekslingen. Etter Riksrevisjonens vurdering kunne synliggjøring av gevinster og risiko vært et godt tiltak for å rette oppmerksomhet mot de helsepolitiske målene Stortinget har for innføring og bruk av ikt.

1.1.3 Helse- og omsorgsdepartementets virkemiddelbruk har ikke vært tilpasset mål, status og utfordringer på området

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke gjennom den juridiske virkemiddelbruken stilt formelle krav om at alle aktørene skal ta i bruk elektronisk meldingsutveksling i samhandlingen seg imellom. Aktørene i sektoren har et selvstendig ansvar og beslutningsmyndighet til å bestemme hvilke løsninger de skal anskaffe og når løsningene skal innføres.

Departementet har imidlertid stilt krav om at aktørenes elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) er forsvarlige, og at det skal tas hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved oppgradering av systemene. Departementet stilte i 2008 krav om at helseforetakene skulle klargjøre for elektronisk meldingsutveksling med kommuner og legekantor. Det er i de senere år kommet lignende krav i fastlegeforskriften og i avtalen mellom departementet, KS, regionale helseforetak og Den norske legeforening. Det er ikke stilt tilsvarende krav til kommuner. Alle kunder av Norsk Helsenett SF er imidlertid juridisk forpliktet gjennom tilknytningsavtalen for helsenettet til å følge kravene til bruk av meldingsutveksling i Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren.

Manglende formelle krav knyttet til å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling og fragmentert ansvarsfordeling har bidratt til at aktørene står fritt til å prioritere innføringen av elektronisk meldingsutveksling ulikt. Helsedirektoratet har ikke hatt virke-

midler tilgjengelig for å kunne utøve ansvaret med å få aktørene til å innføre elektronisk meldingsutveksling og tekniske løsninger i tråd med nasjonale mål og prioriteringer.

Informasjon og holdningspåvirkning har blitt sett på som et svært viktig virkemiddel for å bidra til at aktørene ser nytten av å ta i bruk elektroniske meldinger. Det er primært Helsedirektoratet som forvalter pedagogiske virkemidler. Undersøkelsen viser at veiledningsdokumentene fra direktoratet oppleves som mer nyttig i helseforetak enn blant kommuner og fastleger. Helsedirektoratet har ikke systematisk kjennskap til aktørenes nytte av utgivelsene, og har ikke evaluert aktørenes bruk av veiledere og retningslinjer som er relevante for arbeidet med innføring av elektronisk meldingsutveksling.

Stortinget har i perioden 2008–2012 bevilget totalt 144 mill. kroner til arbeid med elektronisk meldingsutveksling i regi av Helsedirektoratet og Norsk Helsenett SF. Innføringen i helseforetakene har i perioden vært finansiert gjennom bevilgningene til regionale helseforetak. I tillegg ble det i 2013 bevilget 70 mill. kroner spesifisert til utbredelse av elektronisk meldingsutveksling i helseforetak. I budsjettet for 2014 er det bevilget 250 mill. kroner til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og ikt i helseforetakene. Midlene kan også benyttes til innføring av elektronisk meldingsutveksling. Kommunene kan fra 2012 søke om tilskuddsmidler fra Norsk Helsenett SF. Midlene kan ikke gå til investeringer i tekniske løsninger.

Riksrevisjonen registrerer at departementet har igangsatt et arbeid for å styrke elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, jf. Meld. St. 9 (2012–2013). Det legges blant annet opp til bedre nasjonal styring og koordinering av ikt-utviklingen i sektoren. I juni 2013 sendte departementet på høring en forskrift som stiller krav om ikt-standarder i helse- og omsorgssektoren. Forskriften skal etter planen tre i kraft 1. januar 2015.

Elektronisk meldingsutveksling er et teknisk krevende tiltak som må innføres så samtidig som mulig hos mange selvstendige aktører for at løsningene skal fungere. Det er risiko for at investeringer i teknologi som er nødvendig for å realisere gevinster av denne typen nasjonale ikt-tiltak, ikke blir prioritert av aktørene. Undersøkelsen indikerer at aktørene mangler insentiver for å være tidlig ute med å investere i nødvendig teknologi. Det framstår som økonomisk gunstig å utsette innføringen inntil alle tekniske løsninger er utviklet av nasjonale myndigheter og leverandører, og andre aktører har tatt teknologien i bruk. Riksrevisjonen mener det er viktig at den samlede virkemiddelbruken innrettes for å redusere slik risiko.

AMBISIØSE MÅL KREVER STERKERE VIRKEMIDDELBRUK

Utfordringene med elektronisk meldingsutveksling var kjent fra Dokument nr. 3:7 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 291 (2007–2008), og beskrevet i St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen. Departementet omtalte også utfordringene i Samspill 2.0, der det ble utformet ambisiøse mål for innføringen av elektronisk meldingsutveksling og operasjonaliserte mål for både volum og tidsfrister. Fra igangsettelsen av Samspill 2.0 burde departementet, etter Riksrevisjonens vurdering, ha innrettet virkemiddelbruken mot å håndtere utfordringene.

Selv om både den juridiske og økonomiske virkemiddelbruken er forsterket de siste årene, indikerer undersøkelsen at det er behov for å styrke den samlede virkemiddelbruken. Dette er etter Riksrevisjonens vurdering nødvendig for å sikre standardiserte løsninger, framdrift i innføringen av elektronisk meldingsutveksling og legge til rette for avvikling av papirutiner. Mangler og svakheter i nasjonal samhandlingsarkitektur må utbedres. Riksrevisjonen mener at det i større grad må legges til rette for effektiv bruk av virkemidler for å nå Stortingets mål om at alle helseforetak, kommuner og legekontorer har etablert elektronisk meldingsutveksling innen utgangen av 2014.

1.2 Riksrevisjonens anbefalinger

For å nå Stortingets mål anbefaler Riksrevisjonen at:

- Helse- og omsorgsdepartementet bør styrke den samlede virkemiddelbruken for å bidra til å sikre framdrift i arbeidet, og utvikling og bruk av standardiserte tekniske løsninger. Gjennom virkemiddelbruken bør departementet bidra til at kommuner og legekontorer har tilstrekkelig insentiver til å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling i tråd med Stortingets forutsetninger om sikker og effektiv samhandling.
- Helsedirektoratet bør sørge for å utvikle alle nødvendige nasjonale standarder for elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak, kommuner og legekontor.
- Norsk Helsenett SF bør styrke innsatsen ytterligere for å forbedre Adresseregisteret slik at det så snart som mulig blir et velfungerende register for aktørene.
- De regionale helseforetakene bør sørge for at utviklede tekniske løsninger blir innført og tatt i bruk ved alle underliggende helseforetak, slik at andre aktører som ønsker å etablere elektronisk meldingsutveksling, ikke må vente på helseforetakene.

1.3 Departementets oppfølging

Når det gjelder Riksrevisjonens anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet bør styrke den samlede virkemiddelbruken, viser statsråden til at dette er gjennomført innenfor de rammer departementet har hatt til rådighet. Departementet har i perioden 2011–2014 styrket budsjettene og iverksatt juridiske tiltak for å styrke gjennomføringsevnen innenfor elektronisk meldingsutveksling. Statsråden viser også til opprettelsen av Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) og at pedagogiske virkemidler nå ivaretas av Norsk Helsenett SF for å følge opp leverandører, kommuner, fastlegekontor og helseforetak i arbeidet med innføring og bruk av elektronisk meldingsutveksling.

Statsråden mener at den samlede virkemiddelbruken har gitt en positiv vekst i bruk av elektroniske meldinger, og at det har vært stor aktivitet hos aktørene siden Riksrevisjonens datainnsamling høsten 2012. Per januar 2014 er samtlige kommuner tilkoblet Helsenettet. Statsråden viser til at volumet av elektroniske basismeldinger som brukes av legekontor og sykehus, har vært jevnt stigende, mens det har vært en betydelig vekst i antall pleie- og omsorgsmeldinger i tiden etter Riksrevisjonens undersøkelse.

Statsråden vil følge opp anbefalingen om at Helsedirektoratet bør utvikle alle nødvendige nasjonale meldingsstandarder mellom helseforetak, kommuner og legekontor. Arbeidet gjøres i samarbeid med og på bestilling fra aktuelle brukere for å sikre at de faktiske behovene blir møtt.

Når det gjelder anbefalingene om at Norsk Helsenett SF bør styrke innsatsen ytterligere for å forbedre Adresseregisteret og at de regionale helseforetakene bør sørge for at utviklede tekniske løsninger blir innført og tatt i bruk, viser statsråden til at han fortsatt vil sikre informasjon om utviklingen gjennom styringsdialogen med de underliggende virksomhetene. Statsråden opplyser at både det sentrale Adresseregisteret og komponentene i de elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ) som holder registeret oppdatert, er ferdig utviklet fra alle leverandører per desember 2013. En del legekontor og kommuner og enkelte helseforetak har ikke tatt i bruk løsningen i EPJ ennå.

Statsråden påpeker at hovedutfordringen innenfor ikt-utviklingen i helsetjenesten er knyttet til et fragmentert ansvar for ikt-systemene. For å sikre at kompetanse og ressurser innen ikt utnyttes best mulig, vil statsråden foreta en full gjennomgang av ikt-organiseringen i helse- og omsorgssektoren.

1.4 Riksrevisjonens sluttmerknad

I Riksrevisjonens undersøkelse er informasjon om status for utveksling av elektroniske meldingstyper innen de tre samhandlingskjedene som omfattes

av revisjonen, basert på data som ble innhentet høsten 2012. Riksrevisjonens informasjon i rapporten er oppdatert per oktober 2013.

I sitt svarbrev viser statsråden til oppdatert informasjon per januar 2014 om antallet tilkoblede aktører i helsenettet og om volum av elektroniske basis-, og pleie- og omsorgsmeldinger som sendes. Riksrevisjonen vil påpeke at det er små endringer mellom den oppdaterte informasjonen fra januar 2014 og informasjonen som inngår i undersøkelsen per oktober 2013.

Statsråden viser til at det har vært en sterk vekst i volumet av elektroniske meldinger siden høsten 2012 på enkelte områder. Riksrevisjonen er enig i at det har vært en positiv utvikling siden høsten 2012 når det gjelder volumet av elektroniske meldinger. Departementets oppdaterte volumnall gir imidlertid ikke konkret informasjon om utvekslingen av de ulike elektroniske meldingstypene innenfor de tre samhandlingskjedene som inngår i undersøkelsen, eller om hvorvidt meldingsutvekslingen utføres i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur. Volumnallene gir heller ikke opplysninger om reduksjon i bruken av doble rutiner eller avvikling av papirrutiner. Etter Riksrevisjonens vurdering vil slik informasjon være nødvendig for å sikre at elektronisk meldingsutveksling blir en effektiv og sikker samhandlingsform i tråd med Stortingets forutsetninger.

Statsråden viser til at alle kommuner nå er tilkoblet Helsenettet og at det har vært en betydelig økning i antallet kommuner som har kommet i gang med elektronisk meldingsutveksling i løpet av 2013. I perioden fra 2011 til 2013 har antall kommuner som mottar elektroniske meldinger fra helseforetak, økt fra 6 til 173. Riksrevisjonen vil imidlertid påpeke at nær to tredeler av kommunene fortsatt ikke utveksler elektroniske meldinger med helseforetak. Dette viser at tilkobling til helsenettet i seg selv ikke er et godt mål for bruken av elektroniske meldinger.

Etter Riksrevisjonens vurdering gjenstår det fortsatt en betydelig innsats for at alle aktørene skal ha etablert meldingsutveksling innen utgangen av 2014, jf. Prop. 1 S (2013–2014) Helse- og omsorgsdepartementet. For å sikre at meldingsutvekslingen utføres i tråd med Stortingets forutsetninger om effektiv og sikker samhandling, er det etter Riksrevisjonens vurdering derfor behov for å styrke den samlede virkemiddelbruken. Legekontorer og kommuner er aktører som departementet ikke har direkte styring over. Det er derfor viktig å sørge for at disse aktørene har tilstrekkelige insentiver til å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling. Riksrevisjonen merker seg at statsråden varsler en gjennomgang av ikt-organiseringen i helse- og omsorgssektoren.

2. Komiteens behandling

Som ledd i behandlingen av saken har komiteen avholdt kontrollhøring, der følgende deltok:

- helseministeren
- helsedirektøren
- Norsk Helsenett SF
- KS Kommunesektorens organisasjon
- brukere av elektronisk meldingsutveksling, representert ved Haukeland Universitetssykehus og Fjell kommune og Kvam kommune
- leverandører av systemer for elektronisk meldingsutveksling
- Norsk Sykepleierforbund
- Den norske legeforening
- IKT-Norge
- Direktoratet for forvaltning og IKT

Komiteen besluttet at høringen skulle omhandle – men ikke begrense seg til – følgende problemstillinger:

- Helsedirektoratet, regionale helseforetak og leverandører meldte allerede i 2008–2009 at målene om at alle aktører skulle ha tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling innen 2013, ikke var realistiske. Hvordan er dette håndtert av Helse- og omsorgsdepartementet?
- Hvorfor har ikke Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet sørget for at det blir utviklet nasjonale standarder for å legge teknisk til rette for elektronisk meldingsutveksling mellom alle aktører?
- Organisatoriske og tekniske løsninger må tas i bruk samtidig av de ulike aktørene for at elektronisk meldingsutveksling skal fungere. Hvorfor har man ikke fått til dette?
- Hvilken rolle har leverandørene av systemer for elektronisk meldingsutveksling hatt i arbeidet med å nå målet om elektronisk meldingsutveksling?

Det ble tatt stenografisk referat fra høringen, og referatet følger som vedlegg til denne innstillingen.

3. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Gunvor Eldegard og lederen Martin Kolberg, fra Høyre, Erik Skutle og Michael Tetzschner, fra Fremskrittspartiet, Kenneth Svendsen og Helge Thorheim, fra Kristelig Folkeparti, Hans Fredrik Grøvan, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Venstre, Abid Q. Raja, fra Sosialistisk Venstreparti, Bård Vegar Solhjell,

og fra Miljøpartiet De Grønne, Rasmus Hansson, viser til at bakgrunnen for forvaltningsrevisjonsrapporten er å sammenholde Stortingets uttalte mål om full overgang til elektronisk informasjonsutveksling i helse- og omsorgssektoren med oppnådde resultater. I Innst. 212 S (2009–2010) fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform, ble betydningen av effektiv meldingsutveksling mellom de forskjellige enhetene som skal samarbeide i helse- og omsorgssektoren, fremhevet.

Komiteen vil understreke betydningen av at sektoren kan tilby tjenester av god kvalitet, sikkert, uten unødig tidstap og på høyt faglig nivå, og at evnen til å ta i bruk allerede utviklede ikt-systemer er avgjørende for å oppnå dette. Ønsket om overgang til elektronisk meldingsutveksling har vært gjentatt i alle nasjonale ikt-strategier siden 1997.

Komiteen er kjent med målene som er fastsatt i Samspill 2.0 – en nasjonal strategi som er den siste strategien for tidsspennet 2008–2013, Nasjonalt meldingsløft, som ble ledet av Helsedirektoratet i perioden 2008–2011, og programmet Meldingsutbredelse, som ledes av Norsk Helsenett (NHN) i perioden 2012–2014.

Komiteen må konstatere at det fortsatt er et betydelig avvik fra målene, og at meldingsutveksling i helseforetak i stor utstrekning skjer på papir. En del av meldingsomfanget som foregår elektronisk, skjer ikke på basis av nasjonalt godkjente standarder, med potensielt svekket pasientsikkerhet. Likeledes er det ikke satt krav til innhold, struktur og format for elektroniske meldinger innen sektoren. Selv om noen enheter har kommet langt, begrenses bruken av digitale løsninger av at samarbeidspartnerne ikke gjør det, og dermed tvinger aktørene til å opprettholde doble rutiner, dvs. både papirbaserte og digitale parallelt.

Komiteen viser til at regjeringen i statsbudsjettet for 2011 (Prop. 1 S 2010–2011) meddelte Stortinget at alle kommuner skulle ha kommet i gang med elektronisk samhandling med bl.a. spesialisthelsetjenesten i perioden 2008–2013, mens måloppnåelsen ved utgangen av perioden, oktober 2013, var 34 prosent. Komiteen finner det tvilsomt om det med en så lav dekningsgrad som må ha vært realiteten da Prop. 1 S (2010–2011) ble fremmet, på noen måte kunne være realistisk å nå målet som ble presentert for Stortinget.

Komiteen må, i likhet med Riksrevisjonen, konstatere at bruk av papir, vekselvis bruk av papirbasert og elektronisk melding, eller begge deler samtidig (doble rutiner) ikke er i samsvar med Stortingets forutsetninger om effektiv pasientbehandling, og at målene i nasjonale strategier og Nasjonalt meldingsløft ikke er nådd.

Som ledd i sitt arbeid med innstillingen om Dokument 3:6 (2013–2014) til Stortinget, arrangerte komiteen den 20. oktober 2014 en kontrollhøring der de vesentlige aktører og kunnskapsmiljøer møtte. Det omfattet nåværende helseminister, helsedirektøren, Norsk Helsenett, KS, utvalgte representanter for brukersiden, i dette tilfellet Haukeland Universitetssykehus, primærkommunene Fjell og Kvam, systemleverandører, Norsk Sykepleierforbund, Legeforeningen, IKT-Norge, samt Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi).

Komiteen oppsummerer høringen dit hen at den i alle hovedtrekk bekreftet Riksrevisjonens undersøkelse, mer konkret:

- Tekniske forutsetninger for å kunne avvike sending av papir er ikke utviklet eller tatt i bruk av alle aktørene.
- Det mangler gjennomgående standarder for alle former for meldingsutveksling.
- Tekniske løsninger som er utviklet er enten ikke tatt i bruk av alle aktører, eller benyttes ikke i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur.
- Løsningen for adressering av meldinger har inntil nylig ikke fungert.
- Den nasjonale test- og godkjenningsordningen, som driftes av Helsedirektoratet, har ikke vært organisert på en måte som sikrer at meldinger kan sendes i leverandøruavhengig, standardisert format.
- Det må konstateres at Helse- og omsorgsdepartementets forutgående utredning, planlegging, styring og oppfølging har vært utilfredsstillende.
- Helse- og omsorgsdepartementets styring og anvendelse av virkemidler har vært for svak, sett ut fra behovene for å nå målene og i lys av identifiserbare problemer underveis.
- Departementet har unnlatt å stille formelle krav om at aktørene skulle implementere standardiserte løsninger samtidig.
- Manglende formelle krav om å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling og fragmentert ansvar, har inngitt aktørene det inntrykk at innførings-tidspunktet har vært valgfritt, hvorefter suboptimalisering har funnet sted.
- Troen på adferdsendringer gjennom holdningspåvirkning har vært lite effektiv.

Komiteen må konstatere at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har fulgt opp komiteens uttalelse i Innst. S. nr. 291 (2007–2008), jf. Dokument nr. 3:7 (2007–2008) Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten, om at departementet må ta et aktivt ansvar for å anvende finansieringssystemet for å sikre fremdrift og standardiserte løsninger i arbeidet

for å realisere elektronisk samhandling mellom sykehus, kommuner og allmennleger.

Komiteen vil på dette punkt konstatere at offentlig sektor generelt ikke har utviklet gode insentiver for å belønne innovasjon, enten det gjelder å bruke kjent teknologi på nye bruksområder, eller ny teknologi i mer tradisjonelle verdikjeder, og at det utover dette som oftest ikke er mangel på moden teknologi, men ordinær ledelses- og organisasjonskompetanse som svikter. Komiteen konstaterer at særlig Helsedirektoratets interesse for å bruke de erfaringene som måtte være akkumulert hos Difi fra lignende prosjekter i forvaltningen, har vært liten.

Komiteen konstaterer at det også på det felt som er undersøkt av Riksrevisjonen gjennom den aktuelle forvaltningsrevisjonsrapporten, er Helsedirektoratet som primært er gjennomføringsansvarlig, og som ikke har foretatt en investeringsbeslutning basert på krav til avkastning, og som formodentlig som en følge av dette heller ikke har utarbeidet en gevinstrealiseringsplan. Mangelfull fremdrift har tilsvarende bidratt til å fordyre innføringen av løsningene når de kommer. Utsettelse innebærer at de kvalitative forbedringer av tjenestene som beror på innføring av nye ikt-løsninger, lar vente på seg, til skade for brukere og pasienter i helse- og omsorgssektoren.

For den perioden rapporten dekker, 2008–2013, vil komiteen også fremheve departementets ansvar for å følge opp de ytre etatene, i dette tilfellet Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, helseforetakene mv. Likeledes vil komiteen understreke statsrådets aktive informasjonsplikt. Det vil si at det også skal rapporteres tilbake til Stortinget med ajourført informasjon når statsråden med det konstitusjonelle ansvaret for etaten, ser at målene som er presentert for Stortinget, ikke realiseres etter planen.

Komiteen er bekymret for at staten i utilstrekkelig grad er i stand til å realisere de samfunnsmessige gevinstene gjennom planmessig og koordinert innføring av ikt. Det er komiteens inntrykk at mange ikt-prosjekter i det offentlige er preget av tidkrevende interne prosesser, ordrike rapporter og velmente intensjoner på overordnet og prinsipielt nivå. Mangel på beslutninger, fraværet av evne til å gjennomføre felles og obligatoriske løsninger, mangelfull forståelse for organisasjonsmessige forutsetninger ved innføring av ikt, er medvirkende årsaker til at mulighetene som tilgjengelig teknologi gir, ikke utnyttes.

Komiteen er av den oppfatning at smale sektorinteresser og tradisjonell organisasjonstenkning ligger til grunn når store og viktige ikt-investeringer gjøres. Manglende styring og overordnet ledelse, utilstrekkelig muligheter for informasjonsutveksling på tvers, teknologiløsninger hvor fagetatenes særinteresser – ikke brukerne – er en del av problembildet.

Komiteen mener det er nødvendig å gå fra koordinering gjennom råd, veiledning og anbefalte standarder, til sentral styring og ledelse på ikt-området. Dette må gjøres ut fra et sterkt mandat, felles arkitektur og forpliktende samarbeid.

Komiteen viser til at det er en gjennomgående erfaring at det i store deler av statlig virksomhet er en oppfatning at egenutvikling av teknologiløsninger som er skreddersydd for virksomheten, best ivaretar en effektiv og brukervennlig tjenesteproduksjon. Komiteen vil imidlertid understreke behovet for så langt som mulig å ta i bruk standard programvare. Dette vil bidra til rimeligere og kontinuerlig videreutvikling av løsningene, lavere vedlikeholdskostnader og mindre sårbarhet.

Komiteen vil på denne bakgrunn fremme følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen på egnet måte redegjøre for hvordan regjeringen vil løse de ikt-utfordringene i helsevesenet som denne innstillingen viser, jf. Innst. 67 S (2014–2015).»

4. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rå Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

I

Stortinget ber regjeringen på egnet måte redegjøre for hvordan regjeringen vil løse de ikt-utfordringene i helsevesenet som denne innstillingen viser, jf. Innst. 67 S (2014–2015).

II

Dokument 3:6 (2013–2014) – Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 25. november 2014

Martin Kolberg

leder

Michael Tetzschner

ordfører

Vedlegg

Referat fra åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen om

Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren – Dokument 3:6 (2013–2014)

Høring mandag den 20. oktober 2014:

Høring med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett SF og KS Kommunesektorens organisasjon	*	3
Høring med Helse Bergen/Haukeland universitetssjukehus, Fjell kommune og Kvam kommune	*	17
Høring med leverandører av systemer for elektronisk meldingsutveksling: Visma og DIPS	*	27
Høring med Den norske legeforening og Norsk Sykepleierforbund	*	35
Høring med IKT-Norge v/generalsekretær Per Morten Hoff og prosjektleder Nard Schreurs og Direktoratet for forvaltning og IKT v/direktør Ingelin Killengreen og avdelingsdirektør Tone Bringedal	*	43
Høring med statsråd Bent Høie, Helse- og omsorgsdepartementet	*	53

**Åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen
mandag den 20. oktober 2014 kl. 9**

Møteleder: Martin Kolberg (A)
(komiteens leder)

S a k :

Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren – Dokument 3:6 (2013–2014)

Møtelederen: Da ønsker jeg på vegne av hele kontroll- og konstitusjonskomiteen velkommen til denne kontrollhøringa. Bakgrunnen for denne saken er at kontroll- og konstitusjonskomiteen har til behandling en rapport fra Riksrevisjonen som – som dere vet – heter «Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren».

Men jeg vil også si til alle deltakerne – dere som sitter her, hører meg jo tydelig nå, men det er mye publikum som skal møte senere – at dette er et stort politisk tema som Stortinget i veldig mange sammenhenger har vært involvert i, og som diskuteres mye i Stortinget og i offentligheten. Derfor er det også en del av bakteppet utover den riksrevisjonsrapporten vi har, som er den politiske bakgrunnen for at vi mener det er helt nødvendig at vi nå har en formell kontrollhøring om dette viktige og store spørsmålet for hele samfunnet og for helsevesenet.

Riksrevisjonens rapport viser – veldig tydelig, slik komiteen ser det – at det gjenstår mye innsats for å nå Stortingets mål om at alle aktører skal ha kommet i gang med meldingsutvekslinga innen utgangen av 2014, slik Stortinget har bestemt. Komiteen har derfor funnet det nødvendig å innhente mer informasjon i saken utover de dokumentene som vi har offisielt tilgjengelig. Derfor har vi denne høringa.

Komiteen har formulert fire problemstillinger som skal legges til grunn for høringa. Problemstillingene er formidlet til dem som skal delta i høringa, og er utgangspunktet for spørsmålene fra komiteen.

Komiteen har ønsket å belyse saken på en bred måte og har invitert en lang rekke representanter for ulike berørte aktører. Dette er da:

- helseministeren
- helsedirektøren
- Norsk Helsenett
- KS
- brukerne av den elektroniske meldingsutvekslinga, representert ved Haukeland universitetssjukehus og kommunene Fjell og Kvam
- leverandører av systemer for elektronisk meldingsutveksling
- Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen
- IKT-Norge
- Direktoratet for forvaltning og IKT

Det vil – og det gjør jeg oppmerksom på – bli tatt stenografisk referat fra høringa, og referatet vil følge som vedlegg til komiteens innstilling til Stortinget.

De prosedyrer som er fastsatt i reglementet for åpne kontrollhøringer, vil bli fulgt. De inviterte får først holde en innledning. Etter det får først saksordføreren, som i denne saken er Michael Tetzschner fra Høyre, og deretter representanter for de ulike partiene anledning til å utspørre de inviterte. Saksordføreren har 10 minutter til disposisjon, og de øvrige utspørterne har 5 minutter i hver del av høringa.

For at komitémedlemmene skal få stilt de spørsmålene som er nødvendige, vil jeg be om at svarene blir så korte og konsise som mulig. Jeg gjør oppmerksom på at lampen vil lyse når det er 30 sekunder igjen av taletida.

Jeg vil bare legge til at jeg ikke vil følge dette helt slavisk – er man inne i et resonnement som det er nødvendig at man kommer helt til bunns i, gjør vi det.

Til slutt får komiteen anledning til å stille noen oppfølgingsspørsmål, og de inviterte får helt til slutt ordet til en kort oppsummering hver.

Dette er, i henhold til Stortingets reglement, en åpen høring, og det er derfor viktig at alle deltakerne unngår å omtale forhold som er undergitt taushetsplikt. Dersom et spørsmål likevel er stilt på en slik måte at det krever at man – hvis man skal svare ordentlig på det – må gå inn i noe som er taushetsbelagt, ber vi konkret om at deltakerne gjør komiteen oppmerksom på det, slik at jeg eventuelt har anledning til å lukke høringa.

Det er mange her i dag, og for å unngå problemer med lydanlegget – og nå har vi altså fått et nytt lydanlegg – er det viktig at man trykker på knappen når man snakker og trykker den av igjen når man ikke snakker. Det er ikke så farlig her i rommet, men det er viktig for overføringen på anlegget her at det fungerer på det viset.

Det er komiteens håp at denne høringa kan gi Stortinget et bedre grunnlag for å håndtere dette veldig viktige spørsmålet, og vi er klare til å starte.

*Høring med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett SF
og KS Kommunesektorens organisasjon*

Møtelederen: Vi skal da starte med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett og KS. Vi har valgt å organisere dere sammen. Da har jeg gleden av å ønske velkommen en lang rekke personer. Det er først helsedirektør Bjørn Guldvog – velkommen. Vi har fått opplyst, og det tror jeg stemmer, at du har med deg to bisittere. Det er Christine Bergland, assisterende direktør for eHelse, og seniorrådgiver Kirsten Petersen.

Velkommen også til Håkon Grimstad, administrerende direktør i Norsk Helsenett. Du har også med deg to bisittere – kommunikasjonsdirektør Synnøve Farstad og seksjonsleder Sverre Fossen.

Velkommen også til KS, som er representert ved direktør Trude Andresen og fagleder Line Richardsen.

Det er viktig at disse navnene kommer riktig på plass for referentene våre.

Da er det altså slik at disse tre instansene har 5 minut-

ter hver til innledning. Da begynner vi selvsagt med vår helsedirektør, Guldvog – vær så god, 5 minutter.

Bjørn Guldvog: Takk, komitéleder. Er det 5 minutter? Jeg har fått opplyst 10 minutter.

Møtelederen: Bare prat litt, så skal jeg vurdere det.

Bjørn Guldvog: Takk. Helsedirektoratet takker for muligheten til å redegjøre for et saksområde som vi anser å ha stor betydning for helse- og omsorgssektorens utvikling. Rapporten til Riksrevisjonen peker på områder som det er av stor betydning for oss å følge opp.

Elektronisk meldingsutveksling er en teknisk måte å overføre pasientinformasjon mellom virksomheter som samhandler om behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Meldingen er f.eks. en henvisning fra fastlege til sykehus eller en melding om en utskrivningsklar pasient fra sykehus til omsorgstjenesten. Dette er viktige ting som vi trenger for å drive gode helsetjenester, og det er også sentralt for å oppnå målsettingen i f.eks. Samhandlingsreformen.

Dagens samhandlingsløsninger for meldingsutveksling ble av mange virksomheter tatt i bruk tidlig på 2000-tallet og anbefalt som nasjonal samhandlings «arkitektur» i strategien Samspill 2.0. Valgt arkitektur er en tradisjonell løsning for elektronisk dokumentasjonsutveksling, som er i utstrakt bruk i bl.a. transportsektoren, handel, bank/finans, toll osv. Det er benyttet internasjonale prinsipper og standarder der det finnes.

Tilsvarende arkitektur var allerede tatt i bruk i Danmark, Sverige, Nederland og Belgia. Danmark var tidlig ute med tilnærmet full utbredelse av elektroniske meldinger, og Norge har hentet flere av løsningskonseptene derfra.

Det ble ansett som nødvendig med en arkitektur som understøttet direkte kommunikasjon mellom virksomhetene. Til sammenligning vil vi vise til e-resept-løsningen, som også er utviklet i henhold til samhandlingsarkitekturen og baseres på elektroniske meldinger. Men her ble det i tillegg besluttet å etablere en nasjonal fellesløsning, Reseptformidleren, som er finansiert nasjonalt og med et eget regelverk som er knyttet til ordningen. Dette har vært vellykket og gir mulighet for løpende overvåking av meldingstrafikken.

Med utgangspunkt i gjeldende regelverk og den relativt store skepsisen til nasjonale personidentifiserbare registre var en nasjonal fellesløsning for all meldingskommunikasjon ikke ansett som aktuell på det tidspunktet hvor beslutninger ble fattet. Det ble tatt initiativ til å etablere en felles meldingssentral i en av regionene, men dette ble i samråd med Datatilsynet ikke tatt videre. Her vil vi vise til Danmark, som etter hvert har gått i denne retningen og etablert fellesløsninger for henvisninger, laboratorierevisjoner osv.

Utvikling av de nasjonale standardene for meldinger som er i omfattende bruk i dag, startet på 1990-tallet med innføring av elektroniske laboratoriesvar til fastleger. Allmennleger har vært pådrivere for videreutvikling av sam-

handlingsløsninger med elektroniske meldinger. ELIN-prosjektet – som det heter – for utvikling av meldinger, ble etablert med støtte fra Helsedirektoratet. Både Legeforeningen og Norsk Sykepleierforbund har gjort en betydelig innsats på dette området.

Meldingsstandardene i ELIN-prosjektet ble utviklet i henhold til brukernes behov for informasjonsinnhold og etter anerkjent metodikk. Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren, også kalt KITH, var en sentral aktør i prosessen og bisto i standardiseringsarbeidet og i videre testing av de nyutviklede meldingene.

Vi har standarder på de viktigste områdene, men vi ser at det kunne ha vært lagt ned større kraft i standardiseringsarbeidet, og spesielt implementeringen. Det er de siste årene tatt grep for å styrke dette området, og KITH er blitt en del av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet etablerte Nasjonalt meldingsløft i 2008 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Med bakgrunn i Helsedirektoratets rolle som koordinator og pådriver ble det lagt ned betydelig arbeid i å avklare mandat og presisering av virksomhetenes selvstendige ansvar for gjennomføring av tiltak. Prosjektets muligheter for å lykkes ble ansett som avhengig av aktørenes vilje og evne til å gjøre nødvendige investeringer og endringer. En prosjektorganisasjon med bred involvering av alle berørte virksomhetsområder ble etablert.

Helse- og omsorgsdepartementet overførte fra og med 2012 oppdraget om meldingsutbredelse til Norsk Helsenett. Helsedirektoratet mener at dette var et godt grep. I 2013 gikk det 133 mill. meldinger med faglig innhold, og antall meldinger er fortsatt økende. Sektoren høster nå frukter av det grunnlagsarbeidet som er gjort i ELIN-prosjektene, Nasjonalt meldingsløft og Norsk Helsenetts meldingsutbredelsesprosjekt.

Adresseregisteret ble opprettet som en sentral komponent i samhandlingsarkitekturen for å understøtte elektronisk samhandling. Adresseregisteret skulle være en basistjeneste i infrastrukturen og være den autorative kilden for adresseopplysninger.

Ved etablering av Nasjonalt meldingsløft i 2008 ble det raskt tydeliggjort at det var en stor utfordring å få virksomhetene til å ta i bruk adresseregisteret fordi det ikke inneholdt oppdatert informasjon. Det var lagt til grunn at adresseinformasjon skulle holdes oppdatert av den enkelte virksomhet. Små virksomheter, f.eks. legekontorer, glemte denne oppdateringen. Det medførte at tilliten til innholdet i registeret ikke var til stede hos aktørene i sektoren.

I regi av Meldingsløftet ble det utviklet en teknisk løsning for automatisert oppdatering av adresseinformasjon for legekontorer og kommuner. Dette har gitt de ønskede resultater. Oppdraget om utbredelse og å ta i bruk løsningen ble gitt til Norsk Helsenett i 2013, og adresseregisteret er nå i bruk.

Til slutt vil jeg komme med noen betraktninger om styringsmekanismer og koordinering: Gjennom erfaringer fra bl.a. Meldingsløftet har Helsedirektoratet erkjent at det å inneha en pådriverrolle på IKT-området ikke er tilstrekkelig. Behovet for styring, som sikrer samtidighet, utfordres av virksomhetenes selvstendige ansvar for prioriteringer

og beslutninger om å ta i bruk tekniske løsninger for samhandling. Det er tatt betydelige grep både internt i Helsedirektoratet og ut mot sektoren for å styrke dette området. Direktoratet har løftet e-helsefeltet gjennom etablering av en egen divisjon, vi har hatt økt ledelsesoppmerksomhet og endret tilnærming til nye oppdrag, som f.eks. kjernejournal og helsenorge.no, samt hvordan vi gjennomfører og utbrer løsninger i samarbeid med sektoren.

For å sikre felles koordinering og prioritering av IKT-tiltak i sektoren er det derfor etablert nasjonale utvalg. Det første jeg vil nevne, er Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren, også kalt NUIT. Utvalget skal sikre oversikt og prioritering av nasjonale e-helsetiltak som bør utvikles og implementeres, slik at man får en samtidighet. NUIT har gjennom sine prioriteringer satt fokus på bl.a. meldinger som sektoren skal implementere for økt samhandling.

Så vil jeg nevne NUFA, Nasjonalt utvalg for fag- og arkitektur, som er etablert for å gi faglige og arkitekturmessige råd før man gjør prioriteringene i NUIT – altså det nasjonale utvalget for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren.

Helt avslutningsvis: Overføring av pasientinformasjon gjennom elektroniske meldinger er av stor betydning for samhandlingen i sektoren. Vi er ikke i mål med utbredelse av alle meldinger til alle aktører, men vi er kommet langt, og de som bruker meldingene er gjennomgående godt fornøyd.

Takk for oppmerksomheten.

Møtelederen: Da sier vi takk til Guldvog og går videre. Grimstad – vær så god.

Håkon Grimstad: Takk for invitasjonen.

Elektronisk meldingsutveksling – samhandling – er grunnleggende viktig for å bedre pasientbehandlingen, og vi er glad for at området har blitt revidert. Vi har lest rapporten med interesse og med stor grad av gjenkjennelse. Det har vært gjennomgående nyttig lesning og har allerede bidratt til forbedringer.

Overordnet i rapporten pekes det på behovet for en sterkere nasjonal styring og koordinering, og det er vi enig i. En av de store fordelene med informasjonsteknologien er at den nesten fjerner geografisk og fysisk avstand, og på denne måten legges grunnlaget for mer åpenhet, større mangfold, mer demokrati og desentraliserte liv. Det spiller ingen rolle hvem du er, eller hvor du bor – Internett, Google og Facebook er det samme. Paradokset er at denne muligheten for desentralisering hviler på og fordrer sterk sentralisering av løsningene. Facebook hadde ikke vært det samme hvis vi hadde hatt lokale og regionale Facebook-er som ikke snakket samme språk. Dette blir ikke minst viktig i helse- og omsorgssektoren, som er så kompleks, så mangfoldig, så desentralisert og så totalt informasjonsdrevet – og livsviktig. Gradvis blir det også mer samordnet, og flere og flere tjenester blir nasjonale, i tråd med det som også påpekes i rapporten. Det pekes på tre overordnede forhold:

– Det er fortsatt i for stor grad bruk av papir.

- Planlegging, styring og oppfølging av arbeidet har vært for dårlig.
- Virkemiddelbruken har ikke vært i samsvar med status og utfordringer på området.

Vi i Norsk Helsenett har på ulikt vis bidratt til elektronisk meldingsutveksling siden selskapet ble opprettet – først som aksjeselskap i 2004, og så som statsforetak i 2009. Vi hadde ansvar for adresseregisteret fram til 1. januar 2013, og fra 1. januar 2012 har vi hatt ansvar for programmet for meldingsutbredelse.

Riksrevisjonsrapporten påpeker helt korrekt at adressering har vært et betydelig problem. Vi oppfatter at utfordringene med lav datakvalitet i registeret har vært vesentlig større enn rent tekniske utfordringer. Hovedårsakene er etter vår oppfatning at modellen med at hver enkelt bruker selv var ansvarlig for innlesing og oppdatering av korrekt informasjon ikke har vært bærekraftig. Derest er det slik at en god del brukere benyttet foretaksnummer i stedet for HER-id, som er identifikatoren som adresseregisteret la opp til. Det tredje punktet er at vi i Norsk Helsenett ikke evnet å ivareta eierrollen på en tilfredsstillende måte, og det er naturlig for meg å benytte anledningen til å beklage at vi ikke klarte å ta tak i adresseringsproblemet tidligere.

Gjennom arbeidet med OSEAN-prosjektet, som innebærer en automatisk integrasjon mellom journalsystemet og adresseregisteret, har vi nå tatt lange skritt i riktig retning. 75 pst. av fastlegene og kommunene samt tre av fire regionale helseforetak bruker i dag hovedsakelig adresseregisteret som eneste kilde, og det er prioriterte aktiviteter for å få resten på plass.

Eierskap til et nasjonalt register er en myndighetsoppgave og var sånn sett krevende for Norsk Helsenett, som er en driftsorganisasjon, en tjenesteleverandør. I samforståelse med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet ble derfor eieransvaret for adresseregisteret overført til Helsedirektoratet 1. januar 2013, mens vi fortsatt tar oss av løpende drift og daglig forvaltning.

Adressering er og vil fortsatt være et krevende område, men de organisatoriske, tekniske og operasjonelle grepene peker i riktig retning. Ettersom endelig resultat hviler på mange uavhengige enkeltaktører, er det vanskelig å estimere sikkert, men vi jobber ut fra at datakvaliteten – for alle praktiske formål – skal være 100 pst. i løpet av første halvår 2015.

Den 1. januar 2012 overtok Norsk Helsenett ansvaret for videre utbredelse av elektronisk meldingsutveksling fra Helsedirektoratet. Vi oppfattet at dette var begrunnet i at prosjektet var på vei over i en mer operasjonell fase, og at vi som driftsorganisasjon var bedre egnet til en slik oppgave. Vi valgte å dele programmet i åtte delprosjekt, og vi satte to overordnede mål:

- Alle kommuner skulle være medlem av helsenettet innen utgangen av 2013.
- Alle kommuner skal i gang med elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger i løpet av 2014.

Det å være medlem av helsenettet er i og for seg ikke noe mål i seg selv, men det er en vesentlig forutsetning for å nå det andre målet, og det er et sentralt mål.

I desember 2013 ble Bindal som siste kommune til-

knyttet helsenettet, og dermed var første hovedmål oppnådd.

I dag er 400 av 428 kommuner i gang med elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger, og vi jobber ut fra at 26 av de 28 resterende skal være på plass i løpet av 2014. Det er den planen vi har i samforstand med de gjeldende kommunene. Bærum kommune og Forsand kommune er i ferd med å skifte journalsystem, og da er det naturlig vanskelig å innføre nye meldinger, men de regner med å være på plass i løpet av første eller andre kvartal 2015.

Når vi valgte pleie- og omsorgsmeldinger som en indikator, er det fordi dette er meldinger som ivaretar samhandlingen mellom fastleger, sykehus og kommuner, slik det ble forutsatt i Samhandlingsreformen. Disse meldingene danner også grunnlaget for at sektoren kan håndtere betalingsforskriften elektronisk – dvs. uten bruk av telefaks.

Fra januar 2012 til september 2014 har totalantallet medisinske elektroniske meldinger økt med mer enn 900 pst. Veksten i pleie- og omsorgsmeldinger har tilsvarende vært på nesten 2 500 pst., fra drøyt 3 500 i januar 2013 til i underkant av 100 000 i forrige måned. Det er verdt å bemerke at dette ikke har vært en lineær vekst, men at tyngdepunktet av veksten har kommet etter at Riksrevisjonens undersøkelse ble gjennomført. På en vanlig hverdag går det i dag godt i overkant av 600 000 unike medisinske elektroniske meldinger i helsenettet.

Til slutt vil jeg presisere at det ikke hadde vært mulig å få dette til uten det veldig gode fundamentet som var gjort gjennom Meldingsløftet i regi av Helsedirektoratet og i samarbeid med helsesektoren. Vi kunne heller ikke klart det uten de klare rammer og styringsmål vi har hatt fra eier.

Jeg vil også understreke hvor avgjørende det har vært at vi tidlig etablerte et godt samarbeid med sektoren generelt og KS og kommunesektoren spesielt. Gjennom opprettelse av KomUT-nettverket, som er en direkte videreføring av kompetansen som ble etablert i Meldingsløftet, har utvalgte frivillige kommuner gått i spissen regionalt, mobilisert nabokommunene og bidratt til å få alle med. Lokalt engasjement har vært helt avgjørende, og vi har sett – det er kanskje ingen stor overraskelse – at Kommune-Norge mobiliseres best av og i kommunene.

Noen få ord om meldingsteknologi og hvordan ny teknologi kan forenkle og forbedre samhandlingen: Dagens løsning er basert på en robust og velprøvd, men gammel dags teknologi, som – NB! – tilfredsstillende lovverket. I dag finnes det bedre tekniske muligheter, og det samarbeides bredt om løsninger som vil bidra til forbedring, samtidig som vi tar vare på de gode sidene ved dagens løsning. Ny lovgivning vil også legge til rette for enklere, sikrere og mer effektive løsninger.

Utvexling og tilgjengeliggjøring av pasientinformasjon er en viktig forutsetning for økt kvalitet i pasientbehandlingen og til syvende og sist en best mulig pasientsikkerhet. Det er målet for aktiviteten og tiltakene innen elektronisk meldingsutveksling, og jeg mener at vi de siste årene har kommet vesentlig nærmere, dels gjennom forbedring av tekniske og operasjonelle løsninger, dels gjennom økt samarbeid i sektoren og ikke minst gjennom et

sterkere fokus på sentrale nasjonale løsninger og tilsvarende styring og oppfølging.

Takk for oppmerksomheten.

Møteleder: Da sier vi tusen takk til Grimstad.

Da er det den siste i denne runden, Trude Andresen, som skal snakke.

Trude Andresen: Takk for invitasjonen.

Kommunene har fått ansvaret for flere og mer krevende helserettede oppgaver de siste årene. Det er derfor behov for løsninger som understøtter informasjon og kommunikasjon mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten, og som bidrar til at helsepersonell får tilgang på rett informasjon til rett tid.

Vi vil fra KS' side presisere at meldingsutveksling er veldig viktig for kommunene. Det er viktig at denne samhandlingen er kommet i gang, og at arbeidet med elektronisk samhandling fortsetter. Det er etter vår oppfatning gjort et viktig stykke arbeid i de årene som har gått, selv om det har tatt lang tid.

Til tross for gode intensjoner og målsettinger for elektronisk samhandling har resultater uteblitt eller blitt forsinket. Vår oppfatning er at det er flere årsaker til dette.

For det første: Det var begrenset forståelse for kompleksiteten i utfordringene i sektoren. Den digitale modenheten og kompetansen hos de ulike aktørene var relativt lav, særlig på strategisk nivå. Her er det gjort godt arbeid i de senere årene, og det gjenspeiles i den fremdriften vi ser i dag.

For det andre: Det var ikke satt nasjonale krav til implementering av standarder eller funksjonalitet. Det førte til at aktørene i sektoren i stor grad selv prioriterte når og hvordan løsninger ble tilpasset og tatt i bruk. Mange kommuner har ventet på innføring av elektronisk meldingsutveksling fordi helseforetaket ikke var klar til å ta imot og sende meldinger. Det var også behov for tilrettelegging for digital samhandling i lovverk.

