

UNIVERSITETET I OSLO
Institutt for informatikk

Strategisk styring av IKT i helsesektoren

Masteroppgave
(60 studiepoeng)

Kirsti Berg

11. 05. 2008



Forord

Denne oppgaven handler som overskriften viser om styring av IKT i den statlige helsesektoren, spesialisthelsetjenesten, i Norge. Jeg er ansatt i forvaltningen og jobber med styring og samordning av IT generelt, ikke spesielt rettet inn mot helsesektoren. Helsesektoren er et viktig område i forvaltningen og det har bidratt til at jeg sa ja da jeg fikk mulighet til å velge dette temaet.

Selv om jeg jobber innenfor forvaltningen, er styring og koordinering av IT i helsesektoren et stort område å trenge inn i. Det har vært overraskende mye dokumenter å lese og overraskende mye aktivitet som er beskrevet. Det har vært umulig å dekke temaet i sin fulle bredde. Det har likevel gitt meg mye ny innsikt. Ikke minst er det verdifullt å lese teoretisk stoff om igjen i forbindelse med utforming av en slik oppgave. Teoriene får en annen substans og blir bedre integrert i min egen tenkning. Det er dessverre lite bruk av teori i styring og koordinering av IT i offentlig sektor. Gjennomføring av oppgaven har utvidet min forståelse av hvordan forskning kan og må bidra til ulike perspektiver og forståelsesmodeller.

Jeg har gjennomført masterstudiet ved siden av jobb. Det betyr at min kollega Hans Fredrik Berg har hatt ekstra belastning i den siste tiden. Takk til deg! Jeg vil også takke andre kollegaer og medstudenter som har vist interesse og bidratt til gode diskusjoner som har vært til støtte og glede i prosessen. Postdoktor Margunn Aanestads kollokviegruppe for master- og Phd-studenter var nyttig for meg da jeg strevde med forskningsmetodikk og forskningsdesign.

Professor Ole Hanseth har vært veileder. Takk for at du ga meg en utfordring ved å foreslå dette temaet, for oppmuntring da det var nødvendig og for bidrag i form av henvisning til litteratur og rapporter.

Alt ansvar for feil, mangler og alt mulig annet er selvfølgelig bare mitt.

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Sammendrag	7
Summary	8
1 Forskningsspørsmål og avgrensning	9
2 Metode	10
2.1 Tilnærming	10
2.2 Forskningsprosessen	13
2.3 Forskningsmaterialet	14
2.3.1 Oversikt over forskningsmaterialet	14
2.3.2 Helsereformen	15
2.3.3 Stortingsproposisjon nr. 1 (Budsjettproposisjonen)	16
2.3.4 Styringsdokument fra departementet til de regionale helseforetakene	18
2.3.5 Protokoller fra foretaksmøtene	18
2.3.6 Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til de regionale helseforetakene.	19
2.3.7 Styreferat fra Helse Nord RHF	19
2.3.8 Strategidokumenter	19
2.3.9 Intervjuer	20
2.3.10 Andre dokumenter	20
3 Teoretisk støtte og enkelte begrepsavklaringer	20
3.1 Innledning om strategibegrepet og organisasjoner	21
3.1.1 Strategibegrepet	21
3.1.2 Innledende om Mintzbergs teori om organisasjoner	22
3.1.3 Styringsmodellen i offentlig sektor	24
3.1.4 Kritikk av den hierarkiske styringsmodellen	24
3.2 Mintzberg om strategisk styring i organisasjoner	24
3.2.1 Et problematisk skille mellom strategi-formulering og strategi- implementering	24
3.2.2 Ulike typer av organisasjoner forholder seg ulikt til strategi.	25
3.2.3 Politisk styring og profesjonelle organisasjoner	26
3.2.4 Den profesjonelle organisasjonen vil motsette seg hierarkisk strategisk styring	26
3.3 Informasjonsinfrastrukturer, "Economics of Standards" og "Drifting".	27
3.3.1 Egenskaper ved Informasjonsinfrastrukturer	27
3.3.2 Behovet for standarder knyttet til informasjonsinfrastrukturer	28
3.3.3 Problemer med harmonisering, <i>alignment</i>	28
3.4 Weill/Ross om IT Governance	29

Innhold, forts.

4	FUNN 31	
4.1	Den strategiske styringen.....	31
4.1.1	De formelle styringsveiene departement - direktorat.....	31
4.1.2	En sterkere styring år for år.....	33
4.1.3	En liten oppsummering av styringsdialogen om IKT	45
4.2	KITH, Nasjonal IKT og Norsk Helsenett AS.....	46
4.2.1	KITH	46
4.2.2	Nasjonal IKT	46
4.2.3	Norsk Helsenett AS (NHN).....	47
4.3	Strategiene	47
4.3.1	1997 Mer helse for hver bit	48
4.3.2	2001 Si@! Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren Statlig tiltaksplan 2001-2003	49
4.3.3	2002 Hit & Run	50
4.3.4	2004 Samspill 2007 (2004-2007).....	50
4.3.5	2004 Nasjonal IKT: Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene	51
4.3.6	2006 Nasjonal IKT: Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene - Revidert strategiplan 2006-2007	52
4.3.7	2007 Samspill 2007 - Gjennomføringsplan 2007	53
4.3.8	2008 Samspill 2.0 Nasjonal strategi for samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013.....	54
4.3.9	2008 Nasjonal IKT: Utkast til Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan 2008 og 2009.....	57
4.4	Temaer i strategiene.....	61
4.4.1	Store satsninger som ikke fremheves i de nasjonale strategidokumentene.....	61
4.4.2	Underliggende tema	62
4.4.3	Tema med lavt prioriterte satsninger.....	62
4.4.4	Fra meldingsformidling til informasjonsdeling.....	62
4.4.5	Informasjon og synspunkter på styring i strategiene.....	64
4.5	Hva skjer i RHFene?.....	64
4.5.1	Helse Nord RHF	64
4.5.2	Et lite mellomspill om regelverksendring	68
4.5.3	Svarer Samspill 2.0 på HN RHFes behov?	69
4.6	Fortellinger fra HFene – de lokale heltene	70
4.6.1	Forskjell på strategi for regionen og det enkelte helseforetak	70
4.6.2	Om gevinstrealisering	71
4.6.3	Styringsstrukturen internt i helseforetaket	72
4.6.4	IT-sjefens klage	72
4.7	En liten oppsummering.....	74
4.7.1	Oppsummering for de ulike nivåene	74
4.7.2	Noe om EPJ fra strategiene	75
4.8	Riksrevisjonens undersøkelse 2007-2008	76

Innhold, forts.

5	Drøfting	78
5.1	Noen betraktninger om visjon og mål i Samspill 2007	78
5.2	Forholdet mellom nasjonale og regionale strategier.....	79
5.3	Mye innsats som ikke berømmes.....	79
5.4	Mulige konflikter mellom ulike nivåer.....	80
5.5	Litt om meldingsformidling som strategi	82
5.6	Manglende overordnede prinsipper og IT-arkitektur	83
5.7	Fra styr til styring	84
6	Avsluttende kommentarer	85
	Referanser	86
	Oversikt over vedlegg.....	89

Sammendrag

Oppgaven tar for seg strategisk styring i helsesektoren, avgrenset til statlig sektor, dvs. spesialisthelsetjenesten (sykehusene) og avgrenset til perioden fra helsereformen ble innført til i dag, dvs 2002-2008.

Oppgaven er laget som en kvalitativ studie med bruk av intervjuer og en rekke ulike dokumenter fra ulike nivåer i den statlige styringsprosessen. Oppgaven er en relativt omfattende empirisk studie og i hovedsak er det brukt en dobbel hermeutisk tilnærming, selv om det også er elementer av postmodernistisk etnografi og kritisk teori innbakt.

Gjennom tekstene gis det et bilde av den formelle statlige styringsprosessen og de sentrale nasjonale strategiene på området. Det kommer frem at det er en massiv styringsaktivitet som omfatter departement, direktoratsnivå, administrasjonen i de regionale helseforetakene sammen og hver for seg og i helseforetakene. Selv om det legges mange ressurser ned i styringsanstrengelsene, viser resultatet at man ikke lykkes i å få gjennomført det man vil gjennom styringen.

Denne situasjonen belyses ved hjelp av ulike teorier, særlig Mintzbergs teori om organisasjoner, hvor det vises til ulike interesser mellom det profesjonelle byråkratiet og maskinbyråkratiet i sykehusene. Mintzbergs modell utvides slik at strategisk ledelse og teknostrukturer utenfor selve sykehuset inngår i en tenkt metaorganisasjon. Dette gir en metaorganisasjon med en forsterket teknostruktur som driver organisasjonen i retning av maskinbyråkrati. Dette kan oppfattes som en dysfunksjonell organisasjon med mulighet for store innebygde konflikter.

Teori om informasjonsinfrastrukturer benyttes for å påpeke kompleksiteten knyttet til harmonisering med installert base. Ciborra brukes for å forklare et stadig sterkere krav om styring selv om de styringsvirkemidlene man benytter åpenbart ikke virker.

Weill/Ross erfaringsbaserte tilnærming til styring (IT Governance) brukes for å vise viktige styringsmekanismer som de mener bør etableres for å sikre god harmonisering av mål og strategier vertikalt og horisontalt i konserner.

Med støtte i Weill/Ross viser jeg at helsesektoren bør etablere en felles virksomhetsarkitektur for IT. I denne forutsettes de sentrale virksomhetsprosessene å inngå, og det må fastlegges prinsipper for hvordan IT skal understøtte disse. En ensidig fokus på meldingsformidling er ikke veien å gå.

Flere elementer i en virksomhetsarkitektur er på plass, som en del begrepsstandardisering og kommunikasjonsinfrastruktur, men prosessorienteringen er ikke kommet langt nok.

Med en virksomhetsarkitektur på plass, vil det ikke være behov for den samme detaljstyringen fra departementet/direktoratet som det er i dag.

Det forutsettes at det etableres gode koordineringsmekanismer mellom de regionale helseforetakene og mellom regionalt helseforetak og helseforetakene i regionen. Mekanismene internt i visse av helseforetakene kan stå som modell for hvordan styringsmekanismene kan fungere.

Summary

This thesis looks into strategic management of IT in the Norwegian Health Care Sector, namely the state owned hospitals. The thesis concerns the period 2002-2008, that is, it starts with the Health Reform when the ownership for hospitals passed on from the regional county level to the central government, represented by the Ministry for Health. The hospitals are organized in five regions, each with its own board of directors and it is the regional management who is responsible that national goals and strategies are implemented in the regions.

The study is based on a comprehensive empirical material, based on official documents from the central budgetting process and other documents linked to that, and on interviews with 12 individual persons from different levels in the managerial pyramid, from ministry level to IT-managers in local hospitals.

A lot of resources are thrown into the effort of managing IT in hospitals in the direction set by the ministry and its agency, but the effort does not pay. There is a gap between what is going on on the local level compared to the goals and strategies set by the ministry. That leads to a year by year increased demand for more and stronger management.

The situation is discussed with references to Mintzbergs theory on organizations, namely to his theory about professional bureaucracies, where he anticipates conflicting interests and conflicts between the professional operational core (medical staff) and the inherent machine bureaucracy (administration). By expanding the model of the organization to a *metamodel*, including the strategic leadership from higher levels in the government (the ministry) and the external technostructure engaged (agencies, consultancies), I show that the metaorganization has an enforced technostructure that forces the organization in the direction of a possibly dysfunctional machine bureaucracy.

Theory about information infrastructure is used to point out the complexity linked to *installed base*. Ciborra's notion on *drifting* is used to explain the urge for stronger management, in fact more of the same, even if it does not work.

Weill/Ross framework for IT governance is referred to in order to highlight the need for both horizontal and vertical *alignment* of goals and strategies and the *managerial mechanisms* needed to do so.

With common IT principles and IT architecture in place, there should be no need for the intensive top-down detailed management from the Ministry or from the Directorate of Health which are the situation today.

1 Forskningsspørsmål og avgrensning

Dette forskningsarbeidet gjelder strategisk styring av IKT i helsesektoren i Norge.

Oppgaven avgrenses til å gjelde den offentlige spesialisthelsetjenesten, dvs. de offentlige sykehusene. Oppgaven avgrenses i tid fra og med statens overtakelse av de regionale helseforetakene fra og med 1.1.2002 frem til våren 2008.

Spørsmål som jeg særlig ønsker svar på er:

- 1 Hvordan er styringsmekanismene?
- 2 Hvem i styringskjeden formulerer mål og strategier for IKT i helsesektoren?
- 3 Hvilke mål og strategier formuleres?
- 4 Hvilke spenninger er synlige mellom de ulike styringsnivåene, mellom mål og strategier, evet. mellom strategiformulerende nivåer og implementeringsnivåer?

I behandlingen av spørsmål 1, ligger en forforståelse av de vanlige styringsmekanismene i staten, så som den statlige budsjettprosessen med Stortingsmelding nr 1 for de respektive år som resultat, i den forstand at det er denne som forelegges Stortinget, og Tildelingsbrev med tilhørende finansiell tildeling som er styringssignalet fra de ulike departementer til underliggende etater etter at statsbudsjettet er vedtatt. I oppgaven ser jeg nærmere på hvordan styringskjeden er når det gjelder den offentlige spesialisthelsetjenesten og hvilke aktører som deltar.

I behandlingen av spørsmål 2 og 4 ligger en forforståelse av organisasjoner formulert av Mintzberg (Mintzberg, 1983), som hevder at sykehus som profesjonell organisasjon vil ha problemer med at strategier formuleres av andre enn de som skal implementere dem. Et alternativt og mer nøytralt spørsmål, uten den nevnte forforståelsen, kunne kanskje være : I hvilken grad har man lyktes med å implementere strategiene? I noen grad vil man høre hva de ulike aktørene selv mener om dette.

Jeg har gjort noe nærmere rede for helsereformen i et eget underkapittel, som et slags bakteppe for de prosessene som spiller seg ut i den strategiske styringen av IKT. Noe informasjon om planprosessene i forvaltningen gis i tilknytning til tolkningen av informasjonen fra de ulike ”styringsleddene”.

Etter en første gjennomgang av de statlige styringsdokumentene, ble det klart at jeg måtte ta med noe om innholdet i strategiene. Jeg har for det meste fokusert på strategiene for elektronisk samhandling.

2 Metode

2.1 Tilnærming

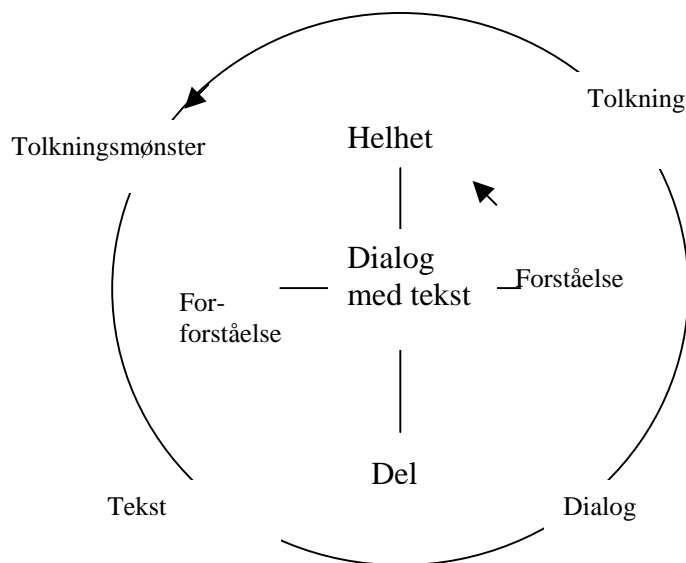
Alvesson og Skjöldberg (Alvesson og Skjöldberg, 1994) redegjør for fire sentrale vitenskapsfilosofier og metodiske implikasjoner av disse. De fire retningene er ”grounded theory”, hermeneutikk, kritisk teori og postmodernisme. Forfatterne gir et fasettert bilde av de ulike retningene. Her gis kun en overflatisk og fragmentert beskrivelse.

Grounded theory er den mest empirinære tilnærmingen, hvor forskningsmaterialet (teksten) vektlegges, og hvor man med utgangspunkt i en rekke koder av teksten etter hvert kan utkrystallisere ny teori.

Hermeneutisk tilnærming er opptatt av tekstens ”bakenforliggende mening”. Alvesson og Skjöldberg viser til hermeneutikkens røtter i rennesansen og den protestantiske bibelanalysen, der utgangspunktet var at en bibeltekst kun kunne forstås i sammenheng med hele bibelen, og omvendt, at bibelen bare kunne forstås ut fra sine enkeltdeler. Dette er opphavet til den hermeneutiske sirkelen: ”Delen kan bare forstås ut fra helheten, og helheten kan bare forstås ut fra delene”. (Ibid, s.115).

Det finnes ulike ”skoler” innenfor hermeneutikken; her skal jeg så vidt nevne den eksistensielle hermeneutikken, med bakgrunn i Alvesson og Skjöldberg. Mennesket er innsatt i tid og rom og er et knutepunkt for et nett av meninger, intensjonalitet. Individet er preget av sitt meningsfelt, intensjonalitet i tid og rom, og er aldri fri fra nedarvede forestillinger og forutinntatte meninger. ”Dette er Heideggers nye versjon av den hermeneutiske sirkelen: å forstå forutsetter forforståelse, men forforståelsen hindrer også forståelsen.” (Ibid, s. 136) Man må hele tiden alternere mellom en inntrengning i den fremmede verden (forskningsspørsmålet/ forskningsmaterialet) og vårt eget referansesystem. Slik vil det etter hvert skje en ”sammensmeltning av horisonter”, det fremmede blir forståelig og forskerens eget referansesystem blir endret, forbedret. Språket er sentralt i hermeneutikken, man må derfor sette seg i en dialogsituasjon med teksten, spørre den ut og ”høre hvilke svar som kommer opp”. Ofte, sier Alvesson og Skjöldberg, vil man ikke komme frem til noen konklusjon, men se at forskningsspørsmålet løses opp og nye spørsmål vokser frem, og prosessen kan starte på nytt. I sin ytterlighet gjelder det i denne dialogen å spørre om hvilket underliggende spørsmål det er, som ikke fremkommer i teksten, men som ligger under og derfor genererer denne.

Figuren nedenfor er tatt fra Alvesson og Skjöldberg (Ibid, s. 174) og viser basisversjonen av den hermeneutiske sirkelen, med menings-parene del-helhet og forforståelse-forståelse, og den sirkulære prosessen dette settes inn i (dobbel hermeneutikk).



Figur 1: Den hermeneutiske sirkelen (Alvesson og Skjöldberg, 1994, s. 174)

Kritisk teori er den tredje retningen som beskrives av Alvesson og Skjöldberg. I kritisk teori ønsker man å komme bak alle forhold som forstyrrer utviklingen av konsensus. Man forutsetter at det er mulig å etablere en felles forståelse gjennom rasjonalitet, bare argumentasjonen frigjøres for ulike forstyrrelser som ligger i makt, prestisje, politikk, ideologier, manipulasjon osv. Man leter derfor etter disse autoritære "tankehemmerne" og bekjemper dem. Et "emansipatorisk kunnskapsinteresse" søker å identifisere kilder til misforståelser og ideologiske forestillinger. (Ibid, s.193) "Gjennom selvrefleksjon og kritisk prøving av ideer, forestillinger, fantasier etc. kan psykiske temaer som begrenser menneskets muligheter avsløres." Det gjelder å utvikle responsivitet i forhold til sosial kontroll. (Ibid, s.194). På den ene siden ser man mennesket (inkl. forskeren) som manipulert av dominerende eliter i et forsøk på å tilpasse mennesket inn i en bestemt samfunnsorden, på den andre siden ses mennesket som potensielt autonomt og i stand til å reflektere over seg selv og samfunnets undertrykkende mekanismer. Kritisk teori fokuserer på spenningsforholdet mellom mennesket som manipulert og mennesket som potensielt autonomt. (Ibid, s.197)

I kritisk forskning vil forskerens eget empiriske materialet få mindre plass enn i Grounded Theory, og man søker etter en friere holdning der forskeren kan gjøre bruk av sin kreativitet og evne til analyse og fortolkning. Alvesson og Skjöldberg sier at kritisk analyse kan ses på som en slags "trippel-hermeneutikk", der det i tillegg til den tidligere beskrevne dobbel-hermeneutikken innføres et tredje ledd; "kritisk tolkning av de strukturer og prosesser som på ulike måter påvirker både undersøkingssubjektet og forskerens måte til fritt å kunne tolke sin situasjon og forskningsspørsmålet." (Ibid, s.221)

Postmodernismen forholder seg, som kritisk teori, til autoritetsspørsmål. Men her er, i følge Alvesson og Skjöldberg, frykten for å selv være autoritær like fremtredende som frykten for andre autoriteter. Man stiller spørsmål ved opplysningstidens "myter" om at det finnes en

form for rasjonell helhetsløsninger og – forklaringer. Metodiske implikasjoner av denne retningen er at man prøver å sette ting på hodet, forsøker å se ulike mønstre, forsøker å forklare fenomener i termer av hva de ikke betyr. Man unngår å gi et bestemt tolkningssett for stor betydning, men vektlegger i stedet det mangetydige og betoningen av autoritetsproblemet. Autoritetsproblemet omfatter forskeren selv, man spør hva det er som driver forskerens betoning av ulike fenomener.

Det leder til et ”Pluralistisk ideal”, et mangfold av ulike røster bør få gjennomsyre teksten. Bruk av teorier nedtones, da disse vil føre til nye entydigheter. Syntetisering, som er vanlig i behandling av empirisk materiale, bør unngås, alternativt kan man foreta en syntetisering, men da også betone mulig inkonsistens og spenninger. (Ibid, s.271)

På bakgrunn av beskrivelse og kritikk av disse fire retningene, formulerer forfatterne en syntese som de kaller ”refleksiv tolkning” (kvadrupel-hermeneutikk). I virkeligheten, mener de, beveger all forskning seg mer eller mindre bevisst mellom to eller flere av nivåene: empiribehandling, tolkning, kritisk tolkning og språk/autoritets-refleksjon. Forskerens oppgave er å gjøre disse elementene mer synlig i så vel forskningsprosessen som i sluttresultatet. (Ibid, s. 325) Det vil være vanskelig å gi de ulike retningene (tolkningsnivåene) lik vekt i et forskningsprosjekt. Som metodestrategi anbefaler Alvesson og Skjöldberg at man sørger for å ha med alle fire tolkningsnivåer (IE-induktiv empirisk, H-hermeneutisk, KT-kritisk teori og PM-postmodernisme) uansett hvilken type forskning man vil bedrive; empirisk beskrivende studie, tolkende studie, kritisk forskning eller postmodernistisk etnografi.

I den empirisk beskrivende studien er det empiriske materialet det sentrale, men man forholder seg langt friere til materialet enn i en Grounded Theory-studie. Så vel elementer av politisk-ideologisk kritikk, selvrefleksjon og håndtering av autoritets-/representasjonsproblemer inngår.

I den tolkende studien, som forfatterne også kaller innsiktsdrevet forskning, er empirien fremdeles viktig, men man leter etter den dypere mening i teksten, og ulike tekster sammenstilles og tolkes mot hverandre.

Kritisk, emansipatorisk drevet forskning, legger i praksis mindre vekt på eget empirisk materiale. I den kritiske tolkningen kan man like gjerne benytte empiri fra andre forskningsarbeider.

Postmodernistiske etnografier krever større fokus på empiri, i og med at man her skal gi rom for et mangfold av stemmer, man kan også kalle det en polyfonidrevet forskning. Et poeng her er at man skal unngå synteser, men la de ulike stemmene tale for seg selv.