For det tredje: Det har vært et problem at flere større utviklingstiltak har blitt satt i gang samtidig, slik at leverandørene, som i stor grad har hatt ansvar for å utvikle løsningene, har blitt stilt overfor vanskelige avveininger mht. prioriteringer av egne ressurser.

For det fjerde: Det var og er vanlig at statlige prosjekter som har grenseflater mot kommunal sektor, lager løsninger eller standarder som kommunene skal ta i bruk eller legge til rette for i egne løsninger. Dette kostnadsberegnes sjelden eller aldri for kommunal sektor, og det følger ikke finansiering med. Kommunene lar derfor – naturlig nok – lokale prioriteringer være førende for når eller hvordan slike løsninger tas i bruk.

Litt om kostnader og gevinster for kommunene:

Det har vært en utfordring at kommunesektoren ikke er gitt tilstrekkelige incentiver til å gå i gang med meldingsutveksling. KS har i samarbeid med Norsk Helsenett gjennomført en FoU i 2014 om gode modeller for elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren. Her utredes bl.a. kostnader og gevinster for små kommuner ved å ta i bruk meldingsutveksling. Mange små kommuner har ver-

ken ressurser, kompetanse eller økonomi til å gjennomføre nødvendige prosjekter. Innføringskostnader for små kommuner – mindre enn 5 000 innbyggere – er gjennomsnittlig på 534 000 kr, og deretter påløper 194 000 kr i gjennomsnitt i årlige driftskostnader.

Innføringskostnadene har for mange kommuner vært et betydelig hinder for å komme i gang med meldingsutveksling, men de kommunene som likevel har gjort dette, ønsker seg ikke tilbake. De opplever at samhandlingen med de øvrige aktørene er betydelig styrket, større likeverd mellom partene, kompetanseløft og økt datakvalitet.

Litt om samarbeid i helsetjenesten:

KS mener det var uheldig at ikke hele sektoren var involvert i arbeidet med meldingsutveksling fra starten av. Vi mener det ville bidratt til en raskere innføring. Det viser resultatene som kom etter samarbeidet gjennom Meldingsløftet i kommunene. Her var kommunesektoren aktivt med, gjennom styringsgruppen og i prosjektet. Etter at Norsk Helsenett fra 2012 overtok ansvaret for meldingsutbredelse har dette skutt ytterligere fart. Vi vil peke på den koordineringsrollen Norsk Helsenett har, og samarbeidet som er etablert med KS og kommunene. Dette fungerer godt etter KS' oppfatning. Gjennom KomUT-prosjektet er det skapt regionale kompetansenettverk som er svært viktige drivere for å få kommunene i gang med meldingsutveksling. Vi ser fram til et videre samarbeid med Norsk Helsenett om dette.

Litt om nasjonal samordning på IKT-området:

KS mener det er behov for et mer samlende grep om IKT-utviklingen i kommunal sektor, for å få bedre samordning overfor staten og mellom kommunene. Sektororganiseringen i Norge er en betydelig utfordring. Vi har en sterk tradisjon for sektorielt ansvar og lokal styring. I mange tilfeller er det den mest hensiktsmessige måten å styre på. Men i møtet med digitaliseringen kan derimot sektoriell styring og lokal selvråderett være til hinder.

KS mener at IKT-utvikling er å regne som utbygging av nasjonal infrastruktur. Dette bør finansieres av staten som store satsinger, der hele offentlig sektor er inkludert. Videre mener KS at enkelte store IKT-løft i offentlig sektor bør flyttes fra sektoransvar til program.

KS mener også at framdrift og gevinst i digitaliseringsarbeidet i offentlig sektor forutsetter at etablerte modeller utfordres. Vi aksepterer et prinsipp om sterkere nasjonal samordning på IKT-området, under forutsetning av at kommunesektoren har reell innflytelse på disse samordningsprosessene.

Til slutt:

KS mener at regjeringen, ved samtlige sektordepartement, i et årlig møte med KS bør legge fram de store IKT-satsingene for det neste året for alle sektorer. Møtet må koordineres av KMD, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, og tilknyttes konsultasjonsordningen. Her skal det belyses hvilke finansieringsbehov dette skaper i statlig og kommunal sektor. Målsettingen for dette møtet må være å etablere en felles virkelighetsoppfatning og drøfte prioriteringer og mulige løsninger for finansieringsutfordringene for kommunal sektor samlet. KS vil i bilaterale konsultasjonsmøter høsten 2014 ta initiativ til dette.

Takk for oppmerksomheten så langt. Vi legger igjen et notat til komiteen.

Møtelederen: Da sier vi takk til de inviterte så langt.

Nå går vi over til utspørringen. Saksordføreren, Michael Tetzschner, har som sagt 10 minutter til disposisjon. Vær så god, Tetzschner.

Michael Tetzschner (H): Takk for det, leder. Det er fint at vi får anledning til denne samtalen. Jeg regner med at alle har lest rapporten, og jeg vil derfor gå nokså direkte inn i den.

Bare for å tegne litt av bakgrunnen for Stortingets arbeid med dette: Riksrevisjonen hjelper oss med å holde rede på om Stortingets vedtak og forutsetninger oppfylles der ute i det virkelige liv, hvor indre og ytre etater skal hjelpe det politiske Norge, når det har bevilget penger, med å se til at man går fra penger til realisering av mål. Da er det naturlig for meg å vise til den strategien man hadde, Samspill 2.0 – Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013, som, etter hva jeg forstår, var den fjerde strategien i rekken. Der er man konkret når man beskriver hva man skal oppnå, nemlig at:

- Alle parallelle papirprosesser skal opphøre, og all informasjonsutveksling skal være standardisert i henhold til nasjonal samhandlingsarkitektur.
- Minst 90 pst. av epikrisene skal sendes elektronisk fra spesialisthelsetjenesten.
- Minst 60 pst. av henvisningene skal sendes elektronisk til spesialisthelsetjenesten.
- 90 pst. av røntgenrekvisisjoner og -svar skal være elektroniske.
- Alle laboratorierekvisisjoner og -svar skal være elektroniske.

Da er det kanskje naturlig å stille det første spørsmål til Helsedirektoratet, som sentral aktør: Målsettingen er altså at alle parallelle papirprosesser skal opphøre. I dag – fem år etter at dette skulle vært gjennomført – må man kanskje stille spørsmålet: Er det i det hele tatt noen papirprosesser som har opphørt fullstendig ved at man kan basere seg fullt ut på at alle aktørene har tatt i bruk meldingssystemet?

Kirsten Petersen: Hvis vi tar utgangspunkt i samhandlingen mellom HF og et legekantor, foretas det en kontrollert avvikling av papir per meldingstype for hvert eneste legekantor, så det er mange legekantor og HF som har avviklet papir. I samhandlingen mellom kommuner og HF og mellom kommuner og legekantor har det til en viss grad ikke eksistert papir tidligere. Mye gikk på telefon og på faks, og dette er avviklet, men det gjøres i kontrollerte former mellom hver meldingstype og hver aktør. Det tar tid, og man gjør det på grunn av pasientsikkerheten.

Michael Tetzschner (H): I korrespondansen om denne rapporten har det også vært vist til at materialet ble innhentet i 2012 og avsluttet for halvannet år siden, og at det skal ha skjedd mange viktige og gledelige begivenheter. Mitt spørsmål blir da: Hvor langt unna er vi målene fra strategien 2008–2013, hvor altså det papirløse kommuni-

kasjonsregimet skulle vært innført innen 2009? Hvor langt unna er vi nå – høsten 2014?

Christine Bergland: I forhold til de målene som ble satt den gangen, tror jeg at jeg vil si at vi aldri kommer helt i mål med å bli helt papirløse med dagens arkitektur og system. Vi har kommet veldig mye lenger. Aktørene er fornøyd og fremdeles opptatt av at vi fortsetter og ikke gir opp den strategien vi hadde. Men vi ser jo og er enige – på nasjonalt nivå – om at vi trenger en annen arkitektur og andre styringsmodeller for å bli helt papirløse, eller iallfall tilnærmet papirløse. Helt papirløst blir det jo ikke.

Når det gjelder f.eks. e-resept, nærmer vi oss nå å bli papirløse, med unntak av nødresepter, for de har en annen arkitektur.

Michael Tetzschner (H): Svaret ditt gir meg et lite stikkord til neste spørsmål.

Jeg tror nok de fleste forstår at verden er kompleks, og at man støter på vanskeligheter når man skal tilpasse ny teknologi til gammel organisasjon. Men det som også er en gjennomgang i Riksrevisjonens rapport, og som også Helsedirektoratet har opplyst i sin kontakt med Riksrevisjonen, er at resultatmålene ikke kunne realiseres som følge av både tekniske og organisatoriske utfordringer – «utfordringer» her antakelig lest som problemer.

Det er da jeg stusser litt, fordi organisatoriske problemer burde jo ikke komme som en overraskelse. Når man sier at det er et problem at man har med aktører å gjøre som ikke er underkastet noe press, eller imperativ, om å gjøre det samme samtidig, men at de får utvikle sin egen implementering litt eller lystprinsippet, så må det jo gå galt. Dette er velkjente organisatoriske problemer, som vel har gjeldt også lenge før IT-samfunnet.

Hvorfor slår man seg til ro med kontaktarenaer, hvor altså aktørene bare kommer og mottar inspirasjon, men så reiser hjem og ikke gjennomfører dette, når det er så viktig? Altså: Hvis man skal ha en kommunikasjonsinfrastruktur, så må jo alle, mest mulig samtidig, ta i bruk mest mulig standardisert utviklingsarbeid. Hvorfor undervurderer man stadig det organisasjonsmessige elementet når man tross alt har kanskje hundre års erfaring i organisasjonsbygging?

Bjørn Guldvog: Det tror jeg kanskje at mine medarbeidere kan svare på, i tillegg til det svaret jeg har å gi.

Jeg tror at selv om vi har hundre år med organisasjons-erfaring på ulike områder, så har vi ikke det på IKT-feltet, og det har vært vanskelig å innrette organiseringen før vi har høstet erfaring. Jeg tror jeg vil si det sånn.

Det er jo veldig mange aktører, veldig mange eiere, som har interesser innenfor IT-feltet, og så er poenget her, mer enn på noe annet område av helse- og omsorgssektoren, at man i rimelig grad må gå i takt. Det har vi ikke vært vant til. Vi har ikke vært vant til å organisere oss slik at vi fattes fellesbeslutninger. Jeg tror også det har vært en skepsis mot å lage for sterke styringsstrukturer. Nå tror jeg at erkjennelsen er kommet mye lenger, og at vi har en felles-

tenkning i sektoren mellom aktørene, men det har krevet ganske mye prosess og dialog gjennom flere år for å få det på plass, slik som jeg ser det.

Det andre elementet, som også har en organisatorisk side, er det som vi har hørt om som kalles felleskomponenter, som altså innebærer at løsningene ikke skal være én til én, fra den ene aktøren til den andre. Da må jo det ene systemet testes og være sikkert, og man må kunne følge opp om all informasjonen blir overført på en riktig måte. Når man har sånne nasjonale felleskomponenter som ligger på plass, er det mulig å få mer robuste løsninger som sikrer at man har bedre oversikt over trafikken og også over sikkerheten i løsningene.

Det er jo også et organisatorisk element, men det henger sammen med at man må akseptere at denne informasjonen befinner seg på steder som man kanskje ikke opplever at man har full kontroll over selv. Dette henger sammen med diskusjonen om personvernet, om registre, som vi har vært veldig opptatt av i Norge – med god grunn. Vi har vært opptatt av høyt personvern, høy sikkerhet. Men det har nok vært en engstelse for å ha for mange felleskomponenter, hvor informasjonen ligger lagret i andre løsninger enn det man har umiddelbar kontroll over selv.

Michael Tetzschner (H): Da begynner tiden å løpe. Jeg vil avslutte med å vise til Dagens Næringsliv i dag, som sier at man nå har kommet godt etter med å innføre annengenerasjonsteknologi i helsesektoren, mens man i Danmark nå er på fjerde generasjon. Disse generasjonsbetegnelsene er kanskje litt forvirrende, men jeg vil eventuelt komme tilbake til den problemstillingen senere, hvis da ikke møteleder vil gi Guldvog anledning til å kommentere det umiddelbart.

Møtelederen: Det gjør jeg. Vær så god, Guldvog.

Bjørn Guldvog: Ja, det er veldig interessant, og vi er jo imponert over det danskene har fått til, men jeg tror altså det henger sammen med en større vilje til å satse på nasjonale felleskomponenter på et tidlig tidspunkt. Der kunne nok også vi ha vært tydeligere, på det tidspunktet, om at det var behov for å gjøre endringer i forhold til den strategien som var lagt opp. I ettertid kan jeg også, i likhet med det Håkon Grimstad sa her, beklage at vi ikke var mer aktive for å skape endringer i den retningen. Jeg er helt enig med saksordføreren i at det er litt ubehagelig at Norge, som regner seg som et ganske høyt IT-utviklet land, er på generasjon 2–3, mens man snakker om 4 i Danmark, og man snakker om 6–7 i California.

Møtelederen: Da sier vi takk til Tetzschner. Jeg skylder å gjøre oppmerksom på at den tiden som er til disposisjon for den enkelte, er den enkeltes. Jeg griper ikke inn hvis det ikke skulle være helt spesielle grunner til det, bare så det er nevnt.

Da går vi videre i utspørringen, og det er jeg som skal stille spørsmål på vegne av Arbeiderpartiet, så da overlater jeg møteledelsen til min nestleder, Michael Tetzschner.

Michael Tetzschner overtok her som møteleder.

Møtelederen: Vær så god – Martin Kolberg.

Martin Kolberg (A): Tusen takk. Vi hører med veldig stor oppmerksomhet på det som sies om dette vanskelige og alvorlige temaet. Dere får gi uttrykk for det – men jeg hører ikke at noen av de som har snakket nå, altså helsedirektøren, Norsk Helsenett eller KS, grunnleggende bestrider rapporten fra Riksrevisjonen. Det er viktig å få slått fast at det virker som at det er samstemmighet om den kritikken som Riksrevisjonen har presentert for Stortinget. Det er et godt utgangspunkt for videre arbeid. Det er derfor jeg presiserer akkurat dette.

Vi merker oss også at først Grimstad og nå også Guldvog her i denne høringen beklager at de ikke har vært akt-pågivende nok, spesielt når det gjelder adressesystemene. Da vil jeg spørre, og jeg spør Guldvog og Grimstad i den rekkefølgen – dere har sagt mye om det, jeg har hørt alt, men gjør det litt mer muntlig for oss nå: Hvorfor er vi der vi er, og hvorfor er vi ikke der vi skulle ha vært? Det er hovedspørsmålet. – Guldvog, så Grimstad.

Bjørn Guldvog: En hovedårsak er at vi har hvilt oss på en litt gammeldags måte å tenke utvikling av helsetjenesten på – dels understøttet av en tenkning i Norge om at det er veldig viktig å ha kontroll over den informasjonen som jeg sender til en annen aktør i helsetjenesten. Dermed har vi hatt ...

Martin Kolberg (A): Kontroll fordi at ...?

Bjørn Guldvog: Fordi vi ønsker et veldig høyt personvern, og vi ønsker en stor grad av pasientsikkerhet.

Martin Kolberg (A): Jeg ville bare ha det med.

Bjørn Guldvog: Så var vi tidlig ute med å ta i bruk IKT. Det ga oss veldig mange ulike tekniske løsninger, som en da skulle forsøke å samhandle seg imellom i en én til én-samhandling. Det har vi bare i beskjeden grad lyktes med. Det er ikke en innretning som gjør at vi klarer å bevege oss opp på denne skalaen i modenhet, som Michael Tetzschner snakket om. Så jeg tror at svaret er at vi ikke har etablert tilstrekkelig med fellesløsninger, og vi har ikke fått tilstrekkelige felles styringsmodeller som gjør at vi kan ta beslutninger, som gjør at hele sektoren får en samtidighet i utviklingen. Det er hovedgrunnen.

Martin Kolberg (A): Grimstad skal få ordet om et lite sekund, men Guldvog: Du sa, hvis jeg ikke tar feil nå – vi tar jo alt gjennom øret, ikke sant – at grunnen til dette er at oppfølgingen og styringen sentralt har vært for dårlig? Og hva ligger det i den kritikken som KS framfører her om finansiering og kommunikasjon med kommunene? Kommenter de to tingene, og så skal Grimstad få ordet.

Christine Bergland: Ja, det kan man vel kanskje si. Men jeg mener at det er bedre å si at vi etablerte en løsning som ikke var tilpasset den manglende styringen vi hadde. For det er 17 000 aktører i norsk helsesektor. Mange er næringsdrivende, f.eks. fastleger. Det er kommuner som har selvråderett. Og det kan gå med moderne tekniske løsninger, men når man etablerer en arkitektur som inneholder at alle skal jobbe samtidig, med høy kompleksitet, og innføres samtidig uten at man hadde – den gangen – et styringsregime, har det ført til at vi har fått store utfordringer. Det Bjørn Guldvog og vi sier, er at vi kanskje tidligere burde ha sagt det. Men vi kunne ikke tidligere ha begynt å styre, for styringsmekanismene var ikke der. Jeg tror det er det vi mener.

Martin Kolberg (A): Det er mye å følge opp etter disse svarene – for all del.

Håkon Grimstad: Takk. Utgangspunktet var jo adressering, og som jeg sa innledningsvis: Datakvaliteten har vært et større problem enn den teknologiske løsningen. Ser vi på endringene som er gjort teknisk i registeret, så er ikke det den omfattende prosessen. Problemet har vært å få en datakvalitet. Det er jo slik at hvis du slår opp i telefonkatalogen og ringer til Pettersen og du kommer til Olsen, og det skjer tre av fire ganger, blir du skeptisk til innholdet i telefonkatalogen. Derfor er datakvalitet viktig. Hovedårsaken til at datakvaliteten har vært for lav, er at man har basert seg på at hver enkelt aktør selv skal lese inn og holde kvaliteten oppdatert. Det betyr altså at når et legekontor får en ny turnuskandidat, skal de ta ut den gamle turnuskandidaten og legge inn den nye. Dette har ikke fungert.

Den andre store problemstillingen er at en del av sektoren valgte å bruke et annet identifikasjonsnummer, altså foretaksnummer, i stedet for HER-id, og det snakket jo ikke sammen.

Så er det slik, som Bjørn Guldvog er inne på, at det har en pris å være tidlig ute. Norge var veldig tidlig ute. Teknologien, som da er førstegenerasjonsteknologi, møter en kultur, en organisasjonsstruktur og et juridisk rammeverk som ikke nødvendigvis er optimalt. En del av de erfaringene vi har høstet i Norge, har vært nyttige for dem som har kommet etter oss. Men vi har nå med oss den historien som vi har skapt, og da blir en endring litt som å bytte skrogplater på båten mens du er i fart i vannet. Det er en skjør og vanskelig prosess, og ganske omfattende, særlig i en sektor som er så stor og kompleks.

Møtelederen: Takk for det. Vi tillater ett avsluttende oppfølgingsspørsmål fra Kolberg.

Martin Kolberg (A): Det er fordi vi er i starten av høringen, så det er noen basisspørsmål vi gjerne vil ha svar på. Dette spørsmålet må stilles til Guldvog og ingen andre: Har kommunikasjonen med departementet vært tilfredsstillende? Har departementet fulgt med på de utfordringene som ligger her? Og hvilket ansvar vil ligge på departementet, også når det gjelder de utfordringene vi ser i denne

rapporten? Jeg vil gjerne at helsedirektøren kommenterer det før vi går videre.

Bjørn Guldvog: Takk, komitéleder.

Vi har opplevd at dialogen med departementet i hele denne perioden har vært god. Vi har opplevd en økt satsing fra departementets side, gjennom ulike virkemidler, som f.eks. oppdrag til Norsk Helsenett om meldingsutbredelse, budsjettmidler rettet mot kommunene, klarere styringssignaler overfor både de regionale og de enkelte helseforetakene, og det er kommet nytt lovverk og nye forskrifter, som e-resept er et eksempel på. Det er kommet forskrift om IKT-standarder osv. Så det har vært en oppfølging av dette, men jeg tror verken departementet eller vi har sett den kompleksiteten som lå i at det, som Håkon Grimstad var inne på, var utviklet så mange løsninger, førstegenerasjonssystemer, som man da skulle forsøke å få til å samhandle via en slik én-til-én-type informasjonsutveksling.

Det ble for komplekst, og styringssystemene var ikke på plass for å ivareta dette. Når jeg sier styringssystemer, har jeg sett at et par av komiteens medlemmer har hevet øyenbrynene, og det sikkert med god grunn. Men dette innebærer altså at vi ennå ikke har etablert den mekanismen som gjør at norske kommuner og norske helseforetak og regionale foretak – alle de private aktørene – fatter felles beslutninger om hvordan helheten i systemet skal rigges videre. Det er dit vi trenger å komme hvis dette skal bli så kraftfullt som vi ønsker.

Møtelederen: Da er Arbeiderpartiets fem minutter ute, og vel så det. Da går vi videre til Fremskrittspartiet. Samtidig gir jeg møteledelsen tilbake til komitéleder.

Martin Kolberg overtok her igjen som møteleder.

Møtelederen: Helge Thorheim – vær så god.

Helge Thorheim (FrP): Takk for det, leder.

I Dagens Næringsliv i dag får de ulike aktørene veldig sterk kritikk av Helsedirektoratet. Jeg vil sitere:

«Også ledelsen i de fire helseregionene får hard kritikk av Helsedirektoratet. Ifølge direktoratet [hadde] ikke regionene klart å samarbeide, ikke fått noe ut av forsøk med felles prosjekter, og it-strategiene etter 2010 ligner på strategiene som ble lagt på starten av 2000-tallet. Mens Norge ligger langt etter andre land, ligger Helse Sør-Øst, ifølge direktoratet, «noen år» bak de andre regionene.»

Samtidig sier Riksrevisjonen:

«Helsedirektoratet har ansvar for at viktige tekniske forutsetninger for elektronisk samhandling ikke er utviklet.»

Er ikke da kritikken av Helsedirektoratet – som har det overordnede ansvaret – berettiget?

I tillegg ble det sagt nettopp at man hadde ikke styringsmekanismene som skulle til. Med den sentrale plassering Helsedirektoratet har, ville det ikke være naturlig at Helsedirektoratet lett kunne skaffe seg disse styringsmekanismene fra Helse- og omsorgsdepartementet – for

å kunne være den sentrale aktøren som kunne slå igjennom?

Christine Bergland: Jo, det er mulig vi skulle gjort tidligere det vi gjør nå, men i hvert fall de siste to–tre årene har vi vært veldig tydelige på nasjonal styring. Vi har også konkret innført nasjonale løsninger, hvor vi sitter i førersetet. Vi har laget disse rapportene, hvor vi dokumenterer at forsøk på samhandling mellom de regionale helseforetakene ikke har lyktes, og utfordrer med det styringsstrukturen innenfor IKT.

Jeg vil bare minne om at i disse rapportene kom ikke kommunesektoren fram i noen særlig grad, men det er – mildt sagt – enda større utfordringer der. De regionale helseforetakene har laget strategier og jobber systematisk på et relativt godt nivå nå. Leser man disse rapportene som det samme som å se på meldingsutveksling: Strategiene fra 2002 var urealistiske. De har ikke endret seg nå. Innholdet er noe annet, men det er de samme målene. Derfor gikk det en del år da Norge måtte rydde opp i den såkalt tekniske gjelden fra man hadde førstegenerasjon – eller fra man innførte løsninger veldig tidlig. Det er hovedsvaret mitt, i alle fall.

Helge Thorheim (FrP): Jeg har lyst til å følge opp dette litt. Vi hørte her at det er svært mange – nå husker jeg ikke hvor mange – tusen aktører i dette. Man kan ikke på en måte parkere kommunene for seg, slik jeg oppfattet svaret litt. Med den sentrale posisjonen som Helsedirektoratet har, ville det ikke være naturlig at man tok et overordnet, sterkt grep? Og da er spørsmålet: Vil man gjøre det fremover, slik at kommunene, fastlegene, som er selvstendige, og helseforetakene blir tvunget inn i det rette sporet frem til den sjette og sjuende generasjonen, som man snakker om?

Christine Bergland: Vi har jo begynt – og også kommet et godt stykke på vei. Vi har etablert disse styringsmekanismene, som for så vidt er konsensusbasert, men vi sitter nå og leder dem. Vi får et lovverk – som vi har etterspurt, og som nå kommer – hvor vi kan definere hvilke standarder og hvilke systemer som skal gjelde. Vi har fått en større forståelse for at personvern og pasientsikkerhet går hånd i hånd, og vi har kommunesektoren veldig «høyt» på radaren. Når jeg sier at disse rapportene ikke inneholder kommunesektoren: Det kommer også en rapport om kommunesektoren nå. Så vi bringer kommunesektoren inn som en del av helsetjenesten og IKT.

Helge Thorheim (FrP): Det er bra.

Jeg har et oppfølgingsspørsmål til KS, men jeg tror det tar for mye av min tid. Kanskje jeg kan ta det under oppsummeringen i stedet.

Møtelederen: Jeg tror faktisk du skal stille det. Vi har litt god tid utover dagen – har jeg følelsen av – så det er veldig viktig at dette panelet får svart på grunnspørsmålene. Bare fortsett, du, med spørsmålet ditt.

Helge Thorheim (FrP): Takk for det, leder.

Ifølge KS – ut fra det dere sa – er dere enig i at man må ha en nasjonal infrastruktur og kjøre dette nasjonalt. Men samtidig sier dere at KS mener at kommunene må ha reell innflytelse. Betyr ikke dette at man da er litt tilbake der man har vært? Hvis kommunene skal ha sterk innflytelse, er det vel også litt pulverisering av ansvar? Kan dere kommentere litt det som dere sa i sted?

Trude Andresen: Dette er jo et dilemma for kommunesektoren. Det har vi fra KS for så vidt pekt på i ganske lang tid, fordi vi – som alle vet – er opptatt av det lokale selvstyret. Samtidig ser vi at på digitaliseringsområdet gir dette oss noen utfordringer.

Det er to virkemidler, slik vi ser det, som må tas i bruk. Det ene er selvfølgelig lovverk. Når det gjelder de viktige tingene, er det viktig at lovverk tas i bruk også på dette området. Det andre er felles utviklingsprosjekter. Begge deler virker. Men hvis ikke noen av disse virkemidlene følges av skikkelig kostnadsberegning og finansiering for kommunesektoren, er det ganske liten hjelp i det. Noe av det vi etterlyser nå, er at man går inn og sikrer at kommunesektoren får midler til å gjøre den jobben sektoren selv trenger å gjøre for å være med på et nasjonalt løft.

Når det gjelder kommunesektorens innflytelse i disse prosessene, opplever vi at våre medlemmer er opptatt av at KS, på vegne av kommunesektoren – fordi vi involverer våre medlemmer i disse prosessene – er med i de nasjonale utvalgene som er nedsatt de siste par årene, og at dette er en innflytelse som er god for kommunesektoren.

Jeg oppfatter det slik at den største utfordringen nok først og fremst handler om finansiering, om kostnadsberegning og om utfordringen med hvordan kommunesektoren – hva skal jeg si – som fellesskap skal kunne bidra inn i disse nasjonale løftene. Det er der hodepinen ligger for vår sektor.

Møtelederen: Nyttig spørsmål og nyttig svar, dette.

Da er tiden til Fremskrittspartiet ute, og vi går over til Kristelig Folkeparti. Hans Fredrik Grøvan – vær så god.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Takk for det.

Jeg la merke til at Guldvog brukte en formulering som gikk på at en kunne ha lagt ned en større kraft i standardisering og implementering. Da den nasjonale strategien for elektronisk samhandling ble vedtatt, var det da en enhetlig strategi for utvikling og gjennomføring?

Bjørn Guldvog: Jeg vil nok si at med den kunnskapen jeg har i dag når det gjelder hvilke strategier det bør være for implementering og gjennomføring, var den ikke tilstrekkelig kraftfull. Dette har også å gjøre med den rollen som Helsedirektoratet har inntatt i ulike faser i dette arbeidet.

Jeg kan fortelle at den gangen, tilbake til 2007–2008, var vi en avdeling i Helsedirektoratet med – jeg husker ikke hvor mange – i størrelsesorden 20 medarbeidere som jobbet med en slik strategi. Man tenkte da at måten man som myndighetsorgan jobbet ut mot sektoren på, var å lage

standarder, tilrettelegge og være pådriver – men ikke ansvarlig – for implementering. Vi så, på det tidspunktet, at dette var en strategi vi ikke ville lykkes med – med tanke på å få til de endringene vi ønsket oss. På det tidspunktet tok vi en beslutning om å rigge oss helt annerledes og mer kraftfullt. Det var en beslutning som vi tok, og som vi jobbet for å få til – over år. Det har for så vidt ikke vært en – i hvert fall ikke på det tidspunktet – primær oppfatning at dette nødvendigvis skulle gjøres i Helsedirektoratet, men vi så ingen andre aktører som var i stand til å trekke det lasset. Det er grunnen til at vi har bygget oss opp ganske kraftfullt på IT-området og nå er en virkelig stor divisjon – den største divisjonen i Helsedirektoratet.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Jeg la merke til at Bergland beskrev at strukturene rundt organiseringen av helsevesenet ikke var helt på plass for å få til de gode resultatene.

Mitt spørsmål er da: Er det for vanskelig å få til en god nok pasientsikkerhet med nasjonale felles løsninger, sånn som strukturene rundt dagens helsevesen er?

Christine Bergland: Ja, med tanke på den arkitekturen som gjelder i meldingsutvikling, som er mange til mange – som er ekstremt kompleks, og som har en sånn voldsom vekst når du lykkes – er det uhyre vanskelig. Men det er mulig å få til veldig mye innenfor dagens struktur ved å si, tross alt, at noen har en myndighet, og definere den, og så sørge for arkitektur og løsninger som er såkalt felles komponenter. Det er de to sporene.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Hvis en nå ser det arbeidet som er gjort, i etterpåklokskapens lys, og en skal se framover, hva er det som trengs ut fra deres oppfatning nå for å få fortgang i arbeidet, og hva er det som mangler for å kunne få til de resultatene som en har satt seg som mål for dette arbeidet?

Christine Bergland: Jeg vil først si at vi har fått noe allerede i år, og det er nytt lovverk. Det har vært helt grunnleggende.

Så har vi fått en erkjennelse hos alle aktører av at vi alle må avgi myndighet for å få større kraft. I det holder vi nå på å utvikle en strategi for hvordan vi kan løse denne overskriften: En innbygger – én journal. Så jeg vil nesten si det sånn: La oss nå få holde på og øke innsatsen, og også få en erkjennelse av at det må være en økt nasjonal styring.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Flere av dere har allerede nevnt at Danmark ligger lenger framme enn det vi gjør i Norge, og med erfaring fra ulike IT-prosjekt i Norge har en av og til inntrykk av at en må, kanskje for mange ganger, finne opp kruttet på nytt.

Mitt spørsmål er derfor: Har en i tilstrekkelig grad gjort nytte av f.eks. erfaringene fra Danmark og andre steder i verden i utviklingen og gjennomføringen av dette prosjektet i Norge?

Christine Bergland: Ja, vi gjør egentlig det meste av det Danmark gjør, bare at vi gjør det noen år etter – altså meningsutveksling som konsept, det hadde Danmark. Nå har de vridd seg mer over mot en annen arkitektur. Det ønsker vi også. Vi har laget en sentral komponent som heter helsenorge.no, som skal bli innbyggertjenester. Det har Danmark hatt noen år før oss. Vi har innført e-resept tilsvarende Danmark. Det er veldig mye likt. Nå har hovedstadsregionen i Danmark kjøpt en stor elektronisk pasientjournal for sykehus og fastleger i første omgang. Vi utreder det.

Møtelederen: Takk.

Da var Kristelig Folkepartis tid ute, og vi går da videre til Senterpartiet og Gerd Eli Berge – vær så god.

Gerd Eli Berge (Sp): Ja, dette er en viktig reform som det ventes på ute i Helse-Norge og ute blant brukerne, for det er ofte vanskelig for brukere å skjønne at det går så sakte som det av og til oppleves i helsevesenet i forhold til det en selv er vant til når det gjelder å få ting fort fram, og at brukerne kanskje ikke skjønner behovet for sikkerheten på sine data.

Det er interessant å høre at en nå er kommet videre – rapporten her er viktig – at en ser at det er arbeid i gang for å forbedre dette, og det går jo mye på verktøy og styringsmekanisme.

Men jeg hadde bare lyst til å gå bakover til starten: Hva er det en opplever som uklart i Stortingets forutsetninger fra 2010? Vi har vel hørt noe her, men Stortinget har gitt en bestilling, og så er det ikke alt som lar seg gjennomføre. Hadde Stortinget nok kunnskap? Er det gitt nok kunnskap for det vedtaket som ble gjort og de styringer som ble lagt inn i vedtaket?

Christine Bergland: Uansett hvem man spør, er svaret at kompleksiteten i konseptet rundt meldingsutveksling er ekstremt høy. Den har gradvis gått opp for oss. Nå tror jeg de fleste er enige om at den er så høy at vi må i en annen retning. Men i 2010 var ikke forståelsen av det så høy som i dag.

Møtelederen: Da går vi videre, og da er det Venstre og Abid Q. Raja – vær så god, 5 minutter.

Abid Q. Raja (V): Takk komitéleder.

Dette som kommer fram her, virker for meg veldig passivt og resignert, nesten litt tafatt. Så tenker jeg at Danmark gjør det, de gjennomfører det, og dere klarer ikke engang å kopiere det. Hvorfor ikke?

Christine Bergland: Vi kopierer det. Det er akkurat det vi gjør.

Meldingsutveksling skal vi fortsette med videre, fordi vi har iverksatt det, for vi kan ikke stoppe noe som allerede betyr så mye. Men det er ikke fremtidens løsning. Vi har laget kjernejournalen, vi har laget helsenorge.no, vi har utviklet e-resept, som er innført. Så dagens løsninger er

helt annerledes enn det som vi kaller gårdsdagens, nemlig meldingsutveksling.

Abid Q. Raja (V): Grimstad sa at det vi burde hatt, var en sentral løsning. Og Guldvog sa at Norge har sett hen til Danmark og hentet inspirasjon derfra. Mitt inntrykk har vært at Danmark har hatt en sentral løsning.

Hvorfor har man ikke bare hatt vilje til å ta det grepet fra starten av, hvor man altså lagde en felles løsning, og så kunne dette antallet, 17 000 aktører, koblet seg på denne sentrale løsningen, så fint som Grimstad forklarte det? Det var en Google-løsning som andre kobler seg på. Hvorfor gjorde man ikke dette allerede fra starten av?

Håkon Grimstad: Svaret er egentlig ganske enkelt: Den norske e-helsehistorien går langt tilbake til før Google. Den går tilbake til et tidspunkt hvor Google, Facebook og knapt Internett var noe folk flest hadde noe forhold til. Den historien har vi med oss, og i det ligger det jo noe veldig bra ved at vi var tidlig ute. Men det ligger også en arv som handler om at teknologier er etablert, kulturer og strukturer er etablert, og det er store, tunge organisasjoner som skal snus.

Abid Q. Raja (V): Så det er den norske modellen, det er liksom den norske viljen – det er ikke bare evnen, men det er viljen, måten å jobbe på, som det er noe i veien med?

Håkon Grimstad: Nei, det tror jeg ikke. Jeg tror den norske måten å jobbe på, den norske viljen til å få til løsningene, er helt utmerket. Men vi startet på et tidspunkt med en teknologi som i dag oppfattes som forgangen. Der hvor vi startet med den teknologien vi har – som var meldingsbasert – kunne man f.eks. i Estland, som startet mye senere, gå rett på nettbaserte løsninger, mens man f.eks. i en del afrikanske land i dag går rett på mobile løsninger.

Abid Q. Raja (V): Betyr det at vi omstiller oss for sent?

Håkon Grimstad: Det er mulig. Det er i hvert fall sånn at omstilling blir vanskeligere dess mer etablert du er. Paradoxet her er at dess mer kompleks og omfattende en sektor er – sånn som helsesektoren – jo større er behovet for sentral styring og sentrale løsninger.

Abid Q. Raja (V): Er det det tungroddet du er på? Er det tungrodd? Er det ikke omstillingsvillig?

Håkon Grimstad: Nei, ikke nødvendigvis tungrodd, men det krever altså både en felles vilje og en felles styring som peker i samme retning.

Abid Q. Raja (V): Ja, når du snakker om den felles viljen og felles løsning, hvorfor har vi ikke den felles viljen? Det er det jeg prøver å få tak i. Hva er det som har vært galt? Hvorfor har ikke dette fungert? Og hva er det med den viljen?

Bjørn Guldvog: Jeg kan kanskje prøve å si noe om dette.

For å utvikle helse- og omsorgstjenester i dette landet, er 428 kommuner en god mulighet. Det går an å ha et annet antall også, jeg vil understreke det. Men det går an å drive gode helsetjenester gjennom 428 kommuner, og også gjennom fire regionale foretak og mange foretak. Men man får ikke utviklet en IT-struktur for landet vårt gjennom den samme styringsmodellen. Den har ikke vært etablert, og det er på én måte et ganske stort løft å tenke at en sektor i seg selv skal lage den styringsmodellen. Det er jo noe av det som jeg hører KS er inne på også, at de ser behov for at dette samordnes på et styringsmessig nivå som ikke vi råder over fra vår sektor alene. Og det tror jeg er riktig.

Abid Q. Raja (V): Men jeg følte at Grimstad kanskje hadde litt av løsningen da han innledet i dag tidlig, med modellen han skisserte – at man lager en nasjonal standard, og så får andre koble seg på, som man har gjort i andre land. Selv om du sier at vi har et visst antall kommuner, har jo andre, store land klart å gjennomføre dette med langt større befolkning og andre typer systemer. Tiden løper, men jeg vil bare få et lite tall på det.

Dere har jo brukt veldig mye av det offentliges penger for å få til noe som vi ikke har fått til. Så har jeg notert meg at her er det doble rutiner hos fastleger og helseforetak, hvor man bruker både elektroniske meldinger og papir på samme opplysningsutveksling. Hva snakker vi om av totalkostnad, hvis vi inkluderer den bortkastede timebruken, som at arbeidet må gjøres dobbelt, og at penger har blitt brukt uten at vi har fått på plass de nødvendige løsningene? Hva snakker vi om? Tenk et tall – hvor er vi hen?

Christine Bergland: Vi har ikke noe tall på det, annet enn at det selvfølgelig er altfor høyt. Og det er jo ...

Abid Raja (V): Snakker vi om flere hundre millioner? Snakker vi om en milliard? Hva snakker vi om?

Christine Bergland: Vi vet ikke.

Møtelederen: Grimstad, brant du inne med noe når det gjelder den første problemstillingen? Det virket sånn på meg. Da får du anledning til å si noe nå, hvis du vil?

Håkon Grimstad: Nei, jeg tror det går bra.

Møtelederen: Da er Venstres tid ute, og jeg gir ordet til Miljøpartiet De Grønne. Rasmus Hansson – vær så god.

Rasmus Hansson (MDG): Takk. Vi har fått noen nokså begripelige forklaringer på et teknologisk utgangspunkt som ikke er det beste, og en aktørsammensetning som er komplisert når målet er en sentralisert løsning. Så hører vi noen hjertesukk, hvor dere nesten sier: Kan dere ikke la oss være i fred så vi får gjort jobben? Det interessante spørsmålet er jo: Har vi nå – med lovverk, med ny forståelse, nye prosjekter – forutsetninger som gjør det

mulig at vi kan si at dette kommer vi til å få til innen uoverskuelig framtid, eller ser vi, på grunn av aktørsammensetningen og underliggende, innebygde konflikter, at vi fortsatt vil ligge etter skjemaet, og vil møtes her igjen om noen år ved neste gjennomgang fra Riksrevisjonen? Er det noe ved den norske aktørsammensetningen eller andre konflikter som gjør at dette blir vanskelig, at vi ikke kan si at nå kommer vi til å få det til?

Christine Bergland: Jeg vil bare gjenta det med lovverk med hensyn til den forrige diskusjonen. Du kan ikke koble deg på noe sentralt hvis du ikke har lov til det. Og det er først nå vi har fått lov. Det har vært egne hjemler for hver eneste lille..., så det er veldig, veldig viktig – og det har vi. Det betyr også at vi har et veldig godt grunnlag for å kunne anskaffe nye løsninger. Så ja, vi mener det. Vi mener at Norge er i ferd med å komme på riktig kurs. Det er et samlet politisk Norge, et samlet Aktør-Norge, og myndighetene ønsker å ta større ansvar. Så ja.

Rasmus Hansson (MDG): Er KS enig i en sånn beskrivelse? Dere etterlyser et årlig samordningsmøte. Vil det, pluss det nye lovverket, være tilstrekkelig? Eller er det andre forutsetninger som må på plass for at man kan få til den samordningen? Vi snakker vel om sentralstyring – et litt stygt ord i norsk politikk – men vil det da være tilstrekkelig?

Trude Andresen: Det er vanskelig å svare et ubetinget ja på det. Men vi tror vi er på rett vei. Både det arbeidet som nå pågår knyttet til meldingsutveksling, og det arbeidet som er i gang knyttet til «En innbygger – én journal», har vi stor tro på. Men det vi er bekymret for i den prosessen, er nettopp IT-utviklingen mer generelt, hvor helsesektoren er en del av det, og hvor kommunesektoren går på tvers av alle de andre sektorene og kompliserer det hele. Hvis ikke vi får noen nye mekanismer på plass knyttet til samordning og økonomi og finansiering, er jeg redd for at den samtidsproblematikken som flere her har vært inne på, altså at vi har behov for felles løft omtrent samtidig i sektoren, kommer vi ikke til å klare komme i mål med. Så der må vi nok ta noen nye grep, tror vi i KS. Men hovedstyret i KS liker ikke begrepet «styring», så dermed snakker vi om «samordning».

Møtelederen: Rasmus Hansson, du har tid til et spørsmål til.

Rasmus Hansson (MDG): Håkon Grimstad, fra din side, ser du at de tilstrekkelige forutsetningene er til stede for å få til en samordnet løsning som faktisk leverer det som er Stortingets bestilling? Det var jo ikke bare jubel fra KS' side nå. Står vi fortsatt overfor problemer som må løses, f.eks. i Stortinget, for at vi skal komme i mål med dette?

Håkon Grimstad: Hva Stortinget skulle ta av beslutninger, går på sett og vis nesten over hodet på meg. Jeg oppfatter at ...

Møtelederen: Unnskyld, Grimstad, det er veldig viktig at du overfor oss sier din hjertens mening!

Håkon Grimstad: Selvfølgelig. Og i det daglige virket jeg har, og de oppgavene som Norsk Helsenett løser, mener jeg at forutsetningene er til stede. Det betyr ikke nødvendigvis at de er optimale, og så er det spørsmål om de noensinne vil bli det.

Rasmus Hansson (MDG): Og den optimale løsningen er?

Håkon Grimstad: Det har jeg rett og slett ikke noe svar på. Da hadde jeg kanskje hatt en annen rolle i samfunnet enn den jeg har!

Møtelederen: Da er vi ferdig med denne runden, altså at alle partiene har hatt ordet og stilt sine spørsmål.

Da er det oppsummering i 10 minutter. Jeg gir ordet til saksordføreren – Michael Tetzschner, vær så god.

Michael Tetzschner (H): Takk for det, leder. Bare for å presisere: Når det gjelder det lovverket som nå kommer på plass hvert øyeblikk, så sikter man til forskriftsendringen som trer i kraft 1. januar 2015? Det er den vi snakker om? Ja. Så da vil man eventuelt oppleve endringene med den når den begynner å virke? Det er greit å vite.

Det andre er adresseringsproblematikken som har vært et gjennomgående problem i revisjonsrapporten. Der følte jeg vel også at det var noen gladmeldinger, at det nå er løst, i betydningen at også automatisk ajourhold er i orden, eller at man i hvert fall har det tekniske på plass gjennom OSEAN, antakelig. Det nikkes – det er bra.

Da vil jeg avslutte med følgende: Vi har vært litt inne på dette med incentivstrukturen, hvor det har vært en veldig ulempe at aktørene i grunnen har vært belønnet med å vente med å kommittere seg også økonomisk, fordi da er det jo lang vei til gevinstrealisering. Er den knasten nå også borte ved at det er forskriften som skal løse dette, at det da ikke lenger er mer taktiske, økonomiske vurderinger hos den enkelte aktør som avgjør når man trer inn i dette?

Det siste har også med gevinst å gjøre. Er det nå etablert en plan for å ta ut gevinster når systemene begynner å virke?

Møtelederen: Det er vel Guldvog som kan svare på dette, vær så god.

Bjørn Guldvog: Jeg kan kanskje starte med om aktørene på en måte nå er rigget på en annen måte når det gjelder å ta beslutninger. Jeg tror at en av de tingene jeg ville anmode om at Stortinget har oppmerksomhet på, er det som Trude Andresen snakket om: den statlige og kommunale styringen på det helhetlige IKT-feltet. Jeg opplever nok at det fremdeles er en type risiko som hefter ved dette, for jeg er ikke sikker på om alle kommunene vil være i stand til, alltid, å kunne prioritere likt, eller det vi ønsker fra vår sektor. Det er kanskje en av de tingene jeg ville ønsket oppmerksomhet på.

Når det gjelder dette med gevinstuttak, kan du si noe om det, Christine?

Christine Bergland: Når det gjelder meldingsutveksling, er konseptet sånn at den enkelte aktør skal sette seg mål og realisere gevinstene hos seg. Der er vel iallfall overskriften sånn at det har vært mye plunder og heft med å få det implementert, så aktørene har brukt mye ressurser på det. Men når de har fått det til å fungere, får de ut gevinster, og særlig da også på kvalitet.

Når det gjelder det lovverket, så er det to lovverk. Det viktigste lovverket er at vi nå får lov til å dele informasjon, og det ble vedtatt i Stortinget i vår. I forbindelse med det vil det også nå i større grad kunne være et lovverk som stiller krav. Så det er begge deler, men det er særlig muligheten til å dele informasjon. Det er det viktige kvantespranget som gjør at vi kan velge en annen arkitektur.

Møtelederen: Takk for dette.
Gunvor Eldegard.

Gunvor Eldegard (A): Takk, leiar. Eg ønskjer å stilla nokre spørsmål til KS. Først: Kan de kommentera litt meir når det gjeld finansieringa? Er det sånn at finansiering av prosjekta har vore hovudutfordringa, eller er det andre ting som har gjort det? Du nemner òg det at aktørane kunne ha valt eigne løysingar, at det er ei utfordring. Har KS vore ein pådrivar inn til kommunane der?