Alvesson og Skjöldberg har med sin fremstilling frigjort forskeren fra de trange metodebeskrivelsene og tatt forskernes opplevde virkelighet om hva som skjer i en forskningsprosess med i betraktningen.

Som nevnt innledningsvis er denne oppgaven gjennomført som en kvalitativ studie. Basert på Alvesson og Skjöldberg vil jeg beskrive oppgaven som en omfattende empirisk beskrivende studie. (Materialet beskrives nærmere senere). Det vil være vanskelig å benytte alt stoffet uttømmende, men det gir i det minste rom for mange ulike røster og derved et element av postmodernistisk etnografi. Videre får de enkelte delene av materialet påvirke helheten og spillet mellom delene og helheten får komme til uttrykk. Det finnes også et element av kritisk

forskning, der jeg tar hensyn til egen og forskningssubjektenes kontekst og drøfter implikasjoner av dette. Likeså presenteres i noen grad ulike perspektiver og tolkninger.

2.2 Forskningsprosessen

Utgangspunktet var at jeg ønsket å finne ut så mye som mulig om hvilke styringsmekanismer som brukes når det gjelder strategisk styring av IKT i den statlige spesialisthelsetjenesten, hvilke aktører som er involvert, deres relative styrkeforhold/maktposisjon, hvilke strategier som er formulert, hvilke som har gjennomslagskraft osv.

Gjennomgang av de offisielle styringsdokumentene i forvaltningen ble valgt ut fra at disse kan oppfattes som myndighetenes intensjon om hvordan man ønsker å bruke IKT for å understøtte sektorens mål. Budsjettproposisjonen til Stortinget, St.prp.nr.1, gir mye informasjon om styringsveier og betingelser rettet mot underliggende organer. Helsereformen med statlig overtakelse av de regionale helseforetakene (RHFene) var ganske ny, og jeg innhentet derfor Lov om Helseforetak (Helseforetaksloven) og stortingsproposisjonen med lovforslaget (Ot.prp.nr. 66 (2000-2001)). Gjennom denne fant jeg ut at styringsdialogen mellom departement og regionale helseforetak skulle nedfelles i et årlig Bestillerdokument og behandles i Foretaksmøte mellom departement og hvert av de regionale helseforetakene. Jeg startet derfor søk på Internett etter disse dokumentene, og fikk etter hvert samlet inn dokumentene elektronisk.

Noe som er spesielt ved styringsdokumenter i forvaltningen, er at mål som finnes der kan være fremforhandlet på politisk nivå. Man kan derfor gjerne finne konflikterende mål. Tekstene bør derfor leses med dette i tankene. Det er ikke én røst, men heller et kor som høres gjennom tekstene. Jeg kommer tilbake til dette i den første oversikten over de ulike tekstene.

En viktig del av prosessen var gjennomføring av intervjuer med ulike aktører. Hensikten med intervjuene var å la hvert styringsnivå i helsesektoren og enkelte andre sterke aktører komme til orde i kraft av seg selv og sin stilling. Jeg regnet med at individuelle intervjuer ville gi andre perspektiver på maktforhold og styring i sektoren enn det som uttrykkes gjennom offisielle styringsdokumenter. Som et utgangspunkt ønsket jeg å konsentrere meg om Helse Øst RHF og intervjuet et utvalg av sykehusdirektører og IT-direktører i helseforetakene. Dette ble endret av flere årsaker. Helse sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen i løpet av forskningsprosessen til Helse Sør-Øst RHF. Som en følge av denne sammenslåingen forsvant en god del stoff som lå på nettsidene for de to regionale helseforetakene før sammenslåingen. Jeg måtte derfor av praktiske hensyn utvide datainnsamlingen til å omfatte også andre regionale helseforetak. For eksempel hentet jeg styredokumentasjon fra Helse Nord RHF, da dette foretaket har nokså åpen dokumentasjon.

Gjennom intervjuene ble jeg oppmerksom på flere viktige aktører som for eksempel Nasjonalt Helsenett AS (NHN), Sykehuspartner, Kompetansesentret for IKT i helsesektoren (KITH) og Nasjonal IKT. Jeg besluttet derfor å intervju representanter for disse. Utsagn fra ulike personer bidro til gjensidig belysning og til en bedre forståelse av helheten. Intervjuarbeidet ble i seg selv opplevd å foregå i en hermeneutisk prosess.

Gjennom de ulike intervjuene kom det frem informasjon som ledet til nye spørsmål og til nye aktuelle intervjupersoner. Utsagn fra de ulike intervjupersonene stod i tilsynelatende motstrid, og bidro til en gjensidig belysning av hverandre og av helheten.

I tillegg til offisielle styringsdokumenter, strategidokumenter og intervjuer, har jeg gjennomgått en stor mengde mer tilfeldige presentasjoner og dokumenter som er funnet gjennom søk på Internett i hensikt å skaffe bakgrunnsinformasjon, forklaringer og oversikt. Disse er ikke vektlagt i forskningsarbeidet, men har vært med å bidra til forståelsen av hvordan styringsprosessene foregår og hvordan innholdet formidles, i tillegg til at det har gitt mange ledetråder til fortsatt søking.

Forskningsprosessen har vært drevet av at stadig nye momenter er kommet til og at ny informasjon gir ny mening til tidligere informasjonselementer. Tilsynelatende og reell motstrid i tekstene har gitt rom for refleksjon. Forskningsspørsmålene som er gitt i begynnelsen av oppgaven ble formulert underveis, og omformulert, basert på ny forståelse.

En forforståelse som har bakgrunn i teorier som jeg senere gjør nærmere rede for, bidro til formuleringene. Gjennom arbeidet har også teoriene fått ny betydning for min forståelse av kompleksiteten og hvordan teori kan bidra til ulike perspektiver på spørsmålene som studeres.

2.3 Forskningsmaterialet

I dette kapitlet beskriver jeg det empiriske materialet nærmere. Den statlige budsjettprosessen er bakteppet for noen av dokumentene, og jeg gir derfor en liten beskrivelse av denne i sammenheng med avsnittet om Stortingsproposisjon nr 1 (budsjettproposisjonen). Med noen få unntak starter materialet ved tidspunktet for helsereformen, så jeg tar med et lite avsnitt om denne. Men først presenteres en konsentrert oversikt over forskningsmaterialet.

2.3.1 Oversikt over forskningsmaterialet

De fleste dokumenter som oppgaven bygger på er hentet fra den byråkratiske styringsprosessen som starter med budsjettproposisjonen for Helse- og omsorgsdepartementet/(Helse- og sosialdepartementet) og som deretter videreføres i styringsdokumenter på ulike nivåer. Disse dokumentene kommer i nye versjoner hvert år og jeg har i hovedsak sett på perioden 2002-2008. I løpet av denne perioden er det også laget nasjonale strategier for IT i helsesektoren og avledede gjennomføringsplaner. De regionale helseforetakene har også laget sine strategidokumenter, hver for seg og i fellesskap.

Den årlige gjentatte sekvensen av styringsdokumenter i det statlige byråkratiet og strategidokumentene utgjør et styringsforløp. I Vedlegg 1 er derfor dokumentene satt inn i en kronologisk rekkefølge og ispedd enkelte andre relevante hendelser.

Her følger en kort oversikt over materialet:

- St.prp.nr.1 for 2002 –2008. Dvs periodene 2001-2002, 2002-2003 osv til 2007-2008
- Styringsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for årene 2002, 2003 osv til og med 2008
- Protokoller fra foretaksmøter mellom helse- og omsorgsdepartementet og hvert av de regionale helseforetakene for årene 2002, 2003 osv til og med 2008
- Sosial- og helsedirektoratets årlige brev (rundskriv) til de regionale helseforetakene for 2005, 2006, 2007 og 2008

- Styrereferater med vedlegg fra Helse Nord RHF for årene 2002, 2003 osv til og med 2008. I dette inngår bl.a. IT-strategi, Juni 2002.
- Nasjonale strategier og tiltaksplaner fra og med 1997 til og med 2008:
 - Mer Helse for hver BIT , Sosial- og helsedepartementet 1996
 - Hit& Run, Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene 2002
 - ”Si@!” Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, Statlig tiltaksplan 2001-2003, Sosial- og helsedepartementet 2001
 - ”Si@!”, Status og videre tiltak per første halvår 2001, Sosial- og helsedepartementet 2001
 - Samspill 2007, Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, Statlig strategi 2004- 2007, Helsedepartementet og Sosialdepartementet, 2004
 - Samspill 2007, Gjennomføringsplan 2005, Sosial- og helsedirektoratet 2005
 - Samspill 2007, Gjennomføringsplan 2006, Sosial- og helsedirektoratet 2006
 - Samspill 2007, Gjennomføringsplan 2007, Sosial- og helsedirektoratet 2007
 - Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene med forslag til felles satsningsområder og tiltak, Nasjonal IKT, 2004
 - Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, Revidert strategiplan, Nasjonal IKT 2005
 - Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan for 2006-2007, Nasjonal IKT 2006
 - Utredning av langsiktig organisering av IKT-området, Nasjonal IKT 2006
 - Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan for 2008-2009, Nasjonal IKT 2008
 - Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013, Helse- og omsorgsdepartementet, april 2008
- Møtereferater (Styringsgruppemøter og møter i Prosjekteierforum) fra Nasjonal IKT fra 2005-2008.
- Intervjuer. Det er gjennomført i alt 12 intervjuer med representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet (1 intervju), Sosial- og helsedirektoratet¹ (1 intervju), Norsk Helsenett AS (1 intervju), Kompetansesentret for IT i helsesektoren, KITH, (1 intervju), Sykehuspartner (1 intervju), representant for regionalt helseforetak (1 intervju), administrerende direktører ved helseforetak (2 intervjuer), IT-sjefer ved helseforetak (2 intervjuer), annen ansatt i IT-avdeling i helseforetak (1 intervju) og representant for Nasjonal IKT (1 intervju).
- En rekke dokumenter som årsrapporter fra regionale helseforetak, diverse presentasjoner og rapporter som er tilgjengelig på www er brukt for å skaffe oversikt og for å få ideer til arbeidet.

I de videre underkapitlene gis en nærmere beskrivelse av dokumentene og noe kontekst.

2.3.2 Helsereformen

I løpet av andre halvår 2001 ble det gjort et forberedende arbeid med hensikt at staten skulle overta de fylkeskommunale sykehusene. Lov om helseforetak ble lagt frem og behandlet. (Ot.prp.nr. 66 (200-2001)). Den formelle overtakelsen skjedde 1.1.2002. Da var allerede de

¹ Helsedirektoratet fra 1.4.2008

organisatoriske grep med organisering av de lokale sykehusene i regionale helseforetak gjennomført.

Proposisjonens kapittel 2.1.2 sier noe om regjeringens mål med reformen:

”Reformen inngår i regjeringens målsetting om å modernisere den offentlige sektor. Reformen skal bygge videre på velferdsstatens grunnleggende verdier om likeverd, rettferdighet og solidaritet. Det er det offentliges ansvar å gi hele befolkningen likeverdig tilgang til gode helse- og sosialtjenester. Fornyelsen er kombinert med kontinuitet og respekt for det som tidligere er oppnådd. Den verdimessige forankring i velferdsstatens idealer ligger derfor fast i forslagene om endringer i forhold til eierskap, organisering og ansvar.”

Om styringen sies det (bl.a.):

”Med de store ressurser som samfunnet investerer i helsesektoren, er det et stort ansvar å sørge for at tilbudet er i samsvar med helsepolitiske prioriteringer og at vi får mest mulig igjen for innsatsen. Et best mulig helsetilbud avhenger bl.a. av god organisasjon og ledelse, rasjonell arbeidsdeling og effektiv utnyttelse av kunnskap og kapital. Det er i denne forbindelse viktig å gi de enkelte virksomheter mer myndighet og ansvar. Dette må likevel skje i former som ikke fritar de enkelte ledd i virksomhetene fra å ta sin del av ansvaret for nasjonal helsepolitikk.”

Det ble opprettet fem regionale helseforetak; Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Helse Sør og Helse Øst RHF er senere slått sammen til Helse Sør-Øst RHF. Sykehus og institusjoner i hver region ble samlet i et antall Helseforetak (HF). Et sykehus kan eventuelt være organisert som en avdeling i et helseforetak.

Om styringsforholdet mellom eier og regionalt helseforetak sier loven (§16):

”Eieren utøver den øverste myndighet i foretaket i foretaksmøtet. Eieren kan ikke utøve eierstyring i foretaket utenom foretaksmøtet. Departementet kan utenfor foretaksmøtet sette vilkår for bevilgninger til regionale helseforetak. ”

Vilkår for bevilgningene til de regionale helseforetakene settes gjennom den statlige budsjettprosessen og nedfelles i Budsjettproposisjonen, St.prp. nr. 1. Når budsjettet er vedtatt skriver departementet et Styringsdokument til det enkelte regionale helseforetak. Dette behandles i Foretaksmøte mellom departement og det regionale helseforetaks styre.

2.3.3 Stortingsproposisjon nr. 1 (Budsjettproposisjonen)

Stortingsåret begynner om høsten. En av regjeringens første oppgaver er å legge frem budsjettforslaget for neste år. Dette er nedfelt i budsjettproposisjonen. Budsjettproposisjonen er alltid Stortingsproposisjon nummer 1. Den har referanse til to årstall, inneværende og neste år. Eks.: St.prp. nr. 1 (2007-2008). Denne omfatter tre år; budsjett for neste år (2008), status for inneværende år (2007), og resultatrapportering for forrige år (2006).

Arbeidet med St.prp. nr. 1 (2007-2008) starter allerede i 2006, med forslag til satsningsområder. Her er det først og fremst fagdepartementene som utarbeider forslag, i samarbeid med underliggende etater (eks. direktorat) og i dialog med departementets politiske ledelse. Satsningsforslagene behandles i regjeringens første budsjettkonferanse om våren (2007) og etter dette er det bare tid og vei i det videre budsjettarbeidet. Alt som ikke blir satsningsområder må gjennomføres innenfor departementets og de underliggende etatenes vanlige driftsbudsjett. Teksten i budsjettproposisjonen etableres gjerne med mal i forrige års proposisjon, men for det som var budsjett i forrige proposisjon (for inneværende år) blir det nå rapportert en status, det som det i forrige proposisjon ble rapportert status for, skal det nå rapporteres resultater for og satsningsforslag/videreføring av satsningsforslag som gjelder budsjettet for neste år skal beskrives spesielt.

En saksbehandler vil oppleve at tekst vedkommende produserer blir endret eller beskåret av avdelingsdirektøren, som igjen vil få sine tekstforslag endret i en samlet fremstilling fra departementet. Deretter går forslagene til Finansdepartementet som lager det endelige forslaget. Også her kan det innføres endringer/ foretas strykninger.

Når budsjettet blir presentert, har det med andre ord allerede foregått en forhandling av mål og prioriteringer i det enkelte fagdepartement og på tvers av disse. Budsjettproposisjonen utgjør klare rammebetingelser for virksomheten i departementene og de underliggende etater og virksomheter.

Budsjettforslaget forelegges for Stortinget om høsten. Deretter foregår det en intens behandling i Stortingets komiteer før forslaget kan endelig vedtas oppunder jul.

Denne oppgaven omfatter St.prp.nr.1 for Sosial- og helsedepartementet/Helse- og omsorgsdepartementet fra (2001-2002) til og med (2007-2008). Jeg har klippet ut og sammenstilt det som gjelder budsjettkapitlene for Sosial- og helsedirektoratet, som fagorgan for Sosial- og helsedepartementet, og for Regionale helseforetak og fokusert på det som står om styring og om IKT.

I St.prp.nr.1 er det ikke bare én stemme som høres, men mange. I budsjettet for kommende år, med sine satsninger, hører vi både politikerne og de underliggende fagenhetene som har fått gjennomslag for sine forslag. Samtidig vil mange mene at forslagene er blitt barbert og presentert på en feilaktig måte i forhold til hva man hadde håpet. (Men man kan kanskje vri det til i gjennomføringen?). I status for inneværende år hører vi fagpersonenes og de faglige ledernes røst i sine forsøk på å fortelle at de er på riktig spor i forhold til inneværende års budsjett, eventuelt bekymringer for at så ikke er tilfellet, og i resultatrapporteringen forutsettes man å rapportere i forhold til fjorårets budsjett og hva man har oppnådd. Det vil være en sjeldenhet å lese at man ikke har oppnådd noe av det man forespeilet. Budsjettet virker også som et løfte til Stortinget, og man kan komme ille ut dersom man ikke oppnår det man lover eller enda verre, tilslører problemer og feilinformerer Stortinget. Statsråden er politisk og konstitusjonelt ansvarlig for rapporteringen til Stortinget. Det er på denne bakgrunn mange tolkningsmuligheter knyttet til tekstene i budsjettproposisjonen. Noen ganger kan man ane at her er det skuffelser, årets budsjett-tekst er svært mager i forhold til den i fjor, eller man kan ane ergrelser og vilje til å bruke sterkere virkemidler dette året enn året før; ”..det må holdes åpent for at det vil være aktuelt med styringspålegg fra departementet for å sikre at ønskede samordningsbehov blir ivaretatt.” Her kan man kanskje underforstått lese at man mener de ikke er tilstrekkelig ivaretatt hittil.

Teksten og stemmene i St.prp. nr.1 danner så å si grunntonen i fremføringen av dette verket (oppgaven).

2.3.4 Styringsdokument fra departementet til de regionale helseforetakene

I den første budsjettproposisjonen etter/samtidig med Helsereformen, sies det at det hvert år, etter at budsjettet er vedtatt, skal utformes styringsdokumenter for de regionale helseforetakene. Styringsdokumentene skal overleveres på foretaksmøtet mellom helseministeren og hvert av de regionale helseforetakene. Styringsdokumentene er en kilde til ytterligere informasjon om hvordan departementet ser for seg at den praktiske styringen skal foregå, og hvilke forhold departementet vil fokusere på. Det setter betingelser knyttet til årets budsjett.

Det empiriske materialet for oppgaven omfatter Styringsdokumentene for årene 2002 til og med 2008. For årene 2002-2004 ble dokumentene kalt Styringsdokument, for årene 2005-2006 ble de kalt Bestillerdokument og for årene 2007 og 2008 kalles de Oppdragsdokument.²

Disse dokumentene er benyttet på samme måte som budsjettproposisjonene. Jeg har gått gjennom teksten og kopiert over det som gjelder styring og det som gjelder Elektronisk samhandling/ IKT inn i et eget dokument for å lette den videre lesingen. Styringsdokumentene er like fra region til region, med få unntak, og jeg har benyttet dokumentene til Helse Nord RHF, fordi de er relativt lett tilgjengelige via foretakets nettsider.

Dokumentene representerer departementets styringsinformasjon til de regionale helseforetakene, sammen med foretaksmøtet. Det er likevel mulig å tenke seg at det mellom budsjettproposisjonen og styringsdokumentet foregår en bearbeiding, slik at det som ble barbert for mye i proposisjonen kommer bedre til syne i styringsdokumentet. Det må også kunne regnes med at det er en viss konkurranse internt i departementet om å få med "sine ting" i styringsdokumentet. Dokumentet skal dekke hele det helsepolitiske området, og det kan ikke være uendelig langt. Vi kan med en viss sannsynlighet regne med at det som tas med i styringsdokumentet når det gjelder styring av de regionale helseforetakene og om elektronisk samhandling/ IKT er det som departementet er mest opptatt av. En mulighet er også at det ikke er departementet, men underliggende direktorat som er opptatt av elektronisk samhandling/ IKT og at det er deres stemme som høres i styringsdokumentet.

2.3.5 Protokoller fra foretaksmøtene

Det skjer ikke endringer i styringsdokumentet ved at det behandles i foretaksmøte, men det er mulig å kommenter innholdet. Protokollen fra foretaksmøtene er likevel ikke identiske med styringsdokumentet. Dels gjennomføres det etter hvert flere foretaksmøter der man behandler rent administrative forhold, særlig forhold vedrørende styrets sammensetning, godtgjørelse

² Jeg lurte på om dette kunne ha med regjeringsskifter å gjøre, men det ser ikke slik ut:

- Jens Stoltenbergs første regjeringsperiode var 17. mars 2001-19. oktober 2002
- Kjell Magne Bondeviks andre regjeringsperiode var 19. oktober 2001 – 17. oktober 2005
- Jens Stoltenbergs andre regjeringsperiode startet 17. oktober 2005.

etc. Det som gjelder effektivisering, som omfatter elektronisk samhandling/ IKT, behandles etter hvert i egne foretaksmøter.

Jeg har behandlet foretaksmøtene på samme måte som de øvrige styringsdokumentene, kopiert over det som finnes om styring og elektronisk samhandling /IKT til et eget dokument slik at det blir mer lesbart og ikke minst sammenliknbart fra år til år.

Først fra og med 2005 sies noe om elektronisk samhandling/IKT i protokollene fra foretaksmøtene.

2.3.6 Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til de regionale helseforetakene.

Fra og med 2005 får Sosial- og helsedirektoratet en sterkere rolle vis a vis de regionale helseforetakene, noe jeg også kommer tilbake til senere i materialet. Gjennom Bestillerdokumentet gir departementet beskjed til de regionale helseforetakene om direktoratets rolle, og at direktoratet vil orientere om sin rolle og oppgaver i et eget brev. Brevene fra 2005-2008 er gjennomgått og innholdet som vedrører styringssignalene og elektronisk samhandling/ IKT er kopiert ut i eget dokument slik at de blir lettere tilgjengelig for analyse. Fra 2008 er det årlige brevet for øvrig felles for kommuner, fylkesmenn, fylkeskommuner og regionale helseforetak.
(Før 2005 gikk det også brev til kommunene, det såkalte ”Styrings- og informasjonshjulet”.)

I det årlige brevet (i form av rundskriv) fra direktoratet til de regionale helseforetakene er det et styrket direktorat som lar sin stemme lyde. Her må noe gjøres! Vi har en viktig rolle! Vi opptrer på vegne av departementet!

2.3.7 Styrereferat fra Helse Nord RHF

Jeg har gjennomgått alle styrereferatene som er tilgjengelige i undersøkelsesperioden for Helse Nord RHF. Dette har jeg gjort for å få et bilde av hva styringssignalene fra departement og direktorat medførte av behandling i RHFet, så å si hvordan de blir speilet i styremøtene. Som en praktisk bearbeiding, plukket jeg ut de styremøtene som i en eller annen form hadde IKT på dagsorden, og disse har jeg sett nærmere på.

Til sammenlikning har jeg også gjennomgått enkelte styrereferater fra andre regionale Helseforetak.

2.3.8 Strategidokumenter

Det finnes strategier på flere nivåer. Det jeg i det videre kaller nasjonale strategier er strategier som føres i pennen/utgis av departementet/direktoratet. På regional nivå er det to typer strategidokumenter; IKT-strategier for et enkelt regionalt helseforetak og IKT-strategier felles for de regionale helseforetakene. I tillegg finnes har jeg sett på lokale IT-strategier, dvs strategier fra enkelte helseforetak.

Strategiene er svært interessante, både når det gjelder hvilke mål og tiltak de handler om, og når det gjelder hvordan de skriver om andre IT-strategier. Det er rom for flere tolkninger knyttet til disse dokumentene.

2.3.9 Intervjuer

Jeg har intervjuet i alt 12 personer. Blant disse er direktører og IT-sjefer for to store helseforetak og representanter for KITH, Norsk Helsenett AS, Sykehuspartner og Nasjonal IKT, Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Flere av personene sitter i styrer for noen av de nevnte virksomhetene i tillegg til at de i intervjuene representerer eget arbeidssted.