Eg lurar på om du meiner at leverandørane har prioritert helseføretaka framfor kommunane. Så tenkjer eg: Kvifor er det sånn at kommunane i liten grad har brukt elektroniske meldingar både på sjukeheimar og i heime-tenesten, som rapporten beskriv?

Heilt til slutt, har de tatt initiativ? Seier du no at du ønsker eit årleg, sentralt møte? Har de tatt initiativ til sånne møte før og ikkje fått svar? Takk.

Møtelederen: Andresen.

Trude Andresen: Takk.

Om finansiering er hovedutfordringen? Jeg vil si at fram til i dag har det vært mange utfordringer hos kommunene. En går på kompetanse på dette både i organisasjonen og på ledernivå. Hvor sentralt IKT og digitalisering er for utviklingen av helsetjenesten, har det vært – det viser undersøkelser også blant rådmenn – en manglende forståelse av. Det opplever vi nå er mye bedre. Vi ser at f.eks. suksess rundt Samhandlingsreformen bl.a. har handlet mye om hvor god man er på digitaliseringsområdet. Jeg vil si at kompetanse også er en utfordring.

Men det er klart at kommunene sitter daglig og prioriterer lokalt, og jeg tror det har vært en utfordring i mange kommuner å beskrive hva man kan få av gevinster ved å investere i IKT. Det har vært et for stort sprik mellom det tekniske språket og de som har hatt kompetanse på det i kommunen, og de som skal sitte og beslutte og faktisk prioritere budsjettene i kommunene. Vi opplever at det er bedre nå, men det har vært en utfordring.

Men ja, finansiering og det som selvfølgelig går på

kostnadsberegning av store reformer, som veldig mye av IT-utvikling og implementering er, har vært veldig mangelfullt for kommunal sektor. IT-politikken for kommunal sektor har på en måte falt mellom mange stoler fordi vårt departement, Kommunaldepartementet, har holdt på med kommune, og Fornyingsdepartementet, som vi hadde fram til for et år siden, har holdt på med IKT-politikk. Nå er jo de blitt sammenslått, og vi har tro på at vi kommer til å få noen effekter av det. Det er noe av grunnen til at vi etterlyser et slikt felles møte, fordi vi ser at den koordineringsfunksjonen det departementet nå kan ha på IT-utvikling i offentlig sektor og i kommunesektoren spesielt, har vi tro på at er til stede nå.

KS har vært veldig opptatt av at kommunene skal ta i bruk standarder når de kommer. Vi har over flere år utviklet eKommune-strategier hvor vi har satt nasjonale mål for dette området, både på helse og på andre områder, f.eks. utdanning. Det er jo en nasjonal strategi, men vi ser at kommunene bruker det som sin mal for lokale strategier. Vi er veldig tydelige på at de skal ta i bruk standarder, at de skal komme seg på Norsk Helsenett, bruke tjenestene som er der, osv. Kommunene har egentlig etterlyst at vi skal være tydeligere i vår stemme på hva de skal gjøre og ikke. For to år siden opprettet vi Program for IKT-samordning i kommunesektoren, KommIT, som også bidrar til å utvikle fellesløsninger, og som er veldig tydelig på hva kommunene bør gjøre og ikke på dette området.

Om leverandørene har prioritert helseforetakene, er vanskelig å si, men vi opplever nok at kommunene, som veldig små aktører, har vært svake overfor leverandørene hver for seg. Vi har tatt mer ansvar for det og dialogen med leverandørene på overordnet nivå de siste årene, men det er jo fremdeles kommunene som har ansvaret for selve anskaffelsen, og møtet mellom leverandør og kommune er ofte nokså lite balansert. Det var vel stort sett svarene, tror jeg.

Møtelederen: Vår tid er snart ute, men vi skal gå gjennom de spørsmålene vi har. Det er Grøvan først og så Raja.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Når det gjelder det dere har beskrevet med tanke på strategi for utvikling og gjennomføring, har en et visst inntrykk av at dere erkjenner ordtaket om at veien blir til mens en går. Er de problemene som dere har identifisert underveis, som f.eks. dette med nytt lovverk for å dele informasjon, og andre problemer som dere har vært inne på her når det gjelder strukturelle ting, blitt meldt etter hvert som de er blitt identifisert, sånn at det har vært mulig å ta tak i dem og gjøre noe med dem? Eller er de blitt underkommunisert sånn at noen trodde at dette var på skinner, og så var det likevel ikke det, på grunn av den type strukturelle ting som dere nå har gjort oppmerksom på? Det er det også litt viktig for oss å få kjennskap til, med tanke på hvorfor ting stopper opp.

Christine Bergland: I forbindelse med muligheten for en annen arkitektur for meldingsutveksling ble dette diskutert med Datatilsynet, og de var negative til en type løs-

ning som de i dag nok ville vært mer positive til. Det tok direktoratet opp, og tilsvarende med departementet. På den tiden var det et inntrykk av at det ville være vanskelig å få gjennom i Stortinget. Men hvor sterk pådriver var direktoratet? – Vi kan sikkert si at vi burde vært mye tydeligere tidligere på betydningen av det lovverket som ble vedtatt i Stortinget i år, for det har ført til veldig store hindringer ikke bare på dette feltet, men også på andre. Vi har i alle år vært tvunget til å lagre informasjon i 17 000 virksomheter med gammel og utdatert teknologi som ikke kommuniserer. De kostnadene er enorme, både for effektivitet og, ikke minst, for kvalitet.

Møtelederen: Raja og så Thorheim.

Abid Q. Raja (V): Takk, komitéleder.

Til Guldvog, egentlig: Riksrevisjonens rapport slår fast at det gjenstår betydelig innsats for at alle aktørene skal ha etablert meldingsutveksling innen utgangen av året. Nå står det igjen knappe to og en halv måned. Er det noe som tyder på at vi kommer i mål? Eller for å stille spørsmålet på en annen måte: Hvor langt haltende etter er vi?

Christine Bergland: For det første så kommer vi jo aldri helt i mål med å bli papirløse, og vi tror heller ikke at vi kommer helt i mål med den arkitekturen som vi har nå, bare for å ha sagt det. Men vi kommer til å komme ganske langt. Da kan vi vise til tallene fra Norsk Helsenett – alle kommuner er nå på. Det er virkelig en eksplosiv vekst i bruk av meldinger, og det er også da å fase ut papir. Det får bare vises i tallene fra Norsk Helsenett, og som du presenterte, Håkon.

Abid Q. Raja (V): Kanskje jeg misoppfattet, men du sa at vi aldri kommer i mål.

Christine Bergland: Nei, dette med elektronisk meldingsutveksling handler grunnleggende sett om at vi skal kunne ha digital overføring av informasjon i et sett av situasjoner i helsetjenesten i 17 000 virksomheter, og om det å komme i mål med å utveksle informasjon mange til mange på alle områder i alle situasjoner, bare så vi er helt klare på det. Det kommer vi ikke til å kunne løse med elektronisk meldingsutveksling. Vi kommer til å komme langt når det gjelder henvisninger, epikriser og pleie- og omsorgsmeldinger mellom aktørene, men vi kommer ikke i mål på alle områder med dagens arkitektur.

Møtelederen: Da er det Thorheim.

Helge Thorheim (FrP): Takk for det.

Dette er jo et gigantisk prosjekt fra å til å. Nå har KS sagt at man kanskje har undervurdert økonomien i det, og det tror jeg at jeg vil være med og skrive under på. Og hvis man ikke gjør noe med økonomien, sliter man kanskje også med fremdriften i det.

Da vil jeg spørre Helsedirektoratet: Har dere også den forståelsen at man kanskje har undervurdert økonomien helt ut for å få med alle partnerne, dvs. alle kommunene og

deres underliggende virksomheter? Kunne det da tenkes at Helsedirektoratet som en så sentral aktør anbefaler overfor departementet at man øremerker midler som skal til for at kommunene kan implementere dette på en enkel måte?

Og til KS: Kan KS gi litt slipp på styringen, slik at Helsedirektoratet kan tvinge dette gjennom nå og få det på plass så fort som Stortinget ønsker?

Møtelederen: Hvem er kallet – er det Bergland igjen? Dere bestemmer. Vi ser på de uttalelsene som kommer, som offisielle, på vegne av alle.

Bjørn Guldvog: Jeg kan kanskje starte.

Jeg forstår spørsmålene, og jeg synes de er helt relevante og vil gjerne utforske videre det mulighetsrommet som ligger i ditt spørsmål. Jeg tror det er det jeg ønsker å si så langt.

Møtelederen: Andresen, ville du kommentere dette?

Trude Andresen: Øremerking er problematisk, selvfølgelig. I utgangspunktet er KS først og fremst opptatt av at det blir reelle kostnadsberegninger når man innfører store endringer som har konsekvenser for kommunene. På dette området er det sjelden eller aldri kostnadsberegninger. Det er det viktigste for oss.

Men så har vi i mange sammenhenger også diskutert og blitt enige om at øremerking kan være riktig i faser, at man har en type opptrappingsplaner for noen spesielle områder fordi man trenger en satsning. Så det mener jeg vi bør diskutere videre.

Møtelederen: Jeg tillater et – om forlatelse, Helsenett, vær så god.

Håkon Grimstad: Når det gjelder utrulling av meldinger fra 2012, som vi har hatt ansvaret for, kan jeg i hvert fall si at de økonomiske rammebetingelsene og styringssignalene fra departementet har vært tilstrekkelige, gode og i tråd med hensikten. Det oppfatter jeg også at har vært tilfelle i vår relasjon til kommunene og KS. Det har vært brukt midler til KomUT-nettverket, som har vært et mobiliseringsnettverk og et utrullingsnettverk, og de midlene har vært tilstrekkelige.

Møtelederen: Raja har hatt ordet, men jeg har gitt ham ett konkret spørsmål og ett konkret svar, og så skal vi over på sluttrunden.

Abid Q. Raja (V): Takk, leder.

Dette handler jo om hvorvidt vi klarer å oppfylle Stortingets vilje. Det var vi litt i kjernen på, men det jeg lurer på, er: Med dagens arkitektur – for det var det du avsluttet med – er det ikke mulig å komme til full utveksling av informasjon elektronisk. Først: Er det mulig å lage en arkitektur som gjør det mulig å oppfylle Stortingets vilje, og har man ambisjon om å forsøke å lage en slik arkitektur? Det er det ene. Og hvis det ikke er mulig, hvis svaret er nei på alt dette, må jeg kunne kalle noe for godt nok

i mål: Når kommer vi godt nok i mål? Kan man tidfeste dette?

Møtelederen: Det er vel til både Bergland og Grimstad. Det er sentrale spørsmål. Grimstad først, og så Bergland.

Håkon Grimstad: Det var til den siste delen av spørsmålet jeg tegnet meg. Jeg er ingeniør og ikke forsker, så «godt nok» er for alle praktiske formål i mål for meg. Når det gjelder «godt nok» med tanke på adresseringsproblematikken, med tanke på det å kunne samhandle, med tanke på det at det skal kunne flyte, er vår forutsetning at det skal være på plass i løpet av 2015.

Christine Bergland: Vi vil ha en annen arkitektur. Vi har som sagt allerede innført det på et par store plattformer, og vi jobber nå sammen med sektoren med å finne fram til hvordan vi ønsker å støtte for framtiden. Vi vil levere rapport om ca. ett år.

Møtelederen: Da har vi hørt disse svarene.

Da er vi over på avslutningsrunden. Dere har nå et par minutter til å si det dere har lyst til å si til slutt. Vi har den trygge erfaring at veldig mange av aktørene også har et manuskript for avslutningen. Det er helt opp til dere, men pass på at dere dekker opp de problemstillingene som denne delen av høringen har behandlet, slik at vi eventuelt hører presiseringer eller nyanser i svarene med tanke på det. Dere gjør for øvrig selvfølgelig som dere vil.

Jeg tenkte jeg skulle begynne med Andresen og så ta Guldvog til slutt. Det er naturlig. Andresen, vær så god.

Trude Andresen: Jeg har lyst til å si tre ting. Det ene er det pågående meldingsarbeidet og dette KomUT-nettverket, som har blitt nevnt flere ganger. Det ser vi at virker. Det er en mobilisering i sektoren som sektoren, kommunene, har hatt veldig godt av, vi ser at det øker kompetansen, og det fremmer likemannsarbeidet blant kommunene på dette området. Der har vi et utmerket samarbeid med Norsk Helsenett, og det ønsker vi at fortsetter.

Så er det selvfølgelig poenget med kostnadsberegninger og økonomi, som jeg må gjenta, som er et viktig element for oss. Det må foretas flere beregninger av hva dette koster og hva slags konsekvenser det har for kommunene.

Så har jeg lyst til å ta opp dette med gevinstrealisering, som vi har vært litt inne på her. Vi ser jo at kommunene som har innført meldingsutveksling, ikke vil tilbake, selv om det har kostet dem noen kroner, som jeg sa i min innledning. Så når de får presentert hva de faktisk kan få ut av dette, er det bedre enn det de kanskje har forventet selv. Men vi opplever nok at kommunene på en måte er umodne når det gjelder å ta ut gevinster av IT-investeringer, og det jobber vi ganske mye med, sammen med kommunene – rett og slett hvordan beregne gevinster og hvordan ta dem ut. Det er et arbeid som vi og vårt program for IT-samordning jobber ganske aktivt med.

Møtelederen: Da er det Grimstads tur. Du er også i den posisjonen at du sier hva du vil, men det er ett spør-

mål som jeg tror det er nærliggende at du kommenterer allikevel, og det er forholdet til leverandørene. Bestemmer leverandørene for mye og du og det offentlige for lite?

Håkon Grimstad: Innledningsvis tenkte jeg at det i hvert fall for meg er viktig å si, som jeg sa helt i starten, at rapporten har vært nyttig og har bidratt til forbedringer allerede. Samtidig har jeg aldri klart å lese den som en elendighetsrapport. Jeg har klart å lese den som en beskrivelse av utfordringer vi fortsatt har – men i en sektor hvor vi også har kommet veldig langt, og hvor vi fortsatt tar store skritt framover. Noe av problemet er at vi tyner førstegenerasjonsteknologi – men vi har tynt den langt og fått mye ut av den.

Den 22. september gikk det nesten 700 000 unike elektroniske medisinske meldinger i en befolkning på fem millioner mennesker. Det er ganske mange kommunikasjonsstråder. Er det «godt nok»? Jeg tenker at det tallet antakeligvis er på vei mot «godt nok». Målet vårt er at vi skal nå «godt nok» i 2015.

Samarbeidet med leverandørindustrien er i hvert fall et etablert samarbeid. Så er det slik at leverandørene i Norge er forretningsvirksomheter. De lever av kundene sine. Det betyr altså at de hører på kundene. Det må de gjøre. Da er det kanskje sånn at styring først og fremst må rette seg mot dem som skal kjøpe tjenestene. Det er ikke så lett å styre leverandørene, men vi kan i større grad styre hverandre i sektoren, sånn at vi også skyver leverandørene i samme retning.

Det jeg tror er den største utfordringen framover, er at vi får en enda større grad av nasjonal styring, flere nasjonale løsninger, fordi det er nødvendig i en sektor som er så mangslungen. Det krever en betydelig grad av samarbeid. Dess mer overordnet styring, dess mer samarbeid, dess mer konsensus i bunnen. Det må vi fortsette å trene oss på. Jeg mener at vi er på rett vei. Vi må utvikle oss teknologisk, og så må vi fullføre de prosjektene vi har gjort.

Møtelederen: Guldvog.

Bjørn Guldvog: Jeg forstår dem som synes det er underlig at vi har kommet relativt kort i Norge i forhold til enkelte andre land, med tanke på den forventningen vi har til å være avanserte på IKT-området. Jeg erkjenner gjerne at det ville vært mulig for oss å være enda tydeligere på et tidlig tidspunkt når det gjaldt behovet for endring av lovverk, og når det gjaldt behovet for nye arkitektoniske løsninger innenfor IKT, og kanskje også vært enda tydeligere på styringsmodell.

Jeg vil samtidig si at når vi ikke har vært det, er det etter en relativt grundig undersøkelse av hva som fantes av oppfatninger i det norske samfunnet på det tidspunktet, og mulighetene for å lykkes med å snu måter å jobbe på på det tidspunktet – og da snakker jeg om fra 2008 og framover, til i dag. Men jeg er enig i at det hadde vært gunstig om noen hadde hatt kraft til å skape de endringene på et tidligere tidspunkt. Dette henger også sammen med styringsmekanismer på IKT-området, som vi ikke har hatt på plass, og som ikke har gitt de ønskede effekter. Og behovet for sty-

ring som sikrer samtidighet, har vært utfordret og utfordres fremdeles av virksomhetenes selvstendige ansvar for prioriteringer og for å ta i bruk tekniske løsninger for samhandling. Det er en situasjon vi fremdeles er i. Derfor tror vi at en satsing på å innordne disse styringsmekanismene for koordinering og prioritering på en enda bedre måte vil være helt avgjørende fremover.

Så henger det sammen med at mange-til-mange-kommunikasjon – 17 000 aktører skal kvalitetssikres og testes, og informasjon skal lagres separat og trygt på alle disse ulike stedene – er krevende å få på plass. På starten av 2000-tallet var det ikke ansett som aktuelt med nasjonale fellesløsninger for meldingskommunikasjon. Vi forsto det slik at det ikke var aksept for de løsningene i det norske samfunnet. Dagens løsninger er derfor basert på direkte kommunikasjon mellom partene, og det har vært krevende for virksomhetene å få det på plass, selv om mye er gjort og man er kommet et godt stykke på vei i de løsningene. Men spesielt små virksomheter utfordres med hensyn til kompetanse og ressurser på dette.

Men så har vi altså fått elektroniske meldinger, som er av stor betydning for samhandling i sektoren vår, og i likhet med Grimstad tenker jeg at vi er på god vei. Rask informasjonsoverføring i forbindelse med inn- og utskrivning av pasienter er avgjørende for god oppfølging av pasientene. Vi er ikke i mål med utbredelse av alle meldingene. Vi hører dette 2015-tallet, hvor vi mener at vi er kommet et godt stykke på vei. De som er aktører, som bruker systemene, og som klarer å innordne seg på en god måte, er fornøyd med løsningene, men jeg er den første til å si at jeg gjerne skulle vært et helt annet sted i dag.

Møtelederen: Da er vi ferdige så langt.

Jeg uttrykker på vegne av oss som sitter her, at det er nok kanskje en del av profilen, en del av spørsmålene, som kan virke urimelige eller kanskje urettferdige, og at vi konsentrerer oss veldig mye om det negative og ikke om det positive. Derfor bare avslutter jeg med å si at vi ser alt det positive, og vi ser også alt det positive som står i rapporten fra Riksrevisjonen. Men her er det nok naturlig at vi setter spørsmålsteget ved det som vi oppfatter som svakheter, og derfor får utspørringen en slik profil. Jeg sier tusen takk til dere.

Det er pause til kl. 10.55.

Høringen ble avbrutt kl. 10.44.

Høringen ble gjenopptatt kl. 10.56.

Høring med Helse Bergen/Haukeland universitetssjukehus, Fjell kommune og Kvam kommune

Møtelederen: Da er vi klare til å starte opp på nytt.

Nå går vi over til en ny viktig del av denne høringen, og det er den delen hvor vi har invitert representanter for det vi kan kalle brukerne. Vi har bevisst – vil jeg si – denne gangen gått ut av østlandsområdet, og gått til Vestlandet.

Det er fordi vi vil ut av Helse Sør-Øst og over på dere, på Helse Vest. Vi har da Haukeland universitetssjukehus og Kvam og Fjell kommuner. Det er Stener Kvinnsland som representerer det største sykehuset på Vestlandet. Du har vært her før, så du kjenner formen her. Du er hjertelig velkommen. Så har du med deg Gunn Synnøve Dahl, som er bisitter for deg. Hjertelig velkommen til dere begge to.

Så er det Fjell og Kvam kommuner, som er representert ved henholdsvis Stein-Inge Stigen, som er kommuneoverlege, omsorgssjef Line Barmen og prosjektleder Anne Marie Halleraker. Dere er også hjertelig velkommen. Så er det kommunelegen i Kvam, som er Arne Aksnes, og helse- og omsorgssjef Åslaug Bøhn Botnen fra Kvam kommune. Dere er alle sammen hjertelig velkommen.

Vi henvendte oss til fylkeslegen i Hordaland for å få vedkommende til å peke ut kommunene, og han pekte altså på dere, Fjell og Kvam, og sa at her får dere gode, erfarne folk som kan si hva de føler og syns, og jeg oppfordrer dere sterkt til å være veldig tydelige på hva dere syns og føler. Det er ikke noen grunn til å holde noe tilbake, jo mer dere sier direkte, desto bedre er det for oss og for Stortinget.

Dere hørte formalitetene i stad, jeg bare gjentar én formalitet som er viktig: Hvis dere sitter med taushetsbelagte ting, og spørsmålene er stilt slik at dere må inn på taushetsbelagte områder, skal dere ikke gjøre det, ettersom dette er en offentlig høring. Men dere må si fra – jeg presiserer det. Dere har 5 minutter i starten, og så går vi til spørreunden, slik som dere opplevde det fra tilhørerbenken i stad. Det er naturlig å begynne med Haukeland, og da er det Kvinnsland som skal snakke. Da gir jeg ordet til deg, Kvinnsland.

Stener Kvinnsland: Mange takk, og takk for anledningen.

Vi har lest Riksrevisjonens rapport med stor interesse, og synes at de gir en reell beskrivelse. Fra sykehusets ståsted vil vi dele dette opp i to bolker, nemlig våre erfaringer og status og behov, og forsøke å konkludere på den basis.

Våre erfaringer med innføring av meldinger er at løsningene var uferdige. En suboptimal funksjonalitet fører til en unødig bruk av ressurser og mye tid – og, som konsekvens av det, en del frustrasjon. Det som kanskje var det vanskeligste, var at utfordringene ble oppdaget etter hvert, og konsekvensene av det igjen var at man forsøkte å løse dette lokalt.

Det siste punktet, som vi vil fremheve sterkt, og som har betydning for dette, er krav til sikkerhet og at det ikke var en åpenbar standard for de kravene i utgangspunktet – hvilket førte til ulik praksis.

Hvis man ser på status for Meldingsløftet eller meldingssituasjonen i dag, er det slik, som sant er, at vi ser klare tegn til bedring. Det har gått langsomt. Følelsen iblant er nok at det går enda langsommere enn vi kanskje kunne få inntrykk av, men at det definitivt er i bedring, og at noen av de infrastrukturelle forutsetningene, Norsk Helsenetts funksjon, oppgaver og ansvar osv., har definitivt bedret situasjonen.

Når det er sagt, er det viktig å være klar over at det fortsatt er betydelige mangler i systemet. Ett eksempel er at vi

ikke kommuniserer med helsestasjoner. Det betyr f.eks. at dette med måten fødende reiser ut fra sykehuset på, tidlig hjem osv., som forutsetter kontakt med helsestasjoner og kommunale jordmødre, er svært vanskelig gjort og ikke på plass.

Samhandlingsreformen aksentuerer jo behovet for denne form for kommunikasjon, ettersom dens gode intensjon i mange henseender er svært avhengig av disse løsningene for å bli realisert. Noe som vi kanskje vil understreke, og som ikke kom opp i det hele tatt under den foregående sesjonen, er at det i en sånn meldingskompleksitet der det ofte vil være opsjoner for svar, også må være en beslutningsstøtte som ligger til grunn for hva man velger, og som er standardisert, for at man skal kunne forstå bruken av dette. Mye av det er ikke på plass.

Hvis jeg skal utdype dette litt nærmere, kan jeg si at når man kommer i den situasjonen at løsninger framstår som uferdige – og det har vi mye erfaring med i helsesektoren når det gjelder IT-systemer – blir de utviklingsprosjekter i veldig stor grad. De er relativt uforutsigbare i sitt løp, selv om både målsettinger og intensjoner er de aller beste. Men det legger på et lag av kompleksitet for gjennomføring som er veldig krevende, fordi til syvende og sist er det medarbeidere i institusjonene, kommunene osv. som skal gjennomføre dette. De går fort fra å bli implementatører til å bli prosjektmedarbeidere for å få dette til. Det i tillegg tar mye tid.

Det som vi har som innvending, og som også Riksrevisjonen påpeker, er to ting, og det er at mange ting burde vært testet bedre i pilots form, i stedet for å si at det er en allmenn innføringssituasjon. Da tror vi at en god del feil og mangler kunne vært avdekket og forbedret før det fikk konsekvenser for de mange, for å si det sånn.

Jeg vil si – fra et mer egoistisk ståsted – om hvordan dette påvirker oss, at du går inn og skaper entusiasme, og når det blir vanskelig, får du motkrefter, og det gjør det veldig problematisk å få det gjennomført. Vi har instruksjonsmyndighet, og vi gjør det vi kan, men det kunne gått lettere. En veldig god jevnførelse her er e-resept-saken, som har vært en fantastisk greie for oss, og som brukes i stor stil.

Det jeg skal konkludere med, er at jeg er usikker på om den underliggende arkitekturen som i dag brukes, og som man ser for seg skal vare i ganske mange år til, burde vært tatt et standpunkt til revisjon av på et tidligere tidspunkt, slik at man ikke gikk inn i fremtiden med den usikkerheten som det innebærer.

For å utdype helt avslutningsvis våre erfaringer er det helt klart at nasjonale standarder bare i noen grad var på plass. Det har vært sagt mye om adresseregisteret, det har vært en pest og en plage. Det er blitt veldig mye bedre, så det skal også sies. Der er vi langt på vei mot en løsning som har løst problemet.

Vi har vel også opplevd – fordi mange har sett dette grunnleggende problemet med grunnarkitekturens utfordringer – at man har på en måte mistet litt interessen for prosjektet fordi man så at med et annet arkitekturgrunnlag kunne fremtiden ha blitt enklere og lysere. Det henger dels på lovverket. Jeg har vært sterkt engasjert i svært mange år. Vi startet i Bergen det første forprosjektet for å se på § 13 i

helseregisterloven, og det har tatt veldig lang tid. Nå er den heldigvis på plass, og vi kan gå videre.

Oppsummert: Vi har vel fått et system som borger for en mye bedre framtid, og som sagt, og det vil jeg understreke på det sterkeste, veldig mye er blitt bedre, og vi kommer til å komme til et betydelig høyere nivå av samhandling. Men vi er litt spørrende til arkitekturgrunnlaget for framtiden, og vi, som det ble understreket av mange, skulle ønske vi kunne se en sterkere styringsstruktur i dette.

Møtelederen: Da gir jeg ordet til Fjell kommune, og omsorgssjefen begynner.

Line Barmen: Takk for invitasjonen.

Stortinget har i mange år framhevet betydningen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å nå helse- og omsorgspolitiske mål – bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Dette gjenspeiles i mange strategiske dokument helt tilbake til 1997, og kanskje før det, og vi håper at denne høringen vil bidra til å evaluere arbeidet så langt og bidra til videre godt arbeid.

Vi ser positivt på at Riksrevisjonen la fram sin rapport, som påpeker at det er gjort mye godt arbeid, men samtidig påpeker mangelfull måloppnåelse på flere områder. Når det er sagt, er det jo sånn at rapporten baserer seg i stor grad på informasjon fra før Norsk Helsenett overtok oppfølgingsansvaret for igangsatte tiltak og etablerte programmet Meldingsutbredelse for 2012–2014. KomUt-programmet har vært en suksess, der man med relativt små midler har klart å skape stort engasjement i kommunene. Fjell kommune har vært en del av Vestlandsløftet, som omfatter Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane, og alle kommuner har fått et løft gjennom dette programmet og fått bistand og hjelp til å komme i gang med å forbedre meldingsutveksling mellom kommunene, helseforetak og fastleger. Innen 2014 regner vi med at nær alle 85 kommunene i dette området vil ha elektronisk meldingsutveksling på plass.

Erfaringene fra dem som jobber i kommunene, er at man har fått raskere tilgang til nødvendig pasientinformasjon. Vi har dokumentasjon på hvilken informasjon som er sendt og mottatt i journalsystemene, og informasjonen er mer presis og bedre formulert, men her har vi også en vei å gå.

Vi ser også at når vi får jobbet over år – Fjell kommune har hatt elektronisk meldingsutveksling fra 2012, så vi har brukt det en stund – erfarer vi mindre bruk av papir, som var noe av målsettingen, som også bidrar til effektivitet ute i kommunene.

Riksrevisjonen påpeker med rette områder som er kritiske for at elektronisk meldingsutveksling skal fungere optimalt, og at sterkere nasjonal styring, koordinering og standardisering er et behov og ikke er på plass. Mangel på standardisering medfører store utfordringer mellom sykehus, fastleger og kommuner. Det er fremdeles for mye bruk av papir og til dels doble rutiner. Derfor er det positivt at det er varslet en ny forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren, som vil stille større krav til standardisering og forpliktende elektronisk føring av pasientjournaler.

Som sagt har Fjell kommune helt siden juni 2012 hatt

elektronisk meldingsutveksling med fastleger og siden oktober 2013 med sykehus. Tilbakemeldingene er positive når det gjelder å få på plass pleie- og omsorgsmeldinger. Siden innføringen i 1912 har meldingene økt fra 1 270 til 6 900 så langt i år.

Møtelederen: Innføring fra når?

Line Barmen: 2012.

Det er bl.a. behov for at kommunen må kunne operere elektronisk på ulikt nivå, alt etter funksjon. Etablering av øyeblikkelig hjelp-senger og andre interkommunale funksjoner gjør det nødvendig at kommunen også kan sende meldingsutveksling mellom andre, ikke bare mellom fastlege og kommune, sykehus og kommune.

De ulike pasientjournaler må i større grad utvikles til å kunne hente ut eksisterende data til bruk i meldingsutvekslingen for å unngå dobbelføringer og feil i føringer. Det er viktig at det nasjonalt videreføres strategier som forplikter aktører, leverandører og andre partnere til å enes om felles mål og felles framdriftsplan for å få disse tingene på plass. Mangel på samtidighet ser vi i forhold til oppgraderinger, ulike systemer osv. at blir en flaskehals, og nye funksjonaliteter kan ikke tas i bruk fordi man ikke har en samtidighet når det gjelder oppgradering og utvikling.

Avslutningsvis: Vi ser at det i denne sammenheng er viktig at de regionale KomUt-prosjektene videreføres. Det er i statsbudsjettet varslet en økt bevilgning til Norsk Helsenett, og kommunene forventer at økningen blir brukt til dette formålet. Det vi som kommune har erfart gjennom Vestlandsløftet, er at vi aldri ville ha vært der vi er i dag uten at vi hadde hatt dette prosjektet og den nettverksbaserte samhandlingen på tvers i Helse Bergens opptaksområde og Vestlandet for øvrig.

Takk for meg.

Stein-Inge Stigen: Jeg tar for meg fastlegenes rolle i dette. Konklusjonen nå er at de er veldig fornøyde, men det har vært en liten vei å gå. Jeg kan gå litt gjennom poengene som har ført til suksessen, og hva som var problemet før.

Når det gjelder egen kommune, var det et problem at meldingene i den kommunale helsetjenesten ofte skiftet mellom hvem mottakeren var. I noen perioder skulle meldingene til saksbehandler, andre ganger skulle de til pleiejournalen. Dette skapte frustrasjon, og folk begynte å la være å bruke de meldingene. Men dette er ordnet opp i internt i kommunen, og det fungerer veldig greit i dag.

Et annet problem var krypteringsnøkklene mellom samarbeidspartnerne. De måtte før koordineres gjensidig mellom hver enkelt aktør, og krypteringsnøkklene måtte legges inn manuelt i systemet – veldig tidkrevende. Etter at legekontorene tok i bruk Norsk Helsenetts registre, har krypteringsnøkkelproblematikken blitt eliminert, og det fungerer veldig greit nå. Så det har vært en veldig framgang der.

Før var det dessuten liten kontroll med tidligere personell, om de fortsatt jobbet ved de enkelte legekontorene og institusjonene. Så når man sendte en melding, var man ikke sikker på om vedkommende jobbet der lenger. Det kunne føre til forsinket eller mangelfull oppfølging av mel-

dingene. Men dette problemet er også eliminert nå ved at hver enkelt aktør må utpeke en ansvarlig person som har med oppdateringen av personalregistre å gjøre. Så det er ordnet nå.

Det fungerer veldig greit med meldingsutveksling når det gjelder epikriser m.m. fra sykehusene, bestillinger av røntgen fra de forskjellige private institusjonene samt spesialistregistrene i kommunen og nærkommunene.

Det eneste problemet som vi nå føler at vi sitter igjen med – og det er fastlegenes egen feil – er at vi kan bli litt flinkere til å ha en som passer på meldingene som kommer inn når man er på ferie – særlig det – eller har annet fravær. Det er noe som ikke er e-meldingssystemets feil, det er jo aktørene selv som må ordne det, og det er vi i gang med å forbedre.

Så alt i alt er fastlegene veldig fornøyde slik som det har blitt nå.

Møtelederen: Da er det Kvam kommune – Arne Aksnes.

Arne Aksnes: Vi takkar òg for anledninga til å ta del i denne høyringa.

Fyrst vil eg seia at vi støttar hovudkonklusjonane i rapporten til Riksrevisjonen. Men det har skjedd veldig mykje hos oss etter at han var ferdig – det meste har vel eigentleg skjedd etter det.

Kvam herad er ein av kommunane i Hordaland som har vore deltakar i Vestlandsløftet. Vi har hatt ansvaret for arbeidet med utbreiinga av e-meldingar i regionane Hardanger og Voss, og eg kan vel seia at det i dag er 100 pst. dekning teknisk knytt til meldingspartnarar både i vårt område og i heile Hordaland elles. Både fastlegar, føretak, private spesialistar og kommunar er komne godt i gang med meldingsutveksling, men vi er nok komne ulikt langt i dette arbeidet.

For å illustrera det vi skal leggja fram, har vi stilt oss nokre spørsmål som kanskje belyser våre erfaringar. Eg har begynt med: Kva er det som fungerer godt i dag? Kvaliteten på meldingsutvekslinga har blitt betydeleg betre. Meldingane kjem rett i journalen, utan endringar. Vi har ein meldingsserver til pleie- og omsorgssektoren som har blitt stabil teknisk, og vi opplever at løysinga med sending og mottak av meldingar via Norsk Helsenett gjev trygge og gode føresetnader for meldingsutveksling. Også hos oss er det frå fastlegane sin synsstad positive tilbakemeldingar.

Men kva trengst å bli forbetra? Vi opplever at nokre av programleverandørane ikkje har prioritert arbeidet med å etablera gode, trygge meldingsløysingar og meldingsserverar nok. For oss som brukarar er det heilt nødvendig med tett oppfølging av dei tekniske løysingane.

Adresseregistra er blitt betydeleg forbetra med OSEAN-funksjonaliteten, men det kan, slik som det er i dag, vera ei utfordring å skaffa seg oversikt over alle meldingspartnarane. Dette må gjerast meir oversiktleg.

Brukargrensesnittet i elektronisk pasientjournal kunne vore betre utforma og lettare å bruka. Ein del av utformingane i skjema for opplysningar blir opplevd av ein del av brukarane som rotete og tungvinte i bruk, og det er behov

for vidareutvikling og forenkling av desse. Det finst nye versjonar som er tilgjengelege, men vi kan ikkje ta dei i bruk før OSEAN er ferdig distribuert.

Kva får vi så ikkje til? Det er ei stor utfordring med basismeldingar retta mot helseføretaket. Vi manglar enno høve til å ta imot og senda laboratoriesvar, epikrisar, røntgensvar, tilvisingar, rekvirering av undersøkingar m.m. mellom pleie- og omsorgssektoren og føretaket. Her trur eg det er eit eller anna internt i føretaket som gjer at dette ikkje er kome på plass enno, utan at eg skal koma inn på detaljane i det.

Ei anna utfordring er meldingar mellom føretaket og kommunar utanfor vårt føretaksområde. Desse er ikkje på plass, for avtaleteksten i samarbeidsavtalane er avgrensa til eige føretaksområde.

Kva er vorte betre? Vi opplever ei betydeleg forbetring i kvalitet på samhandlingsmeldingar, at det er raskt og enkelt for brukarane å senda meldingar, og at meldingane som er komne inn i systemet, blir der – dei går ikkje tapt.

Dersom vi ser på ulempene, er det eit betydeleg meirarbeid knytt til overvaking og kontroll av meldingar. Systemet krev, slik som vi opplever det, fleire gonger dagleg oppfølging på legekontora, i pleie- og omsorgssektoren og i IT-avdelinga i kommunen. Vi har opplevd i denne omstillingsfasen at pasienttryggleiken har blitt påverka i negativ retning. Det er meldingar som ikkje har kome fram, og det har teke lang tid før det har vorte oppdaga.

Kva har så vore dei største utfordringane undervegs i prosessen? Vi har opplevd – gjennom prosjektet med Vestlandsløftet òg – at den statlege styringa ikkje har vore tydeleg nok. Vi har opplevd at det kan vera vanskeleg å få leverandørane til å gjera tilpassingar raskt nok, og ikkje minst at kostnadene for kommunen med oppgraderingar av fagprogram er relativt høge.

Det er til dels avansert IT-teknisk å setja seg inn i innstalleringa i elektroniske pasientjournalar. Det krev store ressursar på legekontora og i kommunen for å få systemet operativt og å overvaka meldingsflyten. Fastlegar og kommunal IKT-drift har ikkje fått nye driftsmidlar til å gjera denne omfattande ekstraoppgåva.

Det har òg for oss vore ei utfordring å gje tilstrekkeleg opplæring til alle brukarane, og dette har bl.a. medført at ikkje alle legane våre brukar e-meldingar i like stor grad. Det har faktisk noko med alder å gjera, både i legestanden og blant helsepersonell elles.

Vi opplever òg at det har vore ei utfordring at implementeringa i føretaket har teke lang tid. Kva er dei største utfordringane no? Det er å få til ytterlegare meldingsutbreiing og samhandling med fleire partar, som nemnt, helsesøster, fysioterapeutar og andre.

Enkelte leverandørar si evne og vilje til å tilpassa løysingane raskt i høve til meldingstandardar har vi òg opplevd som ei utfordring. Samhandlingsavtalane avgrensar eigentleg ei ytterlegare breiing, sånn som vi ser det. Vi treng fleire og betre meldingar for samhandling mellom kommunar. Det gjeld òg for interkommunale senger i pleie og omsorg og rehabiliterings- og akuttsenger, og mellom kommunar og andre spesialisthelsetenester.

Vi opplever vel eigentleg at utviklinga no teknisk

og organisatorisk ikkje går fort nok i forhold til behovet.

Så samla, til slutt: Vi er godt i gang, men vi har sakna ei sterkare sentral styring. Det krev ressursar for overvaking av meldingsflyt, eigentleg 24/7. Dette er ressursar som kommunen ikkje har i dag. Her må staten meir inn, sånn som vi ser det.

Møtelederen: Er det mye igjen?

Arne Aksnes: Nei, tre setningar, det er framleis mykje papir.

Dette er nok framtida, men det må setjast av ressursar sentralt og lokalt for meir breiing av e-meldingar.

Mykje fungerer altså svært bra. Vi ser dette som eit nyttig, tidssparande verktøy og eit stort steg i rett retning for å betre eit heilskapleg pasientforløp. Vi ser fram til fortsetjinga. Takk for merksemda.

Møtelederen: Tusen takk til deg og til dere alle fire.

Da går vi over til utspørringen, først ved saksordfører, Michael Tetzschner, som har 10 minutter til disposisjon.

Michael Tetzschner (H): Takk for det. Ja, nå er vi over i hverdagen hos brukerne, og det skal bli interessant.

Jeg tror jeg begynner med Haukeland, ved Stener Kvinnsland. For det første det alvorlige aspektet her: Har dere opplevd at man har mistet pasienter på grunn av kommunikasjonssvikt?

Stener Kvinnsland: Nei, det kan jeg ikke bekrefte.

Michael Tetzschner (H): Men det har vært identifisert at pasientsikkerheten kan være svekket ved at man har en viss sårbarhet i noen tilfeller.

Stener Kvinnsland: Ja, og både Aksnes og jeg var kanskje indirekte innom det, nemlig dette med kvitteringsfunksjonen. Man må jo som avsender vite at melding er mottatt. Vi har vært ganske restriktive fra vår side: Hvis ikke den funksjonen etableres eller er etablert, er vi skeptiske til å sende meldingen av gårde. Da får man fort denne duplikasjonsfunksjonen med papir.

Michael Tetzschner (H): Vil det si at disse kvitteringsapplikasjonene nå virker på Haukeland?

Stener Kvinnsland: De virker for de fleste. Men, som påpekt her, dette er også en programvare på fastlegenivå og andre nivåer som skal etableres, og der er man avhengig av en leverandør. Noen ganger går det seint og er ikke tilstrekkelig.

Michael Tetzschner (H): Jeg kunne tenke meg å høre nærmere med Aksnes, som vel sa at det juridiske rammerverket er i ferd med å komme på plass, men at kravet til kommunikasjon gjaldt eget foretaksområde. Med «foretaksområde» tenker jeg på den helseregionen man er

i. Er det fare forbundet med at man ikke kan kommunisere på tvers av helseregionene? Er det der vi er? Hvis også Kvinnsland har noe å tillegge, kunne det vært interessant.

Arne Aksnes: Det kan vera at Kvinnsland kan svara betre på det enn eg, men eg oppfattar det slik: Vi har fritt sjukehusval, og viss du da er utanfor vår region, fungerer ikkje dette. Men det er mogleg eg har misoppfatta.

Stener Kvinnsland: Jeg kan kanskje supplere: En av de absolutte svakhetene i dagens system er at vi nå har maksimalt fokus på samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, mens vi nesten ikke har oppmerksomhet på samhandling mellom institusjonene. Så det som nå er veldig enkelt når det gjelder Fjell kommune, er ganske problematisk når det gjelder Haukeland sykehus.

Michael Tetzschner (H): Vi har identifisert at det er problemer med elektronisk kommunikasjon mellom helseforetak som er i hver sin helseregion. Hvordan er det da med flere foretak innenfor hver region, og hvordan er det bedriftsinternt i det enkelte HF?

Stener Kvinnsland: Bedriftsinternt er det stort sett ikke noe problem, for vi har jo felles systemer, og de er tilgjengelige enten via adgang fullt ut eller via en leseadgang. Så det er ikke problemet. Men mellom institusjonene, både innad i et regionalt helseforetak og, enda mer, mellom de regionale helseforetakene, fremstår forskjellene som ytterligere større.

Michael Tetzschner (H): Hva er beskjeden til dere store brukere? Når vil man kunne kommunisere på tvers av disse institusjonene? Er det lagt en plan, er det stilt i utsikt at på en viss dato skal dette være i orden?

Stener Kvinnsland: Meg bekjent har vi ikke en slik dato i syne, og det er en utydeligere plan for denne typen kommunikasjon mellom institusjoner enn det er mellom de to nivåene i helsetjenesten.

Michael Tetzschner (H): Mitt neste spørsmål refererer seg til noe du sa ganske tidlig, Kvinnsland. Det var at løsningene var uferdige da de ble tatt i bruk. Da er spørsmålet: Hvordan sa dere som brukere fra om at systemene ikke hadde funksjonalitet og operativitet? For det er jo sånn at får vi en rørlegger vi er misfornøyd med, reklamerer vi. Og i den grad dere meldte fra om dette oppover, hvordan ble dere møtt?

Stener Kvinnsland: Jeg vil si at vi på en måte er litt medsyndere, for vi prøver jo, vi tolker og vi prøver, og så kan man si at det er synd at det skal være slik at man skal måtte tolke for å kunne forstå oppdraget. Vi har nok vært for utydelige i vår tilbakemelding, men jeg vil si at vi har absolutt meldt tilbake om at mange sider ved forberedelsene var uferdige og derfor ville forsinke dette prosjektet.

Michael Tetzschner (H): Hvordan er reaksjonen når man melder oppover at det ikke fungerer i hverdagen hos dere? Er det lydhørhet eller mangel på reaksjon, eller hva?

Stener Kvinnsland: Når det gjelder spørsmålet om hvem som melder til hvem i dette systemet, er det slik at det er et ganske etablert hierarki der HF-strukturen forholder seg til det regionale nivå. Vi har på Vestlandet et felles IKT-selskap som monterer det praktiske og tekniske, f.eks. vis-à-vis Helsenetten og Helsedirektoratet.

Michael Tetzschner (H): Hvem har dere opplevd som styringsmessig hovedansvarlig i dette konglomeratet av medansvar?

Stener Kvinnsland: Jeg er ikke sikker på om jeg klarer å gi et presist svar. Det er jo dårlig i seg selv, men jeg vil si at vi forventer jo kanskje at det er tydelige signaler. Og så er det hele tiden dette med autonomien lokalt og hvem som styrer med hva. Og som også Riksrevisjonens rapport veldig sterkt understreker, kunne forberedelsen og styringssignalene vært tydeligere.

Michael Tetzschner (H): Jeg går tilbake til kommuneoverlegen i Fjell kommune. Når man er der ute på et legekontor, hvor høy er barrieren for å ta i bruk ny teknologi? Er systemene da intuitive, så man kan klare å leke seg frem til en naturlig løsning, eller må man på et flere ukers kurs eller lese bindsterke manualer?

Stein-Inge Stigen: Det er mye opp til programleverandøren å implementere det i journalsystemet. Men mange av fastlegene er også veldig IT-interesserte. Det er litt avhengig av hvor interesserte de er selv, og hvordan legekontoret er bygd opp. Det har kanskje litt sammenheng med alder, uten at jeg vil henge ut noen aldersgrupper. Men det er ofte en IT-interessert, litt yngre lege som er IT-ansvarlig på legekontoret, og som implementerer det han eller hun kan gjøre. Men det er opp til leverandøren av systemene å få det til å virke, det er dem det ligger mest på. Hvis ikke teknologien er der, setter man seg ikke inn i en veldig tykk manual for å få det til å virke, for da blir det ofte mye feil og heng i systemet.

Michael Tetzschner (H): Da er neste spørsmål: Hvorfor er det så avhengig av leverandøren? Er det ikke samme vare som skal installeres i en pc?

Stein-Inge Stigen: Det er ofte komplekse systemer. Hver gang det kommer en oppdatering, er det alltid noen «bugs» som blir hengende igjen i systemet. De fleste fastleger er ikke dataeksperter, de har mer enn nok med hverdagen som den er.

Michael Tetzschner (H): Det jeg prøver å identifisere her, er barrierene mot å ta i bruk dette ute i en praktisk legehverdag. Det ene er at for noen er det å sette seg ned med en bruksanvisning et stort hinder. Det andre hinderet kan være økonomien. I hvilken grad har økonomien

vært et hinder for disse små enhetene for å få tilgang til fellessystemene?

Stein-Inge Stigen: En del av kostnadene har legekontoret tatt selv, en del har kommunen betalt for hvert enkelt legekontor. Det har egentlig ikke vært noe stort diskusjonstema opp i det hele.

Møtelederen: Da er tiden ute.

Michael Tetzschner overtok her som møteleder.

Møtelederen: Da går vi til Martin Kolberg, som vil stille spørsmål på vegne av Arbeiderpartiet.

Martin Kolberg (A): Dere satt jo her og hørte at det sentrale panelet som var her foran dere, sa det samme som dere nå sier fra deres ståsted – at rapporten fra Riksrevisjonen bekrefter at dere peker på de riktige tingene på mange sett og vis.

Kvinnsland, du er jo her i den egenskap du er, men du er jo også en meget sentral person i norsk helsevesen når det gjelder styring og styringsstrukturer, og jeg har stor tiltro til det du sier. Du sier at det går mye bedre nå. Jeg hører at du sier det, men samtidig sier du noe som er veldig alvorlig, og som du må bekrefte eller avkrefte om jeg hører riktig. Er du fra ditt ståsted utrygg på det som kalles arkitekturen, at den har framtida foran seg? Er vi virkelig på ville veier med den arkitekturen? Vi var innom det i forrige runde også, men jeg vil gjerne høre hva du sier om det.

Stener Kvinnsland: Om vi er på ville veier, tør jeg ikke å bekrefte eller avkrefte fra mitt utgangspunkt, som ikke er en teknologs innsikt. Men problemstillingen er der. Om vi er utrygge, vet jeg ikke, men det er helt åpenbart at også denne historien og fremstillingen i dag skisserer at man er i et dilemma. Dilemmaet er om man skal fortsette på det grunnlaget man har, og gjøre det beste ut av det, eller ta et standpunkt om å skifte en grunnleggende arkitektur og gå videre derfra. Det refereres jo til andre, enten man snakker om Kaiser Permanente i California, eller Danmark, og man ser at det finnes andre løsningsforslag. Men det er gjennomgripende spørsmål som andre må svare på.

Men ja, jeg føler en viss utrygghet ved den teknologiske plattformen som skal sikre mange år frem i tid. Jeg er helt sikker på at de har helt rett i at med det eksisterende og med hardt arbeid vil vi få det veldig mye bedre enn vi har det i dag, men om det er den beste løsningen på sikt – ja, se det føler jeg utrygghet for.

Martin Kolberg (A): Så skal jeg stille deg et spørsmål som – jeg holdt på å si – nesten er slik at du kanskje må reservere deg mot å svare på det, og det vil jeg i tilfelle respekttere. Det er: Hvorfor i all verden er det slik at en ikke greier å få til en sentral styringsstruktur som sørger for en samordning mellom de forskjellige helseforetakene? Hva er din mening om det, Kvinnsland? Hvorfor i all verden er vi der?

Stener Kvinnsland: Det var litt stritt, det spørsmålet.

Martin Kolberg (A): Jeg var forberedt på det, men jeg vil gjerne høre hva du sier.

Stener Kvinnsland: Jeg burde være gammel nok til å våge å forsøke. Den sentrale styringen av helsetjenesten i Norge er veldig komplisert, kanskje unødig komplisert.

Martin Kolberg (A): Så, innenfor min tid, til både Bøhn Botnen og Barmen: Dere hørte KS – de etterlyser penger. Si hva dere mener om penger, Bøhn Botnen og Barmen.

Åslaug Bøhn Botnen: Det er ganske mange som skal ha opplæring, og det er litt sånn som Aksnes nevnte, at vi ikke har en veldig lang tradisjon i pleie og omsorg spesielt, men heller ikke ellers i helse- og omsorgstjenesten, for å bruke IT. Det har vært et stort løft å klare å prioritere – spesielt dette som går på kompetanseheving, og også å få kjøpt godt nok utstyr og få prioritert det på kommunens budsjett. Vi ønsker oss mer ressurser, slik at vi kan få gjennomført gode løsninger kjappere.

Martin Kolberg (A): Betyr det at du trenger øremerkede penger fra dette hus?

Åslaug Bøhn Botnen: Ja.

Martin Kolberg (A): Det ble hvisket ja, hørte jeg.

Line Barmen: Nå er det sånn at det er ikke gjort veldig mange undersøkelser om ressursbruk i kommunene rundt dette. Men jeg tror man trenger å videreføre den nettverksbaserte utviklingen på dette området. Jeg tror at store kommuner i stor grad klarer å ha en god forankring politisk og administrativt i kommunene – de har sine IKT-investeringsbudsjetter, og de har kanskje den kompetansen som trengs – mens det er veldig mange andre kommuner som ikke har dette. Jeg kunne godt tenke meg at det ble gjort en kostnadsberegning av hva det koster å lære opp personell, integrere systemer, osv., men jeg er 100 pst. overbevist om at hvis vi hadde fått bedre standarder og systemer som snakker sammen, så hadde vi også fått en økonomisk gevinst. For vi har brukt mye tid og ressurser på de tingene også.

Martin Kolberg overtok her igjen som møteleder.

Møtelederen: Da er det Fremskrittspartiet og Helge Thorheim.

Helge Thorheim (FrP): Med det jeg hørte, oppfatter jeg det slik at nå går det så meget bedre, som én sa en gang. Du sier, Kvinnsland, at det går veldig fint fra Fjell og inn mot Haukeland – at dette fungerer bra – men ikke når Fjell skal til Haugesund sykehus, altså Helse Fonna. Det er da jeg lurer på: Hvorfor det? Dette skal jo være et universelt system hvor Fjell kan kommunisere direkte med det syke-

huset vedrørende en pasient som måtte være der. Vi har jo et revmatismesykehus der nede som er landsdekkende, egentlig, slik at det skulle komme informasjon fra hvilken som helst fastlege rundt omkring til det sykehuset, og motsatt. Hvorfor er det slik?

Stener Kvinnsland: Nå gjaldt vel mitt eksempel primært mellom sykehusene, der dette har hatt mye mindre oppmerksomhet og fortsatt er vanskelig. Vi snakker om konsolidering av pasientjournalene på tvers på Vestlandet og er helt avhengige av den lovreguleringsendringen som nå finner sted, for overhodet å våge å ta fatt på det. Det har vært en begrensning oss imellom enn så lenge.

Når det gjelder forholdet mellom kommunene og et sykehus i et opptaksområde, kan det introdusere tilleggssproblematikk, som mellom Fjell kommune og Fonna. Jeg har ikke noen bestemt oppfatning om at det er vanskeligere enn mellom Haukeland og Fjell, men det må de eventuelt utdype fra Fjell kommune.

Helge Thorheim (FrP): Du nevnte også dette med at det var ønskelig med sterkere statlig, sentral, styring. Kan det være slik i dag at det er litt stor kompetansestrid internt i de ulike foretakene, f.eks. Universitetssykehuset Stavanger, Universitetssykehuset Bergen og de andre foretakene? Er det på det planet det ligger, eller er det at man ikke ruller det ut sentralt fra Helsedirektoratet, f.eks.?

Stener Kvinnsland: Vi bråker om mangt, men om dette bråker vi ikke. Sykehusene er veldig på linje når det gjelder sine ønsker og forventninger til dette temaet. Her er det spørsmål om å rulle ut nasjonale forutsetninger for å få det til for alle. Enten må noen få oppdraget, eller man må motta det fra noen – ellers kommer det ikke til å virke i praksis. Vi er fullt ut innforstått med at det finnes nasjonale organer som styrer nasjonale utviklingstiltak. Det som har vært problemet denne gangen, er at det har vært dårlig forberedt, og innholdet har vært noe mangelfullt. Derfor har det gått senere enn forventet.

Helge Thorheim (FrP): At oppdatering fra leverandørene kunne skape «bugs» som henger igjen – og litt sånt – var også nevnt her. Er det slik innenfor denne bransjen at det er leverandørstyrt at man har en oppdatering, eksempelvis slik man opplever med Microsoft med ny programvare på Word, Excel og disse som gjør det vanskelig med brukergrensesnitt med videre? Eller er det sykehusstyrt – for å bruke det uttrykket – eller bransjestyrt?

Stein-Inge Stigen: Det er leverandøren som bestemmer når det kommer oppdateringer. Det har legekontoret ingen innflytelse på. Vi må ta imot oppdateringene og implementere dem når de kommer. Det er helt klart leverandørstyrt.

Bare en kommentar til kommunikasjon mellom sykehus i andre regioner: I praksis – selv om vi har fritt sykehusvalg – er den andelen svært liten. Fastlegen vil ikke oppleve det som et problem om den meldingen ikke skulle fungere. Da vil de få en papirepikrise. Å sende henvisning

til et sykehus utenfor opptaksregionen vår skjer veldig sjelden, selv om det i praksis er fritt sykehusvalg.

Helge Thorheim (FrP): Til slutt: Vi skulle bli kvitt papir og forhåpentligvis faksmaskiner og slike ting. Er dette veldig nedadgående? Finnes det fortsatt en del av dette?

Stener Kvinnsland: Ja, det er klart det er nedadgående. Vi har også år om annet gjort økonomiske beregninger for å se på hva vi faktisk har spart i papirutgifter, og det er helt klart at dette er nedadgående – bevares – men det er ikke borte, og det var det som var målsettingen. Vi beveger oss mot det, men litt sent.

Helge Thorheim (FrP): Da har jeg ikke ytterligere spørsmål.

Møtelederen: Takk til Thorheim.

Da gir jeg ordet til Hans Fredrik Grøvan fra Kristelig Folkeparti.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Takk for det.

Mitt første spørsmål går til Kvinnsland.

Du nevnte i din innledning at du opplevde at aktører som Helse Bergen og andre mistet litt interessen underveis på grunn av for mange uferdige løsninger på sentrale områder. I hvilken grad har dere blitt tatt med på råd, fått anledning til å delta i utviklingen underveis og gitt tilbakemelding med hensyn til hva som fungerer og ikke fungerer, i prosessene som har vært kjørt fra sentralt hold?

Stener Kvinnsland: Når et slikt stort prosjekt skal ut, blir det lokale tilpasningsprosjekter. I dette tilfellet var det regionalt, og så tas det lokalt. Sann bør det være, for det er en struktur i dette. Utgangspunktet er at dette gjør vi alltid, og vi går inn i det for fullt.

Problemet er at når man underveis oppdager svakheter, skal man forsøke å reparere det – og hvorfor ble det sånn? Da kan man si at det var i prosess. Innledningsvis forsøkte jeg å si at dette med pilot er helt avgjørende, for det å teste en løsning, teste maler og teste ditt og datt, er en forutsetning for at det er trygt for det store prosjektet. Der mener vi at det for tidlig ble et generelt implementeringsprosjekt som gikk på bekostning av kvalitet, fordi testene var for få og for mangelfulle.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Litt oppfølging om akkurat det:

Det som har vært påpekt i rapporten, og som for så vidt også kom fram tidligere under høringen i dag, var dette med ansvar og kanskje det man kunne kalle pulverisering av ansvar og ledelse når det gjelder utvikling og ikke minst implementering. Har du noen kommentarer og eventuelt noen synspunkter på det? Da tenker jeg litt på prosessen framover.

Stener Kvinnsland: Jeg synes helsedirektøren gjorde veldig greit rede for at man lenge opplevde dette å være en

initiativtaker som så ble overlatt til dem som skal implementere det – for å si det sånn – og som både har det budsjettmessige og annet ansvar. Det er veldig ofte det som er både hensiktsmessig og bra. Problemet er hvordan man er forberedt når man starter en sånn prosess. Når det er så mange strukturelle ting når det gjelder det tekniske og infrastrukturen i IKT-sektoren som det er i den norske helse-tjenesten, og man i tillegg skal gjøre noe som langt på vei skal være felles, er det veldig bra at fellesleddet er sterkt nok. Det er det vi kanskje påpeker, og som Riksrevisjonens rapport veldig kraftig understreker – at det ikke var forberedt tilstrekkelig.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Spørsmål til kommunene her: I hvilken grad er deres erfaringer blitt tatt på alvor når det gjelder videreutvikling av prosjektet – enten som enkeltkommuner eller i regi av KS? Hva er deres opplevelse av det?

Vi kan gjerne begynne med Fjell, og så kan vi høre med Kvam etterpå.

Møtelederen: – Line Barmen.

Line Barmen: Er det mulig at bisitter, som har vært veldig involvert i prosessen, kan svare på det?

Møtelederen: Ja, absolutt. Det er helt ok. – Halleraker.

Anne Marie Halleraker: Vi oppdaget tidlig at disse meldingene var ment å fungere fra kommunen til fastlegen og fra kommunen til sykehuset. Men til alle disse nye prosjektene som har oppstått: Vi har en intermediær avdeling på sykehjemmet som er interkommunal, og vi har øyeblikkelig-hjelp-senger på sykehjemmet som er interkommunale. Dermed har vårt sykehjem behov for å være sykehus i noen settinger. I andre kommuner har de tilsvarende behov for å være sykehus og sende meldinger til vår kommune – om felles pasienter. Dette har vi meldt ifra om, og vi opplever at det blir tatt med i videre utvikling – at man er lydhør for denne typen ny utvikling.

Vi ser også at det er uklart hva noen av meldingene er tenkt til, slik at det blir feil – i bruken av dem. Det er ikke logisk eller intuitivt nok. Det er viktig at det blir tatt høyde for dette videre.

Vi har nylig hatt et prosjekt over 14 dager i hele regionen der vi har sett på meldingsflyten når det gjelder pasientløp. Det vi ser, er at det er noe mangelfullt hvorvidt meldingene går riktig. Det er også noe mangelfullt innhold i dem – fra begge sider. Vi har fortsatt mye opplæring å ta fatt i og gå videre med. Akkurat der tror jeg ikke det er meldingene i seg selv som er problemet, men det er bruken av dem.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Kvam kommune – har dere noe dere vil føye til?

Åslaug Bøhn Botnen: Jeg kan supplere Fjell kommune med at vi synes det har vært viktig å være med som en del av Vestlandsløftet – å være med i nettverket og på den

måten kunne påvirke i fellesskap med de andre som skal være pådrivere for sine regioner. Der opplever man at man kan ta opp ting og bli hørt.

Møtelederen: Da var du ferdig?

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Var ikke tiden ute?

Møtelederen: Tiden er ute, men du slipper til med en kort merknad – hvis du vil.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Bare en liten ting til slutt: En av dere – jeg husker ikke hvem – nevnte at noen kommuner er kommet godt i gang, andre er ikke kommet i gang. Hva er grunnen til at noen ikke er kommet i gang?

Line Barmen: Jeg tror det er flere grunner til det. Noen valgte ut fra økonomiske og andre grunner ikke å gå på inn på Helsenett, som er forutsetningen for å gå videre med e-meldinger osv. Noen hadde journalskifte på den tiden, sånn at de ikke klarte å komme opp å gå. Jeg tenker at dette har noe å gjøre med sentrale føringer for når man skal være oppe å gå på ulike ting. Her hadde man trengt sterkere nasjonale føringer. Men økonomien i det har også vært en bit i drøftingen. Dette burde kanskje vært sterkere på plass fra starten.

Møtelederen: Da sier vi takk til Kristelig Folkeparti. Da er det Senterpartiets tur. Gerd Eli Berge – vær så god!

Gerd Eli Berge (Sp): Det er veldig interessant å høre dette. I forrige sekvens hørte vi hvordan det oppleves ovenfra – dvs. fra flyperspektivet. Nå skal vi høre hvordan denne reformen ser ut og oppleves fra grunnplanet. Det er veldig forskjellig vinkling på hvordan det oppleves.

Jeg har lyst til å høre med dere lokalt i kommunene: Har dere fått en god nok motivasjon? Er informasjon gitt til politikerne? Det har jo en del med prioritering i kommunene å gjøre – å forstå denne kompleksiteten for å få gjennomslag for de økonomiske virkemidlene som må til i kommunene. Med alle de spørsmålene som dere har, og de erfaringene som dere har gjort dere – og det har vel vært nevnt så vidt her – har dere en god nok fellesarena der dette blir tatt til følge? Blir det slik at alle må finne opp hjulet på nytt? Blir det samordnet? Opplever dere at deres tilbakemeldinger til nivået over blir tatt til følge, at det blir samordnet godt nok, eller opplever en seg veldig alene på grunnplanet på en del områder? Jeg vil høre om det først.

Line Barmen: Jeg opplever i kommuneverdenen at det som er veldig håndfast, og som det går an å måle, f.eks. IKT-utviklingen i kommunene når det gjelder investeringsbudsjettene, er det lett å sette noen tall på. I fireårsperioder skal vi investere så og så mye i teknologiske løsninger eller hva det måtte være. Men det som ikke er så lett målbart, er hvor mye personalressurser en bruker, hvor mye opplæringsmidler en bruker, og hvor mye meldingsutveksling det er. Jeg sa at vi har gått fra ca. 1 200 til nesten 7 000 meldinger så langt i år. Noen skal sitte og motta meldinge-

ne, noen skal svare på meldingene, og noen skal følge opp meldingene. Det er klart – det går fortere og fortere. Der har vi en utfordring. Dette er noe vi ikke klarer å ha måltall på. Men det gjelder å få forståelse for investeringsbudsjetter og sånne ting. Det opplever jeg er litt annerledes.

Gerd Eli Berge (Sp): Ofte opplever en på grunnplanet at en får midler til investeringer, men ikke til drift. Her er det store driftskostnader, sånn som jeg hører dere, som på en måte blir skjult, og driften har en ikke fått nok midler til. Som en var inne på tidligere, trengs det et løft der en også får driftsmidler til å komme i gang. Det er veldig lett at det blir låst til investeringer eller prosjekter, og så er det likevel driftsmidler som går utover det en har i rammen.

Et annet spørsmål gjelder leverandørene: Opplever kommunene seg alene i møtet med leverandørene, i forhandlinger med dem? Er det en hjelp der, slik at en slipper å begynne fra scratch? Trengs det mer samordning på dette området for ikke å bruke mye ressurser i disse forhandlingene? Og hvor organiserte er dere i det arbeidet – dere som er representert her?

Arne Aksnes: Eg kan svara for Kvam sin del.

For å koma på banen med legekontor fekk vi eit kjempe-løft, der vi fekk alle legekontora og legekontora til kommunen til å gå over til eit felles datasystem, som var kome etter måten langt i å handtera e-reseptar og e-meldingar. Det er det same systemet som dei brukar i Fjell kommune, og som er utbreidd i store delar av Hordaland. Sånn sett er vi vel ei pressgruppe når det gjeld dette, men om vi er sterke nok, veit eg ikkje. Eg veit ikkje om vi alltid når fram så fort som vi gjerne vil.

Gerd Eli Berge (Sp): Et siste, konkret spørsmål når det gjelder journaler mellom sykehus. Er det slik i dag at når en pasient kommer inn på et sykehus der han ikke hører til, altså ikke i sin region, kan det sykehuset da få opp journalen fort og vite hva slags medisiner han går på, eller må det ringes opp fortsatt?

Stener Kvinnsland: Svaret på det er per i dag ja. Når den nye forskriften kommer og dette er bedre tilrettelagt, skal det bli litt enklere.

Det er nok fortsatt til en viss grad tenkningen at det skal være noen barrierer, og det er kanskje i seg selv sunt i utgangspunktet. Men det blir nok mer fleksibilitet og en bedre løsning når konsekvensen av lovendringen er tatt i bruk fullt ut.

Møtelederen: Da er utspørringen så langt avsluttet.

Da er det en oppsummeringsbolle, og saksordfører Michael Tetzschner – vær så god!

Michael Tetzschner (H): Jeg har ikke så mye å spørre om. Det var forbilledlig klart fra brukerperspektivet, som vi kanskje også hadde visse forventinger om.

Når det gjelder organiseringen av Helse-Norge, fremsto det for meg med litt større klarhet at man gjennom de regionale helseforetakene har bygd opp forskjellige skiller

som på et eller annet tidspunkt må forseres og da formodentlig gjennom utviklingen av fulle nasjonale standarder. Da skal ikke det lenger ha noen betydning.

Mitt spørsmål til Kvinnsland blir: Har organiseringen med regionale helseforetak vært en del av problemet? Har det vært nøytralt, eller har det vært til hjelp? I ditt innlegg kunne det nesten høres ut som vi hadde fått regionale forskjeller i tillegg til de institusjonelle forskjellene.

Stener Kvinnsland: Jeg tror nok at strukturen i seg selv kan gi muligheter for forskjeller. Jeg tror ikke det er en villet handling, men det er en betydelig grad av autonomi i de regionale strukturene. Og det er helt åpenbart at når det gjelder IKT-området, har denne ulikheten til en viss grad blomstret. Jeg tror ikke nødvendigvis at det betyr at løsningsene her og der har vært dårligere eller bedre, men det har kanskje lagt et grunnlag for at samhandlingen har blitt ytterligere vanskeligjort. Det tror jeg ikke man kan utelukke, i alle fall.

Ellers er det vel slik at man får regionale prioriteringer som kan gi forsinkelseeffekter. Det er vel det andre poenget, kanskje.

Møtelederen: Hans Fredrik Grøvan – vær så god!

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Jeg har et spørsmål til Kvinnsland: Ligger de gode tekniske løsningene for mye i hendene på teknologileverandørene? Klarer de å være flinke nok og fokusere nok på den hverdagen som preger norsk helsevesen, og klarer de å fange det opp på en god måte når det gjelder utviklingen av de gode løsningene?

Stener Kvinnsland: Hvis jeg skal forsøke å svare på det, må svaret bli todelt.

Det ene er det som foregår fortløpende med en gitt leverandør underveis. Da er det slik at leverandøren har sin forretningsplan og sitt revisjonsplanverk, for å si det sånn. Det vi har stor innflytelse på, er hva som skal revideres hvordan. Der er de lydhøre. Men det som ofte er problemet, er jo tempoet i endringene, som på en måte blir leverandørens privilegium. Det er det ene.

Det andre er at hvis en ser på nye leverandører, tenker jeg at jeg vil ha ballen tilbake. Da er det jo en kravspesifikasjon og det å vite nøyaktig hva man vil ha, som blir mer avgjørende enn det som tilbys. En leverandør vil jo forsøke å få gjennomslag for det de har å tilby, men vi må være krystallklare på hva vi ønsker.

Møtelederen. Helge Thorheim – vær så god!

Helge Thorheim (FrP): I stad fikk Kvam kommune et spørsmål om hvorvidt man så behov for å ha øremerkede midler. Da fikk vi en form for hvisking fra Botnen med et ja. Det kunne jeg godt tenke meg å høre med begge kommunene om, om det er slik. Nå har vi hørt KS – de er prinsipielt imot øremerking. Men kan dere si hva dere mener og tenker om det?

Så til Kvinnsland: Jeg mener du sa at kommunikasjonen med helsestasjonene ikke er i orden. Jeg kunne tenke

meg å høre mer om hvorfor og å få en bekreftelse på at statlig styring, f.eks. fra Helsedirektoratet, for å få dette gjennom er essensielt nå.

Møtelederen: Ja, Kvam kommune.

Åslaug Bøhn Botnen: Ja, nettopp på dette området kan i hvert fall jeg tenke meg øremerkede midler, både til å kunne følge opp en form for nettverk – høre til i et nettverk – og til det merarbeidet som vi opplever at det er å følge med på at meldingsutvekslingen har en høy kvalitet i kommunen, og også til opplæring. For det vi ser, er at kommunene får veldig knappe rammer. Disse blir mindre og mindre for hvert år, med strengere og strengere prioriteringer, og helse og omsorg får ikke økt budsjettene sine, år etter år. Som helse- og omsorgssjef opplever jeg at jeg ønsker øremerkede midler, så vi kan få gjennomført dette på en enda bedre måte.

Møtelederen: Fjell kommune – vær så god.

Line Barmen: Jeg er dessverre ikke enig med Kvam kommune på det området. Jeg også er prinsipielt imot øremerkede midler, og det dreier seg om at det er veldig ulikt hvor langt kommunene er kommet i dette løpet. Jeg ser at helsenettet nå har fått økte midler i statsbudsjettet, og hvis man kunne ha fått et skikkelig løft direkte mot de fem regionale prosjektene som går nå, tror jeg det ville vært bedre.

Ellers tenker jeg at for å få utviklet dette kunne man kanskje hatt direkte incentiver overfor leverandørene, som i perioder kanskje ikke er offensive nok, så de ikke gikk til kommunene, som igjen skal betale leverandørene. Jeg tenker at det kunne vært en eller annen vri der som vi kunne ha tenkt litt nytt rundt.

Møtelederen: Og så Kvinnsland, til sist.

Gunn Synnøve Dahl: Det kan jeg svare på. Når det gjelder meldinger til helsestasjoner, er det sånn at det for noen år siden ble startet et prosjekt som heter ELIN-h. ELIN-prosjektene ble nevnt her før i dag, og ELIN-h var da meldinger fra sykehus til helsestasjon. Det stoppet opp. Det som jeg har fått tilbakemelding om, er at det ikke er prioritert, og vi vet ikke helt hva som er planlagt for meldinger mellom sykehus og helsestasjoner i fortsettelsen.

Møtelederen: Da har jeg avslutningsvis et spørsmål – om forlatelse, Berge først.

Gerd Eli Berge (Sp): Det var bare i forlengelsen av det. Er det andre ledd også som ikke er med her? Nå snakket man om helsestasjoner, og jeg synes man også nevnte fysioterapeuter. Er det andre ledd i helsevesenet som bør være med, som ikke er med nå?

Gunn Synnøve Dahl: Kvinnsland nevnte også jordmødre, og det er også viktig. Der er det behov for en form

for meldinger – jeg vet ikke helt hva slags – men det er et behov.

Møtelederen: Da tror jeg ikke det er flere.

Jeg vil bare som en avslutning spørre om noe jeg synes jeg hører, og jeg vil høre om jeg hører riktig. Dere etablerer en god kultur på Vestlandet, slik som dere presenterer det, som i hvert fall jeg oppfatter gjelder store deler av Helse Vest og Helse Bergen. Er det, Kvinnsland, noe dere har drevet fram på eget initiativ – for å få det slik som dere nå har presentert det – fordi det har vært helt nødvendig å gjøre? Eller har dere fått nødvendig støtte og hjelp fra de overordnede myndigheter?

Stener Kvinnsland: Til det siste: Vi har de forutsetningene som alltid ligger der. Jeg vil vel si at det er noen grep på Vestlandet som har vært gode. Det ene var den sentrale IKT-strukturen man etablerte tidlig for sykehuse- ne på Vestlandet. Den skiller seg litt fra de andre løsningene rundt omkring i landet. Det er nok det ene. Det har gitt oss både en styringsstruktur og et fellesskap som nok har vært gagnlig for oss.

Det andre jeg vil nevne, er samhandlingsstrukturene som oppfølging av Samhandlingsreformen, som på Vestlandet etter min oppfatning har vært veldig bra. Jeg kjenner det best fra Helse Bergen-området, men der er det en veldig formell og god kommunikasjon gjennom formelle organer mot kommunestrukturen, som alle etter hvert respekterer, og det er den kanalen man bruker for å få til det samhandlingsmønsteret med så ulikeartede aktører som trenger en felles arena hele tiden.

De to tingene vil jeg understreke.

Møtelederen: Da er utspørringa avsluttet, og da får dere noen korte merknader til slutt – innenfor en ramme på 2 minutter – til ting dere ikke har fått sagt, som dere gjerne vil si.

Skal vi begynne med Aksnes – vil du legge til noe eller trekke fra noe?

Arne Aksnes: Nei, eg har vel ikkje så mykje å leggja til. Men dette er eit område som vi ønskjer meir sentralstyring på, og vi ønskjer meir økonomisk støtte til å gjennomføra det.

Eg trur ikkje eg skal seia meir.

Møtelederen: Barmen eller Stigen?

Line Barmen: Jeg var vel litt innom det i sted. Vi ønsker oss flere nasjonale standarder sånn at vi har programmer som jobber opp mot hverandre og er compatible til enhver tid, og ikke er flaskehalser når det gjelder framdriften. Kommune-Norge ønsker framdrift på dette området. Vi har snakket om det, og det har tatt vel lang tid.

Det vi ser som har fungert de siste to årene – nå gjen- tar jeg meg selv – er å ha disse fem regionale programme- ne gående i årene som kommer. Vi har kommet et stykke på vei, men vi har en lang vei å gå. Så må vi ikke slippe det som i hvert fall jeg vurderer at har fungert så langt.

Møtelederen: Takk til deg.

Kvinnsland til slutt – vær så god.

Stener Kvinnsland: Tre poenger fra meg. Det ene er det hovedspørsmålet som har vært her liksom i hele dag, og det er: Hva spiller det for rolle for framtiden, det som noen har kalt «gjelden» og andre har kalt «arven», som ligger i helsesektorens IKT-fortid? Der stiller jeg da spørsmålet om hvorvidt den grunnleggende arkitekturen, det grunn- leggende normsettet som finnes for denne virksomheten, er for sent eller for tidlig til revisjon. Jeg er ganske sik- ker på at vi vil få veldig mye mer ut av det vi har, over en periode, men at det spørsmålet kommer til å henge der en tid.

Avslutningsvis vil jeg si at når det gjelder det sentrale grepet om organisering, er det veldig viktig at dette blir sentralt styrt. Og det er veldig viktig at sentrale myndighe- ter leser linjestrukturen fra departementene via RHF-ene til HF-en, eller at man via direktoratstrukturen blir enda tydeligere i denne typen saker. Parallelle løp med uklare samhandlingsmønstre gagner oss ikke.

Takk.

Møtelederen: Da sier en samlet komité takk til dere som har kommet langveisfra og vært med på å opplyse saken på en god måte.

Da er denne delen av høringa avsluttet, og komiteen tar pause til kl. 12.35.

Høringen ble avbrutt kl 12.07.

Høringen ble gjenopptatt kl. 12.36.

Høring med leverandører av systemer for elektronisk meldingsutveksling: Visma og DIPS

Møtelederen: Da er tiden der, og vi fortsetter denne åpne kontrollhøringa.

Jeg har gleden av å ønske dere hjertelig velkommen hit til Stortinget og til kontroll- og konstitusjonskomiteens hø- ring, som jo – som dere kjenner til – bygger på Riksrevisjo- nens rapport om det som kalles for elektronisk meldings- utveksling i helsesektoren. Jeg tror ikke noen av dere var her ved starten – jo, kanskje et par – så jeg sier så alle har hørt det, at det er også et bakteppe for denne høringa ut- over Riksrevisjonens rapport, som er den formelle, og det er at dette er et tema som er veldig viktig for helsevesenet og dermed for Norge, og det er viktig for Stortinget, og ut- viklinga innenfor dette området diskuteres veldig mye i de politiske kretser.

Så vet dere at vi har hatt det vi kan kalle for «den sentrale myndighet» her, med Helsedirektoratet i spissen. Vi har også hørt brukerne på Vestlandet, som vi valgte be- visst, og så har vi altså nå bedt dere som leverandører om å komme til oss og si det dere synes og mener.

Jeg sier til dere med stor oppriktighet at det er veldig viktig for komiteen at dere sier hva dere virkelig mener,

slik at vi får den mest mulig korrekte informasjonen og de viktigste inntrykkene – kan man si – av hva som er situasjonen, og hva Stortinget eventuelt må rette på ved behandlingen av hele saka i Stortinget.

Som dere selvfølgelig kjenner til – men jeg tar dette formelt – har vi invitert DIPS, som leverer systemer til spesialisthelsetjenesten, og Visma, som leverer systemer til kommunehelsetjenesten. CGM ble også invitert, men har sagt at de ikke har anledning til å møte. Det beklager vi, men vi har ingen mulighet til å pålegge dem å møte. Det er bare statsråder og andre som *må* det når vi ber om det. De vi da har til stede, er – som vi alle ser – administrerende direktør Tor Arne Viksjø, og du har med deg to bisittere, ikke sant? Det er medisinsk direktør Tomas Alme og markedsdirektør Karl Arne Jespersen. Vi må ha dette riktig for protokollen, og derfor må jeg lese dette. Velkommen også til representantene for Visma. Det er produksjef Leif Inge Jakobsen, fagselger Tormod Bekken og produktdirektør Stian Berg.

Bare et par formaliteter: Det ene er at dere nå får anledning til å komme med deres innledninger – 5 minutter til hver. Så er det en spørerrunde, og saksordføreren, som i dette tilfellet er Michael Tetzschner, har 10 minutter til disposisjon og får ordet først.

Dette er en åpen høring. Det betyr at hvis dere har informasjon som dere oppfatter som fortrolig, og som dere ikke vil si offentlig, så må dere gjøre meg oppmerksom på at dere sitter med en opplysning som kan ha betydning for svaret, slik at jeg eventuelt – og sammen med komiteen – kan bedømme om høringa skal lukkes for å få det korrekte svar.

Da går vi i gang, og da gir jeg ordet til Visma først. Jakobsen – vær så god, 5 minutter.

Leif Inge Jakobsen: Takk for invitasjonen.

Mitt navn er Leif Inge Jakobsen, og jeg jobber i Visma, som produksjef. Vi leverer pleie- og omsorgsløsninger til ca. halvparten av kommunene i Norge.

De funnene som er avdekket av kontroll- og konstitusjonskomiteen, er langt på vei i samsvar med de erfaringer vi som leverandør har gjort oss siden samspillprosjektet ble iverksatt. Som det framgår, er rapporten basert på data som er innsamlet for perioden 2008–2012, med noe tillegg for perioden 2013–2014. Mye har skjedd i perioden 2013–2014 på kommunesiden. Per dags dato har Visma solgt samhandlingsløsning til 214 av 215 kommuner, og det skal presiseres at av disse samhandler flere med fastlegene enn med helseforetakene.

I år har også en del av kommunene tatt i bruk Norsk Helsenetts adresseregister ved sending av meldinger.

Vår erfaring er at mange kommuner hadde et ønske om å komme i gang med elektronisk samhandling med fastlege og helseforetak, fase 1 og fase 2 av ELIN-k, men kravet var at samtlige meldinger måtte tas i bruk samtidig. Det ble for stort og komplekst for både kommunene og leverandørene, noe som gjorde at prosjektet dro ut i tid. Her kunne man ha startet i det små, med færre meldinger, for å komme raskere i gang.

Det har blitt utviklet standarder, men det har vært vans-

kelig å få alle aktører til å gå i takt. Det har oppstått problemer ved at de som man har samhandlet med, ikke har vært på samme standard og/eller versjon. Det har igjen medført et krav om tilbakekompatibilitet på versjoner, altså å sende på ulike versjoner til ulike mottakere, eller man har måttet lempe på kravet til standard for å få til sending og mottak av melding. Dette har det vært svært utfordrende å få til.

Norsk Helsenetts adresseregister har vært tilgjengelig for PLO-løsningen, pleie- og omsorgsløsningen, fra 2013/2014. Det har vært og er en stor utfordring at flere helseforetak ikke støtter tjenestebasert adressering, og dette betyr at kommunene må vente med å oppgradere pleie- og omsorgsløsningene til helseforetakene legger til rette for slik adressering.

Kvaliteten på adresseregisteret er ikke godt nok, noe som medfører at kommunene stadig oppdager feil i adressatene og krever å kunne benytte egne adresseregistre ved siden av. Da forsvinner noe av hensikten med sikker adressering. Det betyr at flere kommuner må vente med å oppgradere til den versjonen av pleie- og omsorgsløsningen hvor de benytter adresseregisteret. Alternativet nå er å gjøre midlertidige tilpasninger for å få samhandlingen til å fungere opp mot helseforetakene – de helseforetakene som ikke støtter tjenestebasert adressering.

På kommunesiden har vi for noen kommuner opplevd at kompetansen på elektronisk samhandling har vært lav, og at det har vært fokusert for lite på nødvendig innhold og datakvalitet i pleie- og omsorgsløsningen, for å få til en god elektronisk samhandling med helseforetakene. Eksempler på dette kan være oppdaterte medisiner, diagnoser og tiltaksplaner, som er viktig informasjon å sende med i meldingen.

Kommunene har selv finansiert investeringen i nødvendig utstyr og programvare, noe som har redusert hastigheten på innføringen. Flere har valgt å avvente elektronisk samhandling til barnesykdømmene har blitt løst. Det ble dessuten sagt at helseforetakene ikke kunne ta imot meldinger, og da opplevde vi at dette ble et slags hvileskjær for en del kommuner.

Det har vært satt mange frister i denne perioden, men uten noen direkte sanksjonsmidler, med unntak av at det ved godkjente meldinger i henhold til ELIN-k og adresseregistre ble utløst økonomiske midler til leverandørene ved leveranse.

Til slutt: Det er ingen tvil om at selv om denne veien har vært kronglete og lang, hadde vi ikke kommet dit vi er i dag, uten dette prosjektet. Mange kommuner er i gang, og det har vært en sterk drivkraft ute i mange kommuner. Det har også vært en lokal interesse og mange ildsjeler som har jobbet for å lykkes med å få til elektronisk samhandling.

Takk.

Møtelederen: Tusen takk til deg.

Nå er det DIPS' tur, ved Tor Arne Viksjø.

Tor Arne Viksjø: Takk for invitasjonen til høringen.

DIPS er leverandør av EPJ-systemer til store deler av det norske sykehushelsevesenet ...

Møtelederen: Der brukte du et faguttrykk som ikke alle kan.

Tor Arne Viksjø: Gjorde jeg det? Da sier jeg heller «elektroniske pasientjournaler».

Vi leverer også kommunikasjonsløsninger til deler av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Vi har jobbet med elektronisk meldingsutveksling helt siden starten av 1990-tallet, så vi har jobbet mye med denne problemstillingen.

Det har vært spennende å lese Riksrevisjonens rapport. Det er veldig bra at man har gjort en gransking, og på et overordnet nivå finner vi mye i rapporten som vi er enig i. Helse-Norge har kommet for kort med utbredelse av elektronisk kommunikasjon.

Riksrevisjonen har pekt på flere forhold som kan forbedre situasjonen, og vi har fra vår side lyst til å peke på tre konkrete ting som vi kunne tenke oss i hvert fall å fokusere på.

Jeg vil også si at det har skjedd en akselerasjon det siste året når det gjelder bruk av denne typen løsninger, og det er gledelig.

Det er også viktig for oss å peke på at det er stor forskjell mellom regionene når det gjelder bruk av elektronisk meldingsutveksling. Spesielt i Helse Nord og også i deler av Helse Vest har man fått til en god utbredelse av meldingsutveksling mellom aktørene. Det viser at det er mulig å få til dette. Det er tross alt et godt signal. Det er også god grunn til å se på hvorfor man har fått det bedre til i de regionene enn i andre regioner.

Jeg vil også si at dagen i dag er en gledens dag. Det største helseforetaket i Norge, Oslo universitetssykehus, har i begrenset grad vært med på å sende meldinger elektronisk, men i dag startet sykehuset opp med full drift av DIPS – i morgen er det kl. 07. Det går etter planen. Det er allerede flere tusen brukere som er innlogget. For første gang sendes det nå elektroniske meldinger, f.eks. på PLO, fra Oslo universitetssykehus og ut til kommunehelsetjenesten i området. Det synes vi er en milepæl, egentlig, fordi Oslo universitetssykehus er så stort at det på mange måter dominerer hele statistikken til Helse Sør-Øst.

De tre områdene jeg har lyst til å si litt mer konkret om, er for det første – og dette har jeg hørt før i dag også – at det er altfor mange frittstående installasjoner av elektroniske pasientjournalssystemer i Norge i dag. Med 17 000 aktører og tusenvis av installasjoner er det ekstremt krevende å sørge for at alle aktører er oppdatert med fungerende meldingsløsninger, riktig informasjon, riktig adresse og riktige versjoner av meldingene. Der mener vi det må gjøres noe. Vi tror det er smart å gjøre noe med organiseringen. Jeg vet at det er et politisk krevende spørsmål, men å ha delt helsetjenesten, med ett ansvar som ligger hos kommunene og ett ansvar hos staten, gjør det enda mer komplisert enn om man hadde hatt det samlet.

Uavhengig av organiseringen burde det være mulig å etablere en felles driftsløsning for mange av disse aktørene, slik at man får færre installasjoner enn i dag, for dagens situasjon er ekstremt krevende.

Punkt nr. 2: Vi må slutte å bruke meldingsløsninger. Det

å sende meldinger som en plattform er ekstremt krevende. Det har store svakheter. Skal man være trygg på at det skal fungere, må man rundt omkring på de tusenvis av små og store legekontorer følge nøye med på at det går bra:

- Man må sjekke opp avvik.
- Har man fått kvittering der hvor man har sendt noe?
- Har man fått tilbake kvittering på at laboratoriesvaret er mottatt?

I en travel hverdag, som allerede er veldig travel, er dette en risikabel modell. Vi mener sektoren bør gå over til en tjenestebasert kommunikasjon. Det betyr at når primærlegen trykker på sendeknappen, får han der og da beskjed om at meldingen har kommet fram, istedenfor at man skal vente en uke og begynne å etterlyse om den har kommet fram eller ikke. Det er en ekstremt tungvint plattform å jobbe på; å ha en slik batchoverføring av informasjon, for så å kontrollere i batcher at det har kommet fram. Hvis man kunne fått mer av dette online, tror vi at det hadde gjort denne delen av virksomheten mye tryggere og sikrere. Det finnes løsninger internasjonalt, og det finnes standarder for dette, som er mulig å ta i bruk. Det er ikke umulig å få det til.

Jeg har til slutt – punkt tre – også en kommentar til adresseregisteret. Det er et svært ambisiøst mål å ha en tjenestebasert adressering. Det vil si at når man skal sende noe til et annet sykehus, må man liksom vite adressen helt ned på seksjonsnivå og kanskje helt ned på tjenestenivå inne i seksjonen. Det er veldig krevende å sørge for at det er oppdatert. Det pågår et prosjekt for å få automatisert noe av den oppdateringen, men det er veldig krevende.

Det hører jo også med til historien, noe som ble nevnt før meg, at det å endre standarder, det å endre løsningene på dette området, er veldig krevende. Det betyr at enten må du skifte system samtidig overalt, og det går i praksis ikke, eller så må du faktisk sørge for å ha støtte for å håndtere ulike adresseringsmekanismer samtidig. Begge deler er krevende å gjennomføre, og risikoen er stor for at det fører til uheldige avvik.

Jeg vil også peke på det at det er mulig å få til ting i denne sektoren når det gjelder det å skape felles løsninger. Jeg synes både kjernejournal og e-resept er eksempler på at man klarer å få til gode løsninger som breddes ut og som fungerer. Sektoren er i stand til å gjennomføre dette hvis man får de rette virkemidlene.

Riksrevisjonen har en konklusjon om at ambisiøse mål krever sterkere virkemiddelbruk, og jeg vil jo si, fra vårt ståsted, at virkemidler skal vi ikke si nei takk til. Men vi tror det er enda viktigere at man har kloke hoder og sterke incentiver, sånn at det arbeides mest mulig smart og effektivt mot målet. Dette er komplisert, og da må man ta tak i de smarte ideene og bruke dem. Gjør man ikke det, kan arbeidet bli som innsatsen til Sisufos, altså et forgjeves evighetsarbeid som aldri kommer i mål.

Møtelederen: Da sier vi tusen takk til dere. Da er det saksordfører Tetzschner. Ti minutter – vær så god.

Michael Tetzschner (H): Ja, takk. Jeg ble litt nysgjerrig da du sa at man burde slutte med konsentrasjonen rundt

meldingssystemer. Ligger det i det at du ser for deg at man heller jobber direkte med pasientjournalene ved oppslag, altså på weben, og at det så blir spørsmål om å få direkte tilgang til det dokumentet, mer enn at man laster det ned og så sender det videre til en spesiell samarbeidende adresse? Betyr det at det man nå anstrenger seg for å få til, f.eks. gjennom OSEAN – automatisk oppdatering av adressering – at det i grunnen er et arbeid man mer eller mindre kan spare seg hvis man innser at mer og mer av hverdagen vil være å arbeide direkte i weben?

Tor Arne Viksjø: Det handler egentlig ikke om å arbeide direkte i weben, men å bruke en del mekanismer fra web-teknologien. Det betyr at to systemer kan samhandle via et tjenestegrensesnitt, og det betyr at f.eks. fastlegen, i sitt system, kan ha en liten kanal inn mot et journalsystem på sykehuset, og den kanalen er sikker og trygg på alle mulige måter, men den er direkte, og har du den direkte kanalen, så kan du få et direkte svar på om informasjonen kommer fram, uten nødvendigvis å bruke en web-portal for å slå opp noe. Men det er rett og slett en teknologi hvor man er litt mer direkte på.

Så vet ikke jeg, teknisk sett, hvorvidt ... Du må nok uansett ha en eller annen måte å kunne adressere og finne disse kanalene på, og informasjonen må være tilgjengelig og kunne adresseres videre gjennom en sånn kanal. Jeg tror ikke OSEAN-prosjektet er bortkastet, men jeg tror du kan bygge videre på det og få enda bedre løsninger.

Michael Tetzschner (H): Jeg merket meg at man altså mente at kommunene hadde noe lav kompetanse. Betyr det at den kompetansen er så lav at man i riktig små kommuner rett og slett ikke har evne til å ta vare på sine interesser som kunder?

Tormod Bekken: Vi ser jo, kanskje spesielt i mindre kommuner, der du kanskje ikke har dedikerte stillinger som skal jobbe med denne typen spørsmål, at kompetansen er lav. Det merker vi helt fra de tar kontakt og skal bestille, altså lav bestillerkompetanse; de vet rett og slett ikke hva det er de bestiller. Det går også på det at det er manglende kompetanse, eller lav kompetanse, i igangsettingen. Hvis du ikke har tunga rett i munnen fra start i denne typen prosjekt, drar du med deg de barnesykdommene som du legger inn der i begynnelsen. Så vi ser jo at større kommuner, eller kommuner der du har en samarbeidsløsning, håndterer dette bedre enn de små kommunene.

Michael Tetzschner (H): Hvis vi fortsatt oppholder oss litt ved kommunene som kunder, så sa jo Leif Inge Jakobsen innledningsvis at Visma leverer til halvparten av kommunene i Norge. Hvordan er leveransen til den andre halvparten, de som ikke bruker løsningene fra Visma? Og hvordan er kommunikasjonsproblemene mellom kommuner som velger forskjellige leverandører?