Intervjuene ble tatt opp elektronisk og skrevet ut i etterkant. De utskrevne referatene er sendt til intervjupersonene. Hvert intervju tok omtrent en time, bortsett fra ett intervju som varte ca en halv time. Fra dette foreligger ikke opptak, kun et ufullstendig referat skrevet i ettertid samme dag.³

Ingen har gitt tilbakemelding om intervjuene. I den grad jeg siterer noen direkte fra intervjuene, er det avklart med vedkommende.

Det kan noen ganger være vanskelig å skjule identiteten til de aktuelle intervjupersonene. Innenfor styring av IKT i helsesektoren er det et fåtall profilerte personer. Jeg har prøvd å holde de ulike identitetene skjult. Intervjuene er samlet i eget vedlegg unntatt fra offentligheten. Veileder professor Ole Hanseth ved UIO har hatt tilgang til intervjumaterialet.

2.3.10 Andre dokumenter

Gjennom søk etter informasjon har jeg i stor utstrekning benyttet Internett. Gjennom www har jeg funnet både presentasjoner, rapporter og møtereferater. Disse dokumentene har vært til nytte for meg, men er ikke benyttet på noen systematisk måte. Der slike dokumenter brukes, viser jeg til den aktuelle referansen.

3 Teoretisk støtte og enkelte begrepsavklaringer

I dette kapitlet presenterer jeg først en innledning. Deretter beskrives noen teorier nærmere.

I innledningen presenterer jeg Mintzbergs grunnleggende beskrivelse av organisasjoner og organisasjonstyper og plasserer henholdsvis offentlig forvaltning og sykehus i Mintzbergs ramme.

Videre teoretisk støtte hentes deretter fra Mintzberg og fra teorier om informasjonsinfrastrukturer og standardisering. Til slutt viser jeg til Weill og Ross forskningsbaserte rammeverk for IT-styring.

Det kunne være et studium i seg selv å sammenlikne de ulike teoretiske tilnærmingene og hvordan disse kan forstås for offentlig sektor. Jeg vil først og fremst bruke teoriene for å forstå aspekter ved strategisk styring av IKT i helsesektoren, ikke nødvendigvis for å komme opp med svar på hvordan denne skal gjøres bedre. Jeg kommer heller ikke til å benytte noen av teoriene fullt ut, men hente elementer fra teoriene for å understøtte en avsluttende drøfting.

IT og IKT benyttes som synonyme om hverandre i oppgaven.

³ Det var det første intervjuet jeg gjennomførte, og dessverre virket ikke det tekniske utstyret.

3.1 Innledning om strategibegrepet og organisasjoner

3.1.1 Strategibegrepet

Da denne oppgaven handler om strategisk styring, er det på sin plass med en liten avklaring omkring strategibegrepet først.

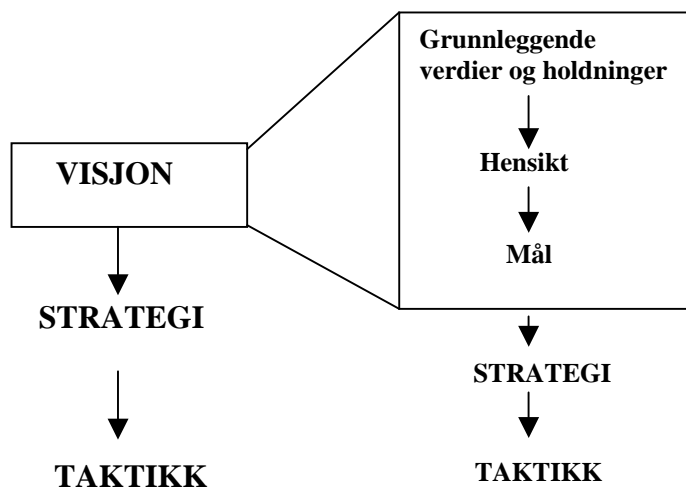
Strategibegrepet har sin bakgrunn i krigskunst, kunsten å lede en hær og til å lure en fiende (Webster, 1913). Vi gjenfinner denne arven både i sport og moderne markedsføring. Strategiordet brukt i forbindelse med fotball forsterkes med ord som ”kamp” og ”motstandere”.

Den kinesiske generalen Sun Wu skrev teksten *The Art of War* for over 2000 år siden (Sun Wu, 2002). I dag benyttes teksten som lærebok i ledelse.

Selv om strategibegrepet har en krigersk opprinnelse, legger ulike fagmiljøer noe ulikt innhold i det. Ofte er strategier knyttet til valg av markedssegment, valg av posisjon i forhold til konkurrenter.

Strategi, sier Marc Berg (Berg, 2004), handler om å sette mål, gi en retning for handling og om å allokere ressurser. Mintzberg sier at strategi kan oppfattes som en medierende kraft mellom organisasjonen og dens omverden. (Mintzberg, 1983, s.13). Strategiformulering omfatter derfor en tolkning av omverdenen og et konsistent mønster i organisasjonens strøm av beslutninger. I sine anstrengelser for å lykkes med dette, prøver man å ta hensyn til sine sterke og svake sider og å tilpasse seg til endringer i omgivelsene, på en måte (endringstakt) som ikke er destruktiv for organisasjonen.

Collins/Lazier bok *Beyond Entrepreneurship* (Collins/Lazier, 1992) er skrevet på bakgrunn av erfaringer fra over 300 virksomheter. De benytter følgende modell for sammenhengen mellom visjon, strategi og taktikk:



Figur 2: Collins/Laziers diagram, hentet fra boken (oversatt).⁴

⁴ Core values and beliefs, purpose, mission (big, hairy, audacious goal), strategy, tactics.

Collins/Laziers fremstilling er min personlige favoritt. Det er på grunn av at de er klare på hva de legger i visjon. Det er mange ulike begreper ute og går, som for eksempel visjon i betydningen av ønsket fremtidssituasjon, målbilde som også gir en forestilling om fremtidig situasjon, men som gjør at visjon og mål blir nærmest synonyme. Collins/Lazier gir begrepene en mer distinkt betydning og sammenheng. Grunnleggende verdier og holdninger er prinsipper som ikke er forhandlingsbare, en filosofi for liv og arbeid og som må være i tråd med grunnleggende verdier og holdninger for virksomhetens ledere. Hensikt må springe ut av grunnleggende verdier og holdninger og uttrykke den fundamentale årsaken til organisasjonens eksistens. Collins/Lazier sier at Hensikten må være organisasjonens ledestjerne, noe man alltid arbeider mot men aldri helt oppnår. En god Hensiktsformulering bør kunne tjenes som en ledestjerne for organisasjonen i hundre år. Mål må prioriteres. Mål er et uttrykk for hva man vil prioritere nå. Et mål må være stort, utfordrende, uredd. Mål må ha en klar tidsramme og en beskrivelse som gjør at man vet når man er der. Straks et mål er nådd settes et nytt. Man setter ikke et nytt mål før det første er nådd.

Collins/Lazier setter opp fire grunnleggende prinsipper for å etablere en effektiv strategi (Ibid, s.97):

1. Strategien må springe direkte ut fra visjonen. Man må ha en krystallklar ide om hva man vil oppnå. Visjon først, deretter strategi.
2. Strategien må ta utgangspunkt i organisasjonens styrke og unike ferdigheter. Man må gjøre det man er god til.
3. Strategien må være realistisk. Den må derfor ta hensyn til interne begrensninger og eksterne faktorer. Man må forholde seg til realitetene, om de er aldri så ubehagelige!
4. Strategi må lages sammen med de som skal få den til å hende!

Collins/Laziers har også klare synspunkter på det taktiske elementet. De årlige strategiske prioriteringene må ha

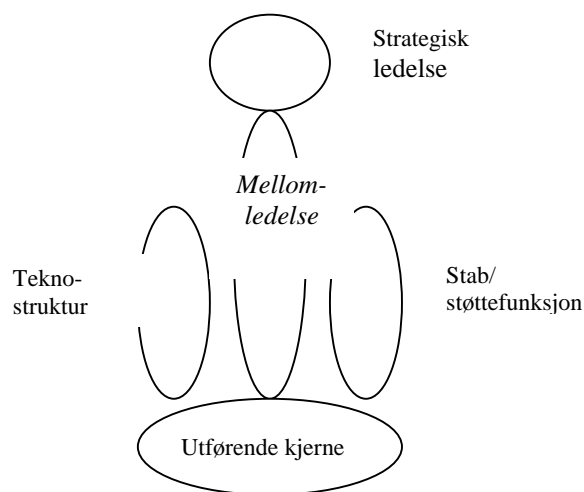
- Spesifikke milepæler
- Spesifikke datoer
- Spesifikke personer.

Oversettelsen av visjon og strategi til spesifikke milepæler, eid av ansvarlige personer som har forpliktet seg til de datoene som settes, er grunnleggende kritisk for å få ting gjort, i følge Collins/Lazier.

3.1.2 Innledende om Mintzbergs teori om organisasjoner

Mintzberg (Mintzberg, 1983) sier organisasjoner kan betraktes ut fra hvordan den kombinerer fem grunnleggende organisasjonsdeler; strategisk ledelse, utførende kjerne, en mellomledelse som forbinder disse og dessuten en teknostruktur og en stab eller støttefunksjon.

Teknostruktur er blant annet planleggere, kontrollører, kvalitetsledere, folk som driver med standardisering av arbeidsprosesser som de ikke selv deltar i. Mintzberg drøfter ikke om et datasystem som styrer arbeidsprosessene i en organisasjon er en del av teknostrukturen, men jeg mener man kan tenke slik.



Figur 3: Forenklet tegning av Mintzbergs fem grunnleggende organisasjonsdeler

Ut fra hvordan disse delene kombineres, definerer Mintzberg fem ulike organisasjonstyper. Flere kan eventuelt defineres ved å endre forholdene mellom delene.

De fem organisasjonstypene Mintzberg beskriver med sin modell er

- Enkel organisasjon, basert på direkte ledelse, hvor den strategiske leder/ledelse spiller en nøkkelrolle
- Maskinbyråkrati, basert på standardisering av arbeidsprosesser, hvor teknostrukturen spiller en nøkkelrolle
- Profesjonelt byråkrati, basert på standardisering av ferdigheter, hvor den utførende kjerne spiller en nøkkelrolle
- Divisjonalisert form, basert på standardisering av output/produkt, hvor mellomledelsen spiller en sentral rolle, og
- Adhoc-krati, basert på dynamisk gjensidig tilpasning, hvor enten støttefunksjonen eller den utførende/operative kjerne spiller nøkkelrollen.

Mintzberg mener at hver av disse delene trekker organisasjonen i ulike retninger. Den strategiske ledelsen trekker i retning av sentralisering, dvs i retning av Enkel organisasjon. Teknostrukturen trekker i retning av Maskinbyråkrati. Den Utførende kjerne trekker i retning av Profesjonelt byråkrati i forsøk på å minimalisere administrasjonens påvirkning (både teknostrukturens og ledelsens). For å få til dette, støtter de opp om horisontal og vertikal desentralisering og nødvendig grad standardisering av ferdigheter, og oppnår på den måten en relativ autonomi. Stab/støttefunksjoner trekker i retning av Adhoc-krati, hvor man søker mest mulig autonomi, samtidig som man kan kalles inn for råd når situasjonen krever det. Mellomledelsen søker også autonomi, og gjør det ved å hente makt fra den Strategiske ledelsen eller fra den Utførende kjerne. De ønsker å sikre makten selv og vil derfor helst ha begrenset vertikal desentralisering. Dette kaller Mintzberg Balkanisering og det fører hvis det

lykkes, til en markedsorientert Divisjonalisering der koordinering begrenses til standardisering av produkt/output.

Det kan opptre hybrider, blandingsformer av ulike organisasjonstyper. Noen organisasjonshybrider vil være dysfunksjonelle.

”De kan ikke bestemme seg. De ønsker det beste fra ulike verdener, men ender opp med det verste mulige.”

En organisasjon kan også bestå av flere ”indre organisasjoner”, for eksempel ser Mintzberg den administrative funksjonen i profesjonelle byråkratier som et indre maskinbyråkrati.

I sammenheng med denne oppgaven er det to former som er av interesse; Maskinbyråkrati og Profesjonelt byråkrati, her representert ved henholdsvis det statlige byråkratiet (forvaltningen) og sykehusene.

3.1.3 Styringsmodellen i offentlig sektor

Offentlig sektor er et maskinbyråkrati, med en hierarkisk oppbygging, en top-down styringsstruktur og en stor teknostruktur. Den hierarkiske oppbyggingen starter med Stortinget og Regjeringen. Under Regjeringen har vi den politiske ledelsen for departementene, under departementene har vi direktorater og en rekke såkalte ”underliggende etater” med ulik tilknytningsform innenfor forvaltningen. Hver av disse direktoratene og virksomhetene er selv maskinbyråkratier, eventuelt med et eget styre, og med en direktør, avdelingsdirektører og så videre ned til saksbehandlere. Som et eksempel på en teknostruktur i offentlig sektor, kan nevnes tidligere Rikstrykdeverkets arbeid med rundskriv om rutiner, skrevet på gult papir, og i et omfang som gjorde at strømmen av nye rundskriv ble betegnet som ”Den gule flod”.

3.1.4 Kritikk av den hierarkiske styringsmodellen

Top-down strategisk styring i offentlig sektor egner seg lite til strategisk styring av IT i helsesektoren, i følge Mintzberg. Forvaltning og sykehus er ulike organisasjonstyper, og forholder seg ulikt til strategisk styring. Ciborra (se nedenfor) er kritisk til selve forestillingen om at det er mulig å styre detaljert hvordan informasjonsinfrastrukturer skal utvikle seg.

3.2 Mintzberg om strategisk styring i organisasjoner

3.2.1 Et problematisk skille mellom strategi-formulering og strategi-implementering

Mintzberg (Mintzberg, 1994) hevder at de som skal implementere en strategi også må formulere den.

Det er to måter diktonomien formulering-implementering (ledelsen formulerer, medarbeidere implementerer) kan kollapse på, i følge Mintzberg (Ibid), enten ved sentralisering eller desentralisering. I den sentraliserte versjonen er det lederen som både formulerer og implementerer. Dette kan først og fremst foregå i virksomheter med sterke ledere med klare visjoner, typiske entreprenør-virksomheter. I mer komplekse virksomheter vil det ikke være mulig å konsentrere den strategiske tenkningen til ett senter. Det vil vokse frem alternative strategier hos de som implementerer, og de forslagene som viser seg å ha strategisk verdi, vil påvirke den videre utviklingen.

I det Mintzberg kaller en strategiutvikling fra grasrota, sier han (sitat, fornorsket, kun hovedformuleringene er tatt med):

1. Strategier gror som ugress i en hage, ikke som tomater i et drivhus.
2. Strategier kan slå rot alle steder, rett og slett alle steder der folk har kapasitet til å lære og ressurser til å støtte denne læringen.
3. Strategiene blir organisatoriske når de blir kollektive, når de gjennomsyrrer organisasjonen.
4. Denne gjennomsyrringen kan bli bevisst, men ikke nødvendigvis, og den kan være ledet, men ikke nødvendigvis. De kan spres via kollektiv handling.
5. Nye strategier kan gro frem kontinuerlig, og synes særlig å yngle i perioder med endring innimellom periodene med mer kontinuitet. Dette (ynglingen, eksperimenteringen) kan ødelegge systemets produksjonskapasitet.
6. Å styre dette er ikke å forutse strategiene, men å legge merke til dem når de dukker opp og å intervenere når det er nødvendig.

3.2.2 Ulike typer av organisasjoner forholder seg ulikt til strategi.

Mintzberg (Mintzberg, 1983) hevder at ulike organisasjonstyper forholder seg ulikt til strategi. Her skal jeg bare ta med de to typene organisasjon som vi behandler, Maskinbyråkrati og Profesjonelt byråkrati.

Departementene med sine underliggende direktorater og andre underliggende virksomheter, det klassiske byråkrati, er et eksempel på Mintzbergs maskin-organisasjon. I offentlig sektor er det forutsetningsvis de regjerende politiske partier (eventuelt det regjerende partiet) som formulerer målene, det politiske nivået i departementene som sammen med embedsverket formulerer sektormål og strategier og de underliggende etatene som implementerer dem. Mintzberg hevder at maskin-formen ikke bare krever strategisk planlegging, men også forsterker dens natur, ved å formalisere beslutningsprosessen og sentraliseringen av makt.

Sykehus er en representant for den profesjonelle organisasjon, i følge Mintzberg. De har fokus på ferdigheter, tjenester som utføres av relativt autonome spesialister og en administrasjon som bidrar med støtte heller enn kontroll. (Ibid, s.398). Mintzberg hevder at det aller meste av litteratur om strategi tar maskin-formen for gitt, og formelle planleggingsprosesser som den eneste rette vei. Det tas for gitt at mål kan formuleres klart (ref. Collins/Lazier) og at strategier formuleres av toppledelsen og at den følges av organisasjonen.

Denne forestillingen, sier Mintzberg, har spilt over til profesjonelle organisasjoner, ofte med "de uheldigste konsekvenser". Han viser til et sitat fra en universitetsleder (Hardy in Mintzberg, 1994): "Jeg ser planlegging som et utvidet byråkrati av liten verdi for meg, og som lager flere strukturer med svada ("bullshit") som jeg må forholde meg til."

I motsetning til i maskin-organisasjoner, har strategiprosessene i profesjonelle organisasjoner karakter av forhandlinger mellom ulike profesjonelle grupper. Analyser brukes til å klargjøre synspunkter innenfor de ulike gruppene og til å understøtte og markedsføre egne strategier. Den administrative ledelse får en sterkere støttefunksjon i motsetning til i maskinorganisasjoner. Strategiprosessen vil være fragmentert og strategien et aggregat av både individuelle og kollektive strategier (Ibid, s. 406). Strategiene vil fungere som filter for ulike initiativer og vil ikke egne seg like godt som kontrollmekanisme som i maskin-organisasjoner.

3.2.3 Politisk styring og profesjonelle organisasjoner

De ulike organisasjonstypene ble presentert i boken *Structure in Fives* (Mintzberg, 1983). I *The Rise and Fall of Strategic Planning* (Mintzberg, 1994) har han lagt til ”den politiske organisasjonen”, og peker på problemet med at politisk formulerte mål og strategier forventes implementert av de underliggende nivåene på en lojal og apolitisk måte. Når sykehus har en helt annen kultur for strategiformulering og –implementering, overrasker det ikke at det ofte viser seg vanskelig å ”styre” sykehus. Blant annet har sykehusene egne strategiprosesser på ulike nivåer, både overordnet for sykehuset generelt og for enkeltfunksjoner som for eksempel IKT. Strategier utformet bottom-up, støtter ikke nødvendigvis strategier som er introdusert top-down.

Berg (Berg, 2004) viser til kompleksiteten som karakteriserer sykehusenes behov for å forhandle ulike ståsteder etc, ganske i tråd med Mintzberg. Han viser også til at sykehus er profesjonelle byråkratier. Hva angår selve strategiformuleringen, viser han ikke til at det skulle være noen fundamental forskjell mellom arbeidet med en overordnet strategi og en IKT-strategi. Men IKT-strategier må harmoniseres både med overordnede mål og med andre strategier.

Særlig Mintzbergs syn på strategi i profesjonelle organisasjoner har vært en del av min forforståelse i arbeidet.

3.2.4 Den profesjonelle organisasjonen vil motsette seg hierarkisk strategisk styring

Mintzberg hevder at den profesjonelle organisasjonen vil motsette seg hierarkisk strategisk styring, rettere sagt, den enkelte profesjonelle vil motsette seg dette. Man vil motsette seg at den profesjonelle ferdigheten rasjonaliseres/ forenkles til en rekke enkle standardiserte trinn som gjør dem programmerbare/kontrollerbare av teknostrukturen. En slik reduksjon vil ødelegge den profesjonelle autonomi og drive organisasjonen i retning av maskinbyråkrati.

En hybrid av den profesjonelle organisasjonen kan forekomme i form av Enkelt profesjonelt byråkrati. Det opptrer når en anerkjent profesjonell tar ledelsen i form av sterk, noen ganger autokratisk ledelse som i Enkel struktur (se ovenfor). Dette sammenliknes med en dirigent for et orkester. Her er det ingen som betviler behovet for sterk ledelse, her basert på direkte styring.

Dersom Mintzbergs teori er gyldig, kan man formulere følgende hypotese:

Man kan forvente å finne konflikter der den byråkratiske top-down strategiske styringen møter den profesjonelle organisasjonen. Konflikter kan være åpne eller i form av stille motstand.

3.3 Informasjonsinfrastrukturer, "Economics of Standards" og "Drifting".

3.3.1 Egenskaper ved Informasjonsinfrastrukturer

Jeg viser til Ole Hanseths kapittel *The Economics of Standards* i *From Control to Drift* (Ciborra and Associates, 2000).

Med infrastruktur tenker man gjerne på veinetten eller på elektrisitetsforsyning eller vann og kloakksystemet eller liknende alminnelig tilgjengelige nødvendigheter i vårt samfunn. I informasjonssamfunnet er det nærliggende å tenke på informasjon på en tilsvarende måte. Internett med alt fra tilhørende nødvendige fremføringsveier, applikasjoner og informanter kan ses som en informasjonsinfrastruktur.⁵

En informasjonsinfrastruktur består av

- Utstyr, hardware, og man må kunne utvide og stadig inkludere nytt utstyr
- Informasjon i mange former
- programvare, både for administrasjon av infrastrukturen og for tjenester til den alminnelige bruker
- Standarder som skal sikre interoperabilitet på tvers av nettverk
- Folk som legger inn informasjon, utvikler programvare, gir opplæring osv.

Informasjonsinfrastrukturer er derfor mer enn teknologi, de er sosio-tekniske nettverk.

En informasjonsinfrastruktur karakteriseres ved at den er

- Understøttende, designet for å støtte et bredt spekter av aktiviteter heller enn kun én
- Åpen, det er ikke en fast grense for hvor mange som kan knytte seg til, og man kan ikke sette konkrete grenser for hvem eller hva som kan knyttes opp, det er alltid noe utenfor som også skulle ha vært med
- Delt, ved at den er felles for et samfunn eller gruppe av brukere, og at informasjonsinfrastrukturen er den samme for alle, selv om den kan benyttes forskjellig

Videre ses informasjonsinfrastrukturer som *økosystemer av infrastrukturer*, der flere infrastrukturer bygger på hverandre og hvor tidligere uavhengige komponenter blir gjensidig avhengige. (Standardeksemplet er World Wide Web som en global infrastruktur bygget på TCP/IP.)

Det at informasjonsinfrastrukturer bygges av hver for seg uavhengige elementer gjør at den er *heterogen*. Den gjensidige avhengigheten, *interdependence*, gjør at en endring i én av komponentene ofte medfører behov for å endre andre komponenter i strukturen. En etablert informasjonsinfrastruktur kan derfor ikke bli endret over natten. Vi snakker om "installert base", *installed base*, som noe som alltid *finnes*, den vil aldri bli utviklet fra null.