Det tredje jeg kunne tenke meg å høre om, er: Når man altså har halvparten av kommunene på kundelisten, er det fordi man da selv har solgt seg inn overfor hver enkelt kommune, eller fordi kommuner er gått sammen om

å bruke dere som leverandør? Får dere kundene sånn enkeltvis ved å ta de kalde telefonsamtalene, som det heter, eller har kommunene f.eks. slått seg sammen og utgjort en innkjøpsgruppe? Eller har KS hatt noen andel i å bistå kommunene i å være gode kunder?

Tormod Bekken: For å ta det siste først: Tittelen min er fagselger, så det er vel jeg som står ansvarlig for at det i hvert fall er en del av disse kommunene som bruker det, og det er de kalde telefonene. Det er solgt inn enkeltvis, men vi ser jo det, i større og større grad, at kommuner uten direkte kommunesammenslåing samarbeider og derigjennom bestemmer seg for å ha et felles fagsystem innad i den regionen, det distriktet.

Når det gjelder forskjellen mellom de ulike leverandørene av journalsystem og dermed også meldingsutveksling i pleie og omsorg, så er den ganske lik. Vi har de samme standardene vi skal forholde oss til. En melding som går ut fra ett system, skal være lesbar i det andre, så der er det en stor grad av likhet. Det ser vi også ved at vi mellom kommunene og i det som fungerer i Norsk Helsenett, har en meldingstjener, og den meldingstjeneren, altså den vi leverer, kan også brukes opp mot et annet fagsystem og omvendt, sånn at det er stor grad av kompatibilitet der.

Michael Tetzschner: Ja, det var greit.

Møtelederen: Da er det Arbeiderpartiets tur, og da skal jeg formelt overlate ledelsen av møtet til Michael Tetzschner.

Michael Tetzschner overtok her som møteleder.

Møtelederen: Vær så god til Arbeiderpartiet og Martin Kolberg.

Martin Kolberg (A): Det er mulig vi deler litt på det her.

Det er ett eller to grunnleggende spørsmål som det er viktig for komiteen å få klarhet i. Jeg registrerer nå at dere har hørt litt av høringa på forhånd, i hvert fall noen av dere, eller kanskje hørt noe ute – på sending.

Det blir altså stilt et grunnleggende spørsmål ved om hele systemets arkitektur er tilstrekkelig framtidsrettet. Nå er jo dere ekspertene, og vi vil virkelig høre hva dere mener om det. Det skremmer oss jo ganske mye – så mye som dette koster, så mye arbeid som det blir lagt i det, og så begynner man å sette spørsmålstegn ved den grunnleggende arkitekturen i systemet. Står vi i fare for – om ti år – å måtte si at vi på sett og vis må begynne litt på nytt hvis vi skal greie å være moderne?

Nå må dere virkelig prøve å være ærlige overfor oss på dette punktet, for da har Stortinget en stor oppgave foran seg, hvis dette er i nærheten av å være sant. Vi begynner med Viksjø.

Tor Arne Viksjø: Jeg mener det ikke er noe galt med arkitekturen som er valgt. Det er nøyaktig den samme ar-

kitekturen som er valgt i Danmark. Danmark har klart å få nesten 100 pst. dekning på veldig mange av de meldingene vi nå snakker om. Der Danmark nok har vært mer konservativ, og man kan kanskje også si mer gammeldags enn i Norge, er når det gjelder de standardene man har valgt. Det er klart at hver gang man bytter standard i en kommunikasjon, må alle partene bytte. Når det er 17 000 parter som skal bytte standard, tar det tid. Hvis ikke min informasjon er helt feil, har Danmark holdt på gamle standarder, selv om de har vært dårlige. De har holdt på dem, og da har de sørget for å få volum på det. Det er klart det er et valg man kan ta. Da vil du få større bredde og større volum, men man mister selvfølgelig en del av funksjonaliteten som kommer i nyere standarder. Så det er et svar på det.

Jeg synes ikke arkitekturen i meldingsutvekslinga har vært gæren. Det er viktig å ha meldingsutveksling, uansett. Du kommer aldri til å komme i en posisjon der du kan klare deg helt uten meldingsutveksling. Du kan ha tjenestebaserte løsninger, der du aktivt går ut og gjør noe. Men når du skal overføre ansvar, når du skal overføre en pasient fra fastlege til sykehus, må sykehuset få den informasjonen. De må få henvisninga, og de må ha noe å ta tak i for å komme videre, og vice versa når sykehuset er ferdig og skal sende epikrise, kanskje med oppfølging til fastlegen, må det sendes. Man kan ikke basere dette på at det skal hentes overalt. Så arkitekturen må være der, og den må være som den er, tror jeg, i veldig mange år framover. Men det kan gjøres forbedringer.

Jeg tror at det å bytte standarder veldig ofte har vært en av svøpene vi har vært gjennom i Norge.

Martin Kolberg (A): Hva er Vismas mening om dette?

Tormod Bekken: Jeg må si meg enig med Tor Arne. Jeg tror at dagens arkitektur kunne ha fungert mye bedre hvis man hadde hatt en bedre styringsmodell, som bl.a. Tetzschner stilte spørsmål om da de sentrale aktørene var her inne først. Det å få alle aktører til å starte med én standard, med én versjon på et gitt tidspunkt, slik at samhandling er mulig, uten den tilbakekompatibiliteten, tror jeg er vesentlig.

Jeg tror vel også at tidlig på 2000-tallet var det en sentral meldingstjener som var det aktuelle, men som ble skrinlagt, delvis pga. tilbakemeldinger fra Datatilsynet, som gjorde at vi fikk mange aktører som i dag leverer meldingstjenere, som har samme funksjonalitet innen dette, som også gjør at man får flere systemer som skal oppgraderes til den samme versjonen, som skal håndtere de samme standardmeldingene, de samme versjonene og standardene, inn mot Norsk Helsenet.

Martin Kolberg (A): Et siste spørsmål fra min side: Vi har brutt en rekke tidsfrister – gang på gang. Stortinget har fått informasjon om at man kan klare det da og da og da – man flytter på tidsfristene etter hvert. Hvorfor skjer det, etter deres mening?

Tomas Alme: Det har vært pekt på mange årsaker her i dag, jeg skal ikke gjenta alle. Det jeg tror er viktig, når man

snakker om f.eks. pleie og omsorg, er at det er ganske komplekse arbeidsprosesser det skal støtte. Som det ble sagt av Visma her i sted: Jeg tror man ville ha tjent på en prosess, hvor man startet mye enklere, og bygde på den erfaringen man fikk der. En Helse IT-leder jeg kjenner, og som jeg har stor respekt for, pleier å si: Hvis du skal gjøre noe som er veldig vanskelig, gjør iallfall bare én ting om gangen. Det tror jeg kanskje har vært litt av årsaken.

Som vi var inne på i innledningen fra Viksjø, er det sånn at det har skjedd veldig mye i 2013 og 2014 når det gjelder volum. Vi opplever også at det har skjedd veldig mye når det gjelder faktisk å benytte erfaringen vi har fra dette prosjektet. Da nevnte du kjernejournal og e-resept. Jeg synes kjernejournal er et veldig godt eksempel på at man har tatt den lærdommen man har fått fra disse prosjektene, og løst oppdraget på en mer effektiv måte i neste runde.

Martin Kolberg (A): Kan Visma si noe om dette?

Leif Inge Jakobsen: Jeg tror at noe av årsaken ligger i at det er for store prosjekter. Det at man skal ta i bruk så mange meldinger samtidig, er en stor utfordring, som jeg sa tidligere, både for kommunene og for oss som leverandører. Det hadde kanskje vært mulig å innføre dette raskere, hvis vi hadde tatt det i mange små bolker.

Så skal det heller ikke stikkes under stol at det pågår ganske mange prosjekter ute i kommunene samtidig. Parallelt med elektronisk samhandling pågår det IPLOS-prosjekter, og man begynner å se på kjernejournalprosjekter. Det er altså ganske mange prosjekter som går parallelt. Det gjør at det er ganske krevende, spesielt for mindre kommuner, å klare å håndtere alle disse prosjektene parallelt.

Martin Kolberg overtok her igjen som møteleder.

Møtelederen: Da er det Helge Thorheim.

Helge Thorheim (FrP): Takk for det.

Det var noen – jeg tror det var Viksjø – som nevnte at det var stor forskjell på regionene, at man på en måte nesten friskmelder nord og vest, og så henger de andre etter. Har du noen formening om hvorfor det er slik, at to går veldig bra frem og de andre henger etter?

Tor Arne Viksjø: Jeg kjenner vel best til nord, for jeg har jo kanskje jobbet tettest på prosjektene der. Jeg føler de har hatt prosjekter som har vært veldig målrettede. De har f.eks. FUNKe-prosjektet, som jeg har jobbet med de siste par årene, og som har vært veldig målrettet for å få på plass meldingene. De har vært flinke til å standardisere hvilke løsninger man skal ha ut for å produsere og ta imot meldingene hos fastlegene. Jeg tror de har organisert arbeidet bedre, og kanskje brukt enda mer ressurser på det – forholdsvis, da – enn de andre regionene. De har hatt en offensiv satsing, og det har gitt resultater.

Helge Thorheim (FrP): Kan man dermed si at de har oppfattet budskapet fra departementet sterkere enn de andre?

Tor Arne Viksjø: De har iallfall tatt ansvaret, synes jeg, tydeligere, med all respekt for våre andre kunder.

Helge Thorheim (FrP): Jeg tror det var Bekken som nevnte at det synes å fungere greit mellom ulike systemer. Det var en gang man snakket om dette med klinisk arbeidsflate. Betyr det at man har en slik klinisk arbeidsflate, og at det ikke er noen protokollgreier og slike ting som hindrer samsnakking mellom systemene?

Tormod Bekken: Når du tenker på arbeidsflater i de ulike kommunene som har de ulike systemene, er de forskjellige. Men det jeg mente, var at den delen av disse systemene som fungerer på meldingsutveksling, er underlagt de samme standardene. Det er ikke bare standarden for oversendelse, men også presentasjonsfiler – hvordan det synes i mottakersystemet ...

Helge Thorheim (FrP): Altså layouten.

Tormod Bekken: Ja, det er det. Du skal inneha den samme typen informasjon. Det er felter som må fylles ut og en del som bør fylles ut. Det var det jeg mente.

Helge Thorheim (FrP): Ok, flott.

Ellers er jeg litt opptatt av dette man snakker om, oppdateringer – hvilken generasjon, hvilken versjon man har. Det kjenner jeg til en del selv. Da er mitt spørsmål: Hvem er driveren for oppdateringer? Er det selskapene selv og leverandørene selv som gjerne vil ha en oppdatering, som kanskje kunne vært unødvendig? Jeg kjenner godt Microsoft-systemet, og slike ting, hvor man nesten må følge med i dette. Eller er det drevet av bransjen selv, dvs. Helsedirektoratet, helseforetakene? Er det de som er driverne for at det stadig blir oppdateringer?

Tormod Bekken: Programvareutviklingen er vel drevet ut fra to aktører her, vil jeg si. Det ene er fra direktoratet, hvor man har disse kravene til standarder og formelle ting som vi må forholde oss til. Samtidig har vi en brukerside, som gjør at man har krav derfra om at det må leveres. Det går på funksjonalitet, at man får et intuitivt, godt system. Jeg tror at når vi får på plass disse standardene, er det i neste runde vår oppgave å få tilpasset disse brukerflatene, som du snakket om, på en slik måte at det er enkelt å bruke det. Det ser vi mer og mer – i de moderne IT-løsningene som kommer, er det lagt mer vekt på akkurat den biten.

Helge Thorheim (FrP): Da, leder, har ikke jeg flere spørsmål i denne omgang.

Møtelederen: Vi sier da takk til Fremskrittspartiet i denne omgang. Da er det Gerd Eli Berge, på vegne av Senterpartiet.

Gerd Eli Berge (Sp): Vi hørte av den forrige gruppen som var her – fra kommuner og foretak – at en skulle ønske

at dette på en måte hadde blitt innført mer steg for steg, som også dere har sagt. Hadde det vært gjennomført pilotprosjekter, hadde en kunnet lære av dem og ikke måttet gå over hele fjøla samtidig. Det er kanskje noe som dere også støtter.

Som en videreføring av det at dere har trukket fram Helse Nord som et eksempel på noen som har kommet langt: Slik dere som leverandører ser det, er det noen sammenheng mellom størrelsen på helseforetaket og det å kunne gjennomføre? Om kommunene har dere sagt at dette har små kommuner problemer med, men når det gjelder kommuner som samarbeider, har jeg inntrykk av at dere sa at det var bra, da klarer en det. Så jeg vil gjerne ha litt utdyping om stor og liten og om pilot.

Leif Inge Jakobsen: Jeg kan si at når det gjelder pilotering av ELIN-k-prosjektet, har det vært kjørt en ganske lang periode av både Bergen og Tromsø, bl.a., og av dem som vi har kundeforhold til. Det tror jeg nok har vært helt avgjørende for at vi har kommet så langt som vi har kommet i dag. De har gjort et veldig stort arbeid med å gå foran og lede an i dette med elektronisk meldingsutveksling i kommunene.

Gerd Eli Berge (Sp): Så til et annet spørsmål. Vi har fått høre mye om hva som er årsaken til at det er vanskelig med det elektroniske meldingssystemet og kommunikasjonen. Så tenker jeg: For dere som leverandører, hvordan har deres kommunikasjon med og råd fra overordnede, altså Helsedirektoratet, vært? Har dere fått nok informasjon til å utarbeide de verktøy som trengs – også overfor KS, overfor kommuner?

Tor Arne Viksjø: Jeg føler vi har en god dialog med direktoratet. Vi har egentlig ingen eller veldig få kunder i kommunesegmentet, så KS har ikke vært en aktør for oss. Men vi har hatt god dialog med direktoratet. Vi har vært involvert i piloter, og vi har vært involvert i møter og i referansegrupper i forkant av de prosjektene vi har kjørt. Så jeg synes det har vært greit.

Leif Inge Jakobsen: Vi har også gjennom hele ELIN-k-prosjektperioden vært invitert til møter med både KITH og direktoratet, og vi har hatt diverse møter med pilotkommuner. Så jeg vil si at det har vært en bra dialog i prosjektperioden.

Møtelederen: Takk. Vi går da til en oppsummeringsrunde. Saksordføreren, Tetzschner, er først – vær så god.

Michael Tetzschner (H): DIPS leverer vel også til private institusjoner – Visma gjør det definitivt. Har dere gjort dere noen tanker om hva som er ulikheten mellom privat sektor og offentlig sektor når det gjelder evnen til å omstille seg, til å ta i bruk innovasjoner, og utålmodigheten etter å realisere gevinster? Hva er liksom kjennetegnet på den forskjellen? Kunne dere karakterisere dette litt på allment nivå, uten å henge ut enkeltnivåer eller enkeltpersoner?

Tormod Bekken: Vi har vel ikke all verdens erfaring med private institusjoner, men vi har en del. Det jeg vil si, som kanskje er like viktig enten det er en offentlig eller en privat eier, er at det er en ildsjel i organisasjonen som tar tak i dette. Det som da er viktig, tror jeg er – enten det er en offentlig eller en privat eier – at det blir avsatt ressurser innad i organisasjonen, slik at en skal kunne gå inn og ha en dedikert stilling til det, og dermed også få økt og bedre kompetanse.

Tomas Alme: For vår del ser jeg kanskje mer en sammenheng mellom størrelser når det gjelder akkurat det du spør om. Vi har snakket om veldig liten størrelse som et drawback, men det går an å være veldig stor og ha det som et drawback også.

Når det gjelder akkurat dette med å snu seg rundt, se muligheter og være opptatt av å ta ut effekter av teknologi, er det kanskje noe midt på treet og en ting midt imellom som er fornuftig – at det kanskje, slik vi ser det, er en sterkere faktor her enn hvorvidt det er privat eller offentlig drevet. Vi ser at de offentlige aktørene også fokuserer mye på dette med å få ut effekter av de løsningene som de anskaffer seg.

Møtelederen: Vi sier takk til Tetzschner. Da er det Gunvor Eldegard – vær så god.

Gunvor Eldegard (A): Takk for innleiingane. Eg har lyst til å stilla eit par spørsmål.

Fyrst: Er dei offentlege gode nok innkjøparar og klare nok i bestillingane ut til dykk? Og motsett: Kva kan leverandørane gjera for f.eks. å hjelpe dei små kommunane, der det er lite kompetanse på området? De kan svara på dette fyrst, så kan eg spørja vidare etterpå.

Leif Inge Jakobsen: For å svare på det siste spørsmålet først: Når det gjelder hva vi bidrar med ut til kommunene, er det slik at vi tilbyr både en opplæringspakke og konsulentbistand for å kunne ta i bruk elektronisk meldingsutveksling på best mulig måte. Kanskje du, Bekken, vil si noe om innkjøpskompetansen og hva slags krav vi stiller til kommunene?

Tormod Bekken: I den settingen merker vi – som jeg også sa innledningsvis i en kommentar her – at vi må veilede mye mer i bestillingsøymed når det er små kommuner.

Når det gjelder meldingsutveksling, har en fått den oppfatning at det er veldig komplisert og innviklet, men innkjøpene av de modulene som skal til, er ikke det som setter bestillerkompetansen på størst prøvelse – det trengs mer bistand helt fra begynnelsen, ved bestilling, og helt til slutt.

Det som igjen er vesentlig, er at det er en sprengt økonomi. Vi får spørsmål når vi tilbyr innføringspakken: Kan vi kutte ut opplæring – jeg tror ikke vi har råd til det? Da er vi ganske steile og sier at det er ikke aktuelt, for vi vet at resultatet blir dårlig. Jeg ville jo heller snudd på det og

sagt at du kan få en oppfølgingsopplæring, som du skulle ha bestilt samtidig. Du får en innføringspakke, du lærer det der og da – du har en til to dager – og så begynner du å bruke det. Det ideelle hadde vært at du også kunne fått oppfølgingsopplæring av konsulenter som kan dette – enten fra oss eller at det er noen kommuner som har de samme systemene, og som har kommet lenger.

Gunvor Eldegard (A): Eit spørsmål – kanskje litt meir om det teknologiske – til Viksjø. Du sa at du ynskte at ein heller skulle gå over til ein tenestebasert kommunikasjon. Det høyrer jo fint ut. Er det slik at du med det systemet som allereie fungerer i dag, enkelt kan overføra og bruka arkitekturen der til ei ny teneste innanfor tenestebasert kommunikasjon?

Vidare: Difi har køyrt eit ganske spennande prosjekt om eFaktura – PEPPOL heiter vel prosjektet. Det er på ein måte ein heilt ny arkitektur, der det er mykje enklare, slik eg har forstått det, å kopla seg på, for alle systema kan kopla seg på i ein type aksesspunkt. Er det eit system som hadde kunna fungert innanfor helsetenestene også?

Tomas Alme: Igjen: Dette er ikke bare ett, men egentlig flere kompliserte områder som glir inn i hverandre.

Når det gjelder det som vi nevnte om tjenestebasert kommunikasjon, tenker vi vel – spesielt når vi spør om hvor vi går herfra når vi skal oppnå «En innbygger – én journal» – at den meldingsbaserte kommunikasjonen som vi har basert dette på fram til nå, har løst en del problemer. Og vi skal ikke gjøre om igjen det arbeidet, men vi må på en måte tenke annerledes og i henhold til der vi er nå tidsmessig: Hvor går vi videre, og hva slags arkitektur legger vi til grunn for det?

Når det er sagt, uten at jeg kjenner i detalj det du nevner, så har jo Helsedirektoratet etablert en tilsvarende portal rundt dette med helsenorge.no som jeg tror alle aktører nå forholder seg til, og som bl.a. vil være veldig viktig når det gjelder å gi pasienten eller brukeren tilgang til dette. Det er viktig da at vi ikke lager parallelle løsninger, men at vi forholder oss til det arbeidet som Helsedirektoratet der har lagt til grunn, og kobler oss på, litt sånn som du sier, slik at vi som aktør, kan levere og motta gjennom den portalen – og det samme med de andre aktørene – som da vil gi den graden av samhandling som vi egentlig alle sammen sitter her og ønsker at vi hadde allerede nå.

Møtelederen: Helge Thorheim – vær så god.

Helge Thorheim (FrP): Takk. I forrige bolk snakket vi mye om sentral styring, og slik jeg oppfattet det, både fra Helse Bergen og fra kommunene, er det behov for mer sentral styring. Vi snakket om økonomi – det har dere også gjort – og ikke minst kompetanse; spesielt de små kommunene har litt problemer med innkjøpskompetanse bl.a.

Hvis man tar dette med sentral styring på alvor, og sier at ja, nå tar vi et skikkelig grep – vi ser hvor vi er nå, og da trengs det sånn og sånn økonomi for å få dette på

plass – kunne det tenkes at f.eks. Helsedirektoratet var innkjøperen, kjøpte dette inn og at økonomien fulgte med? De sørger for at nå skal vi ha det på plass og da blir det slik. Har dere begge noen tanker om det?

Tor Arne Viksjø: Jeg synes det kan være en god idé. Det var jo egentlig det Helse Nord gjorde, og som gjorde at de fikk den utbredelsen de har. De tok et felles grep. De kjøpte inn kommunikasjon til alle fastlegene i regionen, og dermed fikk de full fart på det. Så det har en ganske sterk effekt å gjøre det på den måten. Men det er ikke nok.

Tormod Bekken: Jeg er enig med Tor Arne der. Jeg tror at hvis man skal ha en sentral styring og på en måte presse de ulike aktørene til å utføre oppgraderinger for et leiekontor, for en kommune, så er det gjennomførbart, men når vi er på helseforetaksnivå, er det en mye større operasjon, og da tror jeg at det med sentral styring må henge sammen med økonomi – at du må ha ressurser til å gjennomføre det.

Vi hadde jo eksempler i ELIN-k-prosjektet, hvor en kommune som var med i fase 1, da det gikk mellom kommune og fastlege, faktisk måtte melde avbud i fase 2 da vi gikk videre, fordi helseforetaket ikke hadde ressurser til å oppgradere sin versjon og dermed være med på det.

Møtelederen: La meg først si at komiteen har full forståelse for at dere er kommersielle bedrifter og i så måte har interesser knyttet til det. Vi forstår det og respekterer det. Jeg vil gjerne ha sagt det – med strek under. Men hvis dere skulle føle dere fri, er det slik at det er et for lite samordnet styringssystem som virkelig er det som hindrer effektivitet i systemet og også framdrift i gjennomføringen? Er det det jeg kan lese ut av det som dere på forskjellige måter sier her? Dere får prøve å svare på det, Viksjø og Jakobsen.

Vi skal møte direktoratet om ikke lenge, om en times tid, og så kommer statsråden til slutt. Vi vil derfor gjerne ha ballast når det gjelder dette.

Leif Inge Jakobsen: Jeg tror nok at denne koordineringen mellom de ulike aktørene har vært en stor utfordring. Og det vi ser, er jo at det kommer nye standarder, vi klarer ikke å gå i takt, det kommer nye versjoner og meldinger, vi klarer ikke å få rullet det ut samtidig, slik at vi hele tiden får noe som henger etter. Det er vel litt ulikt hvem som henger etter på hvilket tidspunkt, men det tror jeg nok har vært en stor hindring for å kunne klare å komme skikkelig i gang med dette. Det preger nok der vi er i dag også.

Tor Arne Viksjø: «Styring» tror jeg er et nøkkelord. Det å klare å få 17 000 aktører, tusenvis av installasjoner, mange leverandører – her er vi jo bare to av kanskje 10–15 som leverer i dette markedet – kombinert med ulike standarder og utviklingen der og få det til å gå parallelt i en samtidighet sånn som det bør være, er kjempekrevenne. Da er jo styring et mulig virkemiddel og et godt virkemiddel, tror jeg, for å få det til å gå mer sammen og mer i takt.

Møtelederen: Da sier vi takk for svarene. Så er det slik at dere får to minutter hver til å avslutte, si det dere fritt vil, legge til eller trekke fra, hvis det er noe dere vil si.

Skal vi begynne med Viksjø? Har du noe å legge til eller trekke fra?

Tor Arne Viksjø: Jeg har jo fulgt med dere på tv – det har vært interessant. Jeg har også merket meg et oppslag i Dagens Næringsliv i dag om at norske sykehus ligger ti år bak amerikanske sykehus. Jeg har i hvert fall lyst til å oppklare noe som jeg opplever er uheldig. I forrige uke ble det lagt frem en rapport laget av Gartner, som vi mener er så dårlig kvalitetssikret at jeg håper det ikke tas noen beslutninger på bakgrunn av den. Jeg håper at helsesektoren blir involvert i å få den kvalitetssikret.

Så har det vært ulike skalaer for å måle bruken av elektroniske system i sektoren. Det er veldig viktig å være klar over at det i Gartner-rapporten opereres med en skala som går fra 1 til 5. Det finnes ingen i verden på 4 og 5 i dag, sånn at det å komme fra 2 til 3 er ganske bra, og vi mener jo at DIPS i dag er på det nivået, og at neste generasjon DIPS Arena er på nivå 3 og kanskje enda høyere.

Så finnes det noe som heter EMRAM, som er en annen skalering som går fra 1 til 7, og jeg tror det var det Tetzschner refererte til tidligere her i dag. Der er det sånn at majoriteten i Europa er på nivå 0 til 2. Ahus her i Norge er på nivå 5 og bruker DIPS. Det betyr at Norge egentlig kan gå på nivå 5, og sånn sett er vi jo langt foran Europa når det gjelder modenhet på bruken av EPJ i dette markedet.

Så jeg synes det var veldig kjekt å få oppklart denne lille misforståelsen. Det er ulike skalaer her, og man må ikke blande dem.

Møtelederen: Jakobsen, vær så god.

Leif Inge Jakobsen: Det er mye positivt som skjer ute i kommunene, og mange har kommet et godt stykke i gang. Men for å lykkes med elektronisk samhandling mener vi at vi i fremtiden og i tilsvarende prosjekter må få tydelige og klare standarder, realistiske og samkjørte tidsfrister for alle aktører, og ikke minst savner vi enkle og gode test- og godkjenningsordninger. Jeg må jo si at det er et paradoks at vi utvikler elektronisk samhandling i dag, men at vi likevel må benytte telefaks for å sende inn testmateriellet til KITH. Sånn har det vært, og ja, det gjenstår et stykke arbeid før vi er helt i mål.

Møtelederen: Da er denne delen av den åpne høringen slutt. Jeg uttrykker en stor takk for at dere kom og for alt dere har bidratt med. Vi tar det med oss i den videre delen av høringen og i arbeidet med meldingen til Stortinget. Saken kommer opp til behandling i god tid før jul i plenum. Da kommer Stortinget til å trekke konklusjoner. Tusen takk skal dere ha.

Det blir pause fram til kl. 13.45.

Høringen ble avbrutt kl. 13.28.

Høringen ble gjenopptatt kl. 13.44.

Høring med Den norske legeforening og Norsk Sykepleierforbund

Møtelederen: Da starter vi opp igjen denne høringen i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité som omhandler det som formelt sett heter meldingsutveksling innenfor helsesektoren, som igjen bygger på en rapport fra Riksrevisjonen. Som dere vel har hørt, men som jeg allikevel sier når dere sitter her, er bakteppet også den store offentlige debatt som er knyttet til dette temaet, og den alvorlighetsgrad dette har, selvfølgelig, for helsevesen og for befolkningen. Derfor ønsket Stortinget og kontroll- og konstitusjonskomiteen å gå grundigere inn i saken.

Nå er det våre to organisasjoners tur, Legeforeningen og Sykepleierforbundet – dere er hjertelig velkomne. Jeg har hilst på dere alle nå, men for formalitetenes skyld er det altså leder i Legeforeningens IT-utvalg, Kjartan Olafsson, medlem i samme utvalg, Petter Hurlen, og fagsjef Jan-Emil Kristoffersen som er her. Fra Sykepleierforbundet er det spesialrådgiver Merete Lyngstad og seniorrådgiver Kathy Mølstad. Dere er velkomne.

Jeg tror dere kan alle formaliteter, jeg er bare pliktig til helt spesielt å understreke én ting, og det er at hvis dere sitter med noe informasjon som er fortrolig som dere trenger å bruke for å svare på spørsmål, skal dere ikke gjøre det for dette er en åpen høring, men dere skal gjøre meg og komiteen oppmerksom på at så er tilfellet, slik at vi eventuelt kan foreta en vurdering av om høringen skal lukkes. Utover det er det slik at dere har 5 minutter i starten hver – hver organisasjon – og så er det spørreunde. Michael Tetzschner er sakens ordfører, han har 10 minutter, vi andre har 5 minutter.

Da begynner vi. Ordet går til Legeforeningen først, og det er Olafsson som skal snakke. Vær så god, Olafsson.

Kjartan Olafsson: Vi takker for anledningen til å uttale oss om Riksrevisjonens undersøkelse av elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. Vi tre som møter fra Legeforeningen, er alle leger med lang klinisk erfaring. Navnet mitt er Kjartan Olafsson, jeg er leder i IT-utvalget i Legeforeningen og er fastlege i Florø. På min venstre side sitter Jan-Emil Kristoffersen, som er lege og fagsjef i Legeforeningen, og på min høyre side sitter Petter Hurlen, som er medlem i IT-utvalget og avdelingssjef for radiologi på Ahus.

Når vi nå setter det kritiske lyset på meldingsutvekslingen, må vi ikke glemme at vi har kommet langt sammenlignet med den tiden da vi håndskrev journaler og kommuniserte ved hjelp av posten. Allikevel er mye igjen. Å få etablert elektronisk kommunikasjon oppleves av legene som nyttig. Det er også sterkt ønsket. Meldingene bidrar til bedre ressursutnyttelse og raskere og bedre koordinering, og slik bidrar man til gode pasientforløp. Allikevel løser ikke meldinger alle problemer. Noen ganger vil det være bedre å slå opp i journalen til en man samarbeider med og lese opplysningene der. Vi må ha tilgang på tvers. Lege-

foreningen støtter derfor arbeidet med én innbygger – én journal. Vi trenger både gode meldingssystemer og økt tilgang. Dette er ikke veldig forskjellig fra Internett slik vi kjenner det, der mail og nett supplerer hverandre, de konkurrerer ikke.

Riksrevisjonen har levert en grundig og viktig rapport som er et godt grunnlag for korrigerende handlinger. Funnene i undersøkelsen stemmer med vår virkelighetsoppfatning og med alle de tilbakemeldingene vi får fra leger. Vi er enige med Riksrevisjonen i at utfordringene ved å innføre meldinger ble undervurdert på mange plan. Teknologiske løsninger var ofte umodne og fungerte dårlig på det tidspunktet da løsningene skulle tas i bruk, særlig adresseringsløsningene var for dårlige. De aktørene som gikk foran i løypa, opplevde plunder og heft og store økonomiske utlegg i arbeidet med bare å knytte til seg én enkelt kommunikasjonspartner. Det lønnet seg å vente.

Adresseregisteret ble overlevert fra utvikler til Norsk Helsenett helt tilbake i 2006, men er fortsatt ikke en ferdig adressekatalog – etter åtte år. Meldingsstandarder er ennå ikke utviklet for alle områder. Spesielt mangler standarder for meldinger mellom sykehus. Man har ikke i tilstrekkelig grad verken involvert fagfolk eller satt seg inn i den virkeligheten hvor standardene skal brukes.

Hvordan ser det ut nå? Adresseutfordringen er tatt på alvor og vil bli løst. Her bidrar Legeforeningen. Arbeidet med standardisering pågår, og Norsk Helsenett tar oppgavene på alvor. Legeforeningen har i årevis etterlyst en nasjonal, koordinert satsing på IKT. Vi har foreslått en sterkere samordning og finansiering for nødvendig framdrift og gode, funksjonelle nasjonale løsninger. Feltet er stort og uoversiktlig. Det finnes mange aktører og systemer med forskjellig kvalitet, modenhetsgrad og ulik kapasitet for forbedring.

Leverandørene til mange av journalsystemene er små, de er presset på utviklingskapasitet og økonomi, og legenes kundemakt er begrenset. Myndighetene må derfor i sterkere grad sette krav til leverandørenes løsninger. De må også bidra til finansiering av utviklingsarbeidet hos leverandørene og innføring hos brukerne. De teknologiske løsningene må fungere før man kan forvente motiverte brukere. Løsninger som hjelper helsearbeideren i møtet med den enkelte pasient, må prioriteres minst like høyt som løsninger for kontroll, rapportering og rettighetsprøving.

Myndighetene har i liten grad utnyttet den kraften som ligger i finansielle incentiver for å fremme utbredelsen av meldinger. I innføringen av e-resept ble det valgt en annen tilnærming: involvering av brukere, tettere samarbeid med leverandører og tilstrekkelig finansiering. Her fikk man full utbredelse, med unntak av de regionale helseforetakene. Men heldigvis er de i ferd med å komme etter.

I Riksrevisjonens rapport svarer flere av de regionale helseforetakene at oppgavene er utsatt eller ikke prioritert. Dette er helt i tråd med tilbakemelding fra våre medlemmer. Dette har forsinket utbredelsen av meldinger, ikke bare i foretakene, men i hele helsevesenet. Slik kan det ikke fortsette. Myndighetene må styre.

Vi hører noen ganger at det er utfordrende at fastlegekontorene er så autonome. Men fastlegekontorene har kommet lengst i bruk av meldinger, mens helseforetakene, hvor styringsmuligheten er størst, henger etter. En kjede er som kjent ikke sterkere enn det svakeste leddet. Samtidighet er derfor et nøkkelord.

Velfungerende meldingsutveksling vil bidra til trygge og mer effektive pasientforløp. Leger og helsepersonell ønsker å bruke sin tid til pasientbehandling framfor oppfølging av datatekniske løsninger. I en hektisk arbeidshverdag må legen kunne velge én mottaker med ett tastetrykk, skrive meldingen og sende den i visshet om at meldingen kommer fram. Vi er ikke helt der ennå, men med et helsenett og et adresseregister som fungerer, og leverandører av elektronisk pasientjournal som lager de rette løsningene for brukerne av systemene, skal det være mulig.

Det må settes inn ressurser for å gjøre løsningene enkle å bruke. Nye meldingspartnere må kunne velges fra sikre adresselister i arbeidsflaten til helsepersonellet. Vi må være sikre på at meldingen når fram uten for mye ekstraarbeid med kvitteringskontroll av kvitteringslogger o.l. For å sikre oppfølging må systemene gi varsel dersom meldinger, prøvesvar osv. blir liggende ubehandlet utover fristene. IT-løsningene må støtte helsevesenets arbeidsprosesser, slik at pasientene mottar trygg, effektiv behandling, som gis koordinert og til rett tid. Vi må ha to tanker i hodet samtidig. Vi må bygge framtidens løsninger samtidig som vi fullfører dagens prosjekter. Et krafttak på dagens aldrende teknologiske plattform er helt nødvendig. Det forutsetter en sterkere økonomisk satsing.

Legeforeningen støtter Riksrevisjonens anbefalinger. Som lege håper jeg rapporten vil bidra til fortgang, nødvendige incentiver og et nasjonalt IKT-løft. I alt snakket om IKT, la oss ikke glemme at gode helsetjenester handler om møtet mellom mennesker, mellom lege og pasient. Helsetjenestens kjerneoppgave er pasientbehandling. IKT skal understøtte pasientens møte med helsearbeideren, og vi bidrar gjerne. Takk for oppmerksomheten.

Møtelederen: Da sier vi takk for det. Så er det Sykepleierforbundet – Lyngstad, vær så god.

Merete Lyngstad: Takk for det. Jeg vil gjerne på vegne av Norsk Sykepleierforbund takke for invitasjonen til denne høringen, som vi mener er svært viktig.

Norsk Sykepleierforbund har nå over 100 000 medlemmer, både sykepleiere og jordmødre. Våre medlemmer er helt avhengig av tilgang til gode informasjons- og kommunikasjonsløsninger for å kunne utføre forsvarlig helsehjelp.

Norsk Sykepleierforbund har derfor vært i førerretet og hatt en aktiv rolle i utviklingen av elektroniske meldinger. NSF var initiativtaker og prosjektansvarlig for ELIN-k-prosjektet, som dreide seg om elektronisk informasjonsutveksling i kommunene, som utviklet og prøvde ut pleie- og omsorgsmeldingene. Vår rolle var den gang avgrenset til å utvikle og utprøve løsningene i samarbeid mellom alle berørte aktører. Vi påtok oss likevel et forprosjekt for å forbedre kommuner på å ta i bruk elektroniske meldinger samt

nettverksbygging og kunnskapsoverføring. 77 kommuner deltok i det prosjektet.

Vi har særlig kjennskap til utvikling og erfaringer med bruk av pleie- og omsorgsmeldingene. Når det gjelder basismeldingene, har vi ikke like inngående kjennskap til dem. Vi tar derfor utgangspunkt i pleie- og omsorgsmeldingene når vi uttaler oss.

Vi vil understreke at utvikling og innføring av elektroniske løsninger i helsesektoren generelt er krevende. Utvikling og innføring av elektroniske samhandlingsløsninger er spesielt krevende, dette fordi det er mange aktører, og fordi det ligger i krysningspunktet mellom aktørenes ansvarsområder og organisatoriske grenser. Det er ikke umulig å få til, men det krever en stor innsats fra alle aktørene. En slik innsats innebærer tilstrekkelig finansiering, kompetanse hos leverandører av VPJ-systemet, hos IT-personell i virksomhetene og hos dem som skal bruke løsningene. Det er også nødvendig med tilstrekkelig kapasitet hos leverandørene og hos virksomhetene til å utvikle og utprøve løsningene.

Vi er enig i at det er nødvendig med overordnet styring av sektoren for å få på plass gode løsninger for elektronisk samhandling. Det er også svært viktig at representanter for helsepersonell får være med og bestemme prioriteringene og ta beslutning om hva som skal utvikles først og sist. Det er nødvendig for å sikre forankring og legitimitet hos dem som skal bruke løsningene. Det vil si at helsepersonell må oppleve at dette er løsninger som treffer behovene.

Også i selve utviklingen av de elektroniske løsningene er det nødvendig å ha med helsepersonell, slik at de støtter eller endrer arbeidsprosessene til det bedre. Dette viser også internasjonal forskning. Vår erfaring i ELIN-k-prosjektet er at sterk involvering av sykepleiere både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og fastleger i utviklingen og utprøvingen av pleie- og omsorgsmeldinger har vært viktig for å lykkes.

Når det gjelder bruken av pleie- og omsorgsmeldingene, er tilbakemeldingene fra sykepleiere at de bidrar til at de har mer oppdaterte opplysninger om pasientene, de får igangsatt behandling tidligere enn før, det er færre legemiddelhåndteringsfeil og det er lettere å samarbeide med annet helsepersonell. Det er derfor gledelig at pleie- og omsorgsmeldingene nå er tatt i bruk i over 90 pst. av kommunene i Norge og dekker 95 pst. av befolkningen.

Når mange skal samhandle, bør utviklingen og utprøvingen samordnes, og det bør skje i prosjekter eller programmer der det inngås forpliktende avtaler mellom alle parter. Hvis ikke, risikerer vi at noen henger etter og forsinker de andre. Vår erfaring er at tett oppfølging av alle parter og god styring gjennom hele prosessen er helt nødvendig for å lykkes.

Selv om det ikke har vært en del av Riksrevisjonens undersøkelse, ønsker vi å nevne at det fortsatt ikke er utviklet fødselsepikriser mellom fødeinstitusjoner, helsestasjoner og fastleger. Å få utviklet elektroniske fødselsepikriser mener vi er svært viktig for at mor og barn skal få god oppfølging fra helsestasjonen når de kommer hjem fra fødeavdelingen. Både høringsinnspill til nye retningslinjer for barselomsorgen og Helsetilsynets rapport for tilsyn

med barselomsorgen fra 2011 viser at samhandling og informasjonsutveksling mellom fødeinstitusjoner og helsestasjoner er mangelfull. Elektronisk meldingsutveksling har vært omtalt som en kritisk suksessfaktor for å kunne ivareta familiene i den tidlige og sårbare perioden.

Det er gjennom ELIN-h-prosjektet utviklet en standard for fødselsepikrise for mor og barn, men den er ikke utviklet i leverandørsystemene og følgelig ikke tatt i bruk. Vi mener at denne samhandlingskjeden må prioriteres i den videre utviklingen av IKT i helsesektoren.

Takk for oppmerksomheten.

Møtelederen: Tusen takk også til deg. Da går vi i gang med utspørringen, og saksordføreren, Michael Tetzschner, har som sagt 10 minutter – vær så god.

Michael Tetzschner (H): Takk for det.

Det er spennende å lytte til dere. Dere organiserer jo viktige interessegrupper i helsevesenet – Legeforeningen på alle nivåer, både fastleger, sykehusleger og kommunehelsetjenesten. Det samme er sikkert tilfellet for Sykepleierforbundet også.

Dere kan jo ta et litt nivåuavhengig perspektiv og se om det er gjennomgående problemer. Nå stiller jeg spørsmål til dere som organisasjoner: Hvem er det dere synes det har vært viktigst å forholde dere til og gi råd til i denne prosessen? Hvordan opplever dere at dere er blitt lyttet til av f.eks. departementet og Helsedirektoratet? Jeg har selv vært inne og sett på den nærmere organiseringen av disse fora som Helsedepartementet gjorde, nemlig e-helsegruppene og Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren, NUIT. Det som slår meg, er at man har mange samtalesteder, men få beslutningssteder hvor man skjærer gjennom og sier at sånn gjør vi det. Er det et inntrykk dere også har?

Spørsmålet blir altså toleddet: Hvem er de viktigste samtalepartnere for dere i det offentlige, og hvordan er dere brakt inn i utviklingen av fellesbeslutninger som har betydning for hvordan vi organiserer denne delen av Helse-Norge? Vi kan begynne med Legeforeningen, Kjartan Olafsson.

Kjartan Olafsson: Denne verdenen har forandret seg betydelig de siste årene. De organene som saksordføreren nevner, er jo relativt unge. E-helsegruppen og NUIT er ikke så gamle. Vi har ikke hatt dem tidligere. Vi har vel forholdt oss til myndighetene mer gjennom ad hoc-arbeid, gjennom prosjekter, og den viktigste måten Legeforeningen har greid å påvirke dette feltet på, i hvert fall i forhold til primærhelsetjenesten, har vært gjennom organisering av ELIN-prosjekter, som jeg hørte ble nevnt tidligere her, som er en samhandlings...

Møtelederen: Jeg hørte det ble nevnt ELIN-prosjekter – hva er det?

Kjartan Olafsson: Jeg lurte på om Jan-Emil Kristoffersen skal få svare på det, for han har vært involvert i det.

Møtelederen: Du brukte denne forkortelsen, og jeg fikk det ikke med meg.

Jan-Emil Kristoffersen: Ja, og Sykepleierforbundet kan også godt svare på det, vil jeg tro.

Det er altså en prosjektmodell som ble utviklet for 15 år siden, omtrent, hvor man bringer sammen de som skal bruke verktøyene, med de som utvikler dem, i et tett samarbeid, hvor man utvikler kravspekker på basis av et samspill mellom teknologi og helsetjenestebehov, og så utvikler man i prosjektene forskjellige typer meldingsstandarder. Vi har ELIN-k, ELIN-kommune, ELIN-h, ELIN-helsestasjon, ELIN-a, for allmennleger og avtalespesialister, og så var det ett prosjekt som aldri ble realisert, og det var ELIN-s, for meldinger mellom sykehus.

Møtelederen: Ok. Det var ikke meningen å avbryte, men jeg hørte begrepet og skjønnte det ikke.

Kjartan Olafsson: På denne måten har kanskje også utviklingen skjedd med små skritt på små områder, og en har ikke fått et helhetlig grep på det.

Vi nevnte e-resept i vårt innlegg som et eksempel på noe som har fungert, og det var en samhandling på en annen måte. Myndighetene gikk mye sterkere inn – og gikk helt inn i leverandørsiden – var med og hjalp til med å få programmert dette på skikkelig måte, finansierte det skikkelig, lot brukerne komme med og bestemme hvordan det skulle ta seg ut, og rullet det ut med en tidsfrist, slik at det ble samtidig.

Det er i slike fora vi har samarbeidet med myndighetene.

Merete Lyngstad: Når det gjelder ELIN-k-prosjektet, har vi hatt en kanskje mer lik organisering med e-resept enn med andre typer ELIN-prosjekter. Vi har vært i tett dialog med leverandør, vi har hatt avtaler med alle leverandørene om utvikling, vi har hatt avtaler med alle pilotene som skulle prøve ut løsningene, så vi har hatt ca. 33 parter vi har avtaler med i utviklingen av løsningene. Det er vel i den grad vi har hatt kontakt med myndighetene. Vi har deltatt i diverse referansegrupper i ulike prosjekter som har vært organisert. Det vi ikke har vært med på, er beslutningsprosessene. Der har vi ikke vært deltakende, som vi skulle ønske.

Michael Tetzschner (H): Takk for det.

Kristoffersen nevnte disse forskjellige ELIN-prosjektene, og ELIN-s, som var kommunikasjonen mellom helseforetakene, er skrinlagt – eller nedprioritert.

Jan-Emil Kristoffersen: Når det gjelder alle detaljene i det, er det slik at ELIN-s har vært satt i drift flere ganger, senest i 2010. Jeg kjenner ikke årsaken til at ELIN-s ikke ble videreført, men det faller i hvert fall i tid sammen med at kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren, KITH, blir en del av Helsedirektoratet.

Michael Tetzschner (H): Betyr det at kommunikasjonen mellom helseforetakene nå er bakerst i køen, eller har man bare funnet en annen og mer tjenlig organisasjonsform, som gjør at man også når dit hen at det ene helseforetaket lett kan kommunisere og sende meldinger med vedlegg, ikke minst, til andre helseforetak?

Jan-Emil Kristoffersen: Jeg tror kanskje Petter Hurlen skal få lov til å svare på det, som sitter nærmest virkeligheten nå.

Petter Hurlen: I hvert fall for oss som er leger på sykehus, ser vi at regionenes hovedfokus nå er på å innføre store fellessystemer, og det er klart at tanken er nok at hvis alle bruker samme system, kan man heller styre tilgang i forhold til informasjonsbehov, istedenfor å sende melding mellom sykehusene. I hvert fall opplever vi mest fokus på å innføre felles systemer.

Michael Tetzschner (H): Logikken er da at hvis du har fellessystemer, har du ikke lenger behov for denne kommunikasjonen på institusjonsnivå.

Petter Hurlen: Det er vel slik det blir fremstilt, etter som vi oppfatter det, i alle fall, at du trenger en form for kommunikasjon da også, men at da kan systemene håndtere det, altså at du gir beskjed om at det finnes informasjon i en journal du har tilgang på, istedenfor at informasjonen trekkes ut av en journal, sendes i melding og så hentes inn igjen i et annet journalsystem.