En ulempe med store informasjonsinfrastrukturer er at det er svært komplisert og kostbart å bytte ut deler av infrastrukturen. Man får da en situasjon som kalles *lock-in*. Fordi det er

⁵ Begrepet informasjonsinfrastruktur og hva den vil bestå av, ble introdusert av Clinton-administrasjonen v/ Al Gore i 1993. De la grunnlaget for en ny forståelse for hvordan en nasjonal informasjonsinfrastruktur (NII) ville være en driver for økonomien og en forutsetning for økonomisk vekst og konkurransekraft.

kostbart og uoversiktlig med hensyn til konsekvenser, å bytte ut informasjonsinfrastruktur-elementer, vil det være vanskelig for nye infrastrukturer å bygge seg opp ved siden av.

3.3.2 Behovet for standarder knyttet til informasjonsinfrastrukturer

Behovet for å kommunisere og samarbeide elektronisk på tvers av organisasjonsgrenser og landegrenser, gjør at man prøver å sikre en åpen infrastruktur som kan deles og bygges ut. Dette skjer gjennom utvikling og bruk av begrepsstandarder og standarder for grensesnitt, dvs standarder for hvordan man skal kommunisere mellom applikasjoner og mellom infrastrukturer.

Bruk av et bestemt sett med *standarder* er en forutsetning for bruken av en bestemt infrastruktur. Dess flere som benytter seg av de bestemte standardene, dess mer attraktivt vil det være å bygge ut infrastrukturen med disse. Man bruker som sammenlikning begrepet *increasing returns*, lånt fra annen økonomisk virksomhet, og som betyr at dess mer et produkt er solgt, dess mer lønnsomt blir det. I praksis vil en stor installert base tiltrekke seg flere brukere og *sub-infrastrukturer*, og jo mer attraktive blir standardene som installert base bygger på. Men samtidig er standardene en del av informasjonsinfrastrukturen, og når en standard er utbredt, vil det være dyrt og vanskelig å bytte til en annen.

3.3.3 Problemer med harmonisering, *alignment*

I en strategisk prosess må strategien bygge opp under målene. Strategi for ett område i en virksomhet må også harmoniseres med andre strategier. Berg (Berg, 2004) mener det er viktig at målene for IT-funksjonen harmoniseres med målene for andre funksjoner, en strategisk *harmonisering* eller *tilpasning* mellom ulike avdelinger, såkalt strategisk *alignment* eller *fit*.

Den store bøygen er *alignment* i forhold til installert base. Det ser ut til at teknologien som vi benytter for kontroll, i seg selv er så kompleks at den tenderer mot det motsatte, en ukontrollert utvikling av teknologien selv. Den tenderer mot å drive ut av kontroll, vi får *avdrift* eller *drifting*.

Følgende "onde sirkel" gjengis her, trinnvis og sterkt forenklet:

- Man starter med en formativ kontekst "Styring er lik kontroll", (Ciborra og Lanza i Ciborra and Associates, 2000)
- Man formulerer en strategi på bakgrunn av mål og bestemmer seg for å ta i bruk et nytt system/applikasjon for å understøtte strategien.
- Denne top-down strategiske *alignment* leder til mer kompleks IT, prosesser og standarder
- I implementeringsprosessen overraskes man av motstand i organisasjonen, sideeffekter knyttet til installert base osv.
- Dette fører til behov for kompromisser
- Kompromissene ses på som en bottom-up *alignment* og medfører en avdrift fra opprinnelig strategi
- Dette fører til et følt behov for mer kontroll
- Man er tilbake der man startet og er klar for en ny omdreining av spiralen.

3.4 Weill/Ross om IT Governance

Mintzberg og Ciborra kan leses som en kritikk av top-down byråkratisk styring, Mintzberg særlig i forhold til den profesjonelle organisasjonen og Ciborra i forhold til styring av IT. Weill/Ross (Weill og Ross, 2004) tilnærming er et forsøk på å si noe om hvordan IT kan og bør styres, uten at man nødvendigvis har alle svarene.

IT Governance er et begrep som benyttes om styring av IT og som omfatter både styringsstrukturen og hvordan den utøves. Governance defineres i Webster (Webster on-line) som

“The persons (or committees or departments etc.) who make up a governing body and who administer something”

“The act of governing; exercising authority”

“Rules, processes and behaviour that affect the way on which powers are exercised at European level, particularly as regards openness, participation, accountability and coherence (public administration)”

Begrepet IT Governance benyttes ofte uten oversettelse til norsk, uvisst av hvilken grunn. Hvorfor ikke kalle det organisering og styring av IT? Begrepet har både en hardere og en noe mykere definisjon dersom vi går til Websters moderne definisjoner i ulike språk, fra *guidance* til *ruling*. Jeg bruker det synonymt med IT-ledelse og styring av IT.

Peter Weill og Jeanne W. Ross er blant ledende forskere som skriver om IT Governance. De definerer IT Governance slik:

”Specifying the decision rights and accountability framework to encourage desirable behaviour in the use of IT”

De viser til at denne definisjonen både prøver å vise enkelheten, hvem har rett til å ta beslutninger og det komplekse, hvordan sikre at organisasjonen forholder seg til beslutningene på en ønsket måte. De hevder at effektiv IT-styring må stille og besvare tre spørsmål:

- Hvilke beslutninger må tas for å sikre effektiv ledelse og bruk av IT?
- Hvem skal ta beslutningene?
- Hvordan skal beslutningene tas og følges opp?

Weill/Ross tar høyde for virksomheter som er organisert med flere datterselskaper og hvor man er opptatt av å få koordinering av infrastruktur og systemer. *Alignment* er sentralt og de viser til at harmonisering må skje både vertikalt og horisontalt. Vertikalt mellom virksomhetens strategi og organisasjon og IT-organisasjonen, mellom de ulike funksjonsområdene som eksempelvis personal, innkjøp, finans og IT og mellom virksomhetens mål og hva man måler i virksomheten. De samme forholdene må også harmoniseres horisontalt.

Weill/Ross forutsetter at man etablerer en IT virksomhetsarkitektur. En virksomhetsarkitektur tar utgangspunkt i virksomhetens forretningsprosesser og spesifiserer gjerne infrastruktur,

data og applikasjoner. Stadig flere virksomhetsarkitekturer spesifiserer felleskomponenter som gjøres tilgjengelig gjennom infrastrukturen.

Virksomhetsarkitektur og data vil være et stabilt fundament for applikasjoner så lenge virksomhetens hensikt (mission) ikke endrer seg. Virksomhetsarkitektur tilrettelegger for standardisering og integrasjon. Integrasjon ses som viktig for eksempel i forhold til å etablere sømløse forretningsprosesser vis a vis kundene. Datastandardisering er nødvendig for å få til dette, men vanskelig. Standardisering av prosesser er noe annet enn standardisering av data, men kan være nødvendig for å sikre forutsigbarhet og effektivitet.⁶

Weill/Ross bruker politiske arketyper for å beskrive hvordan virksomheter tar beslutninger om IT. I egen norsk oversettelse dreier det seg om

- Forretnings-monarki; Toppledere tar IT-beslutninger som berører hele virksomheten
- IT-monarki; IT-lederne tar IT-beslutninger, gjerne gjennom egne komiteer
- Føydal type; Beslutninger om IT tas innen den enkelte forretningsenhet, region eller funksjon
- Føderal type; Forhandler interessene mellom sentral enhet og ulike forretningsenheter. Virksomheter som benytter føderale strukturer er ofte avhengig av ledelsesteam og styringsgrupper for å løse interessekonflikter. Har lange tradisjoner i offentlig sektor i følge Weill/Ross.
- IT duo-poly; Et bilateralt arrangement mellom IT-ledelse og en annen gruppe, for eksempel nøkkelbrukere, prosess-eiere eller avdelingsledere. IT-ledelsen kan ha flere slike bilaterale arrangementer samtidig med ulike grupper. Dette kan gi skreddersydde beslutninger for hver gruppe på en effektiv måte, men kan være ineffektivt og kostbart når man skal ta organisasjonsdekkende beslutninger.
- Anarki; I et anarki tar individer eller små grupper sine egne beslutninger basert på lokale behov. IT-anarkier er vanskelige og kostbare å vedlikeholde. Kan brukes der rask respons til lokale eller individuelle kunder er nødvendig.

Weill/Ross viser i sin bok at virksomheter som gjør det bra, gjerne benytter IT-monarki for infrastrukturbeslutninger men føderale eller duo-poly når man skal ta beslutninger om behov og krav på applikasjonsnivå.

De viktigste konklusjonene fra Weill/Ross er

- Styringsmekanismene må aktivt designes. Man må ta et helhetlig grep for å unngå ukoordinerte mekanismer. Styringsmekanismene må evalueres og redesignes ved behov.
- Toppledere må være involvert. I Weill/Ross' studie hadde de mest vellykkede virksomhetene størst innslag av medvirkning fra toppledelsen. Her menes ikke nødvendigvis adm.direktør, men "senior management", IT-direktør og andre direktører på samme nivå.
- Man må gjøre prioriteringer og ta beslutninger. Man kan ikke oppnå alle mål/innfri alle krav, men man må sørge for å få frem eventuelle konflikterende mål. Weill/Ross viser til at noen av de mest ineffektive virksomhetene på IT-siden var forårsaket av *konflikterende mål*. (KBE: Min kursiv) De sier at dette ble ofte observert i offentlig

⁶ Mange behandlingsprosesser i helsesektoren er standardiserte gjennom utvikling av "beste praksis" og i mange miljøer følges de opp gjennom "peer reviews".

sektor, hvor direktiver kom fra flere etater. Det resulterte i forvirring, kompleksitet, blandede budskap, og styringssignalene ble ignorert. Det uoverkommelige antall mål kom fra at man ikke gjorde strategiske valg og hadde ingenting å gjøre med IT. Ledere som pliktoppfyllende prøvde å imøtekomme alle krav ble frustrerte og ineffektive.

- Avvik fra fastlagte prinsipper må håndteres. I noen tilfeller vil avvik bidra til organisatorisk læring. Dette forutsetter at det er klare retningslinjer for IT, slik at avvik vil representere dyptføyte behov som bør evalueres.
- Man må ha insentiver. Dersom man ønsker å oppnå synergi på tvers av de ulike enhetene, må man sikre at insentivene støtter dette. Insentiver er et vanskelig begrep i offentlig sektor, men det dreier seg ikke nødvendigvis om incentiver i form av lønn. Vi må tenke mer i retning av belønning i form av å bli berømmet, oppnå bedre arbeidsmiljø, mer tid til de viktigste oppgavene osv. Fordeler må være forstått og eventuelt forhandlet.
- Eierskap og ansvar for IT må være klart definert.
- Man må etablere IT-ledelse på ulike nivåer i organisasjonen, og disse må henge sammen.
- IT-styringsprosessen må være transparent og den må kommuniseres.
- Applikasjonsutvikling må gjennomføres i henhold til virksomhetsarkitekturen, dvs. i henhold til fastlagt modell for hvordan IT skal understøtte virksomhetsprosesser, benytte standardiserte data der slike finnes, felleskomponenter der slike finnes og basere seg på den etablerte infrastrukturen.

4 FUNN

Som hjelp i lesingen kan man se på vedlegg 1. Her presenteres en kronologisk utviklingslinje fra 2001 til 2008 (pluss noen få hendelser før den tid). Vedlegget er laget ved å sortere inn tekst og hendelser fra behandlingen av de ulike dokumenttypene som er omtalt tidligere, slik at de fremkommer i rekkefølge i tid. Vedlegget kan leses med ulike briller. For eksempel kan man lese det for å finne ut hvordan de formelle styringslinjene utviklet seg eller man kan lese det for å finne ut hva som var sentralt i styringsdialogen eller man kan lese det for å se på hendelser/ prosesser som foregikk i parallell med den formelle styringsdialogen.

4.1 Den strategiske styringen

I dette kapitlet presenteres den overordnede styringen av de regionale helseforetakene fra departementets side så vel som de strategiske mål og tiltak som vektlegges. Men også andre røster høres, Sosial- og helsedirektoratets, de regionale helseforetakene selv og andre aktører som kommer til eller trekkes inn etter hvert.

4.1.1 De formelle styringsveiene departement - direktorat

En svært enkel og avkledd fremstilling er slik:

- | | |
|-----------|--|
| 2001-2004 | Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom styringsdokument som overleveres på foretaksmøte. |
| 2005-2007 | Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom en todelt styringsvei og sosial- og helsedirektoratet trekkes inn som styringsagent: Todelingen foregår ved at bestillerdokumentet heretter mest omtaler helsetjenestene (departementets ”sørge-for-krav”, og at foretaksmøtet |

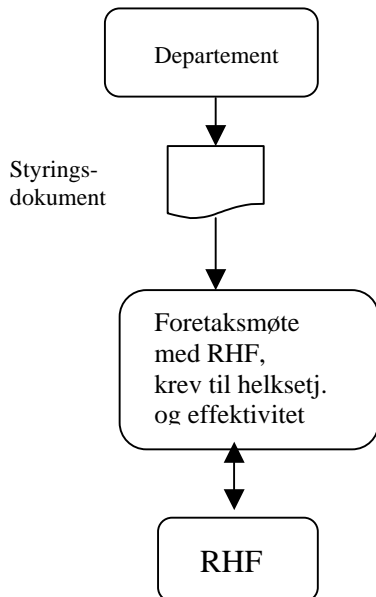
behandler departementets krav i egenskap av å være eier og dette dreier seg i stor grad av effektivisering.

Samtidig gir departementet beskjed i Bestillerdokumentet om at Sosial- og helsedepartementet er bedt om å håndtere ”sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten” og at direktoratet vil skrive eget brev om dette.

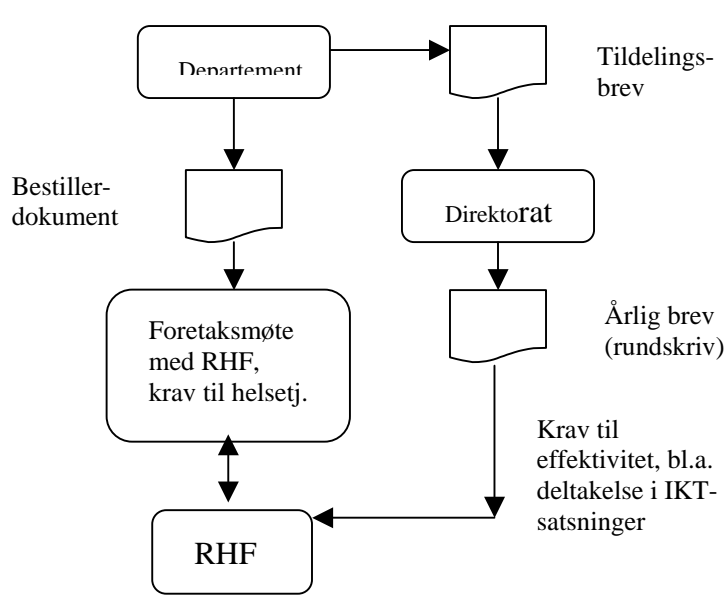
I Bestillerdokumentene fra 2005 til og med 2008 er det et eget avsnitt om direktoratets rolle.

For årene 2005, 2006 og 2007 skriver direktoratet eget brev til de regionale helseforetakene om en rekke ulike satsningsområder direktoratet har et ansvar innenfor, og elektronisk samhandling og IKT i helsesektoren er et av disse områdene.

2008 I 2008 skriver direktoratet et felles brev til kommunene, fylkeskommunene, fylkesmennene og de regionale helseforetakene.



Figur 4: Styringsveien 2001-2004



Figur 5: Styringsveien fra 2005

Til figurene 4 og 5 må det nevnes, at foran dette ligger budsjettarbeidet med vedtatt budsjett, som omhandler både departementet og de underliggende etatene, som for eksempel Sosial- og helsedirektoratet, samt de regionale helseforetakene. Så det som står i styringsdokumentene/bestillerdokumentene kommer derved ikke som noen overraskelse på de regionale helseforetakene. Videre må det nevnes at direktoratet fikk tildelingsbrev også i 2001-2004, men at det da ikke eksplisitt ble gitt så sterk rolle ovenfor de regionale helseforetakene. I dette arbeidet har jeg ikke gått inn på tildelingsbrevet til direktoratet.

Det er interessant at man skiller på ”bestillingen av helsetjenester” og krav om administrativ utvikling og effektivitet. Senere skal vi se at det blir vanskelig å opprettholde dette skillet fullt ut.

4.1.2 En sterkere styring år for år

Det er interessant å se nærmere på hvorfor den todelte styringen ble innført fra og med 2005 og hvorfor direktoratet fikk en sterkere rolle vis a vis det administrative utviklingsarbeidet. Vi finner ledetråder i tekstene, både i stortingsproposisjonene og i de andre styringsdokumentene. (Se Vedlegg 1, der er også noen tidligere strategidokumenter tatt med.) Jeg tar med både utviklingen vedrørende styringen og om hva det er som særlig ønsket styrt.

Dette underkapitlet består i en gjennomgang av de ulike styringsdokumentene år for år. Ved en første gjennomlesning kan man kanskje lese oppsummeringen i neste underkapittel først, for å se hva det omtrent dreier seg om.

2001

Vi starter i 2001. Sosial- og helsedepartementet lanserer ”si@!” Statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2001-2003. Man forbereder en overgang til statlig eierskap for den offentlige spesialisthelsetjenesten og man forbereder samtidig et nytt direktorat, Sosial- og helsedirektoratet.

2002

St.prp. nr. 1 (2001-2002), kapittel for Sosial- og helsedirektoratet, slår fast at direktoratet etableres og at det skal jobbe med interne mål, strategier og prioriteringer.

I kapitlet for Regionale helseforetak slås det fast at eierstyringen, ” i tillegg til bruk av vedtekter i hovedsak skal skje gjennom budsjettdokumenter til Stortinget og gjennom foretaksmøter mellom departementet og styrene i de regionale helseforetakene.”

”Det skal etter at budsjettet er vedtatt utformes styringsdokumenter for 2002-budsjettet for de regionale helseforetakene. Styringsdokumentene skal overleveres på foretaksmøter mellom helseministeren og de regionale helseforetakene. Det tas sikte på å lage *kun ett* (KBE: min kursiv) styringsdokument som omfatter alle tilskudd og rapporteringskrav pr. regionale helseforetak.”

”Si@!” omtales, og ”Departementet vurderer virkemidler som kan bidra til raskere innføring av løsninger for elektronisk samhandling.”

Fra 2002 ser vi at departementet til og begynne med hadde en forestilling om at styringen skulle skje gjennom Styringsdokumentet, overlevert i foretaksmøte, og at det kun ble lagt opp til ett foretaksmøte i året. Dette må ses i lys av at helsereformen nettopp var innført, og at hensikten med denne blant annet var å skape større avstand mellom det politiske nivået og gjennomføringsnivået.

”Si@!” var presentert året før, men allerede nå føler departementet at det er behov for å understreke viktigheten av elektronisk samhandling. Vi aner at man ser for seg at det ikke vil være så lett å få etablert den elektroniske samhandlingen man er ute etter.

Av styredokument i HN RHF 18. juni 2002 forstår vi at det er et strategiarbeid på gang mellom de regionale helseforetakene og med deltakelse av Sosial- og helsedirektoratet. ”Hit & Run” som planen kalles, skulle etter en av intervjupersonenes utsagn, være et arbeid for å

”plukke lavhengende frukter”. Det som er interessant her, er at de drøfter arbeidsfordelingen mellom departement, direktorat og de regionale helseforetakene. Om forholdet mellom det nasjonale og det regionale nivået sies det:

”For å lykkes i samhandlingen mellom det nasjonale og det regionale nivået, er det viktig at Sosial- og helsedirektoratet primært spiller rollen som et tilretteleggende kompetanse- og serviceorgan, og at myndighetsstyringen avgrenses til områder der nødvendige fellesskapsløsninger ikke oppnås på annen måte.”

og

”De regionale helseforetak gis særlig ansvar for harmonisering av løsninger og IT-investeringer innen hver av regionene og for å vurdere og eventuelt etablere felles driftsløsninger der det er tjenlig. RHF-nivåets IT-strategiske rolle er sterkt understreket.”

Dette kan forstås som en markering fra de regionale helseforetakenes side om at de ønsker å spille en selvstendig strategisk rolle, og at direktoratet ikke bør ha en myndighetsrolle, men en rolle som tilretteleggende serviceorgan.

Men, av oppgaver som foreslås lagt til det nasjonale nivået (der departementet og direktoratet vil ha et særlig ansvar, både som eier og myndighetsutøver), nevnes bl.a.

” utforming av nasjonale målsettinger, sørge for at IT blir et verktøy for realisering av helsepolitiske mål, koordinere regionalt IT-strategiarbeid, fastsette nasjonale standarder (kodeverk, definisjoner, sikkerhet etc.), realisere et nasjonalt helsenett,..”

Her foreslås det indirekte at departementet/direktoratet skal ha ansvaret for sektorens virksomhetsarkitektur, men det er ikke sikkert at man tenker slik.

Det foreslås at de regionale helseforetakene skal ha et særlig ansvar for IT-utviklingen innenfor regionen. Dette er verdt å merke seg, fordi forholdt mellom det regionale helseforetak og helseforetakene i regionen kommer opp som tema flere steder. Vi vil også se at grensene for departementets styring er fleksible og tilpasses etter departementets behov.

2003

St.prp.nr.1 (2002-2003), kapittel for Sosial- og helsedirektoratet, sier at direktoratet skal følge opp ”Si@!”, videreføre arbeidet med norsk helsenett, og viser for øvrig til kapitlet for de regionale helseforetakene.

Kapitlet for Regionale helseforetak handler om flere forhold; om departementets styring, om forholdet mellom det regionale helseforetakene og helseforetakene i regionen og om departementets forventninger til de regionale helseforetakene. Det forventes at de regionale helseforetakene deltar i å realisere tiltakene formulert i ”Si@!”, ikke minst når det gjelder å få på plass et nasjonalt helsenett. Videre omtales også Sosial- og helsedirektoratets rolle.

Departementet presiserer at departementets styring av de regionale helseforetakene skal skje gjennom overordnede mål, rammer og retningslinjer for virksomhetene og at man skal være tilbakeholden med detaljstyring. Men, til forskjell fra forrige år, tilføyes det

”at det i noen utstrekning er nødvendig med mer enkeltstående styringsdirektiver”

for å sikre at ønskede samordningsbehov blir ivaretatt.

I proposisjonens tekst ser vi også at de regionale helseforetakene har startet et arbeid med regionale IT-strategier og at dette arbeidet skal fortsette i 2003. Men når departementet fortsetter:

” Sentralt i alle regionene er etablering av helsenett som muliggjør elektronisk kommunikasjon mellom ulike nivå i helsetjenesten. Videre vil arbeidet med integrering av ulike økonomiske og administrative datasystemer fortsette. Helsedepartementet forventer at de regionale helseforetak prioriterer arbeidet videre i 2003. De regionale helseforetakene må arbeide for å utvikle løsninger innenfor en felles forståelse slik at et nasjonalt helsenett realiseres. Det er Sosial- og helsedirektoratet som har det faglige oppfølgingsansvar for den nasjonale IT-tiltaksstrategien, jf. omtale under kap. 732, post 21.”,

kan dette oppfattes som et pålegg mer enn heia-rop til det arbeidet som er i gang. Man stoler kanskje ikke helt på at regionale IT-strategier vil være tilstrekkelig støttende for den nasjonale strategien?

Helsedirektoratet gis nå et pådriver- og koordineringsansvar, i forhold til at de året før hadde ”rollen som et tilretteleggende kompetanse- og serviceorgan”.

Om forholdet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene i regionen, presiseres det at de regionale helseforetakene er overordnet ledelse for all statlig spesialisthelsetjeneste i regionen. Da forstår vi at dette har vært et tema. Er det slik at helseforetakene ser seg som selvstendige enheter vis a vis de regionale helseforetakene på samme måte som de regionale helseforetakene er selvstendige vis a vis departementet?

I Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene gis det ordre om at det skal opprettes en felles IKT strategigruppe mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene. (Direktoratet får i sitt tildelingsbrev beskjed om å bidra til etableringen.) Det forutsettes forankring på høyeste ledelsesnivå i de regionale helseforetakene. Et slikt felles strategiforum

”skal sikre at det etableres et riktig nivå for fellesskapstiltak på IKT-området.”

og

” Helsedepartementet forventer også at den nye gruppen bidrar til at det kan etableres et godt samarbeid med den pågående statlige IT-tiltaksplanen ”Si@!” som nå gjennomføres i regi av Sosial- og helsedirektoratet.”

”Sosial- og helsedirektoratet er nyetablert fra 2002. En sentral begrunnelse for etableringen av direktoratet var et ønske om i større grad få et samlet ansvarssted for ulike myndighetstiltak som skal gjennomføres overfor helsetjenesten. Det er viktig at de regionale helseforetakene er seg bevisst direktoratets rolle og de ulike myndighetstiltakene som direktoratet arbeider med.”

Dette kan forstås som at i tiden mellom utformingen av budsjettproposisjonen og utformingen av styringsdokumentet, foregår det en betydelig innskjerping av styring av de regionale helseforetakene når det gjelder IKT, og budskapet er for det første at tiltakene i ”si@!” skal

prioriteres, og for det andre at man forventer en sterkere deltakelse fra de regionale helseforetakenes side for å få gjennomført tiltakene i planen. Direktoratets rolle som myndighetsutøver i dette arbeidet er en tydelig forsterkning av direktoratets rolle i forhold til å være ” et tilretteleggende kompetanse- og serviceorgan” som de regionale helseforetakenes ønsker var formulert å være i Hit&Run-dokumentet.

Som en følge av dette blir Nasjonal IKT etablert som ”en samarbeidsarena”. Det nedsettes en gruppe i regi av Nasjonal IKT som skal arbeide med en overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene.

Det skjer mer i 2003: Norsk helsenett etableres (dog ikke som eget selskap) og det foreligger en strategi- og tiltaksplan i slutten av desember samme år.

2004

I St.prp.nr. 1 (2003-2004) i kapitlet for Sosial- og helsedirektoratet, beskrives Sosial- og helsedirektoratet slik:

”Sosial- og helsedirektoratet er et forvaltnings- og kompetanseorgan som skal bidra til å gjennomføre nasjonal politikk innen helse- og sosialområdet.”

Det rapporteres at 2003 er siste år for tiltaksplanen Si@! og at direktoratet er bedt om å legge frem forslag til en ny plan. Denne er beregnet ferdig i 2003 og vil fokusere på å knytte flere aktører til Norsk Helsenett og elektronisk samhandlingstiltak rettet mot kommunesektoren.

I kapitlet for Regionale helseforetak kommer departementet tilbake til styringsforholdet mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene i regionen. Det er etablert ulike styringsmodeller i de ulike regionale helseforetakene.

”Modellen forutsetter vilje til å gi fullmakter til helseforetakene, men dette skal ikke føre til at det etableres oppfatninger om autonome posisjoner for helseforetakene.”

Det slås fast at de lokale helseforetakene eies av de regionale helseforetakene og det betyr at det regionale helseforetaket forventes å styre som konsern. Det betyr at de gjennom finansiell støtte og direkte pålegg kan styre IT-utviklingen i ønsket retning. Gjennom intervjuene kom det frem at dette ikke var formidlet eller forstått, eventuelt ikke akseptert, i de aktuelle foretakene så sent som i 2007. Dette kommer jeg tilbake til. Så er spørsmålet: Skal man oppfatte Helsedepartementet som konserneier? Her må svaret være nei, departementet eier hver av de regionale helseforetakene, men foretaksmodellen gjør ikke departementet til konsern.

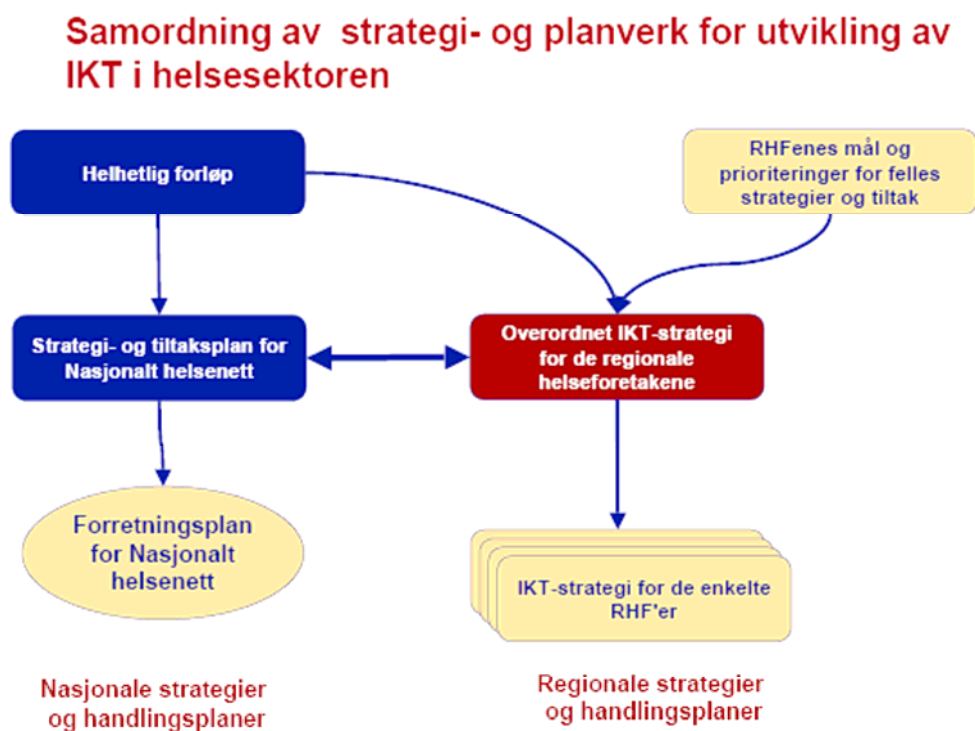
Det er interessant å følge med i hvordan departementet med direktoratet som støtte likevel etter hvert tar sterkere samordnende grep.

I Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene i 2004 står det ikke mye om IKT. Det vises til etableringen av Nasjonal IKT, og at den skal være bindeledd mellom den nye statlige tiltaksplanen (som er forventet) og de strategiske planene for de enkelte regionale helseforetak.

I mars 2004 legger Nasjonal IKT frem sin overordnede IKT-strategi for de regionale helseforetakene. (Kilde: Styresak 19-2004 for HN RHF). Her sies det at gruppens overordnede målsetting er å understøtte de nasjonale strategier og tiltak, men

” Dette innebærer også å finne supplerende strategier og tiltak som gjennomføres i regi av regionale helseforetak ”

Sammenhengen mellom Overordnet IKT-strategi for RHFene og de nasjonale handlingsplanene illustreres i figuren nedenfor (hentet fra styredokumentet).



Figur 6: Sammenhengen mellom Overordnet IKT-strategi for RHFene og de nasjonale handlingsplanene.

” Helhetlig forløp ” som nasjonal strategi kalles i figuren, var navnet på utkastet til det som ble Samspill 2007.

I midten av mars 2004 legger Sosial- og helsedirektoratet frem sin nasjonale plan ”S@mspill 2007, Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, Statlig strategi 2004-2007”.

I den statlige strategien sies det om sammenhengen mellom S@mspill 2007 og Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene:

” De regionale helseforetakene har definert IT som et av områdene for felles strategiutvikling, gjennom gruppen Nasjonal IKT. Gruppen har utarbeidet en overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetak. Sammen med andre fellestiltak konkretiseres de satsninger i S@mspill 2007 som berører helseforetakene. Deler av Nasjonal IKT’s strategi utgjør med andre ord en konkretisering og ansvarliggjøring av de regionale helseforetakenes rolle i implementeringen av S@mspill 2007.”

Det er med andre ord ikke hel overlapp mellom strategiene, på den ene siden ser direktoratet de regionale helseforetakenes overordnede strategi som en konkretisering av den statlige strategien, på den andre siden forbeholder de regionale helseforetakene seg retten til

”supplerende strategier og tiltak”. Man kan tenke seg at det kunne være interessant å se på hva de supplerende strategier og tiltak består i og hvorfor det som er viktig for de regionale helseforetakene ikke har fått gjennomslag i den statlige strategien. (Dette er gjort til en viss grad, se Vedlegg 2.) Her konstateres bare at det ikke er overlapp, og at språkbruken indikerer at direktoratet ønsker å gjøre de regionale helseforetakenes strategi til en konkretisering av egen strategi, dvs. underordnet, mens de regionale helseforetakenes ordbruk indikerer at de vil ha et mer autonomt strategisk rom. (På den andre siden kan det tenkes at prosessen har vært slik at det har vært naturlig for de regionale helseforetakene å ta utgangspunkt i både den tidligere og den nye statlige strategi- og tiltaksplanen.)

På slutten av året er Norsk Helsenett AS (NHN) etablert med de (da) fem regionale helseforetakene som likeverdige eiere, og NHN overtar ansvaret for de tidligere regionale helsenettene og for ”sentral infrastruktur” som hittil har vært eid av direktoratet.

I forhold til en mulig etablering av en sektor-arkitektur, jobbes det med kommunikasjonsinfrastrukturen, datastandardisering og noe standardisering av integrasjon mellom ulike prosesser i form av meldinger. Men man snakker ikke om en virksomhetsarkitektur og man er langt unna å ha etablert en.

2005

I St.prp. nr. 1(2004-2005), kapittel for Sosial- og helsedirektoratet, tas direktoratets rolle opp på nytt:

”Sosial- og helsedirektoratet skal arbeide for å samordne, stimulere og sikre forsvarligheten i IKT-utviklingen i sosial- og helsesektoren.”

”Sikre forsvarlighet” er et sterkt ordvalg. Hvis man ser på negasjonen, *uforsvarlig*, kan man sitte igjen med en forestilling om at IKT-utviklingen i helseregionene er ute av kontroll og at det er direktoratet som er den som skal få utviklingen på rett kjørl.

Det tas også andre sterke ”grep”. I kapitlet for Regionale helseforetak sies det lite om IKT, men en del om styringsstrategier. Det legges frem et Plan- og meldingssystem for regionale helseforetak, og det vises til at det har vært drøftet om dette skulle ha vært lagt frem i egen melding eller integrert i budsjettforslaget, og at det siste alternativet ble valgt.

Forholdet mellom regionale helseforetak og de lokale helseforetakene kommenteres på nytt:

” De regionale helseforetak eier sine underordnede helseforetak. Dette er et av virkemidlene for å understøtte ”sørge for”-ansvaret. I tillegg har man eierskap til andre selskap. Gjennom å utøve eierskap overfor de enhetene man eier alene eller sammen med andre, skal de regionale helseforetak legge til rette for at ”sørge for”-ansvaret ivaretas på best mulig måte, og at man når den ønskede kvalitet på tjenesten og det forutsatte aktivitetsnivå på tjenesten. Rollen som eier innebærer også at de regionale helseforetakene må identifisere områder hvor samarbeid mellom foretakene vil bidra til en samlet og hensiktsmessig ressursutnyttelse.”

I denne sammenhengen er det første og siste setning som er interessante. Det understrekes igjen at de regionale helseforetakene eier sine underordnede helseforetak. Videre er det et pålegg om å identifisere områder for samarbeid, med tanke på bedre ressursutnyttelse.

Når Bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet kommer, skjer det et regimeskifte, med deling av eierstyringen. Når det gjelder Sørge-for-ansvaret vil dette nedfelles i bestillerdokumentet og behandles på foretaksmøte i januar, mens det organisatoriske og administrative utviklingsarbeidet nedtones. Samtidig lanseres en sterkere rolle for Sosial- og helsedirektoratet og det varsles om at denne vil klargjøres i eget brev fra direktoratet.. (Se skisse tidligere i oppgaven.)

I brevet fra direktoratet presiseres det at oppgaver som omtales er gitt av departementet. I et eget kapittel for Elektronisk samhandling sies det:

”Det forventes at Nasjonal IKT i det videre arbeidet fortsatt ivaretar de regionale helseforetakenes ansvar for gjennomføring av nasjonale strategier på feltet, herunder årlig konkretisering av tiltak for å realisere strategien.”

I et avsnitt for bruk av standarder, inviteres Nasjonal IKT til å delta i styringsgruppen for standardiseringsarbeidet som drives av KITH og i brukerforum for samme.

Man kan oppfatte direktoratets brev som mykt eller skarpt ut fra hvilken del av teksten man fokuserer på. For det første påberoper direktoratet seg myndighet gjennom pålegg fra departementet. For det andre forventer man at Nasjonal IKT, som jo har sin egen overordnede IKT-strategi for de regionale helseforetakene, skal sørge for at de samme helseforetakene bidrar til å realisere den statlige strategien. Samtidig forsøker man å gjøre Nasjonal IKT til et underliggende organ som skal lage konkrete årlige planer for hvordan dette skal gjennomføres. De eventuelle supplerende strategiene de regionale helseforetakene måtte ha kommenteres ikke. Direktoratet opptrer som om de har en konsernfunksjon vis a vis de regionale helseforetakene. Styringen er blitt langt sterkere enn det man la til grunn i odelstingsproposisjonen om reformen, der det løftes frem som et eget poeng at man ønsker å skape en avstand mellom eier og de regionale helseforetakene.

Samtidig inviterer direktoratet Nasjonal IKT til et utvidet samarbeid. Dette kan kanskje være en måte å sikre budskapet på? Eller det kan være at Nasjonal IKT er i ferd med å bli en maktfaktor som man må ta hensyn til og/eller som man ser som et verktøy for å nå egne mål. (I gjennomgangen av strategiene ser jeg nærmere på de ulike målene.)

Det skjer andre ting i 2005; foretaksmøtet pålegger de regionale helseforetakene å bidra aktivt innenfor en rekke områder innen samordning og standardisering, Sosial- og helsedirektoratet kommer med S@mspill 2007 – gjennomføringsplan 2005, og Nasjonal IKT legger frem revisjon av sin plan. Vi får et glimt inn i arbeidet i de regionale helseforetakene når vi leser i styredokument i HN RHF at de vedtar opprettelse av en felles regional driftsenhet, Helse Nord IKT. Felles IT virksomhetsarkitektur er fremdeles ikke tema. Dette er en kontrast til at det både i 2004 og 2005 ble gjennomført utredninger om felles arkitekturprinsipper i offentlig sektor i regi av Moderniseringsdepartementet og med bred deltakelse fra IT-ledere i offentlig sektor.

2006

I St,prp.nr.1, kapitlet for Sosial- og helsedirektoratet, har direktoratet fått

”det overordnede ansvaret for å samordne og legge premisser for en hensiktsmessig IT-utvikling i sosial- og helsesektoren.”

I kapitlet for Regionale helseforetak, presiseres nok en gang behovet for en sterkere nasjonal styring og samordning. Dette gjelder ikke bare IKT, men ”god ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten, samlet sett.”

I Helse- og omsorgsdepartementets Bestillerdokument omtales direktoratets rolle og at oppgaver vil konkretiseres i eget brev fra direktoratet, og dessuten at

”Det er av stor viktighet for gjennomføringen av disse oppgavene at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede og fungerende arbeidsformer seg i mellom.”

Man aner konflikten når det videre skrives at

”Departementet vil i første tertial 2006 iverksette et prosjekt sammen med de regionale helseforetakene og direktoratet for å vurdere ansvar og oppgavestruktur i forholdet mellom foretakene og direktoratet.”

I direktoratets årlige brev står det lite om IKT.

I protokollen fra foretaksmøte 25. januar (HN RHF) vektlegges behovet for sterkere nasjonal styring og mer samordning på tvers av regionene,

”i arbeidet med å sikre gode og likeverdige tjenestetilbud og best mulig ressursutnyttelse”

og

”Nasjonal koordinering er et viktig virkemiddel for rasjonell ressursbruk og god kunnskapsutnyttelse og de regionale helseforetakene må i større grad ha et nasjonalt perspektiv i sitt arbeid.”

For IKT-området vises det tilbake til fjorårets foretaksmøte.

Sosial- og helsedirektoratet legger frem S@mspill Gjennomføringsplanen for 2006. Det understrekes at gjennomføringsplanen er utviklet i en prosess med

”hørings-/innspillsrunder og diskusjoner i ulike arenaer, som Nasjonal IKT, RHFenes IT-direktørmøte, eDeprådsgruppen og Samarbeidsrådet for S@mspill.”

Det presenteres tiltak under 10 strategiske hovedområder.

Nasjonal IKT legger frem Utredning om langsiktig organisering av IKT-området. (Ref. HN RHF, styresak 81-2006, 11. oktober 2006)

Bakgrunnen er utredningsprosjekt som skulle anbefale områder der det er hensiktsmessig med nasjonal samordning innenfor IKT-området. Det nye er at det vurderes felles infrastrukturtiltak på tvers av regionene. Det anbefales at det gjennomføres et videre arbeid med utvalgte scenarier, og at dette (hovedprosjektet) gjennomføres som et eget prosjekt utenfor strategi- og tiltaksplanen for de regionale helseforetakene og med egen styringsgruppe. (Cap Gemini hyres som prosjektledelse.)

Nasjonal IKT legger frem Revidert strategiplan for 2006 og 2007.

(Ref. HN RHF, styresak 80-2006, 11. oktober 2006)

I avsnittet Sammenheng med nasjonale handlingsplaner, heter det:

” Gjennom utarbeidelse og gjennomføring av IKT-strategier og planer som Nasjonal IKTs ”Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene”, HODs ” S@mspill 2007” og etableringen av Norsk Helsenett, har helsesektoren tatt viktige steg for å realisere avgjørende samhandlings- og effektiviseringsgevinster. S@mspill 2007 operasjonaliseres i årlige gjennomføringsplaner, og de aktivitetene i disse som er relatert til spesialisthelsetjenesten, vil kunne inngå i Nasjonal IKTs strategi- og tiltaksplan.”

Det sies med andre ord at aktiviteter som følge av S@mspill 2007 *vil kunne inngå* (KBE: min kursiv) i den overordnede IKT-strategien for de regionale helseforetakene.

Hovedendringen i Overordnet IKT-strategi er at man ønsker å sette større fokus på å *forstå samhandlingsprosessene* mellom ulike aktører, eks. primær- og spesialisthelsetjenesten, *enten samhandlingen er meldingsbasert eller skjer på andre måter*. Det vises til mangel på kunnskap og oversikt oversamhandlingsmønstrene. (KBE: min kursiv).

Jeg kommer tilbake til innholdet i strategiene senere. Her noterer jeg bare at det fremdeles ser ut til å være en markering av autonomi fra de regionale helseforetakenes side. Det er også oppsiktsvekkende at det etter flere år med press for å ta i bruk dagens EPJ-systemer med tilhørende meldingsutveksling, må innrømme at man hittil vet for lite om samhandlingsprosessene. Man har nå satt felles system-arkitektur på agendaen.

I samme styremøte i HN RHF gis det med bakgrunn i endringen i den overordnede strategiplanen klarsignal for å revidere HN RHF's IT-strategi tilsvarende. Her får vi også et lite glimt inn i relasjonen mellom HN RHF og de underliggende HF, da det presiseres at arbeidet skal gjennomføres med deltakelse fra helseforetakene og Helse Nord IKT.

2007

I St.prp.nr. 1 (2006-2007), kapittel for Sosial- og helsedirektoratet er S@mspill 2007 omtalt:

”Formål og hovedprioriteringer

Riktig bruk av IT er avgjørende for å lykkes i den videre utviklingen av helse- og sosialsektoren.”

og

” Satsingsområder og resultatmål for 2007

Det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-området. Det skal settes et sterkere trykk på utviklingen av nasjonale IKT-systemer for å understøtte samarbeid og samhandling både innenfor og mellom tjenestene. Dette skal inkludere spesialisthelsetjenestens helseforetak, fastlegene og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, apotek og NAV.”

Mao, enda sterkere nasjonal styring!

Eller har man ikke fått til den ønskede styringen, så man bare sier det en gang til?

Også i kapitlet for Regionale helseforetak betones viktigheten av nasjonal styring og samordning nok en gang:

”Et annet prioritert område i 2007 vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning på utvalgte områder. Dette er også tidligere markert som et sentralt innsatsområde overfor Stortinget. Departementet vil i kommende periode intensivere arbeidet med slik nasjonal styring og koordinering på tvers av regionale helseforetak, for i større grad å nyttiggjøre muligheter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.”

IKT er en av områdene som nevnes i den forbindelse.

Kapitlet omfatter **Nasjonal helseplan** som blant annet har en grundig gjennomgang av styringsforhold. Det vises til at foretaksmodellen legger til rette for bedre ressursutnyttelse.

” Når staten står i en direkte eierlinje til spesialisthelsetjenestens virksomheter gir dette grunnlag for direkte styringsmessig oppfølging for å utnytte dette potensialet til å utvikle enhetlige og likeverdige tilbud.”

og, ikke minst

”Regionale helseforetak har stor frihet i valg av strategier og løsninger – og skal fortsatt ha det. Men en tilsvarende viktig side ved modellen er at dette skal skje innenfor nasjonalt opptrukne mål og langsiktige rammer. Det skal i perioden framover i sterkere grad identifiseres og følges opp områder med potensial for harmonisering og fellesløsninger på tvers av regionene. *Det skal særskilt rettes fokus på sterkere nasjonal styring og samordning på investeringsområdet og innen IKT.*” (KBE: min kursiv)

Roller og styringsmodell i regionale helseforetak behandles:

”Regionale helseforetak har anledning til å være styringsmessig tett på underliggende helseforetak. Nettopp foretakenes autonomi når det gjelder styring og forvaltning av egne ressurser har vært én beveggrunn for reformen, og en sentral styringsutfordring for regionale helseforetak har vært – og er – å balansere og avstemme det regionale styrings- og samordningsbehovet med det enkelte helseforetaks selvstendighet. Den største utfordringen framover ligger nettopp i styringsrelasjonen regionale helseforetak – helseforetak.”

Kapitlet går derfra videre til å slå fast at elektronisk samhandling er kommet for kort, men likevel langt nok til at ”nødvendige institusjonelle tiltak” bør gjennomføres for å nå (den helsepolitiske) målsettingen.

Her forstår jeg det slik at det skjer en betydelig sterkere styring enn tidligere, da det både skal iverksettes nødvendige tiltak på tvers av regionsgrensene og innenfor det enkelte regionale helseforetak.

Som jeg skal komme tilbake til, står det etter hvert detaljert om hvilke tiltak som skal prioriteres også i budsjettproposisjonen. For 2007 omtales en rekke tiltak utførlig; Norsk

Helsenett, IKT i kommunesektoren, bruk av standarder, elektronisk pasientjournal og informasjonssikkerhet.

I Helse- og omsorgsdepartementets Oppdragsdokument fokuseres det på styringsdialogen mellom det regionale helseforetakene og de underliggende helseforetak. Videre sies det at Nasjonal helseplan skal være en del av rammebetingelsene for arbeidet i 2007. Videre vises det til at Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag

”å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten.”

og

”Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Sosial- og helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede arbeidsformer.”