Michael Tetzschner (H): Man gjør et oppslag.

Petter Hurlen: Man gjør et oppslag, ja, gitt lovmessig tilgang.

Michael Tetzschner (H): Mitt siste spørsmål er: Hvis vi nå hadde hatt et sterkere ønske om nasjonal samordning, hvor skulle det ha funnet sted – i departementet eller i direktoratet?

Jan-Emil Kristoffersen: Jeg kan godt svare på det.

Vi tenker vel at de ordinære styringslinjene må virke, slik at direktoratet er en faglig premissgiver som omsetter politikk til god utvikling av IKT, og Legeforeningen vil forholde seg både til direktoratet og til departementet, selvfølgelig, litt avhengig av hva som er tematikken.

Michael Tetzschner (H): Da er jeg fornøyd.

Møtelederen: Da var tiden nesten ute.

Da er det undertegnede tur, og det er Michael Tetzschner som skal lede når jeg spør.

Michael Tetzschner overtok her møteledelsen.

Møtelederen: Vær så god til komiteens leder.

Martin Kolberg (A): Takk.

Vi begynner å få et bilde av situasjonen. Vi har lest om – og nå har vi hørt tidligere i dag, og dere bekrefter egentlig på mange sett og vis – hovedbildet, men la meg allikevel stille spørsmålet: I hvilken grad er det sant at systemene ikke brukes fordi man er redd for at meldinger ikke kommer fram og ikke blir lest?

Kjartan Olafsson: Jeg tror ikke at det er riktig. Det som er hovedutfordringen, er rett og slett på det rent teknologiske, i hvert fall hvis jeg skal snakke for de små legekontorene, at man har greid å gå opp linjer og få kommunikasjonspartnere med de nærmeste, der hvor de fleste meldingene skal gå. Jeg kan ta vårt kontor i Florø som eksempel – vi brukte lang tid i ett prosjekt og mye penger og krefter på å få opp en linje mot Helse Førde, men det er fortsatt ikke slik at vi kan velge fritt i Helse-Norge å sende en melding. Det nærmer seg veldig, har jeg forstått, med OSEAN og funksjonaliteten der. Men det har ikke stått på viljen hos oss. Vi har hatt lyst til å kommunisere med alle, men det er det teknologiske. Og vi sender uten å være redd for at det skal gå galt, men vi går igjennom kvitteringslogger osv. og ser etter at meldingene kommer fram, og hvis de ikke gjør det, sender vi papir.

Martin Kolberg (A): Så vil jeg bare spørre dere begge: Jeg forstår det slik at dere bekrefter at grunnen til at Stortingets frister for gjennomføringen av mange av disse tingene, og at det er så store forskjeller, handler om manglende samordning og for lite penger. Jeg vil bare høre svaret på det konkrete spørsmålet. Kan vi ta Sykepleierforbundet først?

Merete Lyngstad: Ja, vi mener at det burde absolutt vært bevilget mye mer penger til spesielt utvikling av løsningene. Det har tatt fryktelig lang tid å komme dit at løsningene er kommet på plass, og finansieringen er absolutt en viktig sak her, og også selvfølgelig det med samordning. Det er vi helt enig i.

Kjartan Olafsson: Ja, absolutt, det burde vært utbredt under en annen modell, men dette er jo i etterpåklokskapens lys. Vi begynte jo allerede på slutten av 1990-tallet med små meldingsutbredelser, og vi hadde verken teknologi eller muligheter til den store modellen som var nødvendig, som vi kunne se var nødvendig nå.

Men hvis man igjen trekker fram e-resept som et godt eksempel – hvis man hadde gjort det på den måten, hadde dette gått på en annen måte. Men det var kanskje ikke mulig på et tidligere tidspunkt.

Martin Kolberg (A): Dere sa til meg før vi begynte, at dere hadde fulgt med på høringen. Da har dere hørt veldig tydelige antydninger om at det er fare for at det som kalles systemisk grunnleggende arkitektur, fort vil bli betraktet som gammeldags og ikke hensiktsmessig. Ettersom

dere kan mye om dette, vil jeg spørre om hva dere mener om en slik påstand.

Kjartan Olafsson: Vi har vel tatt til orde for at vi er nødt til å ha to tanker i hodet på en gang, altså at vi nå lever med den arkitekturen vi har, og alle de forskjellige løsningene vi har i helsevesenet i dag, og vi vet at det tar tid å legge om. Så vi er nødt til å jobbe for å forbedre meldingene innenfor de rammene vi har nå, samtidig som vi tenker nytt og nye løsninger og får det til bedre med kanskje en annen arkitektur og mer felles løsninger.

Merete Lyngstad: Ja, jeg støtter det Legeforeningen sier.

Martin Kolberg (A): Men påstanden her, særlig fra Helse Vest, var jo at man nå ikke hadde noe valg, men at det ville komme en dag hvor man var nødt til å kaste om på det meste. Dette er et veldig viktig punkt for oss, for hvis Stortinget virkelig skal gjøre noe med dette, og hvis vi er på et sånt punkt, så er det vår oppgave virkelig å finne ut av det.

Jan-Emil Kristoffersen: Nå snakker ikke komiteen med teknologer, men vår generelle vurdering er vel at IT-prosjekter innenfor helse som man har lyktes med, slik som i andre sektorer, har vært preget av en trinnvis og evolusjonær utvikling, hvor man hele tiden er nødt til å base seg på den plattformen man har. Så er det åpenbart at en del av de plattformene som brukes i dagens journalsystemer, er gammeldagse – det er en type basisfunksjonalitet som ikke brukes i andre deler av verden. Det gjør bl.a. integrasjonen av løsninger og meldingsutveksling kompleks, men det har vel vist seg at den ikke er ulaseggjørbar. Men det Legeforeningen peker veldig tydelig på, er at vi må ha disse to tankene i hodet samtidig, vi må vedlikeholde det vi har i dag, mens vi utvikler nye, for det er helt åpenbart at vi kommer til et punkt hvor ny teknologi må overta, men den bør overta i en evolusjon og ikke i en revolusjon.

Petter Hurlen: Jeg tror også det er viktig å skille mellom hva det er man sender meldinger om og hvordan man sender meldingene, og det å investere i å få en klar, god definisjon av hva man formidler og hvordan det skal håndteres, hvem som samhandler, er uavhengig av hvilke teknologier man bruker. Så det er gjenbrukbart, men selve teknologien man bruker for å formidle, vil utvikle seg sånn som IT gjør.

Martin Kolberg overtok her igjen som møteleder.

Møtelederen: Da er det Helge Thorheim.

Helge Thorheim (FrP): I tidligere sekvens og også nå hørte vi at helsestasjonene og jordmødrene f.eks. ikke er med når det gjelder dette. Dere har vel sagt at dere har ikke utviklet løsningen for det heller, og jeg må jo si at sånn som det er, så er det bekymringsfullt.

Men vi har jo hørt at Danmark ligger noen hesteho-

der foran oss. Når dere jobber med disse sakene, skjeler dere til utlandet og ser hva de har gjort? Er det løsninger som vi bare kan implementere sånn uten videre hos oss? For dere har jo også snakket om at det er behov for å utvikle nye løsninger. Men hvis det er noen som har utviklet dem fra før – Danmark, Canada, USA, har vært nevnt, California – hvorfor ikke bare gå og kjøpe disse? Legeforeningen først – og så Sykepleierforbundet.

Petter Hurlen: Det er jo betydelig faglig samarbeid, ikke bare i Skandinavia, men for så vidt på verdensbasis. Det fins jo forskningsforeninger og utviklingsforeninger for klinisk informatikk som har dette på agendaen. Så den faglige siden er det veldig sterk samordning rundt, og det er mye fokus på internasjonale standarder. Men når det gjelder akkurat hvordan det formidles, er det på en måte en ikke-faglig del som det er andre som engasjerer seg i.

Merete Lyngstad: Vi kunne sikkert kanskje ha brukt noen av de samme standardene, men de må fortsatt utvikles i våre systemer, de som vi bruker. Så det er ikke bare å gå og kjøpe en løsning fra et annet land, da må vi kjøpe hele pakken i så fall. Det er ikke bare å gå til et annet land og hente en løsning.

Helge Thorheim (FrP): Nå er ikke jeg IT-ekspert, men det ble jo et spørsmål som provoserte frem fra Helsedirektoratet at jo, vi kopierer, sier de, altså fra danskene. Og det er da jeg ikke forstår helt hvorfor vi skal utvikle det på nytt igjen. Vi har for så vidt mye av det samme i andre sektorer i vårt land, at vi må ha en pilot på nytt selv om det fungerer i utlandet. Men er det ikke så enkelt at det bare er å implementere direkte over?

Merete Lyngstad: Ikke hvis vi skal bruke de EPJ-systemene som vi har i Norge, fordi man må utvikle disse standardene i de EPJ-systemene for at man skal kunne bruke dem her hjemme.

Helge Thorheim (FrP): Kan det være at vi har valgt feil IT-systemer, som ikke kan importere disse?

Merete Lyngstad: Det kan ikke jeg svare på.

Helge Thorheim (FrP): Så sa Sykepleierforbundet at dere har avtale med alle parter for å utvikle, og da vil jeg spørre: Hvem er det avtale på vegne av?

Merete Lyngstad: I ELIN-k-prosjektet var vi flere aktører som gikk sammen om å gjøre dette. KS var medeier i prosjektet, det var også Stavanger kommune og Norsk Sykepleierforbund. I tillegg deltok Legeforeningen og Helsedirektoratet. Innovasjon Norge var også med på å finansiere løsningene, og Nasjonal IKT. Disse partene representerer jo sektoren, for å si det sånn.

Møtelederen: Hans Fredrik Grøvan – vær så god.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Jeg synes det er interessant å høre de erfaringene som dere har gjort dere med dette prosjektet så langt. Jeg la merke til at bl.a. Sykepleierforbundet var opptatt av at det var en del grunnleggende krav som måtte innfris hvis dette skulle kunne bli en suksess, og det ble nevnt dette med midler, kompetanse, løsninger som treffer behov, og tett oppfølging. Hva er det som det etter deres oppfatning – jeg spør både Sykepleierforbundet og Legeforeningen – har skortet på i størst grad med tanke på at en er der en er i dag, og som er en av grunnene til at vi sitter her sammen med dere i dag?

Merete Lyngstad: Det tenker jeg er finansiering. Det har vært altfor lite finansiering i utviklingen av prosjektene. Det har vært en enorm dugnadsinnsats fra alle aktører, og deriblant en enorm innsats fra leverandørsiden. Hadde man fått på plass mer midler til disse tingene, tror jeg vi hadde kommet lenger i dag.

Kjartan Olafsson: Det har vel vært sånn at man har hatt mange gode små prosjekter – litt metaforisk: man har fått mange barn, men man har på en måte ikke fulgt dem helt fram til skolen, man har sluppet dem ut på veien og latt dem gå skoleveien selv. Med det mener vi at man må følge opp helt inn i programvaren at det blir bra, at det kan brukes, at det er funksjonelt, at det er så enkelt at de som jobber med helse, kan jobbe med helse og ikke bruker tiden sin på å skru og mekke på kabler, servere osv. Det må være enkelt i hverdagen, og det har man ikke fått til. Men det er på vei.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Hvis en da registrerer dette som et problem – og jeg forstår at dere er rimelig klare på dette begge to – er dette meldt tydelig innover i – jeg holdt på å si – Helsedirektoratet og departement, slik at en har vært klar over at dette har vært et problem som man har følt så sterkt på kroppen som dere nå gir uttrykk for?

Kjartan Olafsson: Det har i hvert fall vært et hovedtema fra Legeforeningen i alle de fora vi har sittet, dette med viktigheten av å få fram klinikerens behov og behovene pasienten har, og at dette må komme til uttrykk i de arbeidsflatene vi har når vi jobber med IT-løsninger. Vi har også vært veldig tydelige på at man burde bruke incentiv mye sterkere enn man har gjort, for å få noen til å brøyte snøen av veien, gå foran og ta de tyngste jobbene, sånn at andre kan komme etter.

Merete Lyngstad: Jeg støtter Legeforeningen i det.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Ut i fra at en er der en er i dag, med de problemene som en har hatt, og som dere har pekt på eksisterer i prosjektet fortsatt – hvis en skal kalle det det – hva er det dere mener en i all hovedsak nå bør ha fokus på for å kunne nå fram til et best mulig resultat her innenfor de strukturelle rammene en har? Jeg ønsker svar fra begge på det.

Kjartan Olafsson: Hvis vi får begynne: Vi tenker at først og fremst må man rydde i de relativt små tingene som skal ryddes i, altså få adressefunksjonaliteten til å fungere, få det til å oppdatere seg automatisk, få det til å bli slik at når man klikker på en meldingspartner, så fungerer den meldingspartneren. Få de enkle tingene på plass, det er det første. Så må man samtidig jobbe med den andre store tanken, å få bedre plattformer og mer fellesløsninger, slik som vi snakket om med e-resept.

Merete Lyngstad: Det er viktig å fokusere på forenkling, vedlikehold og drift framover, og kanskje videreutvikling av løsningene, slik at de blir enklere å bruke.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Fint, takk, da er jeg ferdig.

Møtelederen: Da er det Senterpartiets tur, Gerd Eli Berge.

Gerd Eli Berge (Sp): Det er interessant å høre fra dem som har skoen på, og kjenner hvor den trykker, for dette er et verktøy for gode helsetjenester, ikke et dataverktøy som skal være løsrevet, for seg selv. Dere sa fra Legeforeningens side at dere ikke har vært involvert nok som fagfolk, og har gitt uttrykk for det, men at dere nå, med de synspunktene dere kommer fram med nå, opplever at dere blir hørt i denne prosessen. Med det som har foregått siden rapporten ble skrevet, er en bedre i gang, og det blir lyttet til dere som har skoen på. Er det slik å forstå at ved bedre styringssignaler, bedre samordning sentralt, kunne en slippe å finne opp hjulet så mange ganger rundt på de lokale kontorene, at det kan frigjøre og ikke binde ressurser til løsninger, som kunne komme sentralt, slik at man heller kunne være et verktøy for å kunne gjøre en god jobb som helsepersonell og ikke IT-personell?

Kjartan Olafsson: Når det gjelder det å bli lyttet bedre til, tenker vi at det er veldig mye positivt som har skjedd de senere årene. Norsk Helsenett bl.a. har hatt en helt annen innstilling, tenker vi, mer brukerorientert, og lytter mer til hva våre behov er. I forbindelse med dette med opprydding i adresseregisteret er vi invitert inn til å delta i styringsgruppe der, og det er mye bra som skjer – vi sitter i NUIT, og vi lyttes nok til. Men det er klinikerens på hverdagsnivå som kanskje ikke når helt fram. I helseforetakene er det spesielle utfordringer – jeg vet ikke om Petter vil si noe om det.

Petter Hurlen: Klinikerne opplever vel generelt en frustrasjon over at ikke utviklingen går fort nok, og at ikke standardene som de møter, er godt nok tilpasset hverdagen deres. Jeg har et eksempel fra radiologi, som er mitt fagfelt, hvor man bruker meldingsstandard for laboratoriedata til å henvise til røntgen. I laboratoriemedisin er det stort sett slik at enten er det øyeblikkelig hjelp, eller så er det rutine, mens i radiologi opererer man med mange hastegrader for å sørge for at de viktigste kommer først, og man har mange prioritetsnivåer. Det finnes det ikke støtte for. I ra-

diologi er vi også avhengig av å vite om allergi, om det er smitte og en del slike ting, som ikke er så viktige for laboratoriemedisin. Så det er klart vi skulle gjerne vært med og sørget for at også de interne meldingene ble bedre tilpasset vår hverdag.

Gerd Eli Berge (Sp): Takk for det.

Møtelederen: Rasmus Hansson, har du spørsmål?

Rasmus Hansson (MDG): Ja, hvis ikke Venstre er her.

Møtelederen: De er ikke her. Da er det Rasmus Hansson, fra Miljøpartiet De Grønne.

Rasmus Hansson (MDG): Vi har vel hørt et par-tre viktige stikkord, slik som jeg forstår det, for hva som skal til for å bringe utviklingen raskere i retning av et tjenlig redskap. Dere sier at det går bedre. Det er hyggelig, det sier de fleste som har vært her, som jeg har hørt. Men dere har stikkord av typen «deltakelse» fra klinikerne og fra helsepersonell, og dere har stikkord av typen «mer penger/incentiver». Så har vi tidligere i dag hørt ting som peker i retning av at det er et systemisk problem, at man i denne oppgaven har veldig mange aktører som har veldig mange ulike delvis interesser/delvis hensyn å ivareta, og at det er en viss tilbakeholdenhet for sentral styring i det norske helsesystemet, av mange gode grunner, og at nettopp mangel på eller for lav grad av sentral styring, evne til å skjære igjennom, eller hva man ønsker å kalle det, er et problem.

Et forsøk på et todelt spørsmål er: For det første, er dere nå på et punkt hvor dere tror at helsepersonells deltakelse og økonomiske incentiver faktisk er tilstrekkelig ivare tatt til at det ikke er et fortsatt hinder? For det andre: I hvilken grad oppfatter dere fravær av evne/vilje til sentral styring som et problem/et fortsatt problem? – Da skulle jeg kanskje ha rettet spørsmålet til noen, men la oss starte med Sykepleierforbundet, og så tar vi Legeforeningen etterpå.

Merete Lyngstad: Jeg tror jeg skal begynne med det siste først. Jeg tror det er en vilje nå til sentral styring fra alle hold. Det er et unisont ønske, som vi har i hvert fall. Så der tenker vi at det er ikke noe fravær av det nå.

Til det første spørsmålet vil jeg vel si at det er ikke tilstrekkelig ivare tatt. Sykepleierforbundet er ikke deltakende i de fora der beslutninger tas. Så vi ønsker å være mer med, få vite hva som foregår, og høre hva diskusjonene handler om.

Jan-Emil Kristoffersen: Til det første: Nei, helsepersonell er nok ikke nok i inngrep ennå. Det er forskjeller her mellom primærhelsetjenesten og sykehusene, vel å merke, men alt fra det som skjer innenfor de regionale helseforetakene og til de nasjonale organer som NUFA og NUIT, som har vært omtalt her, er nokså teknologitunge prosesser, hvor det kan være en bekymring for at de funksjonelle perspektivene kan tape konkurransen noen ganger om oppmerksomheten, i en virkelighet hvor teknologiens utvikling noen ganger kanskje kan få forrang.

Det som har vært en utfordring med den økonomiske modellen vi har hatt, og som nok henger sammen med styringsviljen, eller eventuelt fravær av styringsvilje, er at man har finansiert prosjekter – vi har omtalt f.eks. el-prosjektene – gjerne fram til et nivå hvor man har enten gjort klart for en pilot eller gjennomført en pilot, mens integrasjonen i journalsystemene og breddingen av meldingene i stor grad har vært overlatt til aktørene og virksomhetene selv. Det kan kanskje ses på som en type markedsmo- dell hvor man kunne tenke at det ville være lønnsomt å være tidlig ute og posisjonere seg. Så er det vel åpenbart at slik har det ikke blitt i en helsetjeneste hvor det av veldig mange gode grunner er en bundet prisstruktur og lite å vinne eller tjene i form av gevinstrealisering ved å være tidlig ute. Så en finansieringsmodell som følger prosjek- tene fram til integrasjon og bredding, vil i mye større grad kunne kobles med styring. Hvis man er tilbakeholdende med begge deler, har man vel de utfordringene som vi i stor grad sitter med i dag.

Rasmus Hansson (MDG): Man kan til dels få inntrykk av, delvis fra Riksrevisjonens rapport og delvis fra noe vi har hørt tidligere i dag, at hovedproblemet er systemut- vikling, det er teknologi som ikke henger sammen, det er storskalaarkitektur og de storskala prosjektutviklingspro- blemene. Da kan man i hvert fall stille spørsmålet: Er det da nyttig, eller kompliserer det verden enda mer, å få de- taljbrukere inn på alle punkter i en slik tung og krevende systemutvikling? Kan dere reflektere litt over det?

Det er veldig forståelig at brukerne, helsepersonellet, er de som til slutt har kompetansen på å avgjøre om tjenes- ten er virkelig operativ. Men hva hvis vi er i en mye tidli- gere fase av problemet, som man kanskje kan få inntrykk av, nemlig at man ikke klarer å skru sammen den overord- nede arkitekturen, at man ikke klarer å skru sammen for- skjellige typer IT-systemer, som det fins altfor mange av i helsevesenet osv., at vi er på et tidligere tidspunkt i proble- met enn der hvor brukerne kan avgjøre den endelige kvali- teten? Dette er sikkert noe dere er uenig i, men jeg vil bare ha en best mulig forståelse av det.

Jan-Emil Kristoffersen: Jeg kan prøve å svare på det.

Det er utfordringer med å få forskjellige systemer til å snakke sammen, men det er ikke umulig. Vi har mange eksempler på at dette går veldig bra i Norge.

Det er også slik at Norge ikke har et særskilt problem med mange systemer. Tvert imot har Norge ganske få sy- stemer. Vi har et lite antall systemer – i realiteten bare to – som betjener helseforetakene. Det er tre leverandører til allmennlegetjeneste og allmenn legevakt, og det er vel i dag tre leverandører også til pleie- og omsorgstjenestene. I Danmark er det ti eller elleve leverandører bare til allmenn- legetjenesten. Kaiser Permanente, den amerikanske mo- dellens som har vært fremhevet ofte, sier selv at de har ca. 400 systemer som snakker sammen gjennom logiske mo- torer som kobler kommunikasjonen. Hva som er teknisk umulig, og hva som bare krever litt mer innsats, må kanskje teknologene svare på, men høy grad av kompleksitet er kanskje ikke egentlig et særtrekk ved den norske modellen.

Møtelederen: Vil Sykepleierforbundet si noe om dette siste spørsmålet?

Merete Lyngstad: Jeg tenker at man må se det på to vis: Det ene er selve arkitekturen som skal få systemene til å snakke sammen. Det andre er funksjonaliteten i systemene og hvordan det støtter arbeidsprosessene. Der må helsepersonell være med, det er veldig viktig.

Møtelederen: Da er denne spørreunden over så langt. Det er da en oppsummeringsrunde. Ønsker sakens ordfører ordet?

Michael Tetzschner (H): Ja takk.

Bare tre korte spørsmål. I kontrollkomiteen blir det til at vi ofte studerer de prosjektene som ikke fungerer, men her har vi stadig fått henvisning til noe som har vært vellykket, nemlig e-resept. Kan man bare kort skissere hva som er bakgrunnen for den suksessen? Er det fordi det har vært konkret, man har hatt klare ansvarsforhold, man har hatt rikelig med ressurser? Eller er det snakk om at det knyttes til betalingsrefusjoner, så man kanskje har hatt også et økonomisk incitament til å få orden på reseptene? Og kanskje vil man av helsemessige grunner også ha en oversikt over hvem som bruker medikamenter? Det er det ene.

Det andre er: Adresseringsmodellen har vi tidligere i dag fått friskmeldt, men jeg mener at Olafsson fortsatt ikke vil gjøre det. Det kunne vært interessant å høre hva status egentlig er der.

Det siste går til dem som er her og langt på vei organiserer fastlegene. Hvilke incitamenter har vi nå for at den siste gjenstridige fastlege ikke lenger kan vegre seg for å ta imot disse IT-løsningene? Eller fins det faktisk en reservasjonsrett her?

Kjartan Olafsson: Når det gjelder e-resept, er i hvert fall min oppfatning at det skjedde veldig godt planlagt, det skjedde godt finansiert, og man fulgte babyen helt fram til skolen. Man tok kontakt med leverandører, man jobbet helt inn i leverandørenes programvare, tok med seg brukere, og det gikk bra – de lagde ikke noe krøll i systemet. Det ble gode, brukervennlige løsninger, og det ble rullet ut i en tempoplan hvor folk var lojale. Etter hva jeg vet, var det nesten full oppslutning om det, og det gikk veldig bra.

Når det gjelder adresseringen, er det slik at de dere har hørt tidligere i dag, vel har en klar forventning om at disse problemene er løst ganske snart. De er ikke helt løst ennå, i hvert fall ser det ikke sånn ut i vår brukerflate for enkeltbrukere ute, men det sies at det er i orden i løpet av et halvt år eller tre kvart år eller noe rundt der.

Når det gjelder IT-uvennlige leger, vil jeg før jeg svarer på det, si at hvis du ser på utbredelsen av IT i Helse-Norge og ser på fastleger, eller primærleger, som det var i starten, var det de som gikk først i løypa. Det var full utbredelse av elektronisk pasientjournal før man i det hele tatt begynte å tenke på å innføre elektronisk pasientjournal i kommunene. Men det er riktig at i en stor gruppe av 5 000 personer er det forskjellig interesse for og motivasjon for IT-arbeid.

Det er klart at vi har noen i vår midte som ikke er veldig interessert i det, men det er nesten 100 pst. oppslutning om elektroniske løsninger i fastlegeordningen. Det kan Jan-Emil kanskje si noe mer om?

Jan-Emil Kristoffersen: Ja. Det er slik i dag – og det har det vært i mange år – at alle fastleger i praksis bruker et journalsystem som kan kommunisere over helsenet-tet. Avtalebasert legepraksis, også spesialister, fikk i 2009 som eneste gruppen i helsetjenesten et forskriftspålegg om å sende oppgjør elektronisk til HELFO. På det tidspunktet var 98 pst. av disse legene allerede oppe på en nettløsning. Så vi tror ikke at vi finner så mange der ute som er så uvennlige at de ikke har koblet seg på. Hvis noen andre vet om en, vil vi gjerne høre om ham!

Når det er sagt, er det utfordringer knyttet til drift av de små intranettene. Selv om vi nok langt på vei vil hevde at det er en forvaltningsoppgave å støtte opp under den organiseringen vi nå har valgt i Norge gjennom vedtak i Stortinget, med mange små enheter, er vi glad for at f.eks. Norsk Helsenett nå arbeider med nye nettløsninger som gjør det mulig å få sikker oppkobling, slik at det vil være forsvarlig å utvikle modeller for fjerndrift og mer profesjonell drift av de små lokale nettverkene, så bl.a. overvåkning av meningsutveksling kan komme i et bedre system.

Møtelederen: Ønsker Sykepleierforbundet også å kommentere saksordførers spørsmål?

Merete Lyngstad: Jeg kan bare si at sykepleierne har egentlig ikke hatt noen elektroniske kommunikasjonsløsninger før nå, og er veldig fornøyd med å ha fått det. Det har vært et gigantisk steg for dem, for å si det sånn.

Helge Thorheim (FrP): Jeg synes det har vært veldig klare og gode svar som har kommet så langt i høringen. Jeg har bare ett spørsmål til slutt – det har andre reist her, og det har vært sagt før også – og det går på stikkordet «incentiv». Incentiv er for noen penger. Er det andre incentiver som vi bør være oppmerksom på, som bør på plass for å speede opp dette området?

Kjartan Olafsson: Det viktigste incentivet for leger har alltid vært og vil alltid være at man føler at det er faglig bra, altså at de gjør noe for pasienten. Det er det aller viktigste. Men et annet viktig poeng når det gjelder finansiering, er å bidra til at det blir gjort endringer i leverandørenes systemer. For det er – i hvert fall i primærhelsetjenesten – relativt små leverandører med en begrenset kapasitet og økonomi, og det skjer ofte forsinkelser i sammenheng med utviklingskapasiteten der.

Merete Lyngstad: Jeg er enig i at nytteverdien er et veldig viktig incitament, og det har det vært for sykepleierne.

En annen ting er opplæring. Det er litt ulik kompetanse blant sykepleierne når det gjelder IT, og det krever at de får god nok opplæring til å kunne bruke løsningene. Da synes de også at løsningene er gode verktøy.

Møtelederen: I neste sekvens kommer Direktoratet for forvaltning og IKT. Et spørsmål som jeg vil stille i den forbindelse – for jeg vil gå videre på det i neste sekvens – er: Hvordan er det med sikkerheten?

Det blir sagt til oss – ikke i så veldig offisielle sammenhenger, men i en del andre – at når man ikke har greid å få til den samordningen dere også etterlyser, altså denne sterke sentrale styringen for å få effektivitet, er det fordi det har vært motstand mot for store systemer fordi man er redd for pasientsikkerheten i systemet, altså lekkasjer.

Hva er refleksjonen rundt det? La meg få høre det fra Sykepleierforbundets og Legeforeningens side.

Merete Lyngstad: Jeg kan jo begynne.

Når det gjelder meldingsutveksling, er det en ganske sikker måte å utveksle informasjon på og å kommunisere på som ivaretar personvernet på en god måte. Så det har vi ikke noen motforestillinger mot.

Møtelederen: Så du har ingen bekymring?

Merete Lyngstad: Nei, ikke til det.

Møtelederen: Ok.

Kjartan Olafsson: Vi tenker vel også at det å kommunisere gjennom systemer i Norsk Helsenett er ganske sikkert.

Det er enkelte akilleshæler med hensyn til dette med overvåking av meldinger og slike ting. Vi må igjen komme tilbake til det at vi trenger funksjonelle, gode løsninger som fungerer i hverdagen.

Men vi har kommet en lang vei fra vi sendte konfidensielle opplysninger i vanlig brev i posten. Så det kan bare bli bedre med å bruke IT-løsninger, hvis vi hele tiden passer på at vi bygger inn grunnleggende personvern og selvfølgelig sørger for at pasienten selv kan være med på å styre det.

Møtelederen: Det er bra.

Da er vi der at dere har to minutter hver til å avslutte og si ting som dere har lyst til å si etter at vi nå er ferdige her, eller andre ting som dere ikke har fått sagt – først Lyngstad.

Merete Lyngstad: Det blir litt gjentakelse av det vi har sagt.

Vi kjenner oss igjen i Riksrevisjonens rapport, men vi kunne også tenke oss at andre deler av helsetjenesten hadde vært omtalt, slik som fødsel, barsel og helsestasjonstjenesten.

Så er det dette med finansiering, særlig i utviklingsfasen av løsningene, som vi mener har vært mangelfull og en av hovedgrunnene til at ting har tatt tid.

Når det gjelder styring, er vi for at det blir en samordnet styring av feltene.

Vi er også opptatt av at det kommer på plass en god forvaltning, drift og videreutvikling av løsningene framover.

Kjartan Olafsson: Vi vil gjerne få takke for gode spørsmål. Da vi kom inn her, syntes vi det luktet litt svidd, men dette var en veldig fin seanse å være med på!

Vi repeterer gjerne noen hovedpoeng, og det er: Lytt til klinikerne! Klinikerens behov er også pasientens behov. Hvis man tar med klinikerne i utformingen av systemene, blir det bra for pasienten, og personvernet tas vare på.

Vi må rydde opp i det «enkle», det som ligger rett foran bena, som adresseregister og slike ting. Så må vi ha to tanker i hodet samtidig: Vi må kunne tenke på de større og mer bærekraftige fellesløsningene som vi har sett eksempel på med e-resept. Og Legeforeningen ønsker å bidra.

Møtelederen: Da sier en samlet komité tusen takk til Legeforeningen og Sykepleierforbundet.

Vi er helt etter tidsskjemaet, og da er det pause til kl. 15.10.

Høringen ble avbrutt kl. 14.44.

Høringen ble gjenopptatt kl. 15.10.

Høring med IKT-Norge v/generalsekretær Per Morten Hoff og prosjektleder Nard Schreurs og Direktoratet for forvaltning og IKT v/ direktør Ingelin Killengreen og avdelingsdirektør Tone Bringedal

Møtelederen: Da er klokken der, og vi fortsetter den åpne høringen.

Hjertelig velkommen til dere som nå er her. Det er representanter for Direktoratet for forvaltning og IKT, og det er IKT-Norge. Det er henholdsvis direktør Ingelin Killengreen, som har med seg avdelingsdirektør Tone Bringedal. Og så har vi fra IKT-Norge generalsekretær Per Morten Hoff og prosjektleder Nard Schreurs.

Et par av dere kjenner formalitetene her veldig godt. Dere er invitert til først i løpet av 5 minutter hver å si det dere vil si i sakens anledning til oss, og så er det en spørserunde hvor saksordføreren har 10 minutter og vi andre har 5 minutter hver. Så blir det en oppsummeringsrunde, og så får dere ordet helt til slutt til å si det dere ønsker å si før vi avslutter det hele.

Så er det min plikt å gjøre oppmerksom på at hvis dere sitter med fortrolige opplysninger som dere føler det er nødvendig å fremkomme med for å kunne svare på våre spørsmål, skal dere ikke si det, men dere skal gjøre oss oppmerksom på at det er fortrolige svar i relasjon til spørsmålene, slik at vi kan gjøre en bedømmelse av riktigheten av eventuelt å stenge høringen for offentligheten.

Det er det hele, og da begynner vi, og det er naturlig at vi begynner med Killengreen. Vær så god, Killengreen.

Ingelin Killengreen: Mange takk, komitéleder.

Direktoratet for forvaltning og IKT har som kjent en koordinerende rolle for IT-utviklingen i offentlig sektor, men vi har ikke deltatt i programmet for Nasjonalt meldingsløft. Vi har imidlertid i 2010 på oppdrag fra Helse- og

omsorgsdepartementet utarbeidet en rapport om standardiseringsarbeidet i helsesektoren.

Vi har merket oss at Helsedirektoratet har beskrevet programmet Nasjonalt meldingsløft som en samhandlingsarena, hvor aktørene var enige om mål og tiltak, men hvor gjennomføringen skjedde etter separate tidsplaner. Slik vi ser det, har samtidig bruk av de samme tekniske og organisatoriske løsningene vært utgangspunktet for satsingen. Dette har også vært en av de vanskeligste utfordringene underveis.

En samordnet innføring er særlig utfordrende når ansvaret er fordelt på de enkelte helseregionene, kommunene og fastlegekontorene. Når så mange aktører med en rekke ulike systemer skal samhandle digitalt, er man avhengig av at systemene, informasjonsinnholdet, rutinene og organiseringen fungerer sammen. Og alt dette skal skje samtidig og uten klare styringslinjer. Det sier seg selv at dette er komplekst. Innenfor slike rammer mener vi at Helse- og omsorgsdepartementet likevel har fått til svært mye. Men vi ser at utbredelsen ikke har kommet så langt som man skulle ha ønsket. Man kan, som alltid, i ettertid se at ting kunne vært gjort annerledes, og at det er fornuftig å ta erfaringene med seg videre.

Det er særlig tre ting vi vil trekke frem. Det første gjelder beslutningsgrunnlaget, deretter virkemiddelbruken og til slutt standardiserings- og gevinstrealisering. Når det gjelder beslutningsgrunnlaget for digitaliseringsprosjekter, mener vi at de lett kan bli for spinkle, dels fordi IKT i utvikling er vanskelig å forutse og dels fordi offentlig forvaltning er komplisert. Det gjelder i særlig grad for helsesektoren. I ettertid er det lett å se at kartlegging av status og modenhet hos aktørene er en avgjørende faktor som det ofte blir lagt for liten vekt på. Samtidig må vi alltid være bevisst på hvor mye ytterligere utredninger vil gi versus handlekraft, beslutningsevne og fremdrift. Det er en utfordrende balansegang.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bør styrke den samlede virkemiddelbruken for å bidra til å sikre fremdrift i arbeidet. Utfordringen er særlig knyttet til oppfølging i kommuner og legekontorer der Helse- og omsorgsdepartementet som kjent ikke har myndighet til å styre. Det bør derfor være en lærdom, mener vi, at penger, entusiasme for felles gode systemer og erkjennelse av samfunnsmessig nytte ikke er tilstrekkelig i den daglige kampen om kroner og prioriteringer lokalt, kanskje særlig ved private legekontorer som ofte vil ha andre prioriteringer og står overfor helt andre valg.

Difi er enig med Helse- og omsorgsdepartementet i at det fragmenterte ansvaret for IKT-systemene er en hovedutfordring, og at det derfor bør gjennomføres en full gjennomgang av IKT-organiseringen i helse- og omsorgssektoren.

Hvordan man organiserer en nasjonal satsing, er også et vesentlig virkemiddel, etter vårt syn. Mens Nasjonalt meldingsløft ble organisert som en samarbeidsarena, ble eReseptprogrammet organisert som et nasjonalt program med klart mandat, ansvar og finansiering. Senere er Helse-Norge og Nasjonal Kjernejournal organisert på den samme måten. Hvordan nasjonale satsinger bør organisere-

res, bør være et tema for Helse- og omsorgsdepartementet i den planlagte gjennomgangen av IKT-organiseringen, og der vil forholdet til kommuner og fastleger være særlig utfordrende.

Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet ikke i tilstrekkelig grad har prioritert arbeidet med systematisk gevinstoppfølging av meldingsutvekslingen, og henviser til anbefalinger i den tidligere nevnte rapporten fra Difi. Difi foreslo en standardisering med åtte faser – fra forslag og prioritering av standarder til utredning, implementering og gevinstrealisering. Vi anbefalte også at gevinstrealiseringen må følges opp gjennom styringsdialogene.

Vi ser at en rekke av våre anbefalinger fra 2010 nå er fulgt opp, ikke minst ved at Helse- og omsorgsdepartementet har tatt det overordnede ansvaret for standardiseringsarbeidet i helsesektoren, og ved at departementet arbeider med å gjøre standarder obligatoriske gjennom forskrift. Dette er viktige erfaringer som vi mener må tas videre som en lærdom av den prosessen som Helse-Norge har vært gjennom i denne saken. Takk.

Møtelederen: Takk selv.
IKT-Norge, er det Hoff?

Per Morten Hoff: Det er Hoff, ja.

Møtelederen: Vær så god!

Per Morten Hoff: Takk for det. Vi ønsker å se litt mer overordnet på det og på litt av bakgrunnen for hvorfor man ikke har lyktes. Vi tror at noe av årsaken til at man har feilet i denne sammenheng, er at målet ikke er kommunisert klart nok. Det er blitt for mye prosess og for lite å holde fast på målet. Vi har sett det også ved andre store offentlige IT-prosjekter, og det er jo altfor få offentlige IT-prosjekter som har gått galt, som det har blitt forsket på, og som har blitt gransket. Vi har i sin tid foreslått en havarikommisjon for IT-prosjekter som går galt. Det har også vært oppe som et Dokument 8-forslag her på Stortinget. Men det er gjort noe forskning, bl.a. på da skatt laget sitt system, og trygd, TRESS-90 feilet totalt, og en av de viktigste årsakene til at skatt lyktes, var at de greide å holde veldig fast på målet og hadde stram styring gjennom hele prosessen. Det tror vi er noe av nøkkelen her. Når veldig mange aktører skal ha meninger underveis, så er det veldig bra i en fase, men så må man stoppe. Da må man si at nå har vi fått nok informasjon, nå kjører vi. Her har man på en måte avveket fra målet i flere runder fordi det har kommet ny informasjon og nye ønsker fra ulike parter underveis.

Så ser vi at på kommunalt nivå har det vært klare incentiver, og som har vært viktig, de har faktisk fått det til. Fastlegene fikk smake pisen ganske enkelt ved at hvis de ikke rapporterte inn i systemet, fikk de heller ingen penger. Det var en veldig sterk pådriver, så der har man greid det. Men de som har feilet, er på en måte de regionale helseforetakene, de har ikke hatt klare nok verken incentiver eller hatt pisk. De har hatt tildelingsbrev, men har ikke

fulgt dem, for dette har ikke vært ansett som viktig nok. Så det er faktisk altså staten selv som har feilet grovest i denne sammenhengen. Det føler vi er viktig.

En annen fase som ...

Møtelederen: Jeg må bare spørre deg: Når du sier staten, da mener du ...

Per Morten Hoff: De regionale helseforetakene, RHF-ene.

En annen årsak til at det ikke har lyktes så bra som man ønsket, er at man ikke har hatt et adresseregister. Det har vært oppe flere ganger gjennom dagen. Da har man egentlig begynt i feil ende. Det blir som å kjøpe inn 10 000 telefakser, og så er det ingen som har telefaksnummer, eller som Ruter som kjøper hardwaren først, og så har man ingen løsning. Det er klart at det er dårlig når man bygger så store og så pass kostbare IT-løsninger.

Så føler vi det er et annet område hvor vi ofte hører i Norge fra brukerne at vi er så spesielle, og derfor må vi lage løsninger fra grunnen av. Vi må sy sammen ting, og vi skal gjøre det veldig vanskelig. Det er andre som har lyktes med dette. Det finnes standardprogrammer – jeg skal ikke si at det finnes akkurat for dette, for samhandlingsløsninger – men det går igjen i offentlig sektor i Norge at vi helst skal gjøre det stort og helst skal gjøre det tungvint og helst skal gjøre det vanskelig og helst dyrt. Når man i tillegg ikke har god nok styring, som man manglet i dette tilfellet, er det veldig stor risiko for at det ikke går som man ønsker, dessverre.

Nard Schreurs: Da skal jeg prøve å følge opp litt. Jeg jobber også i IKT-Norge.

Det er blitt sagt veldig mye i dag. Jeg har fulgt med hele dagen, og det er veldig mye som ikke behøver å gjentas.

Jeg skal prøve å fokusere litt på den enorme teknologi-revolusjonen vi er inne i, og som jeg tror dette prosjektet er en del av. Vi må leve med den tanken at det vi jobber med, og det vi skal skape for samfunnet, veldig fort blir utdatert, og at vi må ha høyt tempo for å holde takt med teknologiutviklingen. En av de viktigste måtene å kunne gjøre det på er å få tettere kontakt med markedet, tettere kontakt med leverandørene, tettere kontakt med selve innovasjonsprosessen som skjer der ute.

Det er helt riktig at styring er viktig, men vi har sett f.eks. i Storbritannia, hvor de har hatt et veldig stort, nasjonalt IT-prosjekt som har krasjet fullstendig, at det ikke er nok. Det er veldig viktig å involvere de ulike aktørene og få dem til å spille sammen.

Vi har vært borti dette med betalingssystemer, og det er veldig viktig at for å få leverandørene på banen må de se at det er et marked hvor de kan levere tjenester og også tjene penger. Det er derfor de kommer på banen med løsninger.

IT-bransjen har veldig mye kompetanse innen IT, har veldig mye forståelse for store IT-prosjekter og kan retningen på teknologiutviklingen. Jeg tror at det kanskje er noe vi må ta inn over oss, at det ikke nødvendigvis er myndighetene og staten som skal utforme alle ideer om hvordan

den teknologiske fremtiden skal se ut, men overlate dette mer til de aktørene som faktisk driver med innovasjon, og få bedre samspill, hvor grensen mellom hvem som tar ansvar for hva, endres.

Et av de viktigste suksesskriteriene for Danmark og en del andre land – særlig for Danmark, som er blitt nevnt noen ganger i dag – er at de skriver mange av sine IT-prosjekter som forretningsplaner. Så hvis du har en forretningsplan hvor du kan måle gevinsten – det var Difi også innom – har du en helt annen måte å kunne måle prosjektet ditt på underveis. Jeg føler at det her, som i en del andre prosjekter, har vært for utydelige mål, for utydelige kriterier, og man må måle underveis hvor langt man har kommet, og på hvilken måte kan man få mer fart i prosjektet – altså tenke mer helhetlig. Gevinst handler ikke bare om penger, det handler også om kvalitet, pasientsikkerhet osv. Det kan settes opp ulike kriterier.

Det mest generelle tror jeg vi må ta inn over oss, og det er at vi skal omstille oss hele tiden. Dette er ikke et prosjekt som er ferdig når vi har meldingsutveksling. Nei, helsesektoren som resten av samfunnet skal omstille seg hele tiden etter at ny teknologi har kommet, og regjeringen, myndighetene, må ta inn over seg hvordan de kan samarbeide med teknologiutviklingen. Å lære av det prosjektet vi har hatt nå, hvor vi kanskje har vært for lite flinke til å ta innovasjonsbiten inn over oss, kan være noe vi kan ta med oss inn i fremtiden.

Møtelederen: Da sier vi takk til dere begge, og vi går over til utspørringen. Det er saksordfører Michael Tetzschner som har 10 minutter til disposisjon.

Michael Tetzschner (H): Jeg legger til grunn at rapporten er lest, og da vil man sikkert også ha sett at det er ikke bare aktørmessig mangfoldighet og tekniske problemer, men rett og slett organisatoriske, nokså elementære feilgrep i hele prosessforløpet som er grunnen til at vi har fått denne rapporten.

Da har jeg et spørsmål særlig til Difi. Jeg har slått opp på Difis hjemmesider der de beskriver sine tre strategiske innsatsområder for 2012–2015. Det er for det første kunnskapsbasert forvaltningsutvikling og effektiv ressursbruk, altså organiseringsdelen, den myke delen. Så har dere også vektlagt som et eget område digitale tjenester.

«Utvikling av digitale tjenester er en av de viktigste driverne for å få til effektivisering og gode tjenester for brukerne. Digitalisering av offentlig forvaltning gir betydelige gevinster.»

Dere har tatt mål av dere til rett og slett å være selve krumtappen for både organisasjonsutvikling og digitalisering av det norske samfunnet.

Da er mitt spørsmål: Hvor er Difi når disse beslutningene blir tatt og kommunisert til Stortinget om at man skal klare seg uten papirmeldinger innen 2009? Jeg gjenfinner ikke i dokumentene at dere har noen som helst sentral plass. Der jeg finner dere, er i en fotnote nederst på side 62 hvor det fremkommer at dere sammen med mange andre utmerkede instanser har deltatt i noe som heter eHelsegruppen, som for øvrig er veldig toptungt bemannet fra

departementene. Så man kan jo tenke seg at det reelt sett ikke blir mye rådgivning heller – ikke særlig frittstående i hvert fall. Men denne eHelsegruppen er jo også omtalt midt på siden

«(...) som et rådgivingsorgan for Helse- og omsorgsdepartementet på ikt-området. Gruppen har ikke beslutningsmyndighet, og gir ikke forpliktende eller instruerende vedtak overfor sektoren.»

Jeg finner stor forskjell mellom det som er Difis oppdrag av til og med koordinerende art – altså hvis man skal koordinere noe, må man kunne sette gjennom sin vilje selv om ikke alle er hylende begeistret for det. Men her er dere altså blitt, skal vi si, rangert som en av mange i en fullstendig uforpliktende rådgivningsgruppe som antakelig heller vil være slik at den binder opp deres uavhengighet til senere å kunne si deres hjertens mening.