Foretaksmøtet er også tilbakeholdent med formuleringer på IKT-området. Det har vært arbeidet med mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner, og det vises til at Helse Sør har fått et særlig ansvar for videre koordinering innen fellesløsninger for regnskap, lønn og fakturabehandling. De øvrige regionale helseforetakene blir bedt om

”å se til at framtidige anskaffelser på dette området ikke er til hinder for mulige flerregionale løsninger.”

Foretaksmøtet ber om at de regionale helseforetakene fortsetter arbeidet i tråd med S@mspill 2007 og en rekke konkrete områder nevnes. Elektronisk pasientjournal er en av flere områder. Det sies at

”Sykehusene må forberede seg på å innføre elektronisk pasientjournal så fort som mulig.”

Direktoratets rundskriv viser til samhandling i behandlingsskjeden mellom ulike behandlingsledd (inkl mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester), til elektronisk samhandling, Norsk Helsenett og eResept.

S@mspill 2007, gjennomføringsplan 2007, viser til at Nasjonal IKT er blitt

”en betydningsfull kraft i implementeringen av S@mspill 2007.”

Det gis også en vurdering av utviklingen, og det er første gang vi får en refleksjon over utviklingen:

”Av ulike årsaker har de forskjellige helseforetakene kommet ulikt langt i utbredelse og utnyttelse av IT internt, eller i samhandling med andre. Årsakene kan være økonomiske og organisatoriske prioriteringer og manglende standardisering. Det kan skyldes manglende informasjon og forankring av S@mspill-strategien og strategien til Nasjonal IKT. Det gjør at selv om overordnet strategi og tiltak vil være felles for foretakene, vil de gjennomføres på ulike tidspunkt. Dette kan gi noen utfordringer.”

Jeg mener dette viser at det er liten forståelse for at de ulike helseforetakene ikke startet med blanke ark ved innføring av helsereformen, og liten oppmerksomhet rundt kompleksiteten ved harmonisering med eksisterende informasjonsinfrastruktur. Behovet for en felles arkitektur nevnes ikke.

I midten av 2007 slås Helse Sør RHF og Helse Øst RHF sammen til Helse Sør-Øst RHF.

2008

I 2008 er S@mspill-perioden over, og det er tid for å gjøre opp status.

St.prp.nr.1 (2007-2008), kapittel for Sosial- og helsedirektoratet gir en oppsummering og en refleksjon:

”Erfaringene fra S@mspill-perioden er at det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-området. Det må stilles tydeligere og mer forpliktende krav til sektoren om bruk av elektronisk samhandling og etterlevelse av standarder. Rolle- og ansvarsfordelingen mellom sentrale myndigheter, nasjonale kompetansesentra og de driftsansvarlige leddene i sektoren må tydeliggjøres. Virkemidler for å fjerne hindre og fremme god IT- utvikling og gevinster av elektronisk samhandling må tas i bruk. IT-satsingen må forankres bedre i helsefaglige miljøer for å sikre at løsningene ivaretar kliniske behov og gir de ønskede effekter.”

Kapitlet for Regionale helseforetak sier ikke så mye, men peker på mulige fellestiltak innenfor stabs- og støttefunksjoner.

Departementets Oppdragsdokument er også generelt, uten spesiell fokus på IKT, men viser til at Nasjonal helseplan skal være veiledende for arbeidet i 2008 og viser til direktoratets ”sentrale rolle på enkelte felt”.

Direktoratets brev sendes i år felles til kommunene, fylkeskommunene, fylkesmenn og de regionale helseforetakene. Det vises til at

”De regionale helseforetak (RHF) skal bidra til måloppnåelse av nasjonal politikk på de områder Sosial- og helsedirektoratet er delegert nasjonalt ansvar for.”

og at

”I rollen som iverksetter av helsepolitikken (KBE: direktoratets rolle) forventer direktoratet at de regionale helseforetakene sørger for implementering av vedtatte tiltak, retningslinjer og handlingsplaner.”

Det vises spesielt til at det skal gjennomføres ”et nasjonalt meldingsløft” som skal sikre at basiskommunikasjonen mellom helseforetak og fastleger skal sendes elektronisk.

I februar 2008 foreligger Nasjonal IKTs reviderte strategiplan for 2008 og 2009. I et tilbakeblikk sies det at Nasjonal IKT har hatt overordnede mål som har vært tett koplet til de nasjonale målene. Det har vært en krevende periode, og visjoner og mål har vært utenfor det man har kunnet oppnå i perioden. Det sies også at det i noen tilfeller ser ut til at Nasjonal IKT har gått utover sitt virkeområde ved å vektlegge forhold som skal gjennomføres på

foretaksnivå. Man vil i denne nye strategien legge mer vekt på å være tydelig i forhold til roller og avhengighet til andre. Nasjonal IKT vil arbeide videre med ”systemarkitektur, informasjonsgrunnlag og definerte felles-tjenester.”

1. april skifter Sosial- og helsedirektoratet navn til Helsedirektoratet og det sies at samfunnsoppdrag og rolle vil bli revurdert.

29. april lanseres departementets nye strategiplan ”Samspill 2.0” Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Den inneholder en rekke sitater, blant annet dette, fra Steinar Martinsen, viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst og styreleder i Norsk Helsenett AS:

” Vi må ha dette helt klart. Bedre samhandling er målet. Det må ikke være tvil om at veien er bruk av helsenettet. Alle de viktigste elementene foreligger jo. Nå må det stilles helt klare og tydelige krav om å ta de i bruk.”

Det vi mangler nå, er informasjon om hva som skjer i prosjektet Langsiktig organisering av IKT. Fortellingen må fortsette utenfor denne oppgaven.

4.1.3 En liten oppsummering av styringsdialogen om IKT

Ved starten av 2002, da Staten tar over som eier av de regionale helseforetakene, vektlegges det prinsipielle i styringsreformen. De regionale helseforetakene etableres med egne styrer. Det samme gjelder de lokale helseforetakene. Det skal være avstand mellom eier og regionalt helseforetak. Styringsdialogen skal gjennomføres via de tradisjonelle styringsveiene (Budsjettproposisjon og Bestillerdokument), og eierstyring skal skje gjennom vedtekter eller i Foretaksmøte. Det skal holdes kun ett Foretaksmøte mellom regionalt helseforetak hvert år.

Allerede året etter ligger det signaler i styringsdokumentene om ønske om sterkere koordinering på visse områder. Dette gjelder etter først administrative systemer, senere også medisinske. Kravet om samordning forsterkes etter hvert til å ikke bare gjelde innenfor de enkelte regioner, men også på tvers av regionene. Det går så langt at det gis pålegg om bruk av felles økonomisystem i alle helseregioner.

Det blir flere foretaksmøter per år. Sosial- og helsedirektoratet får en stadig sterkere rolle og går fra å skulle være understøttende til å være styrende myndighetsorgan som koordinerer og styrer på vegne av departementet. Direktoratet sender ut eget styringsbrev til de regionale helseforetakene fra og med 2005.

Fra 2003 etableres det et felles strategiforum, Nasjonal IKT, med de regionale helseforetakene og direktoratet som deltakere. Dette vokser seg etter hvert til å bli et sterkt og innflytelsesrikt forum, noe som også kommer tydelig frem i kapitlet om strategiene. Det blir en viss konkurranse mellom direktoratet og de regionale helseforetakene om hvem som skal eie ulike initiativer

Etter hvert påpekes det stadig sterkere at regionene må styre sine underliggende helseforetak etter en konsernmodell og sørge for en god ressursutnyttelse på tvers. Etter hvert går det frem at departementet ønsker en styring på linje med en konsernstyring for hele sektoren. En

formell konsernstyring gir ikke foretaksloven rom for, men gjennom et bredt spekter av virkemidler prøver man å oppnå tilnærmet det samme.

4.2 KITH, Nasjonal IKT og Norsk Helsenett AS

Tre aktører bør omtales før vi går videre, Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH), Nasjonal IKT og Norsk Helsenett AS.

4.2.1 KITH

KITH er i dag et aksjeselskap eid av Helse- og omsorgsdepartementet (70%), Arbeids- og inkluderingsdepartementet (10,5%) og KS (19,5%) (Statskonsultrapport 2006:21). (KBE: Før helsereformen var også fylkeskommunene på eiersiden.)

KITH jobber som standardiseringsorgan for helsesektoren gjennom oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og delvis aktør i markedet, med rådgivningsoppdrag. Flere av intervjupersonene uttrykte skepsis til denne dobbeltrollen, eks.:

”Men det at vi har fokusert på standardisering har vært et viktig område. Det som er utfordring med noen av disse er at de driver dels oppdragsforskning altså utviklingsarbeid, og dels er de konsulenter i markedet og det er noe som jeg stiller et stort spørsmålstegn ved. Jeg mener at de i stor grad, at disse burde ha vært anordnet i et miljø hvor de hadde renere strukturer og renere linjer og hvor rolleavklaringen hadde vært tydeligere.”

4.2.2 Nasjonal IKT

Nasjonal IKT ble opprettet i 2003 etter pålegg fra Helse- og omsorgsdepartementet som en arena for strategisk koordinering mellom Sosial- og helsedirektoratet og de fem regionale helseforetakene. Basert på departementets/direktoratets strategidokumenter har man etablert felles strategier for de regionale helseforetakene. Disse strategiene bygger under og støtter de nasjonale strategiene, men fokuserer på helseforetakenes rolle, behov og muligheter. En rekke innflytelsesrike personer i den statlige helsesektoren medvirker gjennom Nasjonal IKT og Nasjonal IKT er etter hvert blitt en sterk aktør. Jeg mener vi kan se tegn på at direktoratet mener at Nasjonal IKT er blitt for innflytelsesrik og at det er konkurranse mellom Nasjonal IKT og direktoratet om hvem det er som skal eie sentrale utviklingsprosesser, selv om det ikke sies direkte.

Når sentrale personer på regionnivå intervjues om Nasjonal IKTs rolle, sies det for eksempel:

”Min oppfatning er, at det er Nasjonal IKT som har hatt føring på dette, og det har vært i overensstemmelse med det som har vært eiers utgangspunkt, dvs. departementet, om at det har vært viktig å samordne kreftene på IKT-området, og Nasjonal IKT rapporterer jo for så vidt da årlig til departementet, og til SHdir og til de administrerende direktørene for de regionale helseforetakene. Og det er jo Nasjonal IKT som har tatt initiativ til de fleste aktivitetene av samordningskarakter, men man har hele tiden hatt det for øye at det som har vært gjort i S@mspill 2007, det skal henge sammen, sånn at jeg har iallfall opplevd det som mer en samhandlingsarena enn at det har vært noen konkurranse om hvem som på en måte har hatt initiativet. Og personlig må jeg si at jeg er mindre opptatt av akkurat det enn av at vi faktisk får gjort noe.”

På mitt spørsmål om man hadde fått til denne koordineringen uten at man har en liten gruppe mennesker som kjenner hverandre, og at man kanskje er avhengig ikke bare av struktur, men også av personer og relasjoner, svarer intervjupersonen:

”Ja, det har vært min oppfatning alltid, at skal du få til noe, så må du bygge gode relasjoner. Og det tror jeg nok er riktig, at vi er noen personer som over mange år har vært involvert, og sånn sett har vi vel vært med å trekke dette i én retning.”

Se under strategikapitlet for dagens organisering av Nasjonal IKT.

4.2.3 Norsk Helsenett AS (NHN)

Representanten for Norsk Helsenett foreller:

”Norsk Helsenett AS ble opprettet i 2004 for å etablere og forvalte sikre nett-tjenester mellom primærhelsetjenester, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det ble gitt enerett til NHN på leveranse av nett-tjenester til helseforetakene. Det betyr at helseforetakene er forpliktet til å bruke NHN som leverandør. Det gjenstår imidlertid mye før det etterleveres, selv om det er enighet om at en felles kommunikasjonsinfrastruktur er nødvendig.”

En av de andre intervjupersonene sier:

”Tror Norsk Helsenett har vært noe av det viktigste grepet som er tatt og bakgrunnen for det er jo at jeg mener at skal man lykkes så må man ha en alle til alle kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren. Hvis vi skal få til de underliggende målene her om bedre samhandling. Og i det er vi helt avhengig skal vi lykkes å få et godt tilbud til pasientene og et godt samspill mellom første- og annenlinjetjenesten og også i forhold til alle de aktørene som grenser inn til spesialisthelsetjenesten. Og dette hadde vi ikke fått til, etter mitt syn, uten Norsk Helsenett.”

4.3 Strategiene

I Vedlegg 1 vises en kronologisk oversikt over utgivelsen av ulike styrende dokumenter, herunder også strategidokumentene. Jeg har tatt med helseminister Gudmund Hernes ”Mer Helse for Hver BIT”, selv om den ligger i tid før perioden denne oppgaven tar sikte på å behandle, nærmest for moro skyld. Innledningen til strategien er preget av en teknologioptimisme på helsesektorens vegne som man bør unne seg å lese. Jeg har derfor tatt dette inn som eget vedlegg, se Vedlegg 3.

Jeg har også tatt med helseminister Tore Tønnes strategidokument ”Si@!” som ble utgitt i begynnelsen av 2001, siden dette legger føringer inn i perioden for oppgaven og blir vist til i noen av de aktuelle dokumentene.

Nedenfor tar jeg for meg et utvalg av strategiene og ser nærmere på målformuleringer, hvilke stasjoner og tiltak som presenteres, hva de sier om erfaringer og hva de sier om styring.

I hovedsak ser jeg på følgende strategidokumenter:

1997	Mer Helse for Hver BIT
2001	”Si@!”
2002	Hit & Run
2004	Samspill 2007
2004	Nasjonal IKT: Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene
2006	Nasjonal IKT: Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene Revidert strategiplan 2006-2007
2007	Samspill 2007 Gjennomføringsplan 2007
2008	Nasjonal IKT Utkast til Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan 2008 og 2009
2008	Samspill 2.0 Nasjonal strategi for samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013

4.3.1 1997 Mer helse for hver bit

Handlingsplanen viser til ”IT og helsepolitiske visjoner” nedfelt i St.meld. 50 (1993-94) Samarbeid og styring og til ”Den norske IT-veien Bit for Bit”:

”Samarbeid, funksjonsdeling og nettverkløsninger mellom sykehus innenfor og på tvers av fylkesgrenser, og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er viktige virkemidler for å sikre kvaliteten og møte utfordringene i helsetjenesten.”

”Helsetjenesten skal bedres og kvaliteten økes ved samordnet innføring av informasjonsteknologi i alle ledd av helsevesenets tiltakskjede. Lokale, regionale og nasjonale helsenett skal styrke samarbeid og ressursstyring i helsesektoren.”

Visjonen i denne tidlige strategien er at IT kan bidra til å temme den store informasjonsmengden i helsesektoren og bidra til en bedre helsetjeneste.

- Øke helsepersonellens kompetanse -> bedre diagnoser og behandling
- Forenkle rutiner for ajourføring og lagring av informasjon -> mer tid til pasienten
- **Bedre kommunikasjon mellom ulike ledd** -> bedre koordinering og samhandling
- Fremme god informasjon til pasienten -> mer makt til pasienten
- Ivareta fullgod informasjonssikkerhet -> ivareta både forsvarlig og effektiv pasientbehandling og et sterkt personvern”

Jeg har satt punktet **Bedre kommunikasjon mellom alle ledd** i fet skrift, fordi dette er det sentrale temaet for de videre strategiene og fordi de viser tilbake til de tidligere helsepolitiske IT-visjonene. En rekke andre områder går igjen i alle strategiene og disse kommer jeg tilbake til senere i kapitlet.

Departementet ser ikke for seg en endret rolle for departementet i og med handlingsplanen, men behov for økte bevilgninger i noen år⁷ for å sikre rammebetingelser for etablering av infrastruktur. Videre etablerer departementet Kompetansesentret for IT i helsevesenet (KITH)

⁷ Ref. Samspill 2.0, der det ser ut til at denne perioden er over?

sammen med Kommunenes sentralforbund og Sør-Trøndelag fylkeskommune for å ha en ressurs som skal jobbe med standardisering. Det forutsettes at gjennomføringen av handlingsplanen vil kreve et nært samarbeid mellom myndigheter, virksomheter og næringsliv.

4.3.2 2001 Si@! Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren Statlig tiltaksplan 2001-2003

Formålet er å stimulere til elektronisk samhandling.

Et fremtidsbilde presenteres:

- Pasienten i sentrum, kontakten med helsevesenet fra eget hjem for de som ønsker det.
- Tidsbruk i spesialisthelsetjenesten omorganiseres fra tid på direkte pasientkontakt til økt tilstedeværelse i det virtuelle medisinske rom
- De tre forvaltningsnivåene erstattes av felles nasjonale strukturer for forvaltning av økonomi og personellressurser. Flere institusjoner deler på samme helsepersonell.
- E-helsemarked

Den sentrale ideen er et nasjonalt helsenett som skal gi grunnlag for elektronisk samhandling mellom alle aktører involvert i behandlings- og rapporteringskjeden. Fire innsatsområder utpekes:

”

- 1 Det nasjonale helsenettet binder tjenesteytere sammen gjennom en fysisk infrastruktur og understøttende fellestjenester.
- 2 Over dette nettet og annen infrastruktur, samhandler tjenesteyterne bl.a. ved å sende standardiserte elektroniske meldinger som henvisning og epikriser, som fanges opp av elektroniske pasientjournaler og andre endesystemer.
- 3 Helsenettet anvendes også til telemedisinske konsultasjoner, til dels i form av avanserte tjenester som krever bredbåndskapasitet på overføringen.
- 4 Publikum samhandler i økende grad med helse- og sosialtjenesten via Internett og annen infrastruktur”

Det presenteres statlige tiltak på en rekke områder. Her skal nevnes et par:

” **Nasjonalt helsenett:**

- utbygging av infrastruktur
- utvikling av basistjenester i infrastrukturen

Samhandling i helse- og sosialtjenesten

- standardisering for elektronisk samhandling
- *storskala* (KBE: min kursiv)⁸ implementering av elektronisk samhandling
- forberedelse av elektronisk samhandling med pleie- og omsorgstjenesten
- forberedelse av elektronisk samhandling på nye områder
- informasjonsutveksling med sentrale registre

Sosial- og helsedepartementets rolle sies i planen å være synliggjort gjennom de tiltakene som er prioritert. Rollen er først og fremst å være policy-utformer og tilrettelegger, og det særlige ansvaret for rammebetingelser i form av lover, regler, standarder, generelle krav etc vektlegges. Det nevnes en rekke samarbeidspartnere; bl.a. Rikstrykdeverket, de regionale

⁸ Har man lært noe av dette i planene for 2008?

helseutvalgene (ansvar for regionalt driftssamarbeid om helsenett), regionsykehusene, KITH, Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom), Nasjonalt senter for telemedisin og SINTEF – Unimed nevnes. KITH nevnes som en viktig aktør for oppfølging av tiltaksplanen, både som kompetanseorgan for departementet⁹, og som rådgiver og ressurs for de øvrige aktørene.

4.3.3 2002 Hit & Run

Formålet var å avklare hvilke IT-områder som skulle koordineres på tvers av de regionale helseforetakene.

Fem innsatsområder inngår i planen:

”De ulike satsningsområdene/prosjektene er definert som følger:

- Etablere Nasjonalt Helsenett
- Etablere løsning for kommunikasjon med primærhelsetjenesten (ref. HN)
- Etablere felles løsninger for ventetider, kapasitetsinformasjon og booking
- Utarbeide og gjennomføre felles strategi for lisenshåndtering og rammeavtaler på enkelte utvalgte områder
- Alle foretak på nett – samarbeid om publikumstjenester”

Planen var den første som definerte de regionale helseforetakenes fellesinnsats. Problemer med manglende eller ulike EPJ-systemer problematiseres ikke. Strategien er kun å betrakte som en plan for det man uten problemer kan gjøre i fellesskap.

4.3.4 2004 Samspill 2007 (2004-2007)

Visjonen for strategien er

”Helhetlig pasient- og brukerforløp.”

Et forløp regnes fra den første kontakten til en eventuell behandling er avsluttet. Siden forebyggende og kommunale helsetjenester vil inngå i en behandlingsskjede, lanseres begrepet som ”en utvidet forståelse av pasientforløpet”. Elektronisk samarbeid ses som avgjørende for å sikre nødvendig informasjonsflyt i forløpet.

I forordet til denne strategien er det pasienten som ”settes i sentrum”, og samspill mellom de ulike aktørene presenteres som et virkemiddel for dette:

”Regjeringens mål er at behovet til den enkelte pasient eller bruker skal være utgangspunktet for tjenestetilbudet i helse- og sosialsektoren. Godt samspill mellom alle aktørene i sektoren skal sikre at alle opplever at tjenesten er til for dem, uavhengig av om det er helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene eller andre som tilbyr hele eller deler av tjenesten.

Samarbeid forutsetter at aktørene er orientert om handlinger og kunnskap hos hverandre, noe som gode IT-anvendelser kan bidra til på en effektiv måte.”

Strategien sies å bygge på de gode løsningene og tiltakene som er etablert under tidligere strategier. Bruken av det nasjonale helsenettet skal utvides og nye brukere innrulleres.

⁹ Hvordan påvirkes dette av etableringen av eget direktorat?

Følgende 6 områder skal sikre bedre informasjonsflyt:

1. Helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag
2. Nasjonalt helsenett
3. Informasjonssikkerhet
4. Elektroniske pasientjournaler
5. Konsolidere utbredelse av elektronisk meldingsutveksling
6. Fagstøtte og kunnskapskilder

For å utvide bruken av helsenettet skal man satse på:

1. Involvere pasienter, brukere og pårørende
2. Elektroniske resepter til apotekene og forskrivningsstøtte
3. Elektronisk samarbeid med kommunal helse- og sosialtjeneste

(Involvering av pasienter, brukere og pårørende blir det lite av, eResept-prosjektet blir stort, dyrt og vanskelig, og elektronisk samarbeid med kommunal helse- og sosialtjeneste tar ikke av.)

Det vises til positive resultater av den forrige statlige strategien, at den har bidratt til å akselerere og samordne IT-utviklingen i sektoren. Samtidig ønsker man å ta med seg erfaringene fra tidligere arbeid:

- Satsningene må følges opp til de har vist seg bærekraftige i daglig drift
- Man må satse fokusert, ikke smøre for tynt utover
- Aktørene som skal dra nytte av satsningene må ansvarliggjøres både finansielt og som prosjekteiere, med tanke på å rette innsatsen mot de største behovene.

Det sies ikke noe om departementets rolle eller andre aktørers rolle i arbeidet videre utover dette siste punktet.

4.3.5 2004 Nasjonal IKT: Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene

Arbeidet med Overordnet strategi for de regionale helseforetakene skjer delvis i parallell med etableringen av S@mspill 2007. (Se avsnitt om aktører.) Nasjonal IKT er opprettet på initiativ fra Sosial- og helsedepartementet med hensikt å sikre en samordning på tvers mellom de regionale helseforetakene. I styringsgruppen er både departementet og Sosial- og helsedirektoratet representerte. Strategiens mål er dels å støtte opp under den nasjonale strategien og dels å finne supplerende strategier som forutsettes gjennomført av de regionale helseforetakene.

- Satsningsområde 1 Elektronisk samarbeid.
Hovedmålene er å få til et mer helhetlig pasientforløp ved at informasjonen følger pasientforløpet og arbeidsprosessene, styrke pasientrettigheter gjennom innsyn i egen elektronisk journal og mer effektive arbeidsprosesser.
- Satsningsområde 2 Helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag
- Satsningsområde 3 Nasjonalt helsenett

- Satsningsområde 4 Informasjonssikkerhet.
RHFene vil bidra til at det etableres en felles sikkerhetspolitikk i sektoren og at det gjøres avklaringer omkring usikkerheter i fortolkninger av regelverket for sektoren.
- Satsningsområde 5 Standardisering og samordning av elektroniske pasientjournal-systemer i helseforetakene.
Papirjournalene skal fullt ut erstattes av den elektroniske pasientjournalen i planperioden, det skal stilles krav om et felles minimum av funksjonalitet, og man vil bruke markedsmakt til å få kontroll med utvikling og leveranse av slike systemer i Norge.
Mellom linjene leser jeg også at selv om man har utviklet en kravspesifikasjon for EPJ, er ikke ønsket funksjonalitet implementert i systemene. Man ser behov for å styre leverandørene på dette området.
- Satsningsområde 6 Videre organisering av samarbeidet mellom de regionale helseforetakene.

Det er stor overensstemmelse mellom strategien fra Nasjonal IKT og departementets S@mspill-strategi. De utsagn som finnes i styringsdokumentene og som er drøftet tidligere i oppgaven synes å bli bekreftet. Det som annonseres i tillegg, er at Nasjonal IKT vil se nærmere på hvordan det regionale strategiske og operative samarbeidet skal organiseres.

4.3.6 2006 Nasjonal IKT: Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene - Revidert strategiplan 2006-2007

Det som videre skjer, er at direktoratet kommer med en gjennomføringsplan for 2005 som inneholder flere tiltak på hvert av de 9 områdene S@mspill-planen omfatter. Det vises til Nasjonal IKTs strategi og deres 6 innsatsområder, og at direktoratets gjennomføringsplan for 2005 først og fremst viser tiltak hvor direktoratet er ansvarlig.

I den reviderte strategiplanen fra Nasjonal IKT er det to forhold som særlig fortjener oppmerksomhet; Nasjonal IKT står frem med en forsterket identitet og det rettes oppmerksomhet mot behovet for større forståelse for de prosessene man ønsker å understøtte med informasjonsteknologien.

Under overskriften Mål og mandat for Nasjonal IKT sies det:

”En arena for koordinering og samordning

Nasjonal IKT skal være en arena for koordinering og samordning av aktiviteter og tiltak innenfor IKT-området i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal IKT har fokus på strategiske spørsmål og dens overordnede målsetning er å understøtte nasjonale strategier og tiltak. Dette innebærer også understøttelse av nasjonal myndighetsstrategi for perioden 2004 - 2007 (”S@mspill 2007”).

Nasjonal IKT skal understøtte de mål og aktiviteter som spesialisthelsetjenesten setter seg. ”

I disse utsagnene synliggjør Nasjonal IKT båndene til direktorat og departement. Bare tillegget om at de skal understøtte de målene spesialisthelsetjenesten setter seg kan gi et lite hint om et mulig forbehold i forhold til de nasjonale strategiene.

Videre i planen gjøres det rede for hovedendringer i forhold til den opprinnelige strategiplanen. Endringene konsentreres i følgende utsagn:

”I forhold til tidligere strategi og tiltaksplan ønsker Nasjonal IKT å sette større fokus på forståelsen av de prosesser man skal understøtte teknologisk, enten disse prosessene er internt i sykehus eller mellom ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Det er et stort gevinstpotensial i å understøtte og forbedre samhandlingsmønstre mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, *enten denne samhandlingen er meldingsbasert eller skjer på andre måter.* (KBE: min kursiv)”

Dette rommer en del dramatik. Her ligger en erkjennelse av at man etter flere år med systemutvikling i sektoren ikke har nok kjennskap til de prosessene som skal understøttes, og fokus dreies noe bort fra meldingsbasert samhandling for enhver pris, til samhandling uavhengig av hvordan den skjer. Men det er ikke tvil om at målet ligger fast, understøttelse av det helhetlige pasientforløpet. Men man vil kanskje se på virkemidlene med andre øyne.

Det tredje endringen i denne strategien er at tiltaksplanen nå omfatter tiltak både fra S@mspill-planen og Nasjonal strategis egen plan, ved at de tiltakene fra S@mspill som det er meningen at RHFene skal bidra til, men som ”eies” av direktoratet er tatt med. På denne måte flyttes så å si definisjonsmakten når det gjelder hva de regionale helseforetakene (og de underliggende foretakene) skal gjennomføre i samarbeid på tvers, fra direktoratets plandokument til det felles plandokumentet for de regionale helseforetakene, Nasjonal IKTs overordnede strategiplan.

4.3.7 2007 Samspill 2007 - Gjennomføringsplan 2007

I tillegg til tidligere satsningsområder er det kommet til en satsning på Kommunikasjonsstrategi. Dette er begrunnet i en ”midtveis-evaluering” gjort av Rambøll i april 2006, som viser at det lokalt er varierende holdninger og forventninger til arbeidet og at aktørene ikke har lik informasjon om planer.

Som for Nasjonal IKT er det tatt inn et eget kapittel om endringer i løpet av strategiperioden! Flere forhold tas opp i den forbindelse, for eksempel behovet for juridiske avklaringer, avhengigheten til leverandørene og at disse i visse tilfeller ses på som en flaskehals i utviklingen. Men de mest interessante forholdene som nevnes er Nasjonal IKT, som har utviklet seg til en sterkere aktør på feltet. Rambølls midtveisevaluering siteres:

”Etter en nølende start, hvor effekten av Nasjonal IKTs arbeid var vanskelig å spore på nasjonalt nivå, har Nasjonal IKT blitt en betydningsfull kraft i implementeringen av S@mspill 2007.”

Det vises også til at de ulike helseforetakene er kommet ulikt langt i bruk av IT, både internt og i samhandling med andre. Det sies at årsaken kan være økonomiske og organisatoriske prioriteringer og manglende standardisering, videre nevnes at manglende forankring av direktoratets og Nasjonal IKTs strategier kan være en årsak. Det konkluderes med at selv om

de overordnede strategiene og tiltakene er de samme for alle foretakene, vil de gjennomføres på forskjellig tidspunkt og at dette kan gi noen utfordringer.

Dette er en ganske oppsiktsvekkende konklusjon, da det motsatte ville være helt utenkelig, jfr. problemstillinger rundt *alignment*. Fordi mål og strategier er formulert og koordinert utenfor de enkelte helseforetak, vil det både bli problemer med alignment innenfor de enkelte helseforetakene, og man går på tvers av Mintzbergs forståelse av strategiutvikling i profesjonelle organisasjoner.

Det siste forholdet som skal refereres her, gjelder at det er en økt bevissthet av kompleksiteten omkring samhandlingsløsninger og at det kreves en betydelig koordinering for å sikre at man får mange nok samhandlende aktører til å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling samtidig. Dett er i tråd med Ole Hanseths *The Economics of Standards* (Hanseth i Ciborra and Associates, 2000).

4.3.8 2008 Samspill 2.0 Nasjonal strategi for samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013¹⁰

Strategien gjør opp status for arbeidet hittil og gjør presiseringer omkring visjonen Helhetlig pasient- og brukerforløp. Visjonen formuleres fra ulike aktørers ståsted; fra pasient og brukers ståsted, fra helse- og sosialarbeidernes, fra ledelsens og administrasjonens og fra myndighetenes ståsted. Dette er det første innslaget om at ulike aktører kan ha ulike interesser og behov.

I forhold til status for elektronisk samhandling i behandlingsskjeden, virker det litt malplassert at det proklameres: ”Framtidas omsorgstjenester vil i stadig sterkere grad gis der brukerne bor, og i samarbeid med brukerne”, noe jeg kommer så vidt tilbake til i avsnittet om ulike temaer i strategiene.

Vi slår fast at målet fremdeles er *Helhetlig pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samhandling*.

Videre presenteres noen erfaringer fra forrige planperiode, og nye/videreførte satsninger.

Flere erfaringer fra forrige planperiode nevnes:

1. Selv om man har jobbet en årrekke med standardisering, er standardene for lite kjent i sektoren, og det tar tid å få tatt dem i bruk.
2. Det er langt igjen til EPJ-systemene fungerer som et nav i behandlingsskjeden, til tross for at mange sykehus har tatt i bruk elektroniske EPJ-systemer. Det hevdes at de er for dårlig utnyttet, at de enten har for dårlig kvalitet eller at de utnyttes av for få personellgrupper.
3. Informasjon som burde vært kun i de elektroniske pasientjournalene finnes ofte i tillegg både på papir og innskannet. Det vises til at dette gir kostbare dobbeltfunksjoner for sykehusene.

¹⁰ Det kan være hipp som happ om denne eller Nasjonal IKTs strategi for 2008-2009 presenteres først. Nasjonal IKTs strategi foreligger tilgjengelig kun i utkast, så derfor presenteres den til slutt.

4. I tillegg etterlyses viktige støttefunksjoner som en komplett adressekatalog i Norsk helsenett og effektiv tilgang til sentrale registre som helsepersonellregistret, folkeregistret og fastlegeregistret.

Som Nasjonal IKT også har påpekt, sier denne strategien at nye løsninger i større grad (enn tidligere) må støtte opp under de kliniske arbeidsprosessene og gi beslutningsstøtte, og at dette forutsetter at berørte personellgrupper deltar aktivt i arbeidet.

Det presenteres i alt 11 satsninger, derav 3 kortsiktig

Innsatsområde 1: Nasjonalt meldingsløft

Innsatsområde 2: Kommunesatsning

Innsatsområde 3: Elektroniske resepter

På lengre sikt:

Innsatsområde 4: Elektronisk pasientjournal

Innsatsområde 5: Tilgang til pasientinformasjon – kjernejournal, tilgang til på tvers av virksomheter m.m.

Innsatsområde 6: Helhetlig dataflyt – for læring, kvalitetsutvikling, ledelse og forskning

Innsatsområde 7: Helseinformasjon, pasient- og brukertjenester

Innsatsområde 8: Nye måter å samarbeide på – bedre oppgave- og funksjonsfordeling

Tre understøttende satsninger for hele perioden skal være:

Innsatsområde 9: Utdanning, opplæring og kompetanseutvikling

Innsatsområde 10: Innovasjon og forskning

Innsatsområde 11: Dokumentasjon og informasjonsarbeid

Departementet mener at strategien kan gjennomføres

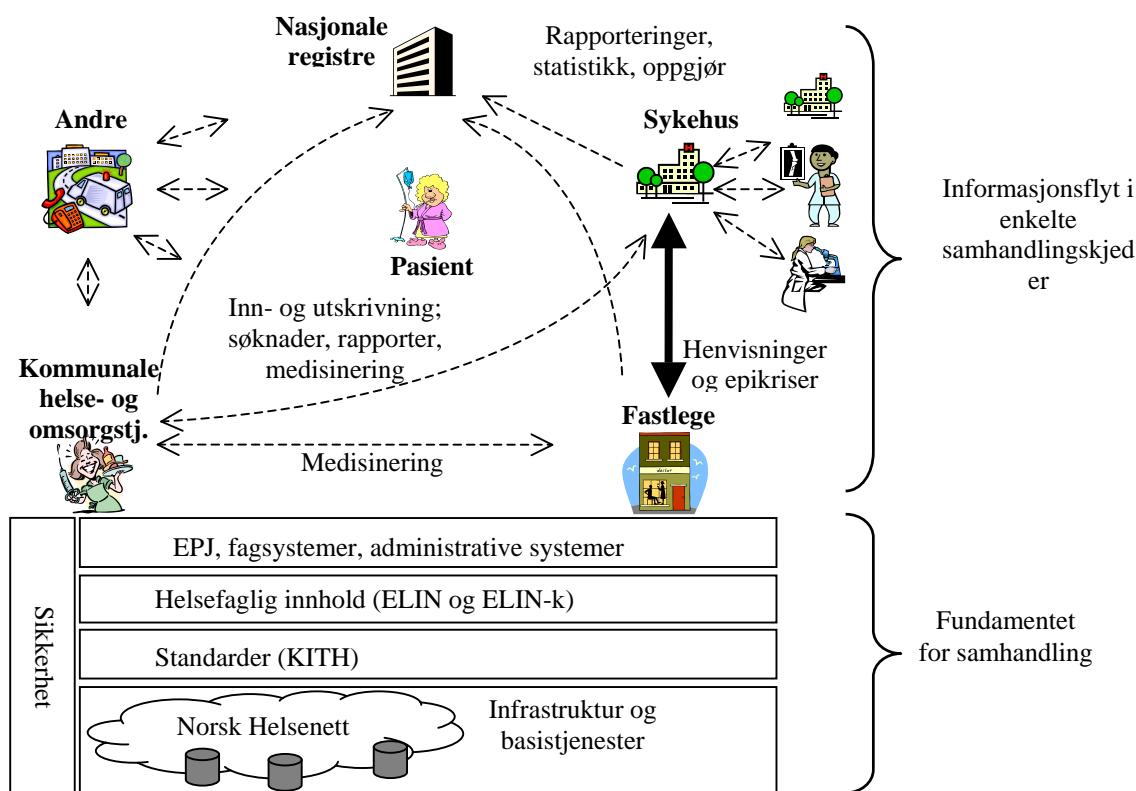
- Uten å endre styrings- og myndighetslinjer i sektoren
- Hovedsakelig innenfor eksisterende økonomiske rammebetingelser.¹¹

Selv om styringsveiene ikke skal endres, skal virkemidlene bli sterkere. Det hevdes at aktørene selv, politikere og helse- og omsorgsmyndigheter forventer og ønsker tydeligere styring i ønsket retning. Styringen skal bli tydeligere. Det skal være slutt på ”myke” virkemidler som anbefalte standarder og stimuleringsmidler. Man ønsker å ta i bruk krav og pålegg samt sterkere koordinering og samkjøring på kritiske områder.

Et område som er aktuelt for lovendring er elektronisk innsending av legeattester og sykmeldinger til NAV. hvor det planlegges forskrift med pålegg om bruk av elektronisk innsending. Samme lovendring gir hjemmel for å stille liknende krav til andre behandlingsgrupper som praktiserer på trygdens regning.

Man utreder også muligheten for lovendringer for å sikre at informasjon kan deles/ gjøres tilgjengelig for behandlende personell i og på tvers av helseforetak og private sykehus.

¹¹ Dvs at perioden med tilskudd er over, ref. tidligere strategier?



Figur 7: Forholdet mellom det teknologiske fundamentet for elektronisk samhandling og informasjonsutveksling i samhandlingskjeder, hentet fra strategien.

Som bakgrunn for ønsket om sterkere styring ser det ut til å ligge en forståelse av at fundamentet for samhandling er på plass, det er bare å ta det i bruk! Figur 7 presenteres i strategien.

Men mye mangler også i fundamentet. Vi vet at det mangler fellestjenester i Norsk Helsenett, selv om det ikke er helt klart hvilke det siktes til, hvilke det er behov for og hvilke som mangler. Vi vet at det mangler mye på standardisering når det gjelder meldingstyper. Vi vet at man ser behovet for en mer prosessorientert og faglig fundert EPJ. En ny EPJ kan dessuten komme til å kreve nye typer meldinger. Den ene kortsiktige satsningen er innrettet mot standardisering og utbredelse av meldinger. EPJ-problematikken må løses på lengre sikt.

I Samspill 2.0 har man med seg en definisjon av samhandlingsarkitektur, men i strategien sier man ikke noe konkret om dette emnet. Man har med seg elementer i form av grunnleggende kommunikasjonsinfrastruktur. En felles IT-arkitektur for sektoren nevnes ikke.

Interessant å merke seg er at strategien først og fremst omfatter direktoratet, at Nasjonal IKT nesten ikke nevnes og at tilskudsperioden kanskje er over. Økonomiske incentiver er viktige, ref. Weill/Ross, og det virker dramatisk at man kutter ut dette virkemidlet før man er nådd lengre.

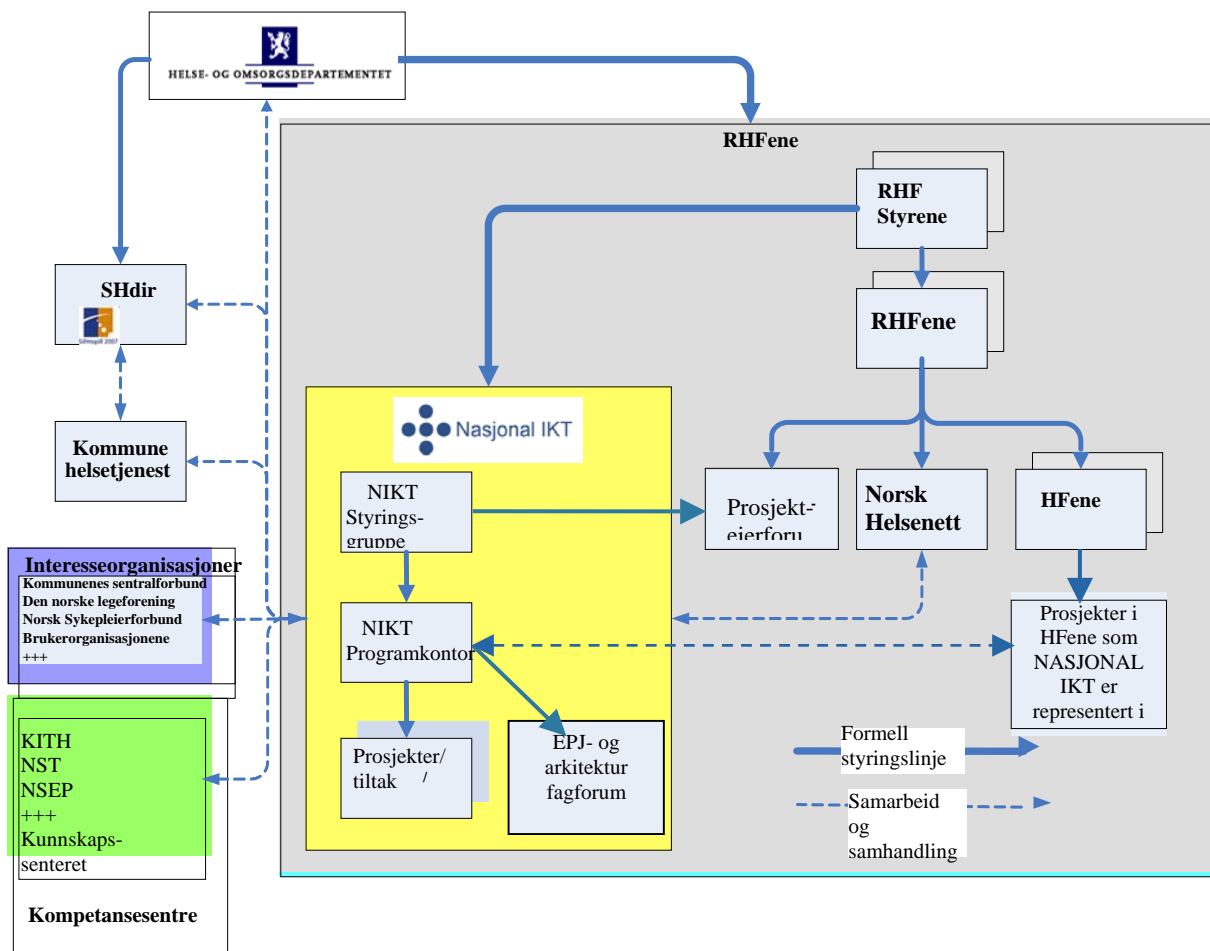
4.3.9 2008 Nasjonal IKT: Utkast til Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan 2008 og 2009

I denne strategien trer Nasjonal IKT frem som en ny organisasjon, sterkere og enda mer selvbevisst. Fremdeles beskriver den seg som ”en arena for koordinering og samhandling”, og med de samme målsettingene om å understøtte nasjonale strategier og tiltak.

Nasjonal strategi er nå organisert med et programkontor (stab) for styringsgruppen og bemannet med to heltidsengasjerte konsulenter fra Price Waterhouse (PWC) og tre undergrupper; Prosjekteierforum, EPJ Fagforum og Arkitektur Fagforum. I figuren nedenfor ser vi en modell der Nasjonal IKTs tilknytning til RHFene understrekes.

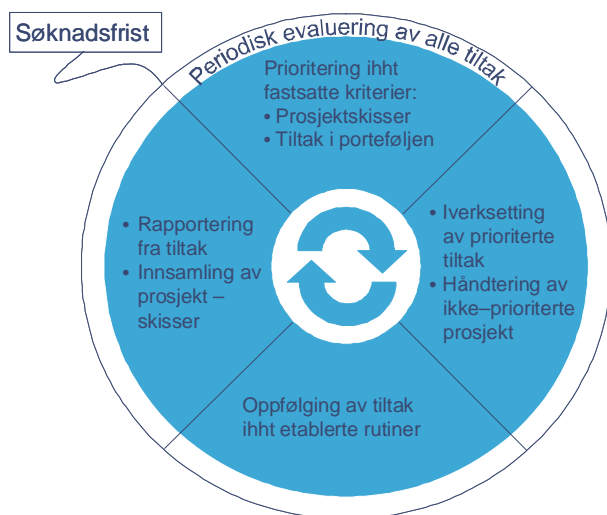
Nasjonal IKT presenterer seg som et forum med mange roller:

- Prosjekteier
- Katalysator for samordning og samarbeid
- Ivareta brukernes behov
- Utreder og planlegger
- Gatekeeper (vurderer prosjektforslag som søker om støtte).



Figur 8: Figuren viser overordnet samhandlingsstruktur mellom sentrale aktører relatert til Nasjonal IKTs arbeid, hentet fra Nasjonal IKTs utkast til revidert strategiplan 2008-2009.

Rollen som gatekeeper ses som viktig og Nasjonal IKT vil legge opp til en mer strømlinjeformet prosjektvurdering, se figuren nedenfor.



Figur 9: Planlagt prosjektevalueringssystem i Norsk IKT, kopiert fra Utkast til Strategiplan 2008 og 2009.

”Nasjonal IKT vil etablere en periodisk syklus for opptak av nye prosjekter i sin portefølje. Det bør i denne sammenheng utarbeides en metodikk for å skaffe seg et så fullstendig beslutningsgrunnlag som mulig, og for å prioritere mellom ulike prosjekter. I denne prosessen vil EPJ- og Arkitekturfagforum være viktige kontrollinstanser, slik at det sikres at alle prosjekter som gjennomføres i regi av Nasjonal IKT er i overensstemmelse med langsiktige målbilder” (KBE: Mekanismer for alignment!)

Man er litt skrytete også, kanskje med god grunn?:

”Nasjonal IKT har styrket sin posisjon som synlig aktør; som premissgiver og samhandlings- og kommunikasjonspart for IKT i spesialisthelsetjenesten. For aktører i sektoren og for aktører utenfor, er Nasjonal IKT det naturlige startpunkt når forhold knyttet til IKT skal diskuteres nasjonalt. Den økte synligheten kan ses i sammenheng med at Nasjonal IKT har utviklet en kommunikasjonsstrategi med tilhørende tiltak. Flere og flere forhold havner hos Nasjonal IKT som en del av saksgangen.”

Man viser til at erfaringene med en samordnet innsats er verdifull, men påpeker at ressursituasjonen setter rammer for virksomheten.

Et annet forhold som erkjennes, er at de tidligere målbildene har vært svært ambisiøse og tidvis gått ut over Nasjonal IKTs virkeområde. Kan det være grunnen til at man nå forsterker bildet av Nasjonal IKT som et felles organ for RHFene? Kanskje har direktoratet funnet ut at Nasjonal IKT er blitt for mektig, en gjøkunge i reiret? Eller er dette bare et uttrykk for en

rasjonell holdning til at man med begrensede ressurser ønske å konsentrere seg om det som ligger nærmest?