Jeg forsøker meg litt med et ledende spørsmål, men det er også fordi jeg har visse arbeidshypoteser i den retningen, og da tenkte jeg at jeg kunne spille det åpent ut og i hvert fall be om at mitt utsagn blir kommentert ut fra den forståelsen jeg har fått av Riksrevisjonens dokument.

Ingelin Killengreen: Det er riktig at Difi har en koordinerende rolle for IT-utviklingen i offentlig sektor, men den rollen er nok ikke forstått i den form at man skal være aktiv med i de store IT-prosjektene. Som jeg sa i min innledning, har vi overhodet ikke vært med i dette prosjektet.

Spørsmålet fra Michael Tetzschner er likevel interessant fordi den rollen har ikke vært tillagt Difi, og det betyr i praksis at vi koordinerer og informerer og har en del felles initiativ inn mot offentlig sektor, men de store IT-prosjektene kjøres faktisk utenom Difi. Så vi har ikke noen rolle i det. Vi evaluerer noen i etterkant. Men problemstillingen har vært tatt opp, ikke minst i forbindelse med at Difi nå er under evaluering, og det settes spørsmålstegn med hensyn til hvilken aktiv rolle Difi skal ha. Men den rollen som ligger i spørsmålet, har vi altså ikke hatt så langt, og det har ikke vært rom for å ha den rollen så langt.

Michael Tetzschner (H): Jeg synes dette var et veldig interessant svar, som jeg tror vi skal tillate oss å reflektere litt dypere over. Det betyr også at hvis man overlater til hver enkelt fagsektor å finne opp den dype tallerkenen på nytt, er man nærmest automatisk nødt til å gjøre en del feil, mens oppbyggingen av en mer generell og sektorovergripende kompetanse fra mange forskjellige IT-prosjekter, vellykkete og kanskje ikke fullt så vellykkete og kanskje noen mislykkete, ville kunne vært en erfaringsbank som man virkelig kunne tatt læring av.

Intelligens er å lære av egne feil. Klokskap er å lære av andres feil. Her kunne man altså lært av eventuelle andre feil som var begått i andre forvaltningsgrener enn den vi snakker om nå. Så det var et veldig informativt svar og bør kanskje gi grunnlag for videre refleksjon.

Jeg forsto det også sånn på Killengreens første svar at dere faktisk hadde utarbeidet en åtte punkts sjekkliste eller noen prinsipper for å vurdere i hvert fall fallgruvene i et prosjekt. Det synes jeg var et meget interessant svar.

Møtelederen: Da er det min tur, og da går ledelsen over til Michael Tetzschner.

Michael Tetzschner overtok her som møteleder.

Møtelederen: Arbeiderpartiet ved Martin Kolberg – vær så god.

Martin Kolberg (A): Det ble spurt før vi begynte, om vi hadde flere spørsmål igjen, etter at vi har holdt på siden klokka var ni. Men etter å ha hørt innledningen her har jeg absolutt flere spørsmål.

Med et lite forbehold om at jeg kan ha hørt feil – jeg tror ikke det, men jeg sier det likevel: Generalsekretæren i IKT-Norge, Hoff, sier at det er statens ansvar, les: helseforetakene, at vi er der vi er og ikke er bedre stilt. Det er riktig forstått, tror jeg. Hoff nikker, så da er vi der. Da må jeg spørre Killengreen, som ansvarlig for det direktoratet som har ansvaret for både forvaltning og IKT: Er du enig i det utsagnet?

Ingelin Killengreen: Vi har nok en mer omfattende tilnærming til problemstillingen, som jeg var inne på, nemlig at vi ser at en av utfordringene har vært dette med beslutningsgrunnlaget og rammen for prosjektet, ved at det var en samarbeidsarena, som er meget utfordrende, men for så vidt tilpasset den organiseringen som helsesektoren nå engang har. Og så har vi noen råd i etterkant som går mer på hvordan man organiserer dette i fremtiden.

Men vårt svar er nok ikke slik at vi kan peke på de regionale helseforetakene og si at de er problemet. Utfordringen er et svært prosjekt hvor Helsedepartementet ikke har direkte styring fullt ut, og hvor man derfor ikke har de nødvendige incitamenter til å få til en målrettet gjennomføring.

Martin Kolberg (A): Det var uklart om det var ja eller nei. Det var antakeligvis litt begge deler, slik jeg hører deg.

Når Stortinget nå har tatt initiativet til denne høringen, er det fordi vi ser på dette som en veldig alvorlig sak. Rapporten er alvorlig, og selve prosjektet er alvorlig. Vi trenger å få dette på skinnene. Stortinget har bevilget masse penger. Det er vedtatt høytidelig gang på gang – og så realiseres ikke planene som forutsatt, ikke på tid og ikke på innhold, og det er veldig ujamn framdrift landet rundt. Vi hører at Nord-Norge og Vestlandet ligger foran de andre, osv.

Jeg er ansvarlig for denne komiteen. Spørsmålet blir da: Hva skal vi foreslå for Stortinget nå? Vi kan ikke fra de folkevalgte side fortsette med å foreslå ting som ikke blir realisert. Vi har regjering og departementer, og vi har ditt direktorat, som skal gjennomføre disse tingene. Da er spørsmålet, Killengreen: Hvis det er litt sånn begge deler, mener du at dette hadde gått bedre hvis ditt direktorat hadde hatt mye mer inngrep fra første dag på dette, og styrt sånn som dere nå anbefaler at det burde ha vært gjort, i ettertid? Det vil jeg gjerne høre.

Ingelin Killengreen: Hvis Difi skulle ha et direkte ansvar, ville det bety at Difi ville måtte ha en helt annen rolle i dag, antagelig være et tungt digitaliseringsdirektorat med en kvalitetssikring av alle prosjekter. Slik det er i dag, vil store prosjekter, før de går inn i budsjettssammenheng, ha en viss gjennomgang i Kommunal- og moderniseringsdepartementet, men ikke i dybden, som her. Difis rolle må i så fall bli helt annerledes. Det vi særlig har pekt på i dette prosjektet og for fremtiden, er at det må legges større vekt på beslutningsgrunnlaget. Med andre ord: Kvalitetssikring av beslutningsgrunnlaget er helt sentralt. Vi mener også at store prosjekter som dette antagelig bør rigges mer formelt til. Vi mener nok også at man bør lage dem i faser, slik at man kan ta en stopp underveis og se om vi får dette til, eller om vi ikke får det til. Bør vi gjøre det annerledes, også fordi IKT-utviklingen endrer seg underveis?

Så er vi ganske sikre på at man må være tydelig på virkemiddelbruken, at det kreves styring underveis og muligheter for styring, men kanskje aller mest at det er en styrt gevinstrealisering i den andre enden – altså at man er klar på gevinstene som skal oppnås, og at de kontrolleres, som en del av styringsdialogen. Difis rolle er på en måte å sette standarder for en god behandling av dette, og det er våre svar.

Martin Kolberg (A): IKT-Norge kommer litt i bakgrunnen nå. Jeg må holde meg til direktoratet. Tiden min er ute, men jeg må få lov til å stille et spørsmål til slutt, møteleder.

Killengreen, vi vet at du har vært med på mye gjennom ditt yrkesaktive liv, sittet sentralt i forvaltningen, på mange forskjellige stoler. Da må du, vær så snill, for å bruke et sånt uttrykk, undervise oss i hvorfor det ikke har vært sånn som du nå sier at det burde ha vært. Hvorfor har det ikke vært sånn?

Ingelin Killengreen: Jeg tror nok vi må innrømme at offentlig sektor ikke har hatt den nødvendige modenhet når det gjelder å iverksette store IKT-prosjekter, at vi har lært og erfart litt fra prosjekt til prosjekt, og at erfaringsoverføringen fra en sektor til en annen kanskje ikke har vært god nok. Det er en av tilbakemeldingene som er veldig tydelige i forbindelse med at vi nå evaluerer Difi. Vi får klare tilbakemeldinger om at noen burde ta den ballen mer sentralt enn det har vært gjort hittil.

Det er mye godt som skjer i IKT-utviklingen i offentlig sektor, men det er også meget komplisert, og det betyr at lærdom av feilene står helt sentralt.

Martin Kolberg (A): Ok.

Møtelederen: Takk. Da er Arbeiderpartiets tid over i denne sammenheng. Da går møteledelsen tilbake til komiteens leder.

Martin Kolberg overtok her igjen som møteleder.

Møtelederen: Da er det Fremskrittspartiet og Helge Thorheim. Vær så god.

Helge Thorheim (FrP): Takk for det. Jeg må vel innrømme at jeg også var litt overrasket over at Difi ikke har hatt noen medvirkning i dette prosjektet. Jeg leser hva dere skal drive med, at Difi skal fornye og utvikle offentlig sektor, osv., og når jeg går inn på sidene her og leser om digital forvaltning, står det om regelverk for digital kommunikasjon, digitaliseringsarbeid i forvaltningen, felles arkitektur, felles IT-løsninger fra Difi, IT-styring, informasjonssikkerhet, universell utforming av IKT. Da er vi midt inne i kjerneområdet av det vi har diskutert i hele dag, både når det gjelder arkitektur og spesielt styring, og når det gjelder infosisikkerhet.

Det leder meg til første spørsmål. Hvorfor har ikke dere vært med i et så sentralt og komplisert prosjekt som dette?

Ingelin Killengreen: Da er vi tilbake til den rollen som Difi har fått, og som er atskillig snevrere enn det som kan leses ut av beskrivelsen. Vi er altså helt sentrale når det gjelder de såkalte fellesløsningene og felleskomponentene. Vi sender ut veiledning på prosjekt, hvordan et prosjekt skal gjennomføres. Vi gir gode råd om IKT generelt sett og vurderer. Men de store sektorprosjektene har ikke Difi hatt en rolle i, vi har ikke vært invitert inn, og det har heller ikke vært aktualisert at vi skulle inn i dem. Vi er på det generelle og overordnede, vi gir råd, men vi går ikke inn i veiledning i de konkrete prosjektene utover at vi kan evaluere i etterkant, på eget initiativ eller på forespørsel.

Helge Thorheim (FrP): Jeg finner dette litt rart. Nå har dette pågått i mange, mange år, og man har vel sett at man har kommet tilbake til Stortinget i flere omganger og fortalt at det går ikke som man hadde tenkt, osv. Har Difi da noen gang gjort seg noen tanker om å forsøke å koble seg på dette?

Ingelin Killengreen: Så langt har nok ikke det vært vurdert som en del av rollen til Difi. Men tilbake til det jeg sa tidligere: Det er et aktuelt spørsmål i forbindelse med evalueringen som nå er i gang, hvor man nettopp ønsker å se på Difis rolle, om den er sterk nok og tung nok.

Helge Thorheim (FrP): Til slutt: Vi har jo stilt spørsmål om man bør ha en mye strammere sentral styring. Slik jeg oppfatter alle aktørene som vi har spurt her i dag, svarer de ja på det. Kan det være Difis rolle, eller er det naturlig at Helsedirektoratet selv har en rolle i å styre dette prosjektet vel i havn? Hva tenker du om det? Kan det være Difis rolle, når jeg ser alt som er listet opp av det dere skal drive med?

Ingelin Killengreen: Hvis Difi skal ha en slik rolle, er det åpenbart at vi må bygge betydelig ut, med hensyn til både kapasitet og kompetanse, for å kunne gjøre den jobben godt nok. Noen land har valgt det, bl.a. Danmark mye tyngre gjennom Digitaliseringsstyrelsen, men det har ikke vært rammene for Difi, og heller ikke forutsetningen. I dag har vi verken bemanning eller tilstrekkelig kompetanse avsatt til å innta en slik rolle.

Helge Thorheim (FrP): Så litt til IKT-Norge: Slik jeg oppfattet det du sa, har det gått bra i kommunesektoren, men ikke i helseforetakene. Alle kommunene er vel på helsenettet nå, men de har kanskje i varierende grad tatt i bruk meldingsutveksling. Er det slik at dere stort sett føler dere fornøyd med kommunesektoren? Kan jeg lese det ut av det du sa?

Per Morten Hoff: Jeg kan begynne å svare, så kan Nord komplettere meg.

De tilbakemeldingene vi har fått, er at man har koblet seg på i kommunesektoren, og at dette fungerer i langt sterkere grad enn det har gjort i de regionale helseforetakene, som på en måte har ventet og sett og latt være å følge opp tildelingsbrevene de har fått – sannsynligvis fordi de har hatt andre prioriteringer eller ikke følt at incitamentene har vært gode nok. Jeg tror også at man har vært flinkere ute i kommunene til å sette av ressurser til opplæring, noe som er veldig viktig når man implementerer store løsninger. Men så glemmer man brukerne. Det er bare å tenke med seg selv – noen ganger svetter vi når noen tegn er et annet sted enn de var på det forrige systemet. Her er det også store, komplekse ting som brukerne skal ta stilling til og lære seg. Man har vært flinkere i kommunal sektor til å sette av ressurser til opplæring.

Nard Schreurs: Jeg er enig i at kommunene har kommet veldig godt med nå, men det har vært en tung fødsel, og det er derfor vi sitter her i dag og snakker om det. Det kunne ha vært en mye smidigere prosess hvis de hadde fått bedre oppfølging og det hadde vært mer ressurser både når det gjelder mennesker og økonomi. Slik kunne det ha vært en større fremgang i den prosessen.

Helge Thorheim (FrP): Da har ikke jeg mer å spørre om.

Møtelederen: Da er det Hans Fredrik Grøvan fra Kristelig Folkeparti.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Dette er jo ett av de store nasjonale IT-prosjektene som ikke har vært helt på sporet, eller som ikke er kommet helt i mål. Dere sitter jo med stor kompetanse når det gjelder både gjennomføring og kjennskap til IT-rollens plass i vårt samfunn – både i kommunal sektor og i statlig sektor. De problemstillingene som dere peker på, den diagnosen som dere nærmest leverer om et spinkelt beslutningsgrunnlag, et for lite virkemiddelgrunnlag, uklare mål og for mye prosess – er det svaret på hvordan dere ser på at så mange store nasjonale IT-prosjekter ikke lykkes? Jeg stiller spørsmålet til dere begge.

Møtelederen: Killengreen først.

Ingelin Killengreen: Fra vårt ståsted er det nok det. De store statlige IT-prosjektene er uhyre kompliserte, og de krever en veldig stram styring. Ikke minst krever det veldig mye av beslutningsgrunnlaget i forkant – at man fak-

tisk vet hva man er ute etter, hvilke behov som skal dekkes, og ikke minst hvilke gevinster som skal oppnås – og at man styres stramt hele veien. Det høres veldig enkelt ut, men det er veldig, veldig komplisert. Noen av de IT-prosjektene som virkelig er vellykkede innenfor offentlig sektor, er det jo nettopp fordi de er styrt slik. Så må det også sies at det kanskje er innenfor de områdene som ikke er fullt så kompliserte som det vi snakker om her i helsesektoren. For det er vel noe av det mest kompliserte man kan komme borti.

Møtelederen: Du stilte spørsmålet til Hoff også, gjorde du ikke?

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Jeg vil gjerne ha en kommentar fra Hoff også, ja, takk.

Per Morten Hoff: Jeg deler analysen som Difi har her. Men jeg tror også vi har en tendens til å gjøre det for komplisert. I Norge liker vi å gjøre det komplisert av en eller annen merkelig grunn. Det er for mange som skal mene noe for lenge i prosessen, som jeg var inne på i innledningen min. Man må sette en strek, og så må løpet kjøres.

Vi ser også at man har slitt med veldig høy turnover i offentlig sektor hos dem som har sittet og ledet prosjektene, noe som har gjort det vanskelig. Når det kommer nye personer inn ofte, blir noe av kontinuiteten borte. Det å ha et klart mål å styre etter, som man har hatt i den danske modellen, har vi veldig sansen for. Der har man Digitaliseringsstyrelsen, som har vært meget vellykket. Man skal ha et klart mål og også rapportere «return on investment» i forhold til oppnåelse av prosjektet.

Men det er klart – man skal ikke bagatellisere det prosjektet som vi snakker om her i dag. Det er et veldig stort og et veldig komplisert prosjekt, og Norge er absolutt ikke det eneste landet hvor man har fått trøbbel. Dette har tatt lengre tid og kostet mer penger, men mangel på sterk styring er nok det aller, aller viktigste.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Et oppfølgingsspørsmål til det: Det er klart at dette prosjektet føyer seg inn i en rekke, som jeg nevnte, dessverre. Handler dette etter deres oppfatning om en mangelfull innovasjonskultur i offentlig sektor når det gjelder både innovasjonsbiten og implementering, når vi snakker om IKT-prosjekter?

Per Morten Hoff: Det er kanskje mangel på innovasjon. Vi ser at i flere land nå, i stedet for å levere en kjempestor kravspesifikasjon, som ofte utgjør mange brevordnere, på det man skal ha løst, så sitter man der og finner opp noe ut fra hvordan man tror at verden ser ut. I Nederland, i Tyskland – og litt i Sverige – har man hatt forsøksordninger der man sier: Vi har et problem, hvem kan løse det, og til hvilken pris? Så har man muntlige forhandlinger, som er langt mer innovativt, og kanskje finnes det en ferdigpakke som man nesten kan ta ut av hylla og si vær så god, her er den.

Dette er en komplisert løsning, det er ingen som helst tvil om det, og det finnes ikke én ferdigpakke vi kunne putt inn i helsenettet, det er helt klart, særlig når man

skal spille opp mot mange løsninger. Men vi trenger mer innovative løsninger.

Det har også vært en misforståelse i Norge når det gjelder anskaffelsesdirektivet – at man ikke kan snakke sammen. Leverandører og kunder må ha tett dialog hele veien. Vi har vært livredde for å gjøre feil. Vi har vært livredde for KOFA. Man må jobbe mye tettere sammen for å få dette til å bli vellykkede prosjekter.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Jeg vil gjerne høre Killengreens kommentar også til det.

Ingelin Killengreen: Jeg tror også at det kan være noe å hente på innovasjon, at offentlig sektor kanskje har vært redd for å prøve nye løsninger og har gått i det gamle. Jeg føler nok at det er en endring på vei der – at man tør mer. Jeg tror definitivt også at det å finne den riktige balansen mellom marked og offentlig sektor er ganske vesentlig. Markedet kan levere mye, men jeg har også tro på at hvis man skal få gode offentlige løsninger i det komplekse landskapet vi har, så krever det en solid forankring innenfor offentlig sektor. Så markedsløsningene er ikke det eneste svaret.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Et siste spørsmål: Det var du, Killengreen, som nevnte spesielt dette med at hvis en hadde gjort standardene obligatoriske gjennom forskrift, så hadde en kanskje fått et litt annet resultat enn det en har fått her. Har du noen eksempler på at en har lyktes ved å gå den veien i implementeringsarbeidet?

Ingelin Killengreen: Det at vi tok opp forskriftsbruken her, er knyttet spesielt til at det er en utfordring at Helsedepartementet ikke har styringsrett over kommuner og fastleger. Forskrifter vil i så fall være en styring, så eksempelet er brukt i den sammenheng. Vi har jo rost departementet for at de går inn i den prosessen nå, nettopp for å ha en mulighet for å styre der det ellers er komplisert.

Møtelederen: Da er det Senterpartiet og Gerd Eli Berge.

Gerd Eli Berge (Sp): Det var interessant å høre om Difi og Difis rolle i dette. Ut fra det jeg hører, kan det nærmest oppleves som at Stortinget ikke helt hadde klart for seg disse forutsetningene og hvordan Difis rolle var, og at en trodde en hadde større mulighet til å styre enn det en virkelig har hatt.

Jeg vet ikke om du vil kommentere det fra Difi, selv om du vel har sagt mye om det.

Ingelin Killengreen: Jeg har vel ingen kommentarer utover at jeg for så vidt bekrefter at Difis rolle ikke er så omfattende som spørsmålene kunne tyde på.

Gerd Eli Berge (Sp): Så til IKT-Norge: De har sagt at målet ikke var fokusert nok, det ble for mye prosess. Det er altså savnet tydeligere målstyring. Da har man vel sagt noe om hva som skjedde underveis.

Kan man også si noe om det at man savnet – var man usikker på hvor man skulle hen? Var ikke målet satt tydelig nok, eller har det noe å gjøre med tidsperspektivet i gjennomføringen?

Nard Schreurs: Jeg tror alle er enige om at informasjonsutvikling i helsesektoren er viktig, men det å sette helt klare tall og krav til hvor raskt det skal gå, hvem som skal kunne snakke med hvem, hva slags gevinster det gir for pasientene, helsen, personalet, samfunnet og på økonomiområdet, er veldig viktig for å kunne styre prosjektet. Hvis man ikke har tydelige delmål og kriterier å måle mot, blir det veldig vanskelig. Som vi tidligere har vært inne på, er det et ganske komplekst prosjekt med mange ulike faktorer: både helsesektoren, IKT og kommunebeslutningsstruktur. Hvis man ikke da har gode mål, enheter og veiledere gjennom et prosjekt, er det veldig lett at ting blir hengende, fordi det ikke er nok fart.

Noe jeg også har opplevd med prosjekter som jeg har fulgt litt fra sidelinjen, er at ideene er der, men plutselig stopper det litt opp, og det skjer ikke noe. Da må man ha tydelige mål og kunne si at innen f.eks. 2010 skal vi ha det og det på plass. Målene har sikkert ligget i noen prosjektbeskrivelser, men de har ikke vært tydelig nok kommunisert, og det har ikke vært noe å fylle incentiver med – gulrot eller pisk – hvis de ikke blir fulgt opp.

Per Morten Hoff: Jeg vil bare legge til at dette er noe vi ser gå igjen, som man var inne på her også. Det er et kjempeproblem at man ikke har styringsrett over kommunene i et så stort prosjekt, som på en måte involverer kommunene i aller høyeste grad, og hvor det er snakk om store bevilgninger. Dette ser vi gå igjen i mange andre prosjekter også. Vi ser det samme nå i digital postkasse, og vi ser det i andre prosjekter hvor kommunene på en måte sier at de må få gjøre som de vil. Da bruker man pengene og finner opp den dype tallerkenen flere ganger. Det er veldig uheldig.

Møtelederen: Da er det Venstre og Abid Rajas tur.

Abid Q. Raja (V): Jeg starter med et spørsmål til Difi.

Hva skal til for at Difi skal kunne gå inn i prosesser der dere skulle finne det nødvendig? Ønsker dere å komme dit at dere kan gå inn slik? Er det rigget klart for dette? Ville det være en god idé?

Ingelin Killengreen: Jeg synes det er litt vanskelig å svare direkte på spørsmålet, ikke minst fordi Difi akkurat nå er under ekstern evaluering av et konsultentselskap. Men dette er en del av diskusjonen som foregår: Er Difis rolle klar nok, og hvilke forventninger har offentlig forvaltning til Difi med å innta en slik rolle?

Jeg må nok si at hvis man skulle gjøre dette, betyr det en betydelig endring av Difi i forhold til de oppgavene vi har i dag. Som jeg sa i sted, har vi ikke kapasitet til det, og vi er helt nødt til å øke kompetansen hvis vi skal ha en slik rolle. Så vil det selvfølgelig bli en diskusjon om hvem som styrer hva, og hvor sterk man skal være opp mot sektorinteressene. Det er klart at det er tunge sektorinteresser in-

nenfor de store etatene helse, Nav, politi osv., som er svære prosjekter med en stor identifisering knyttet til prosjektene. Hvor sterk skal Difi være der? Skal man fortsette med dagens situasjon.

Abid Q. Raja (V) Mener du at man burde komme dit? Selv om disse evalueringene foregår, har du vel en mening om det? Ville det vært en fordel sett fra politikerne som bevilger enorme summer til IT-prosjektene i offentlig sektor om dere var i stand til å gå inn i prosjektene hvis dere fant det nødvendig? Ville det vært en fordel?

Ingelin Killengreen: Jeg synes det er litt vanskelig å konkludere når det kommer en rapport. Jeg vil gjerne avvente konklusjonen til etter det.

Abid Q. Raja (V): Men du har vel en mening, for du har vært leder en periode, har du ikke det?

Ingelin Killengreen: Det jeg kan si som jeg synes er ganske viktig, og som jeg åpenbart synes bør komme ut av det, er at det er for lite erfaringsutveksling og for lite lærdom tatt av de enkelte prosjektene både der det har gått bra og der det har gått dårlig. Jeg mener i alle fall at man må gå videre med det.

Men så er det et stort spørsmål om man bør gå enda lenger, for da vil man i så fall etablere et Difi som på en måte griper inn i de enkelte departementenes sektorinteresser. Der er det en vanskelig balansegang, og jeg vil ikke konkludere nå.

Jeg synes nok det er en del informasjon som må på bordet i den evalueringen før man tar standpunkt.

Abid Q. Raja (V): Komitelederen var inne på et interessant tema, og det var om det hadde blitt seende annerledes ut om dere hadde hatt hånden på rattet. Jeg fikk ikke umiddelbart tak i svaret ditt.

Ingelin Killengreen: Nei, det ville vært overmodig å si at hvis Difi hadde hatt hånden på rattet, hadde dette gått bra. Dette er et meget komplisert prosjekt, og vi mener egentlig at de faktisk har fått veldig mye ut av det fordi rammene rundt det har vært så vanskelige.

Men vi har noen veldig tydelige råd, som vi bl.a. har gitt i denne rapporten vår. Det viktige for oss er å se at lærdommen er tatt i etterkant, at Helsedepartementet faktisk har startet gjennomføring av mange av de rådene vi ga i rapporten.

Abid Q. Raja (V): Hoff, du var inne på at dette er manglende styring, manglende kontroll og at det ikke er noen som driver dette igjennom. Tenker jeg feil: Rammer din kritikk nesten alle foregående statsråder på feltet – også nåværende? Eller tenker du enda bredere enn det? Hvor er det styringen mangler?

Per Morten Hoff: Det er vanskelig å plassere og si at her er det én, to eller tre statsråder eller noen langt tilbake i historien som er skyld i at dette har gått galt. Problemet

er – og det tror jeg også at vi i IKT-næringen må være med og ta skylden for – at man har sett på IKT som noe vanskelig, det har vært vanskelige forkortelser, og det har vært komplisert. Man har ikke greid å skjønne, og vi har ikke vært flinke nok.

Dette er et verktøy. Dette er som en skalpell som en lege skal bruke. Den skal være skarp, den skal fungere, og den skal ligge på plassen sin i skuffen i operasjonssalen – for å bruke det perspektivet som har vært oppe i dag. Her er det mange som må være med og ta skyld. Jeg tror vår egen bransje har sin del av skylden – at man ikke har vært gode nok til å kommunisere.

Men jeg tror man har behov for å ha et sterkt Difi – jeg ønsker meg det. Vi har det ikke i dag, men forhistorien var Rasjonaliseringsdirektoratet – jeg har vært med så lenge at jeg husker det. Så kom Statskonsult, som på en måte gikk opp litt i limingen, og så ble man på en måte reddet ved at det ble Difi. Man har nesten vært et privat konsultentselskap, og så har man tatt seg inn igjen.

Det er vanskelig å ha én type «body» som skal bestemme hvis man ikke har makt til å gå direkte inn i de politiske beslutninger. Men det å se at prosjekter kommer på riktig kjø, det å analysere og se at anbud og kravspesifikasjonen er riktig, og det å se at prosjektet underveis er «on track» – om det er Difi eller andre, det er mest nærliggende å si at det burde vært Difi – synes jeg er en veldig god idé. Det er vårt håp at vi hadde fått det slik.

Det trenger også vår egen bransje, for det vil hjelpe, og ikke minst kan vi lære av feilene vi gjør. Både leverandører og kunder har gjort store feil i dette løpet, både her og i mange andre løp som gjelder offentlige IT-anskaffelser som har vært tidligere.

Møtelederen: Tiden er ute, men jeg tillater ett siste spørsmål.

Abid Q. Raja (V): Det er veldig bra at Hoff på vegne av sin egen bransje tar selvkritikk, men vi er her i en litt annen rolle. Jeg skal ikke si at vi er på jakt etter synderbukker, men vi har gjennom hele dagen i dag hørt at det er manglende styring, det er manglende modenhet, det er ingen som tar tak sentralt osv. Da er vi på denne siden av bordet – som skal kontrollere – veldig nysgjerrige på å finne de riktige ansvarlige som skulle ha hatt styringen, som skulle ha tatt de nødvendige takene, og som skulle ha sørget for å være modig nok.

Jeg må igjen utfordre: Hvis du ser utover din egen sektor og over på dem som har hatt politisk ledelse over dette, hvor er det du peker hen?

Per Morten Hoff: Nei, kontrollorganet som kunne dratt i nødbremsen eller satt på sirenene og sagt at dette går galt, eksisterer ikke. Dette har man latt skure og gå – sånn har det vært opp igjennom. Man lærte ingen ting gjennom de store skandalene vi hadde på 1990-tallet, av f.eks. Rikstrygdeverkets TRESS-90. Man har fortsatt å gjøre de samme feilene. Så da får man summere opp: Hvem har sittet ansvarlig for det siden begynnelsen av 1990-tallet og fram til i dag? Det er gjort en serie med feil, og man har

ikke greid å lære av de feilene man har gjort i tilstrekkelig grad. Mange av de feilene som har blitt gjort, er også tatt under bordet, for der hvor det har vært juridiske konflikter, og hvor man egentlig kunne ha lært av de feilene som er gjort, er de blitt løst ved voldgift og er da ikke offentlige. Derfor har vi foreslått en havarikommisjon for prosjekter som har gått galt, for å lære, slik at de skal bli offentlige.

Møtelederen. Da er vi ferdig med spørsmål og svar så langt, bortsett fra oppsummeringsrunden på 10 minutter. Da går ordet først til ordfører for saken, Michael Tetzschner.

Michael Tetzschner (H): Jeg må få en oppklaring. Det ble vist til en rapport fra Difi under prosessforløpet her. Er det riktig at det har vært utarbeidet en rapport?

Ingelin Killengreen: Det ble utarbeidet en oppsummeringsrapport i 2010 etter oppdrag fra Helse- og sosialdepartementet som gjaldt standardiseringsarbeidet i helsesektoren.

Michael Tetzschner (H): Ja, nettopp. Det er i så fall bare en komponent, eller i og for seg en viktig komponent. Det som likevel får meg til å stusse, er at hvis man går inn og skaffer seg informasjon fra Difis hjemmeside, og der får man tro de omtaler hva de gjør, står det altså i Difi-strategien:

«Difi er en pådriver for at forvaltningen etablerer gode modeller for organisering, styring og finansiering av IT.

Difi er bestiller av utvikling, drift og forvaltning av nasjonale felleskomponenter på vegne av forvaltningen.»

Så står det lenger nede:

«Difi har en sentral rolle i digitalisering og tilhørende gevinstrealisering av offentlig tjenesteyting og oppgaveløsning.»

I Riksrevisjonens rapport etterlyses det nettopp at det ikke har vært noen planer for gevinstrealisering.

Jeg tillater meg å stille spørsmålet litt fra helikopterperspektiv. Dere har sittet og sett det ene statsbudsjettet etter det andre fra Helse- og omsorgsdepartementet, hvor man sier at dette skal være på plass innen 2009, og vi sitter fortsatt med dette i 2014. Nå får altså Helse- og omsorgsdepartementet ros for at man omsider etablerer noen styrings tiltak. Denne rapporten fra Riksrevisjonen burde egentlig vært skrevet av Difi for lenge siden, så den kunne tjent som en veileder og forebygge de feilene som er gjort. Dere skal jo per definisjon kombinere digitaliseringsdelen med organisasjonsdelen. Her er det en blanding av feil og jeg vil også si, leder, nokså elementære organisatoriske feil. Er det noe staten med letthet kan bringe kontroll over, er det kommunesektoren, hvis den ønsker å gjøre det. Det har den da også vist med denne forskriftsendringen som kommer nå, at man kan gjøre det. Men det har likevel tatt veldig lang tid.

Mitt spørsmål gjelder: Når man sitter og ser hva et fag-

departement kan love Stortinget, og allikevel år etter år ikke følger opp, går det da ingen vennlige beskjeder fra Difi til departementet som sier: Hør her, kanskje vi skulle sette oss ned og se hvor langt unna vi nå er målrealiseringen, for det kan jo være at vi skal reagere før Riksrevisjonen gjør Stortinget oppmerksom på svikten.

Ingelin Killengreen: Først til hjemmesiden og oppgavene våre. Det Difi gjør i en slik sammenheng, er at vi utarbeider veiledninger og prosjektveivere. Hvordan skal man styre IKT-prosjekter og andre prosjekter? Hva er viktig å ta med? Vi er inne i de nasjonale felleskomponentene. Hvordan bør de styres? Hvordan bør vi samarbeide? Vi har et felles organ hvor vi deltar og styrer det. Vi har veiledninger om digitalisering og gevinstrealisering. Det er det som er oppgavene til Difi – å utarbeide veiledninger og si at slik bør det gjøres, slik bør man komme inn, det er det man må gjøre.

Så til om vi kunne skrevet rapporten fra Riksrevisjonen. Det kunne for så vidt Difi ha gjort i en form for evaluering hvis vi var blitt bedt om det, eller hvis vi for øvrig hadde hatt kapasitet til å sette oss ned og skrive en slik rapport. Det som er grensene for Difis arbeid, er at vi ikke blir informert om de store prosjektene: Hva går bra? Hva går ikke bra? Hva er status? Vi hører noe, vi svarer på spørsmål, vi kan invitere oss inn og gi råd. Alle har mulighet til å be Difi om råd. Vi stiller opp og gir råd og rettledning og sier hva vi synes er viktig. Men det er altså ikke noe krav om at det skal gjøres. Det betyr at Difi heller ikke kan forlange å komme på banen.

Rollen er altså annerledes enn det man tilsynelatende kan lese ut fra hjemmesiden. Jeg skjønner for så vidt at man kan lese det slik. På den andre siden har Difi et oppdrag som gir klare begrensninger fra departementet.

Gunvor Eldegard (A): Eg har to spørsmål – først til Difi: No har de snakka om mykje og vorte spurde av mange, men eg òg lurar på: Kvifor ikkje, når du seier innleiingsvis at de ikkje har ei rolle i dette store prosjektet? Det er nettopp det me kanskje tenkte ville vera rolla til Difi, å bidra i eit så stort prosjekt.

Vidare tenkjer eg: Eg har lese meg opp på Difi og ser at de m.a. har laga eit prosjekt som heiter PEPPOL, som fungerer veldig bra. Det har sikkert kosta mykje pengar, men det har i alle fall vorte eit prosjekt som er bra. Så tenkjer eg: Kva er ringverknadene av eit slikt prosjekt? Helsedirektoratet veit ingen ting om dette prosjektet, at det fungerer, og at det kunne kanskje ha bidrege til løysingar i andre departement også. Er det berre ein liten klump som de sit og eig? Det kunne eg godt tenkja meg å få eit svar på.

Så hadde eg berre lyst til å stilla IKT-Norge eit lite spørsmål. De seier at alle dei offentlege prosjekta er store, dei er tungvinne, dei er dyre og dårleg styrte. Det er greitt – eg høyrer de seier det. Men så tenkjer eg: Kva har leverandørindustrien og konsulentindustrien gjort om de meiner at alt i det offentlege er for tungvint? Gjev de ikkje råd inn til det offentlege om de meiner at det finst mykje betre løysingar enn det det offentlege kjøper?

Per Morten Hoff: Jo, vi prøver å gi råd. Men det skal også sies at IKT-næringen har tjent veldig godt på at vi finner opp hjulet veldig mange ganger og gjør prosjektene så store som mulig. Det har ofte vært slik at man har hatt noen leverandører inne til å skrive kravspesifikasjonen, og så er det kanskje de samme leverandører, men andre partnere, tilleggspartnere, som leverer løsningen, byggeløsningen.

Igjen gjenspeiler dette at vi har god råd i Norge. Man har ikke villet høre på det øret i en del store offentlige prosjekter – rett og slett fordi man har sagt at sånn skal det være. Det nytter ikke å komme som leverandør hvis Skattedirektoratet, for å ta et eksempel, har bestilt en Mercedes, og si at: Ja, men vi kan levere en Folkevogn. Da blir du avvist.

Man ser nå på mange av de store offentlige anbudene. Som Difi har vist til, var det i fjor bare 1,6 leverandører i snitt som leverte tilbud. Det viser at konkurransen er i ferd med å bli borte. Det er i ferd med å skje noe veldig alvorlig, at det sitter igjen et fåtall leverandører som også tør å ta på seg store offentlige oppdrag i Norge. Dette er kolossalt alvorlig fordi det blir fravær av konkurranse. Det er ikke sikkert man får danse med de kjekkeste guttene eller de søteste jentene. Så dette er veldig alvorlig på sikt.

Men man har gjort det for komplisert. Derfor har vi veldig sansen for det vi kaller for innovative anbudssystemer, at man endrer anbudsregimene og sier: Vi har et problem – hvem kan løse det? Så starter man en prosess.

Ingelin Killengreen: Først til hva Difi formidler videre, som PEPPOL og andre engasjement vi er inne i. Vi innformerer i omfattende grad videre. Vi har tett samarbeid med alle sektorer innenfor offentlig sektor når det gjelder å formidle kunnskap og rent generelt med retningslinjer, veiledere, standardisering osv.

I tillegg til det har vi et organ som heter Skate, og det er et veldig tungt og vanskelig navn. Det er felleskomponentene, altså Enhetsregisteret, Folkeregisteret, Kartverket osv. som er med i et fellesorgan sammen med de store IT-etatene, hvor vi diskuterer fellesinnsats: hva som er viktig, hva vi har lært av, hva vi ikke bør gjøre fremover osv. Så vi er aktive på det området også.

Men det vi ikke gjør, er å gå inn i de store prosjektene, ikke fordi vi for så vidt ikke kunne tenke oss det, men da må vi ha annen kapasitet og mer kompetanse på det, også fordi de enkelte etatene styrer disse prosjektene selv. Det gjelder helsesektoren, men det gjelder også Nav, politiet osv., som kjører egne prosjekter uten å ha plikt til å informere Difi om det.

Møtelederen: Helge Thorheim – vær så god.

Helge Thorheim (FrP): Takk. Etter å ha hørt alt om dette prosjektet denne dagen, føler jeg at dette har hatt en veldig trang fødsel, og man har hatt problemer oppover i tiden. Samtidig føler jeg at man sier at noe er på vei til å løsne og gå noe bedre, men at det er et stykke igjen.

Når det gjelder Difi, sier dere at dere utarbeider veiledere og slikt for å veilede hvordan man bør gjøre slike prosjekter. Nå skal jo vår komité innstille til Stortinget. Ja, hva gjør vi nå? Hvilket hovedgrep vil Difi gi komiteen

når vi nå skal skrive vår innstilling? Hva gjør vi med dette prosjektet nå fremover – hovedgrepet?

Møtelederen: Killengreen – vær så god.

Ingelin Killengreen: Jeg synes det er vanskelig å gi et entydig svar i et så stort prosjekt når man sitter på utsiden og ikke har fulgt med hele prosjektet i detalj underveis. Jeg tror jeg holder fast ved, og det synes jeg er et godt råd å gi, at i arbeidet videre må man ha oppmerksomheten rettet mot at prosjektet hele tiden har klart for seg at hvert nytt trinn må ha et solid beslutningsgrunnlag, og at man faser det, slik at man kan stoppe underveis hvis IKT-utviklingen er slik at det krever nye endringer, at det er gode styringslinjer, og ikke minst at man løpende ser på gevinsten og kontrollerer at den oppnås i riktig tid.

Helge Thorheim (FrP): Litt til oppfølging ...

Møtelederen: Jeg tror ikke det går på grunn av klokka, dessverre. Vi har Grøvan igjen. Da tar vi Grøvan som systemann.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Takk for det. Jeg har et kort spørsmål: Hoff avsa en forholdsvis knusende dom over flere nasjonale IT-prosjekter og foreslo en havarikommisjon. Hva burde en sånn havarikommisjon hatt av type mandat for å kunne fange inn de aktuelle problemstillingene som en på en måte ser har bidratt til at en har feilet med viktige, store nasjonale prosjekter på dette området?

Per Morten Hoff: Jeg tror en havarikommisjon må komme inn når man virkelig har sett at prosjektet enten er ferdig eller har kollapset totalt. Man skal ikke gå inn underveis. Det blir feil å begynne å fordele skyld underveis.

Men problemet i dag er at vi har ikke noe instrument for å lære av de feilene vi har gjort. Det føler jeg er viktig. I Danmark har man innført en sånn type havarikommisjon med suksess, og man har gjort det også i enkelte andre land. Det gjelder ikke bare IT-prosjekter, men det gjelder også andre store offentlige prosjekter som feiler, sånn at man faktisk lærer hva det var som gikk feil. Men IT er komplisert. Det må vi bare innse.

Konkret i denne saken er det klart at noen burde ha ringt med bjellene på et tidligere tidspunkt. Jeg mener at KITH, Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren, burde varslet tidligere at dette ikke var på «track», hvis man skulle henge bjella på. Nå har det vært fokusert mye på Difi i dag, men det er klart at de har ikke hatt mandat til å være varslere i denne konkrete saken.

Møtelederen: Da er utspørringen over, og da er det 2 minutter til hver av dere til å si det dere har lyst til å si til komiteen før vi slutter. Vi begynner med Hoff.

Per Morten Hoff: Jeg tror jeg deler den broderlig med naboene her. Vi føler at nå må man sørge for å få dette prosjektet best mulig på «track». Etter de meldingene vi har fått, er utviklingen siden Riksrevisjonen skrev sin rapport

at det er framskritt. Helsetilstanden er bedre nå enn da rapporten ble vedlagt, og det er veldig gledelig. Det er veldig lett å si at nå skal vi stoppe, og nå må vi gjøre om. Nå handler det om å få landet dette prosjektet. Ja, det er forsinket, og ja, det har kanskje kostet mer penger, men det aller viktigste er å få denne viktige komponenten på plass.

Nard Schreurs: Jeg tror at vi har kommet godt i gang gjennom dette prosjektet, som har vært tungt. Men det har vært spørsmål også om hva IT-bransjen kan bidra med. Hvis vi ser litt rundt i verden på de IT-helseprosjektene som fungerer, så har det vært godt samarbeid mellom offentlige aktører og IT-bransjen. Det kan være én aktør, og det kan være flere. Jeg tror at vi må skape et slags økosystem hvor både offentlige aktører og kommersielle aktører kan samarbeide bedre, og jeg tror at en av de manglende driverne i dette prosjektet nettopp er de kommersielle aktørene, som kunne ha vært med på drive det fram. Bare tenk tilbake til 2008. Da hadde vi akkurat fått smarttelefonen. IPaden hadde ikke kommet på markedet en gang. Se hva som har skjedd i løpet av denne tiden. Hvor går det fort? Jo, det går fort i markedet. Der ligger innovasjon, og der ligger styrke. Bruk den! Da kommer vi raskere i mål.

Møtelederen: Killengreen – vær så god.

Ingelin Killengreen: Jeg vil nok også si at det viktigste rådet jeg kan gi videre, er at man må få dette prosjektet til å lande. Vi konstaterer også at Helsedepartementet og Helse-direktoratet har tatt viktige skritt for å få bedre styring over prosjektet, så vi mener at dette definitivt går riktig vei, og at det er all grunn til å støtte det arbeidet som nå pågår for å få prosjektet til å lande. Jeg tror det er uhyre viktig at man gjennomfører det Helsedepartementet allerede har sagt at de skal gjøre, nemlig å foreta en full gjennomgang av hele IKT-organiseringen på helse- og omsorgsfeltet med utgangspunkt både i dette prosjektet og også rent generelt, fordi det er så uhyre komplisert. Så tror nok også jeg at alle parter vil være tjent med å foreta en grundig evaluering av prosjektet i etterkant, slik at vi er helt sikre på at vi har lært av de tingene som gikk galt, men kanskje også av de håndgrepene man tok underveis for å komme på bedre vei. Takk.

Møtelederen: Tusen takk. Da er denne delen av høringen avsluttet. Vi sier hjertelig takk til IKT-Norge og til direktoratet. Da er det pause til fem over halv.

Høringen ble avbrutt kl. 16.17.

Høringen ble gjenopptatt kl. 16.35.

Høring med statsråd Bent Høie, Helse- og omsorgsdepartementet

Møtelederen: Klokken er fem over halv, og da fortsetter vi denne kontrollhøringen. På vegne av komiteen ønsker vi statsråd Høie hjertelig velkommen.

Du sa til meg at det er første gang du er i høring. Formalitetene tar jeg bare hovedpunktene i, fordi jeg plikter å gjøre det i henhold til reglementet. De er, som du vet, at du i henhold til reglementet har 10 minutter til disposisjon nå i starten. Du sier da det du vil om saken. Så er det en utspørring hvor saksordføreren har 10 minutter, og vi andre har 5 minutter. Det er, som du vet, Michael Tetzschner som er sakens ordfører. Så gjør jeg spesielt oppmerksom på at hvis de spørsmålene som blir stilt, fører til at du føler at du sitter inne med fortrolige opplysninger, så skal du ikke gi dem, fordi dette er en åpen høring. Men du skal gjøre meg oppmerksom på at så er tilfellet, slik at vi sammen med komiteen har mulighet til å lukke høringen for å få det svaret som er nødvendig for å belyse de spørsmålene som er stilt.

Det er det jeg synes det er nødvendig å si i starten, og da er du ønsket velkommen, og da gir jeg ordet til deg – 10 minutter. Vær så god, statsråd.

Statsråd Bent Høie: Takk for det. Før min konkrete kommentar vil jeg innledningsvis kort minne om at elektronisk meldingsutveksling var et av de sentrale tiltakene for elektronisk samhandling i Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013. Tiltaket har vært et av de mest krevende målområdene i strategien, og selv om dette tiltaket til dels har tatt mye lengre tid enn en først antok, vil jeg minne om at parallelt har det blitt gjennomført en rekke andre tiltak i samme periode, sånn som at en i 2009 etablerte Norsk Helsenett, at en i 2010 innførte automatisk frikort, som gjør at frikort kommer automatisk i posten når egenandelen er oppnådd, at en i 2011 lanserte helsenorge.no, som var den offentlige portalen til helsetjenesten, at en i 2012 innførte e-resept på legekontor og apotek i hele landet, og at en i 2013 startet utprøving av nasjonal kjernejournal i Trondheims-området og i 2014 gjorde det samme i Stavanger-området.

Så vil jeg komme med noen kommentarer til Riksrevisjonens merknader, og det er at å få på plass elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren har tatt lengre tid enn planlagt. Stortinget har blitt orientert om at dette ville ta lengre tid enn forventet. Prosjektet har blitt replanlagt underveis, og det gjeldende målet er at kommunene, legekontor og sykehus skal ha tatt i bruk elektroniske meldinger innen 2014.

Jeg vil påpeke at Riksrevisjonen gjorde sin datainnsamling høsten 2012, og det har vært en stor utvikling etter det. Per januar 2014 var alle kommuner tilkoblet helsenett, og per oktober 2014 har over 90 pst. av kommunene tatt i bruk pleie- og omsorgsmeldingene i ordinær samhandling med legekontor og sykehus. Det går i dag mellom 500 000 og 600 000 elektroniske meldinger i helsenettet hver eneste dag. Dette tilsvarer selvfølgelig en vesentlig reduksjon i manuelle papirprosesser.

Tilbakemeldingen fra Norsk Helsenett er at i 2014 vil tilnærmet alle ha startet opp med elektronisk meldingsutveksling. Rapporten utarbeidet av KS og Helsedirektoratet viser i tillegg at elektronisk meldingsutveksling nå gir gode gevinster for kommunene. Jeg vil derfor innlednings-

vis slå fast at prosjektet når sine faglige mål, riktig nok på et senere tidspunkt enn først antatt, men med stor faglig verdi både for helsepersonell og for pasienter.

Jeg vil også bemerke at de erfaringene som vi har gjort oss underveis om hvor komplekse disse løsningene er, har ført til at vi også ser behovet for å bruke teknologien på en smartere måte for nye tiltak. Det prosjektet Riksrevisjonen har revidert, er basert på gammeldags teknologi tilsvarende det å sende sikker e-post, som vi på sikt kommer til å bevege oss bort fra. Departementet har derfor gitt Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre utredning av framtidens helseinformasjonssystem.

Dagens løsninger sikrer at de gir tilstrekkelig faglige gevinster til at de vil opprettholdes, men de er for dyre i drift. Jeg vil også bemerke at fram til juni i år var dette den eneste lovlige måten å samhandle elektronisk på utenom de områdene hvor Stortinget har gitt særegne tillatelser, som f.eks. i forbindelse med e-resept og kjernejournal, som hadde avgrenset formål.

Så vil jeg kommentere påstanden om at tekniske løsninger for å kunne avvike sending av papir ikke er utviklet eller tatt i bruk av alle aktørene. Riksrevisjonen henviser i sin rapport til at det fortsatt brukes mye papir og doble rutiner i samhandlingen med aktører som følge av at det fortsatt mangler standarder for alle typer meldinger, og at teknisk løsning for adressering ikke fungerer tilfredsstillende. Departementet har vært klar over dette, og nødvendige grep er tatt. Alle standarder for basismeldinger er utviklet, men selv om standarden er utviklet, må de elektroniske meldingene utvikles og implementeres i de elektroniske pasientjournalssystemene. Ikke alle leverandørene er i mål med dette arbeidet.

Vi har dessverre sett for mange eksempler på at rutiner for oppfølging av de elektroniske meldingene, f.eks. henvisninger mellom aktørene i tjenesten, ikke følges godt nok opp av helsepersonell. Dette peker ut et stort behov for å gi tydelig signal til både leverandør og helse- og omsorgstjenesten om hvordan løsningene skal brukes. Slik sektoren er organisert, er ikke departementet kunde av leverandørene direkte. Det er derfor viktig at kundene ute i sektoren opptrer samordnet og har tydelige bestillinger og forventninger til sine leverandører. Både departementet, Helsedirektoratet og deler av sektoren har derfor jobbet aktivt med å etablere strukturer for å sikre at aktørene er mer samordnet – og gjøre felles prioritering for videre utvikling.

Når det gjelder adresseregisteret, ble både det sentrale registeret hos Norsk Helsenett og de nødvendige komponentene i EPJ-systemet, altså elektronisk pasientjournal-system, ferdig utviklet i løpet av 2013. Det er likevel ikke alle aktører som har tatt adresseregisteret i bruk – mange av disse aktørene har ikke departementet direkte styring over.

For å kunne opprettholde både fordeler med den desentraliserte organiseringen av helsetjenesten og å styrke den sentrale styringen, spesielt på IKT-feltet, har jeg fulgt opp forslaget fra den forrige regjeringen og foreslått for Stortinget og fått gjennomslag for nødvendige endringer i den sentrale lovgivningen som berører IKT-feltet.

Den gamle helseregisterloven ble i juni delt i to lover – en for sentrale helseregistre og en for pasientjournal-systemer. Disse lovene trer i kraft fra januar 2015. Lovene sikrer en mer hensiktsmessig regulering av helseopplysninger som ivaretar høyere krav til personvern og informasjonssikkerhet, og som gjør det mulig å utvikle moderne løsninger for å dele helseopplysninger mellom helsepersonell som har tjenstlige behov for opplysningene, samtidig som pasientens kontroll over opplysningene ivaretas. Erfaringsgrunnlaget fra arbeidet med meldingsutveksling har vært sentralt for forståelsen av utfordringene og kravet til de nye løsningene i arbeidet med disse to lovene.

Vi hadde forskrift om IKT-standard på høring i 2013. Forskriften kan nå hjemles i den nye pasientjournalloven, og den vil gi et mye bedre utgangspunkt for å tydeliggjøre overfor både leverandør og helse- og omsorgstjenesten hvilke IKT-systemer som skal brukes. Jeg har i tillegg varslet at jeg vil vurdere bruk av flere rettslige virkemidler for å sikre en bedre utnyttelse av teknologi i helsetjenesten. Arbeidet med dette er allerede satt i gang.

Helse- og omsorgsdepartementet har også satt i gang et eget prosjekt som skal utrede tiltak for å styrke gjennomføringskraften for IKT i helse- og omsorgstjenesten samt utrede endringer i eksisterende – eller foreslå ny – virkemiddelbruk for styring og finansiering av IKT-utviklingen i kommunene. Arbeidet skal skje i tett samarbeid med Kommunal- og moderniseringsdepartementet, KS og Helsedirektoratet.

Selv om vi er utålmodige og framoverlent på dette feltet, skal jeg like fullt sikre at igangsatte tiltak gjennomføres sånn at man også henter ut gevinsten av alt det tidligere arbeidet. Som jeg nevnte innledningsvis, ser vi nå at elektronisk meldingsutveksling på sikt er en for sårbar og komplisert teknologi. Det er behov for en mer robust arkitektur og nye løsninger for å imøtekomme det framtidige informasjonsbehovet og nye samarbeidsformer. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å gjennomføre en konseptvalgutredning av framtidens helseinformasjonssystem. Målet er at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. Utredningen skal resultere i alternative konsepter for mer helhetlig og integrerte nasjonale løsninger. Arbeidet skal gjennom en ekstern kvalitetssikring før forslaget legges fram for Stortinget. Målet for dette arbeidet har bred forankring i Stortinget, og jeg ser fram til diskusjonen og avklaringer om dette på et senere tidspunkt.

Så til påstanden om at det er klare svakheter ved Helse- og omsorgsdepartementets planlegging, styring og oppfølging av arbeidet med elektronisk meldingsutveksling:

Vi er delvis enig i Riksrevisjonens merknad om at status og vesentlige konsekvenser ikke var godt nok utredet da Meldingsløftet ble etablert. Det er imidlertid Helse- og omsorgsdepartementets vurdering at en grundig analyse ville ha vært veldig komplisert på det aktuelle tidspunktet. Erfaringen i sektoren har bygd seg opp med nødvendig kompetanse gjennom disse årene, og som en konsekvens av dette ble arbeidet startet. Denne kompetansen var ikke

til stede hos alle aktørene ved oppstarten av arbeidet – det ville komplisert en bredere konsekvensutredning ytterligere. Gjennom arbeidet med elektronisk meldingsutveksling og nasjonal IKT-løsning har sektorens kompetanse økt betydelig. Disse erfaringene er og har vært veldig viktige når vi nå er i gang med å forberede neste steg.

Jeg mener beslutningen om å gi Helsedirektoratet i oppdrag å starte nasjonalt meldingsløft basert på de anbefalingene departementet den gang fikk, var riktig. Det har tatt lengre tid enn antatt, men departementet har i tråd med erfaringene som er gjort, fulgt opp underveis både med mer penger og tydeligere styring, sånn at vi nå ser at målene nås, og at gevinsten i form av økt kvalitet og pasientsikkerhet i samhandlingen kan tas ut. Sektoren har lært mye og modnet underveis, og denne kunnskapen vil gjøre neste steg lettere. Med hensyn til valg av teknisk løsning ble dette gjort på bakgrunn av at deler av sektoren allerede var i gang med disse løsningene, at elektroniske meldinger var utviklet, og at erfaringene den gang var tilstrekkelig gode. Elektronisk meldingsutveksling var, som nevnt, den arkitekturen som den gangen tilfredsstilte de gjeldende juridiske kravene til behandling av helseopplysninger. De ble først endret i juni i år. Erfaringene har vist at kompleksiteten var større enn antatt, samtidig har større reformer som Samhandlingsreformen, organisatoriske endringer i RHF-strukturen, slik som sammenslåingen av Helse Sør-Øst, etablering av Oslo universitetssykehus og nye teknologiske muligheter og krav vært vesentlige faktorer som man ikke har kunnet ta hensyn til på oppstartstidspunktet.

Møtelederen: Takk til statsråden.

Vi starter med utspørringen, og vi begynner med sakens ordfører. Michael Tetzschner – 10 minutter, vær så god.

Michael Tetzschner (H): Takk for redegjørelsen.

Det opprinnelige målet som ble kommunisert i Stortinget, var at elektronisk utveksling av pasientopplysninger skulle dominere samhandlingen mellom helseforetak og legekantor innen 2010, ha kommet i gang mellom helseforetak innen 2011, og mellom helseforetak og kommuner innen 2013. Som kjent er ingen av disse målene nådd. Så mitt første spørsmål er: Hvilke milepæler og tidsplaner har den nåværende helseminister for å oppnå disse målene?

Jeg kunne også tenke meg å høre litt mer om planen for gevinstrealisering, som Riksrevisjonen har etterlyst. Der er det riktignok utkvittert litt summarisk, ved å si at det vil automatisk være en integrert del av virksomheten i de forskjellige brukerorganisasjonene å ta ut den gevinsten. Men hvis man går inn på Difis hjemmeside, ser man at de faktisk kan være behjelpelig med å lage programmer og sjekkpunkter for å ta ut gevinstrealiseringen – hvilket ofte kan være en vitenskap i seg selv i offentlig sektor. Jeg vil gjerne be statsråden kommentere det faktum at Difi ikke har hatt noen rolle, og særlig hvis man sammenholder med hva Difi mener de kan levere i sånne prosesser – det har vi jo også brukt litt tid på under høringen i dag. Jeg vil gjerne høre hvordan statsråden ser på at man kan bruke kompetansen som Difi har, i det videre arbeidet.

Når det gjelder det statsråden legger vekt på, at hele

prosjektet var så komplekst, har det vel gjennom høringen i dag festet seg et inntrykk av at selvfølgelig er det en komplisert verden – verden er ofte sammensatt av utrolig mange komponenter – men dette er tross alt ikke rakettvitenskap. I andre land har man nå implementert fjerde generasjons IT-løsninger. Dagens Næringsliv har en omtale av det i dag som jeg tror at statsråden også har lest, i hvert fall er han sitert i en kommentar – det er selvfølgelig ingen garanti for at han har sett hele oppslaget. Som Helsedirektoratet var inne på, kopierer og implementerer man nå løsninger som er klekket ut andre steder. Det synes jeg i grunnen er en betryggende beskjed å få, for det betyr at man ikke skal gjøre alt fra grunnen av. Men det som riksrevisjonsrapporten også peker på, er at i tillegg til at dette kan være teknisk krevende, er det gjort en del elementære nybegynnerfeil, får jeg si, fra et organiseringssynspunkt. Det ser ut som om man har overlatt gjennomføringen til lystprinsippet. Så viser man til at vi har et kommunalt selvstyre, og det er riktig, men det er jo sånn at staten klarer å få igjennom det den vil, også ganske detaljert, særlig hvis aktørene ser at det gjør hverdagen lettere, da pleier det heller ikke å være så vanskelig å få det til. Vi ser også at her har det vært forskjellig virkemiddelbruk mellom de regionale helseforetakene, hvor f.eks. 62 pst. av fastlegene i nord, regionen der, bruker elektronikk når de henvender seg til helseforetakene.

Jeg tror nok det er en allmenn oppfatning om at det er en del å hente på rene organisatoriske grep og styringsvilje – det blir sittende som et allment inntrykk av denne dagen.

Jeg vil gjerne høre – litt nærmere utredet – hvilken læring helseministeren ser i dette.

Statsråd Bent Høie: Jeg skal prøve å dele svaret inn i tre hovedelementer, som jeg oppfatter spørsmålet gikk på, som en forklaring på hvorfor det var så komplisert, hva statusen er i dag, og hva som er veien videre.

Det er selvfølgelig, som på alle andre områder, sammensatte årsaker til at ting blir komplisert. Det ene handler om at dette var noe man ikke hadde gjort før, og dermed hadde man ikke mye erfaring med det. Det gjorde det komplisert. Norge var veldig tidlig ute med å ta i bruk elektroniske journaler sammenlignet med andre land – det var å sette strøm til papir, som man gjorde på det tidspunktet – mens andre land gikk direkte fra papirsamfunnet til et moderne elektronisk samfunn. Det betydde også at vi hadde mange ulike og komplekse systemer. Det er en hovedforklaring.

Det andre er at man i forkant ikke hadde bygd opp de nødvendige beslutningsstrukturene for å kunne håndtere gjennomføringen av et så stort prosjekt. Man hadde verken de organisatoriske, lovmessige eller kompetansesmessige mulighetene for å klare den tidsplanen som var satt opp. Det var jo en erfaring som man høstet underveis, og som man ikke minst begynte å rette opp i underveis. Derfor har det skjedd veldig mye siden denne rapporten ble ferdig skrevet.

Så er det sånn at den teknologien som nå innføres, innebærer en betydelig forbedring i forhold til det som var. Når

det går mellom 500 000 og 600 000 elektroniske meldinger hver dag, reduserer det byråkrati og papirbruk, og det er en forbedring av pasientkvaliteten, så det må ikke framstilles som om dette ikke var en riktig vei å gå på daværende tidspunkt. Det er veldig viktig å huske på at dette var den eneste mulige teknologien, hvis man skulle holde seg til Stortingets lover som gjaldt på dette området fram til juni i år. Den type teknologi som nye generasjoner elektroniske løsninger nå baserer seg på, ble først mulig – juridisk sett – å innføre i Norge etter lovendringene i Stortinget.

Det bringer meg over til status i dag. Det er helt riktig at Dagens Næringsliv i dag omtaler tre rapporter som jeg bestilte ganske raskt etter at jeg ble helse- og omsorgsminister, nettopp for å få et bilde av hvor vi står i dag i forhold til de høye ambisjonene som Stortinget har trukket opp gjennom Én innbygger – én journal. Jeg bestilte rapporter på tre områder. Det ene var et generelt statusbilde, det andre var en sammenligning mellom de fire ulike regionene, og det tredje var en evaluering av leverandørsituasjonen i Norge. Dessverre viser disse tre rapportene at vi ennå har store utfordringer når det gjelder status som sådan, at de ulike regionene har kommet veldig ulikt i gang, og at de norske leverandørene, sånn som det framgår i rapporten, ikke har muligheten til – på en rask måte – å levere det som er framtidens løsninger. Vi kan risikere at det vil være en utfordring når det gjelder å gjennomføre dette.

Dette er veldig nyttig kunnskap både for Helse- og omsorgsdepartementet, for Stortinget og for de private leverandørene, for det betyr at dette er utfordringer som vi er nødt til å gripe fatt i. Derfor har jeg satt i gang en full gjennomgang av hele organisasjonen knyttet til beslutningssystemet på IKT-feltet. Vi har etablert Nasjonal IKT HF, som vil være et felles selskap mellom de fire helseregionene, nettopp for å kompensere for at de trekker i ulike retninger. Og vi har nå fått på plass et lovverk som gjør at vi kan begynne å jobbe mer framtidsrettet. Mye av dette er også basert på den erfaringen vi har høstet gjennom dette arbeidet som nå har pågått. Målsettingen vår er at elektronisk meldingsutveksling skal være tatt i bruk i løpet av 2014 av de ulike aktørene. Det betyr ikke at all meldingsutveksling kommer til å foregå elektronisk i løpet av 2014, men at det skal være tatt i bruk.

Det vil i utgangspunktet være grunnlag for å starte med meldinger mellom de ulike helseforetakene i 2015, men leverandørene av EPJ-systemene vil sannsynligvis ikke være klare til å levere den teknologien som er nødvendig for å få det til. Men noen av helseforetakene tar nå i bruk den nye loven og etablerer systemer som gjør at de kan ha utveksling av informasjon internt i helseforetakene på en sånn måte at de heller ikke vil være avhengige av meldingsordningen, men fungere som ett helse-rike.

Møtelederen: Da er tiden egentlig ute, men hvis saksordføreren har et kort spørsmål, tillater jeg det.

Michael Tetzschner (H): Nei takk, det går utmerket.

Møtelederen: Ok. Da er det jeg som skal spørre på vegne av Arbeiderpartiet. Da går møteledelsen til Michael Tetzschner.

Michael Tetzschner overtok her som møteleder.

Møtelederen: Da gir jeg ordet til Martin Kolberg.

Martin Kolberg (A): Dette høres litt formelt ut, og det er det, men det er fordi reglene er slik.

Det har vært en lang dag for oss. Jeg sier det som en innledende setning, for det vi har opplevd – uavhengig av alle som har vært her – er at man har gitt tilslutning til hovedlinjene i Riksrevisjonens rapport. Nå hører jeg at du sier at det har skjedd mye etterpå, og jeg hører også veldig tydelig hva du nå sier om hva du tenker for framtida. Jeg hører det veldig tydelig, men første spørsmål er: Er det slik at du på vegne av departementet slutter deg til hovedlinjene i Riksrevisjonens rapport?

Statsråd Bent Høie: Svaret på det er ja.

Martin Kolberg (A): Da har vi et felles utgangspunkt for videre spørsmål.

Det har framkommet veldig tydelig, på forskjellig måte, at en av grunnene til at dette har gått saktere enn ventet, og at det er ujevne resultater landet sett under ett – for det er det åpenbart, slik det er framstilt – er at det har vært for svak sentral styring, og at man i for sterk grad har overlatt dette til de ulike helseregionene. Jeg tar ikke stilling til hva jeg selv mener om dette, men jeg vil gjerne høre hva du sier om styringsfunksjonene i dette store prosjektet.

Statsråd Bent Høie: Det som framkommer som et paradoks i høringen, er at i den delen av helsetjenesten som vi har direkte styring over, var det en del utfordringer, spesielt innledningsvis, på dette feltet. Det er helt riktig. Styrings-signalene i oppdragsdokumentene, fram til 2011, var veldig svake. Det betyr at en overlot veldig mye til RHF-ene selv å prioritere og styre dette. Det gjorde at RHF-ene i stor grad konsentrerte seg om det de opplevde som mest nyttig for seg, nemlig å konsolidere IKT-systemene internt i egne foretak, i større grad enn å konsentrere seg om å få til kommunikasjon med andre aktører i tjenesten, slik som kommunene og legene. Dette ble skjerpet inn fra 2011, og en så betydelige forbedringer gradvis etter det. Det ble tydeligere, både i styringsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet og i oppfølgingen fra departementet, der en også avkrevede rapporter på dette arbeidet, og det førte også til forbedringer i helseregionene. Men i de første årene var det for svak styring, og det ga også som resultat at vi kom for sent i gang.

Martin Kolberg (A): Vi tar alt gjennom øret her, ikke sant – men du sa nå at du hadde intensjoner om å ha en gjennomgang av hele styringsstrukturen for å få orden på dette. Når kan vi se resultatet av en slik vurdering i departementet?

Statsråd Bent Høie: Det første er på plass allerede. Vi har nå etablert Nasjonal IKT HF som et felles selskap mellom de fire regionene, som er lokalisert i Bergen, og det har ansatt ledelse og er i ferd med å rekruttere sitt kompetansemiljø. Hensikten med det er å få mer samordnet utvikling mellom de fire regionene. Det er mye den modellen de regionene – slik som f.eks. Helse Vest, som kanskje er de som har kommet lengst med å styre IKT-feltet – brukte fra begynnelsen av, som ga veldig gode resultater. Det er også grunnen til at en valgte å lokalisere selskapet til Helse Vest-regionen, for at det skal dra nytte av den kompetansen. Men så må vi se på den nasjonale styringen, og det er et oppdrag som direktoratet har. Jeg håper å få gode svar på det i løpet av neste år, at det kan delvis kvitteres ut som enkeltendringer, men også løftes inn i nasjonal helse- og sykehusplan, som skal legges fram for Stortinget neste år.

Martin Kolberg (A): Siste spørsmål. Det er litt uklart for meg, vil jeg si, helt hva det betyr, for jeg skal ikke påberope meg å forstå alle disse tingene ordentlig. Men det er framkommet røster i løpet av dagen som sier – og hvis de har rett, er det veldig alvorlig – at det arbeidet vi nå gjør, har en uriktig arkitektur, det vil ikke gå lang tid før vi nærmest må begynne på nytt. Det vil i tilfelle være en veldig utfordring. Helse Vest var i særlig grad veldig tydelig på dette punktet, og uttrykte stor bekymring for at nå kunne tida fort gå fra oss, og at vi nærmest måtte begynne på nytt i løpet av kort tid. Har departementet noen tanker om dette? Hva er din kommentar eller refleksjon rundt dette?

Statsråd Bent Høie: Det enkle svaret er at vi allerede har begynt på nytt. Den arkitekturen, den tenkningen, som dette systemet bygger på, er som å gå fra brevpost til mail – altså til sikker mail – mens framtiden er Facebook og Google, for å si det slik. Ikke at dette skal på Facebook og Google, men tenkningen som ligger bak, er at uavhengig av hvor en er i helsetjenesten som pasient, følger informasjonen med, og helsepersonell vil kunne gå inn og hente den informasjonen som er relevant for den rollen som en har overfor pasienten. Meldingssystemet er basert på at en avsender sender en konkret informasjon til en konkret etterspørter. Det er selvfølgelig gammeldags. Det betyr ikke at det som vi nå har gjort, er bortkastet, for dette innebærer en betydelig forbedring i forhold til slik som det var. Dette vil også kunne måtte leve i mange år framover, men de ambisjonene som Stortinget har trukket opp i forbindelse med En innbygger – én journal, som er mitt oppdrag nå å jobbe opp mot å levere på, som er neste generasjon, vil kreve helt andre løsninger enn det som dette bygger på.

Møtelederen: Takk for det. Ville Kolberg ha ordet?

Martin Kolberg (A): Nei, det holder.

Møtelederen: Da er Arbeiderpartiet ferdig, og da går møteledelsen tilbake til komitélederen.

Martin Kolberg overtok her igjen som møteleder.

Møtelederen: Da er det Fremskrittspartiet og Helge Thorheim.

Helge Thorheim (FrP): Nå har representanten Martin Kolberg tatt opp dette med sentral styring. Det er vel det som jeg har merket meg sterkest gjennom denne høringen, og det er ulike scenarioer for hvor den bør ligge. Jeg ser at vi har mange aktører i denne virksomheten, vi har departementet, direktoratet, nå Nasjonal IKT, Bergen, vi har Difi, og vi har Norsk Helsenett SF. Det er sikkert flere, som jeg ikke har rukket å ramse opp her. Det er vel en utfordring å få en tydelig sentral aktør. Vil du legge det på departementsnivå eller direktoratnivå for å få den overordnede sterke styringen som ble etterspurt?

Statsråd Bent Høie: Vi er i den heldige situasjonen her at i motsetning til på en del andre politikkområder er det, tror jeg, veldig bred enighet om at folk ønsker sterkere sentral styring, altså både kommunene, de private aktørene og helsetjenesten. Det har vært en modningsprosess i seg selv som er veldig bra. Så har også direktoratet nå bygd opp en enhet som er betydelig, de har en helt annen kompetanse enn tidligere.

Så er du inne på de mer organisatoriske spørsmålene, hvordan vi skal gjøre dette videre. Det er nettopp det vi nå er i gang med å utrede, og derfor vil det være veldig dumt av meg å svare tydelig på det spørsmålet nå. Men det er noe av det vi er i gang med, nettopp fordi vi ser at det er en etterspørsel hos alle aktørene etter at nettopp staten tar et sterkere grep. Da må vi gjøre det både på måten å organisere beslutningene på, hvilke juridiske muligheter vi har når det gjelder det, og på økonomiske virkemidler. Alt det er vi i gang med.

Helge Thorheim (FrP): Et annet område som har blitt fokusert på, spesielt fra KS, og fra begge kommunene for så vidt, er dette med økonomi. Om økonomien har det vært uttalt at den oppleves som å være undervurdert i dette, for å få alle aktørene med, også for å få kommunesektoren med på å investere i nødvendig infrastruktur, og ikke minst på driftssiden. Vi har stilt spørsmål om det kan være aktuelt å allokere spesielle midler til dette prosjektet i kommunene. Det har vært ulike holdninger til om man da skal merke disse pengene med dette prosjektet. Har statsråden noe syn på det? Går det an å løse økonomien i prosjektet for at det skal være fullt ut vellykket?

Statsråd Bent Høie: Det har også vært en styrking av den nasjonale finansieringen og gjennomføringen av dette gradvis i perioden, så økonomi er også blitt brukt som et virkemiddel. Det vil selvfølgelig også være viktig videre. Men nå er vi i en situasjon der målet er at alle aktørene skal være tilkoblet til dette i løpet av 2014, og nå vil nok mye av den økonomiske innsatsen i årene framover konsentrere seg om det som ligger i budsjettforslaget når det gjelder sikkerhetsstrukturen, som det vel er foreslått om lag 55 mill. kr til. Og så er det å fortsette konseptutredningen knyttet til én innbygger – én journal, som det er foreslått 20 mill. kr til.

Helge Thorheim (FrP): Takk, det er nok.

Møtelederen: Da er det Kristelig Folkeparti og Hans Fredrik Grøvan, vær så god.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Det har vært brukt en del karakteristikker i dag om det prosjektet som er gjennomført, og den statusen prosjektet har i dag – mangel på styring, for få incentiver, for dårlig beslutningsgrunnlag osv. Noe av dette har du kommentert allerede, og du har også omtalt en del grep som du har tatt. Mitt første spørsmål går på: Mener du ut fra det ståstedet du har i dag, at hovedprosjektet ble satt i gang på et utilstrekkelig grunnlag?

Statsråd Bent Høie: Svaret på det er at det er klart at når en ser dette i etterkant, hadde en ikke et grunnlag som var godt nok til å vurdere kompleksiteten i dette på det tidspunktet. Men hvis jeg kan få omformulere spørsmålet – Mener du at det var feil å igangsette det på det tidspunktet? – så er svaret på det nei, for jeg tror at hvis en på det tidspunktet hadde satt i gang utredningsarbeid for å prøve å få fullt ut et bilde av dette i forkant, før en igangsatte prosjektet, hadde en ikke klart å finne svar på alle spørsmålene. Fortsatt hadde en måttet høste erfaringer underveis, og en hadde kanskje kommet i en situasjon der en hadde blitt enda mer forsinket enn det en er i dag. Det er i etterkant en kan gjøre den type vurderinger, men det er i hvert fall det som er min vurdering av situasjonen. Jeg tror kanskje at den erfaringen som man høstet underveis, var vel så verdifull som den kunnskapen en kunne fått gjennom lange, kostnadskreven og tidkrevende utredninger på et tidspunkt da en var veldig tidlig ute.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Vi har et anskaffelsesreglement i Norge, som – som det ble opplyst tidligere i dag – har gjort at vi har hatt 1,6 tilbydere i snitt på den type IT-prosjekter de senere årene. Hva slags utfordring medfører det? Vi har hørt en del ganger i dag – og jeg tror du også har brukt ordet – at dette er blitt veldig komplisert. Handler det litt om hvordan vi innretter den typen prosjekter i forhold til det regelverket vi har, som gjør at vi får så få tilbydere at vi gir dem som får oppdraget, forholdsvis stort rom uten den tilstrekkelige konkurransen i dette markedet?

Statsråd Bent Høie: Jeg vet at kjernejournal med dialog ikke hadde en direkte kravspek. Men hvis du ser på leverandørsituasjonen nå, har vi fått en vurdering av det. Det er klart at den kunnskapen bør en bruke som innkjøper, med de kravene en stiller. Jeg mener også at de norske leverandørene må ha den kunnskapen for å gjøre seg forberedt på de økte kravene som vil komme fra innkjøper, men også den økte internasjonale konkurransen som vil komme på dette området. For dette er – det må vi erkjenne – ikke et norsk marked, dette er et internasjonalt marked, og vi må i mye større grad ta det inn over oss, både de delene av tjenestene som er innkjøpere, og på leverandørsiden. Dette er veldig krevende og store prosjekter, hvor det vil være naturlig å ha et internasjonalt blikk når en skal kjøpe.

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Et siste spørsmål. Helsedirektøren snakket tidligere i dag om at de løsningene som ble utviklet, var anbefalte løsninger for Helse-Norge. Tidligere i dag nevnte direktøren for Direktoratet for forvaltning og IKT at en burde gjøre standardene obligatorisk gjennom forskrift. Hva er din kommentar til forslaget fra Direktoratet for forvaltning og IKT i forhold til måten å implementere tingene på? Det er det som ligger under her: Blir det for løst med anbefalinger, så vi ikke får implementert dette, sånn som vårt system er i dag? Burde en da bruke forskrift?

Statsråd Bent Høie: Svaret på det er ja, og jeg sa også at vi må vurdere både styringsmessige endringer, lovmessige reguleringer og økonomiske incentiver. Men forskrift med krav til standard vil også komme i løpet av 2015.

Møtelederen: Takk til Grøvan. Da er det Senterpartiet og Gerd Eli Berge.

Gerd Eli Berge (Sp): Det har vært pekt på sterkere styring og bedre finansiering ned til grunnplanet – det er ting som har vært oppe her i dag. Du var så vidt inne på det, men jeg vil utdype det litt mer i forhold til kommunene, som har pekt på utfordringen med finansiering, og det har også gjerne vært krevende lokalt å finne nok midler til gjennomføring. Dette er midler utover det å investere og utover det å drive prosjekter, når det etterpå kommer til opplæring i og implementering av IKT-løsningene.

Du har sagt at det har vært nyttig å ha alle disse erfaringene – en hadde ikke godt nok grunnlag da en startet – men har du litt refleksjon rundt om en likevel kunne kommet bedre ut ved at det hadde vært en bedre finansiering til kommunene? Vi hørte fra kommunesektoren at det har blitt kostbare erfaringer, frustrasjon og skuffelse over systemet, som går ut over engasjementet og entusiasmen for å få gjennomført.

Det høres ut som om en spinner litt og ikke kommer videre. Tenker statsråden noe mer rundt å gjøre finansieringen bedre til kommunene for å få sikrere framgang?

Statsråd Bent Høie: Nasjonalt helsenett gir støtte til kommunene, og etableringen av kompetansenettverket finansieres jo også av Nasjonalt helsenett, som gir gode resultater.

Så er det sånn at dette er verktøy som kommunene i veldig stor grad også har behov for selv. En må også som kommune og fastlegekontor eller sykehus og de andre aktørene se den gevinsten en selv har, for dette er et verktøy som skal føre til mer effektive tjenester og også er kostnadsbesparende – forhåpentligvis – over tid. Det som er viktig, er at en ikke tar feil beslutninger, og at en kjøper det som er riktig, kjøper den standarden som fungerer. Så det ville ikke vært en løsning bare å gi mer penger, og risikert at pengene hadde blitt feil brukt. Det er en kombinasjon av disse ulike virkemidlene som avgjør.

Gerd Eli Berge (Sp): Et annet spørsmål: Statsråden pekte på at det nå er nytt lovverk på plass fra januar. Det

ser mange fram til å få gjennomført. Mener statsråden at et slikt lovverk burde ha vært på plass tidligere? Hadde det vært mulig å ha et slikt lovverk på plass tidligere, som hadde gitt en bedre gjennomføring?

Statsråd Bent Høie: Der tror jeg vi må gå inn i oss selv, for jeg har jo vært med på dette i Stortinget selv og sett på den utviklingen som har vært. Jeg er ikke sikker på om det hadde vært politisk modenhet for å gjøre den lovendringen på et veldig mye tidligere tidspunkt. Så sent som i stortingsperioden som gikk fram til 2009, var det veldig sterk politisk motstand mot den tenkningen som den nye loven bygger på. Mange partier har modnet betydelig siden den gangen. Så jeg er usikker på om det hadde vært mulig å få gjennomslag i Stortinget for den loven veldig mange år før det som var tilfellet.

Møtelederen: Da er siste spørre i denne runden Abid Q. Raja fra Venstre.

Abid Q. Raja (V): Takk komitéleder.

Jeg noterte meg at statsråden på det første spørsmålet fra komitélederen sa at han var enig i kritikken i Riksrevisjonens rapport. Fra min sidemann var det spørsmål om man satte i gang prosjektet på et tilstrekkelig grunnlag. Det er mulig jeg forsto statsråden feil, men av svaret kunne jeg få inntrykk av at statsråden har gått god for den politiske styringen av prosjektet som har vært tidligere. Hvis det ikke medfører riktighet, vil jeg gjerne gi ham muligheten til å korrigere det inntrykket.

Statsråd Bent Høie: Som jeg svarte på det spørsmålet, er jeg enig med Riksrevisjonen i den kritikken, men hvis du så stiller spørsmålet om det betyr at det var feil å iverksette det på det tidspunktet, er jeg ikke fullt så sikker på at svaret blir like tydelig. Det sa jeg også, nettopp fordi jeg mener at det er grunn til å sette spørsmålstegn ved om en hadde kommet mye bedre ut med å bruke mye mer tid på utredning på det tidspunktet, med den kompetansen som vi hadde den gangen. Så har det helt sikkert vært muligheter underveis til at en kunne tatt bedre styring, og at en kunne gjort endringer. Som jeg var inne på, RHF-ene fikk veldig lang tid –

Abid Q. Raja (V): Det er det man har vært inne på, at det var manglende styring. Flere av aktørene har vært inne på i dag at det er styringen som har vært problemet. Jeg bare lurer på: Hvordan har du tenkt å få styringen på prosjektet? Og kan du forsikre oss om at du nå har styringen på dette prosjektet?

Statsråd Bent Høie: Det er også grunn til å si at styringen av dette prosjektet ble strammet betydelig inn lenge før jeg overtok som helse- og omsorgsminister, og det er en betydelig bedre styring med prosjektet nå. Vi ser også nå at resultatene kommer. Men det som er det viktigste å lære av dette nå, er at vi skal bruke erfaringen til å velge å organisere arbeidet med det som er Stortingets nye ambisjoner på dette området, på en helt annen måte i forbindelse med

implementeringen av utredningen og implementeringen av visjonen om «En innbygger – én journal».

Abid Q. Raja (V): En av Riksrevisjonens anbefalinger er at departementet bidrar til at kommuner og legekontorer har tilstrekkelige incentiver til å ta i bruk systemet. Hvilke nye incentiver har regjeringen iverksatt for å nå disse målene?

Statsråd Bent Høie: Dette er en rapport som går tilbake igjen til høsten 2012, og det er klart at vi er på et helt annet stadium nå enn da denne rapporten ble iverksatt. Det er ikke noen grunn til å tro når dette nå blir så utbredt, at det ikke også kommer til å bli brukt i veldig stor grad. Det ser vi allerede med den kraftige økningen som er. Men så er det noen utfordringer mellom helseforetakene, spesielt knyttet til henvisning mellom helseforetakene, der en rett og slett ikke er på plass ennå og leverandørsiden ikke vil ha muligheten, selv om en i helseforetakene har det, til å levere det som er nødvendig i 2015 for at det også skal fungere optimalt da.

Abid Q. Raja (V): Så slik statsråden ser det, med disse nye incentivene og innretning av virkemiddelbruken, vil Stortingets vilje bli oppfylt i løpet av 2015? Er det det statsråden forsikrer oss om?

Statsråd Bent Høie: Det målbildet som er nå, er vi godt i gang med å nå. Jeg er helt overbevist om at vi, selv om det har vært en veldig forbedring nå, vil se ytterligere resultater av dette arbeidet.

Så må en også erkjenne at dette er en måte å jobbe på, en arkitektur, som ikke er den framtidsrettede løsningen. Dette er noe en skal leve med i mange år, men det er ikke noe en skal bygge for framtiden.

Abid Q. Raja (V): Statsråden har tidligere også hatt ganske bred innsikt i helsesektoren, men har antakelig nå fått enda bedre innsikt, etter ett år i stolen. Riksrevisjonen sier at departementet gjennom den juridiske virkemiddelbruken ikke har stilt gode nok formelle krav. I etterpåklokskapens lys, med den nye oppøvde kompetansen man har, hvilke formelle krav kunne og burde tidligere statsråder ha stilt?

Statsråd Bent Høie: Det burde blitt stilt f.eks. tydeligere styringskrav til RHF-ene tidligere i prosessen for at de skulle komme raskere i gang og prioritere dette arbeidet. De styringssignalene som ble gitt i begynnelsen, var så pass ulne at de ga RHF-ene muligheten til å prioritere egendefinerte prosjekter istedenfor det som var det nasjonale målbildet på dette området. Så det er en del ting der som kunne og burde vært gjort annerledes, og som en har lært av.

Så er det jo, som jeg har vært inne på, behov for å etablere en helt annen struktur rundt dette for framtiden, for vi har behov for en helt annen styring skal vi lykkes med de målsettingene som Stortinget nå har trukket opp.

Abid Q. Raja (V): Helt til slutt: Helsedirektoratet kunne i dag ikke gi et svar på hvor mange millioner eller hundretalls millioner som hadde gått med, som man ikke hadde klart å få noen merverdi ut av. Har departementet en oversikt over hvor mye penger som kan settes «bortkastet» på?

Statsråd Bent Høie: Det kan vi ikke svare på. Jeg vil ikke si at dette har vært bortkastet, men noen merverdiberegninger har vi ikke gjort – over hva som er bortkastet!

Møtelederen: Da er Rajas tid ute, og det er 10 minutter til oppfølgingsspørsmål. La meg si det sånn, siden det er flere som har bedt om ordet, at vi tar korte spørsmål og korte svar i de siste 10 minuttene – først Michael Tetzschner.

Michael Tetzschner (H): Jeg var så vidt inne på det i min førsterunde og fikk svar på det vesentligste. Jeg var også inne på Difis rolle, eller kanskje mangel på sådan. Nå skjønner jeg at det ikke er statsrådens hovedanliggende, men for oss andre kan det være et tankekors at det organ i staten som på sin hjemmeside sier at det er det som har koordineringsansvaret for statens digitaliseringsbestrebelse, og også er i front når det gjelder premissleveranser til organisasjonsutvikling i staten, ikke har spilt noen rolle her. Det bekreftet jo Killengreen. De har riktignok vært med som en deltaker i dette underordnede rådgivende utvalget, men de har altså ikke satt noe merke.

Da er mitt spørsmål om statsråden vil ta med seg videre i vurderingen hvordan man kan bruke felles ressurser i staten, så man ikke på hver enkelt sektor må gjøre sine selvstendige feil for så å lære av dem og gå videre – at man også kan se den verdien som ligger i at det kan være en tverrsektoriell ressurs å hente ved f.eks. å bruke Difi.

Det siste spørsmålet er: Det er utmerket at vi har en riksrevisjon som virkelig setter opp realitetene i forhold til de flotte målformuleringene vi som politikere ofte er med på å vedta. Men hadde det også vært en fordel om man i det enkelte departement hadde utviklet en kultur for å korrigere egne feil før det blir mat av det i Riksrevisjonen? For da kan det også være at man forebygger en del feil, eller i hvert fall begrenser omfanget av det man ikke lykkes med.

Statsråd Bent Høie: Difi er med i e-helsegruppen og bidrar jo der med sin kompetanse. Som jeg sa: Når vi nå jobber med den nye arkitekturen rundt måten vi skal styre dette på videre, er vi også i et samarbeid med Kommunal- og moderniseringsdepartementet, som Difi er en del av.

Når det gjelder dette med å ha en kultur for å se egne feil eller lære av dem eller sin egen status, mener jeg at det kan det være mye i. Det jeg har gjort ved å bestille disse statusrapportene, mener jeg er én måte å tenke slik på, nettopp for å kunne se på hvor en er når en gjør disse framtidige prioriteringene både på styringssiden og på økonomisiden, for det er typisk den type informasjon som kanskje hadde kommet fram i en riksrevisjonsrapport på et senere tidspunkt.

Møtelederen: Gunvor Eldegard.

Gunvor Eldegard (A): Takk.

Eg har to spørsmål til statsråden. Det første gjeld pasienttryggleik. Er systemet, slik det er per i dag, trygt for pasientane? Kan alle pasientane vera trygge på at informasjonen vert oppbevart berre der han skal.

Det andre spørsmålet går på noko ein har etterlyst her i dag, at ein har sakna koplinga til helsestasjonane, og då fekk me veta at prosjekt ELIN-h har vorte stoppa. Kvifor har det vorte stoppa? Og tenkjer de å setja det prosjektet i gang igjen – eventuelt når?

Det har òg vorte ytra ønske frå aktørar her om å knyta jordmødrer opp mot prosjektet. Har du nokre tankar om det?

Statsråd Bent Høie: Svaret på det første er at jeg mener dette forbedrer pasientsikkerheten. Alternativet, f.eks. papirbaserte løsninger, eller de gamle løsningene, var en stor utfordring for pasientsikkerheten og ikke minst for personvernet. Det er mye lettere å ha kontroll innenfor elektroniske systemer. Men dette er ikke noen optimal løsning. Som jeg også sa til Dagens Næringsliv i dag: De rapportene vi nå har fått, viser at dagens system, dagens nivå, er en utfordring for pasientsikkerhet og kvalitet, ikke minst fordi funksjonaliteten for dem som skal bruke det, i noen tilfeller er så dårlig at en velger alternative løsninger, som da ofte er i strid med personvernreglementet. En gjør det rett og slett av tidshensyn, og fordi det er praktisk osv. Så til at jo mer funksjonelle og moderne løsninger vi får, jo lettere er det, mener jeg, å ivareta personvernensyn og pasientsikkerhetshensyn. Men når systemene blir tungvinte og tidkrevende, velger en ofte de litt kjappe løsningene, og da tenker en ikke alltid gjennom hvilke konsekvenser det har for den type spørsmål.

Når det gjelder å utvide dette til å omfatte andre, er det et spørsmål om økonomisk prioritering.

Gunvor Eldegard (A): Berre ei oppfølging. For akkurat når det gjeld helsestasjonane, har det visstnok vore eit prosjekt som har vorte stoppa, har me fått informasjon om før i dag. Så det var det eg lurte på. Ein ting er at det er nytt med jordmødrer, men det med helsestasjonar har visstnok vore eit prosjekt før.

Statsråd Bent Høie: Det er ikke prioritert i framdriften fordi en har konsentrert seg om de hovedmålene som ligger i prosjektet, å få dem på plass først, når man har opplevd disse forsinkelsene.

Møtelederen: Jeg bryter litt kutymen, men jeg vil bare gjøre statsråden oppmerksom på at flere av aktørene som har møtt her, har påpekt svakheten i systemet akkurat i denne sammenheng – så jeg gjør deg bare oppmerksom på det.

Da er det Grøvan, vær så god!

Hans Fredrik Grøvan (KrF): Takk.

Et kort spørsmål: Ut fra de erfaringene som nå er gjort, og som du selv har påpekt, der en også har gått inn og kor-

rigert kurs og innhold i arbeidet videre, aktualiserer dette behov for en egen havarikommisjon, for å kunne gå gjennom dette på en systematisk måte, med tanke på å kunne lære av det for framtidige IKT-prosjekter innenfor denne sektoren?

Statsråd Bent Høie: Jeg kan ikke ta stilling til om det er behov for en egen havarikommisjon for IKT-prosjekter i offentlig sektor. Det er under en annen statsråds ansvarsområde. Det jeg har gjort, er å gi et oppdrag til et offentlig utvalg om å utrede grunnlaget for en undersøkelseskommisjon for helsesektoren, men det vil være basert på alvorlige hendelser i tjenesten som kunne ha betydning for sikkerheten til den enkelte pasient. Da vil den type undersøkelser kunne avdekke om mangler, feil eller andre ting med IKT-løsningen er et grunnlag for risikoen eller for feilen, men det er et annet spørsmål.

Helge Thorheim (FrP): Nå har vi hørt på mange aktører og om hva som har gått bra, hva som har gått mindre bra, og hva som har gått dårlig. Jeg er veldig opptatt av dette med erfaringsoverføring til nye slike prosjekter. Dette er ett av mange IKT-prosjekter, men muligens ett av de mest kompliserte.

Nå er det opprettet Nasjonal IKT innen helse. Kan faren nå være at det er der kompetansen, erfaringene, ligger og ikke kommer videre til andre sektorer som driver med prosjekter? Og hvordan tenker statsråden seg at man kan bidra til at erfaringsoverføring her skjer på en god måte til alle sektorene våre?

Statsråd Bent Høie: Det overordnede ansvaret for IKT i offentlig sektor er det kommunal- og moderniseringsministeren som har, og vi bidrar gjerne inn i det arbeidet. Den største erfaringen fra dette arbeidet ligger nok nå i Helse- og omsorgsdepartementet, det ligger i Helsedirektoratet og hos de ulike aktørene. Nasjonal IKT innen helse er en ny enhet som bygges opp nettopp ut fra den erfaring at det har vært for liten styring på dette. Men vi bidrar selvfølgelig med våre erfaringer, hvis det er ønskelig, inn i de andre delene av offentlig sektor.

Møtelederen: Da ser ikke jeg flere som har bedt om ordet. Vi er da ved veis ende med utspørringen av statsråden, og Høie har anledning til, hvis han ønsker det, å komme med noen sluttmerknader innenfor rammen av et par minutter.

Statsråd Bent Høie: Jeg vil takke for høringen. Jeg mener at denne riksrevisjonsrapporten er en nyttig og viktig rapport. Selv om den går noe tid tilbake, er det kunnskap og erfaringer her som det er viktig å ta med seg i det arbeidet vi nå står overfor, og som også andre deler av offentlig sektor står overfor.

Møtelederen: Da sier vi takk til statsråden, og denne åpne kontrollhøringen er ferdig.

Komiteen vil nå arbeide videre med denne saken og fremme en innstilling for Stortinget, og vi forutsetter at den kommer til behandling i plenum før nyttår.

Tusen takk, da er høringen slutt.

Høringen slutt kl. 17.33.