Satsningsområdene for 2008 - 2009 med undertekst er hentet direkte fra strategien, undertekstene er lik målformuleringene under det enkelte satsningsområdet:

Satsingsområde 1: Systemarkitektur, informasjonsgrunnlag og definerte felles tjenester

Nasjonal IKT skal utarbeide krav og retningslinjer for ny- og videreutvikling av systemer til leverandørene og til de som bestiller løsninger til sektoren. På kort sikt skal Nasjonal IKT etablere en arkitektur som mal for all videre utvikling innen spesialisthelsetjenesten.

Satsingsområde 2: EPJ – Dokumentasjons-, prosess-, og planverktøy

Nasjonal IKT skal konkretisere hvilke aktiviteter som må utføres på kort og mellomlang sikt for å realisere målbildet, og formulere dette som en plan med faser, milepæler og kostnadsestimater. Planen må utarbeides i samarbeide med andre relevante aktører, herunder dagens leverandører.

Satsingsområde 3: Kjernejournal

På lang sikt ønsker Nasjonal IKT å bidra til utvikling og etablering av en kjernejournal som også dekker spesialisthelsetjenestens behov

På kort sikt skal Nasjonal IKT spesifisere spesialisthelsetjenestens behov knyttet til kjernejournalen.¹² Her påtar man seg en systemeier-rolle på vegne av de regionale og lokale helseforetakene. Det vil da være spesielt viktig med gode forankringsprosesser.

Satsingsområde 4: Meldingsutveksling

På mellomlang sikt er Nasjonal IKTs mål identiske med målene som listes i Samspill 2.0 for spesialisthelsetjenesten:

- Minst 90 % av epikrisene sendes elektronisk fra spesialisthelsetjenesten
- Minst 60 % av henvisningene sendes elektronisk til spesialisthelsetjenesten
- Alle laboratorierekvisisjoner og -svar skal være elektroniske
- 90 % røntgenrekvisisjoner og -svar skal være elektroniske

På kort sikt vil Nasjonal IKT bistå SHdir i å realisere meldingsløftet, i tillegg til å videreføre viktige eksisterende satsinger.

Satsingsområde 5: Kvalitetsregistre

På kort sikt vil Nasjonal IKT bidra med metodikk og ressurser til gjennomføring av konsekvensanalyse. Nasjonal IKT vil også bidra med ressurser til utviklingen av nasjonalt harmonisert løsning

Store planer!

I tillegg til disse satsningene vises det til det arbeidet som pågår i etterkant av utredningen Langsiktig organisering av IKT-området. Nasjonal IKTs budsjett er begrenset, men

”Gjennom sin sentrale posisjon ønsker Nasjonal IKT imidlertid å legge premisser for hvordan de store beløpene som fortsatt styres av hvert enkelt Helseforetak (KBE:les RHF med underliggende HF) skal anvendes på best mulig måte.”

¹² Men her får de konkurranse av direktoratet!

og

”Frem til denne langsiktige organiseringen er på plass, er fokuset å løse utfordringene innenfor dagens rammer.”

4.4 Temaer i strategiene

Jeg viser til Vedlegg 2. Temaene utvikler seg og får nytt innhold fra år til annet.

4.4.1 Store satsninger som ikke fremheves i de nasjonale strategidokumentene

I strategiene omtales ikke de administrative koordineringsaktivitetene som skjer innenfor det enkelte helseforetak og på tvers av disse. Disse aktivitetene styres gjennom St.prp.nr 1 og de øvrige styringsdokumentene. Fra 2003 omtales integrering av ulike økonomiske og administrative systemer. Dette forsterkes for eksempel i 2005, der man sier at rollen som eier også innebærer at de regionale helseforetakene må identifisere områder hvor koordinering kan bidra til bedre ressursutnyttelse. I 2007 viser Foretaksmøtet til at det har vært arbeidet med mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner. Helse Sør RHF har fått ansvar for videre koordinering innen fellesløsninger for regnskap, lønn og fakturabehandling, og de øvrige regionale helseforetakene blir bedt om *å se til* at fremtidige anskaffelser ikke er til hinder for fremtidige flerregionale løsninger.

Også de regionale helseforetakene ønsker bedre ressursutnyttelse og ikke minst mulighet for bedre styring på grunnlag av økonomiske data.

I styresak 79-2002 i HN RHF, 11.oktober 2006 rapporteres det på gjennomførte tiltak. Det vises til at innføring av felles merkantile/administrative systemer med felles anskaffelse forvaltning og drift, var noe av det første HN RHF satset på.

HN sier også at det er bekymringsfullt at slike initiativer nasjonalt startes på et tidspunkt hvor grunninvesteringene er gjort. Jeg regner med at det her siktes til oppdraget Helse Sør RHF har fått med videre koordinering av felles administrative løsninger.

Samtidig som regionene har jobbet intenst med koordinering på administrativ side og med IT-drift, har de forholdt seg til nasjonale initiativ og strategier. Ikke rart at det sliter. Det regionale helseforetaket får tilbakemeldinger fra HFene om at tempoet er for høyt og nær foretakenes tålegrense med hensyn til de ressursene som har vært tilgjengelige.

I styresaken 79-2006 står det

”Realiseringen av prosjektene har således vært på grensen av hva som har vært mulig.”

Det tyder på en for dårlig strategisk styring, eller for liten mulighet for strategisk styring, fra de regionale helseforetakenes side, her representert ved HN, dersom de ikke makter å regulere forholdet til omverdenen slik at endringstempoet ikke blir ødeleggende for organisasjonen, ref. Marc Berg og Mintzberg.

Det er litt rart at det ikke kommer frem tilsvarende kritikk i møtereferatene fra Nasjonal IKT, men det kan hende at kritikken er formidlet på annen måte. I Nasjonal IKTs siste strategi, se

ovenfor, står det noe om at det har vært for høye ambisjoner, men det presenteres ingen problematisering av dette.

Etter hvert har de regionale helseforetakene etablert felles IKT driftsmiljøer. Helse Nord RHF har etablert Helse Nord IKT per 1.1 2006, Helse Midt-Norge har etablert HEMIT, Helse Vest RHF har etablert Helse Vest IKT og i Helse Sør-Øst har man Sykehuspartner. Sykehuspartner var etablert under Helse Sør RHF, og vil (i en viss grad) ivareta felles driftstjenester for Helse Sør-Øst RHF.

Her går jeg ikke inn på alle sider ved slike felles IKT-organisasjoner. Men en side er viktig – sykehusenes IT-ledere sitter igjen som ”bestillere”, men uten egne midler. Midlene går i stor utstrekning til de regionale felleseenhetene. (Eks. SykehusPartner.)

4.4.2 Underliggende tema

Det er et underliggende tema i tekstene som ikke får så stor oppmerksomhet, og det er behovet for og troen på verdien av styring og kontroll.

I Gudmund Hernes Mer Helse for Hver BIT, forordet, (Vedlegg 3) ramser man først opp behovet for informasjon om hver pasient for å kunne gjennomføre riktig behandling, tanker som også ligger til grunn for informasjonsdeling og ”kjernejournal”. Men man går videre:

”Og det holder ikke å vite noe om hver pasient, for sykdom springer ut av samliv, sosial omgang og smitteveier, sosiale vilkår og boligstandard, sosial organisering og belastninger. *Det er derfor bygget opp et enormt informasjonsapparat for å overvåke og varsle, telle og måle, rapportere og informere.*” (KBE: min kursiv)

Det er ikke bare hensynet til den enkelte pasient som er grunnlaget for utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ). I Nasjonal helseplan 2006 (St.meld.nr. 1 (2006-2007) finner vi:

”EPJ i sykehus gir også liten prosess- og beslutningstøtte for klinikerne og *lite styringsinformasjon for foretaksledelse og myndigheter.*” (KBE: min kursiv)

Det er kanskje lettere å telle meldinger enn å få god styringsinformasjon ut av skreddersydde oppslag i felles registre? De ulike interessene som påvirker utvikling av pasientjournal er underkommunisert. Det hadde vært konstruktivt med en oversiktlig interessentanalyse.

4.4.3 Tema med lavt prioriterte satsninger

Samhandling med pasienter og pårørende er et tema som stadig gjentas, men hvor det foreløpig er lite konkrete resultater. Hvem eier pasientinformasjonen og hvordan skal den gjøres tilgjengelig? Dette er ikke et medisinsk-etisk spørsmål, men et politisk spørsmål.

4.4.4 Fra meldingsformidling til informasjonsdeling

Det har vært et lite antall temaer som har gått igjen i strategiene, ref. Vedlegg 2.

Det har stort sett vært sammenfall av temaer i strategiene fra departementet og fra Nasjonal IKT. Man har hatt felles fokus på behov for samhandling på tvers, felles datagrunnlag, og standardisering av EPJ, selv om det kan være nyanser i begrepsbruken.

Temaer som har vært særegne for Nasjonal IKT er organisering av IKT i og mellom de regionale helseforetakene, standardisering av EPJ-løsninger samt felles systemarkitektur.

Departementet har hatt med seg temaer som utdanning, læring, kompetanseutvikling, innovasjon og forskning, noe om brukerorientering og noe om bedre oppgave- og funksjonsfordeling (langsiktig tiltak).

Området der det ikke har vært sammenfall, er på informasjonsdeling. Her har departementet/direktoratet tviholdt på en utveksling av informasjon via meldingsformidling, mens de regionale helseforetakene har hatt et ønske om å få fortgang i å fjerne juridiske hindre for informasjonsdeling. Det betyr ikke at man vil svekke personinformasjonssikkerheten. Departement/direktorat og Nasjonal IKT er enige i at teknologien gir gode muligheter for å ivareta dette.

HN RHF er et eksempel på et regionalt helseforetak som har ønsket utvikling av informasjonsdeling. Nasjonal IKT har som sagt vært tidlig ute med en satsning på kjernejournal.

Meldinger sendes fra system til system i et standardisert format. En ulempe er at disse formatene må innarbeides i de ulike EPJ-systemene. Man er avhengig av at leverandørene ser at dette vil være lønnsomt, og av at det enkelte helseforetak eller regionale helseforetak bestiller endringene. Mange mener at en meldingsbasert utvikling etter hvert vil bli svært tungvint. Dessuten vil samme informasjon lagres flere steder, både hos avsender og mottaker. Fordelen er at meldinger kan telles. Man kan se ut fra meldingene hvem som kommuniserer med hvem og om hva, basert på de ulike definerte meldingstypene. Dessuten finnes EPJ-systemene som de skal integreres i.

Kjernejournal-begrepet er ikke klart fastlagt. Det ser ut til at man for eksempel mener at man skal etablere felles tilgang til kritisk medisinsk informasjon, kjerneinformasjon. Men det kan også være et synonym for informasjonsdeling på bredere basis.

En av intervjupersonene sier om informasjonsdeling:

” Men det er klart at det i dag så er mye av denne kommunikasjonen basert på en meldingsformidling, jeg tror vel at man i fremtida når dette virkelig tar av, så vil det være nødvendig å dele informasjon på en annen måte enn at du jobber langs et meldingsformidlingsformat. Sånn at her vil vi nok se da både kjernejournaler og Min journal og Min side og mange navn på mye av samme tenkningen framover. Men i mitt bilde, så vil vi nok, tror at det er mest naturlig, jobbe mot at du har samlet informasjon ett sted og at man gjennom en lovregulert tilgangsstyring, sikrer at de som da har rett og behov har tilgang til disse dataene. På sikt vil vi nok se en felles nasjonal pasientjournal”

Noe som er interessant, er at departementet i sin nye strategi, Samspill 2.0, har lansert kjernejournal som egen satsning som forutsettes styrt av direktoratet.¹³ Samtidig sier en av mine intervjupersoner:

”(Viser til prosjekt i England)...satsninger som xxxx gjorde for noen år siden, og vi snakker om noen millioner pund. De laget et system for hele helsesektoren. Det falt så pladask det kunne, nettopp fordi det var så sentralt drevet, uten å skjønne hvordan sektoren fungerte, uten at de skjønte brukernes behov, det er veldig klassisk!”

4.4.5 Informasjon og synspunkter på styring i strategiene

Her tar jeg med programerklæring om styring fra departementets siste strategi, den viser utviklingen og hva man mener nå:

”Nasjonal styring på IKT-feltet – både generelt, men også innen helse og omsorg spesielt – har tidligere basert seg på bruk av ”myke” virkemidler som anbefalte standarder og bruk av stimuleringsmidler. Klimaet har nå endret seg, og både aktørene selv (28), politikere og helse- og omsorgsmyndighetene (26-27) forventer og ønsker tydeligere styring i ønsket retning. Dette kan gjøres i form av krav og pålegg, men det kan også være nødvendig med større tydelighet og forutsigbarhet knyttet til nasjonale mål samt sterkere koordinering og samkjøring innen kritiske prioriterte områder.”

Det slår meg at det mangler refleksjon omkring hvorfor styringen ikke har hatt ønsket effekt. Man går bare ut fra at den ikke har vært sterk nok.

4.5 Hva skjer i RHFene?

4.5.1 Helse Nord RHF

I dette kapitlet ser jeg nærmere på hva som skjer i noen av RHFene. Finnes det spor av de nasjonale og felles strategiene i IT-strategiene i det enkelte regionale helseforetak? Og finner vi spor av prosessene ved det enkelte helseforetak og hva skjer der? Jeg bruker styredokumentasjon fra HN RHF for å belyse det første spørsmålet, og intervjuer (fra et annet RHF) for å gi et eksempel på det siste.

Det foregår mange strategiprosesser i et relativt kort tidsrom får Helse Nord RHF i 2002. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren presenteres i januar. Hit & Run-arbeidet starter i januar og er ferdig i slutten av mai. Samtidig foregår det en lokal prosess med anskaffelse av nytt regnskapssystem i HN. I tråd med Hit & Run, som blant annet vektlegger etablering av Norsk Helsenett, fortsetter HN arbeidet med Nord-Norsk helsenett. Både tilslutning til Nord-Norsk Helsenett og valg av anskaffelsesprosedyre for nytt økonomisystem (hasteprosedyre) behandles på styremøte i HN RHF 30. april. På samme møte behandles utkast til strategi for HN RHF. Dette skal bli behandlet en gang til, 22. mai, for så å bli vedtatt 12. desember.

¹³ Kjernejournal er ikke egentlig tema for denne oppgaven. Anders Grimsmo ved Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) ved NTNU har jobbet med temaet og skrevet utredninger (blant annet for Nasjonal IKT) og presentasjoner.

Arbeidet med IT-strategi foregår også på vårparten, i perioden april-juni (IT-strategien er datert juni 2002), så dette arbeidet har foregått i samme periode som arbeidet med Hit & Run og foretaksstrategien, selv om IT-strategien formelt blir vedtatt først i styremøte 28. august.

	J-F	M-A	M-J	J-A	S-O	N-D
Si@!	--X					
Hit & Run	-----	X			
Nord-Norsk Helsenett	X				
Innkjøp økonomisyst.		.. X				
Foretaksstrategi	X	--- X			
IT-strategi		-----X			
IT handl.plan 2003-05			X	-----	X

Figur 10: Strategiprosesser i Helse Nord RHF 2002

Si@! hadde en naturlig begrensning i at den ikke så på forhold internt i en enkelt virksomhet. Den omhandler videre kun statlig initierte tiltak, tiltak som skal gjennomføres i samarbeid med andre aktører og som man ser for seg vil støtte en ønsket utvikling i sektoren. Det uttrykkes ikke noe pålegg til de regionale helseforetakene i denne strategien. Det er likevel verdt å merke seg at satsningen for elektronisk samarbeid i sektoren forutsettes å være *meldingsbasert*. Fire satsninger innenfor elektronisk samhandling beskrives, hvorav den første er:

”Standardisering av viktige meldinger og elektroniske pasientjournaler, og oppfølgingsaktiviteter i forhold til standardiserte løsninger.”

Det går for langt her å gjengi alle tiltak som er nedfelt i strategien. Men her nevnes noen sentrale tiltak:

- Bred spredning av standardiserte meldingsformater for henvisning og epikrise i 2001
Meldingsstandarder for elektronisk overføring av pasientjournal ved skifte av fastlege
- Utgi standard for elektronisk pasientjournal og videreføre samarbeidet med leverandørene for å få standarden implementert (KBE: Dette er mer en arkivstandard enn en gjennfinningsstandard og er beregnet på å erstatte papirjournaler. Dagens elektroniske pasientjournalssystemer er mer avanserte.)

Samtidig vil man vurdere strategi for fremtidig videreutvikling av journalsystemer og modeller for delte pasientjournaler i helsenettet.

Vi ser at det ligger signaler om bruk av meldingsformidling, men ikke noe direkte pålegg. Dette, kan man få inntrykk av, er først og fremst tiltak som skal gjennomføres i regi av departementet. I Gjennomføringsplan for Si@!, Status og videre planer per første halvår 2001,

meldes det at det i forbindelse med Helsenet er etablert en meldingsformidlingsentral med prøvedrift i Helse Midt-Norge. I avsnittet for elektronisk samhandling er Storskala utbredelse av elektronisk samhandling satt opp som mål. Som delmål angis:

- Tilrettelegging av elektronisk henvisning og epikrise mellom sykehus og legekantor
- Innen utgangen av 2003 skal det meste av helsevesenets informasjonsutveksling med trygdeetaten foregå elektronisk
- Alle ekspederte resepter skal innrapporteres elektronisk til et sentralt legemiddelregister
- Det skal tilrettelegges for elektronisk innrapportering til sentrale helseregistre og samhandling med sentrale rapporteringssystemer.

I dag vet vi at dette var alt for ambisiøse mål.

Hit & Run hadde ingen ting om elektronisk meldingsformidling. Nasjonalt helsenet var prioritert. Her gjaldt det å få fart i de regionene det ikke var etablert regionalt nett og bringe alle regionene opp på samme nivå. Kommunikasjonsløsninger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten var et av prosjektene, men dette dreide seg mer om oppkopling enn om innholdet. Gitt at ikke alle regionale nett var på plass, kan man tro at kommunikasjon mellom sykehus og primærhelsetjenesten i alle fall vill være innenfor en region.

Foretaksstrategien "Helse Nord – Forbedring gjennom samarbeid" satser på at regionen skal ha en tydelig nordnorsk profil ("Helse i Nord der vi bor") og hovedstrategien er samarbeid mellom enheter og mellom nivåer. Samarbeid med primærhelsetjenesten er ett av de strategiske satsningene, men satsningen er et mest mulig sømløst helsevesen innen regionen. Under egen overskrift om Informasjonsteknologi og telemedisin ser man IKT som et verktøy som kan bidra til å knytte regionen sammen. Målsettingen er at Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk informasjonsteknologi som verktøy for å bedre tilgjengelighet og arbeidsflyt, samarbeid og effektivitet.

IT-strategien foreligger i dokument juni 2002 og behandles i styremøte 28. august. Selve styrefremlegget er svært sparsomt med å angi mål eller hvordan de skal nås, kun IT-visjonen og fire satsningsområder.

"Helse Nord RHF trenger en IT-visjon som

- Understøtter pasientflyt, arbeidsflyt og informasjonsflyt
 - ⇒ innen det enkelte sykehus
 - ⇒ mellom sykehusene i Helse Nord
 - ⇒ mellom sykehus og PH
 - ⇒ mellom helsetjenesten og pasientene
- Sikrer god anvendelse og organisering av tilgjengelig IT-kompetanse"

Satsningen dreier seg særlig om felles drift og forvaltning. Det er egentlig lite å finne av konkretisering. Man nevner som én av flere begrunnelser for standardisering og harmonisering av systemporteføljen at dette vil være en fordel med hensyn til integrasjon.

"Desto mer harmonisert applikasjonsporteføljen er, desto færre ulike integrasjonsløsninger må fremskaffes og vedlikeholdes."

Går vi til selve strategidokumentet finner vi mer om hvordan man ser for seg at understøttelse av pasientflyt, arbeidsflyt og informasjonsflyt skal tilrettelegges. Man går i mot informasjonsdeling basert på meldingsutveksling og for informasjonsdeling gjennom bruk av felles systemer og presentasjon av informasjonen gjennom innholdsportaler. Man sier rett ut:

”Dette (KBE: informasjonsdeling) kan løses ved å definere behov for informasjonsutveksling og lage meldinger for å sende informasjon mellom de ulike systemer. *Det vil imidlertid på sikt bli et uoversiktlig og kostbart løp fordi det er mange ulike aktører med kompliserte informasjonsbehov.*” (KBE: Min kursiv.)

I stedet ønsker man en modell der kliniske og administrative kjernesystemer deles av flere aktører og der informasjonen kan hentes frem, skreddersydd for ulike behov. (Dette er det samme prinsippet som Rikshospitalet har gjennomført.¹⁴) Man ser for seg at systemene leverer informasjon til felles databaser og at informasjonen presenteres gjennom en innholdsportal beregnet på allmennleger og en portal beregnet på pasientene. Det presiseres at dette er en langsiktig målsetting, men at den skal være retningsgivende for det videre arbeidet. Man ser for seg at forhold omkring sikkerhet (KBE: regelverk) og tilgjengelige produkter skal avklares gjennom ”en aktiv og løsningsorientert dialog med myndigheter og leverandører”.

Når vi ser på den videre utviklingen med sterk sentral fokus på meldingsutveksling, kan vi tolke situasjonen på (minst) to måter; enten at man her skulle ha tilpasset seg signalene fra eierdepartementet på en bedre måte, eller at her greier sannelig departementet å spenne ben under den regionale satsningen allerede fra starten av ved at man ikke gjør de nødvendige regelverksendringer som skal til for å kunne gjennomføre en slik løsning.

Jeg vet ikke om et tilsynelatende skisma mellom satsning på felles databaser og innholdsportaler kontra meldingsbasert utvikling er medvirkende til at departementet griper inn med sterkere sentral styring gjennom initiativet Nasjonal IKT. Men i Nasjonal IKTs overordnede IKT-strategi for de regionale helseforetakene, som får tilslutning i HN RHF's styremøte 10. mars 2004, heter det, under hovedmålene for elektronisk samarbeid:

” For å nå disse målene vil RHFene sammen:
- Arbeide for at helseforetakene *i økende grad tar i bruk elektronisk meldingsutveksling* (KBE: Min kursiv) mellom helseforetak og primærhelsetjenesten og mellom helseforetak og andre samarbeidsparter.”

I denne oppgaven har jeg ikke gått veldig dypt inn i om valg av meldingsbasert kommunikasjon har hatt betydning for den langsomme progresjonen i elektronisk samhandling i sektoren. Det er heller ikke slik at den ene løsningen utelukker den andre. Men, man kunne ønsket seg at man etablerte en sektor-arkitektur der man viste hvordan henholdsvis meldingsformidling og informasjonsdeling på hver sin måte forutsettes å bidra til måloppnåelse.

Mot slutten av 2006, i styremøte 11. oktober, styresak 79-2006 IT-strategi i Helse-Nord – Status ved utløpet av strategiprosessen, går HN RHF nærmere inn på hva man har fått til og ikke fått til og årsakssammenhengene. Det vises til hovedsakelig to grunner til at målet om felles informasjon lagret i sentrale databaser og tilgjengeliggjort gjennom

¹⁴ Ref. Oracle Magazine Norge, Oracle Norge, nr. 2 2007.

informasjonsportaler, ikke er realisert. For det første har infrastrukturen ikke vært tilstrekkelig sikker og for det andre har det (og er det) begrensninger i dagens regelverk.

”I lover og forskrifter er det enkelte helseforetak definert som ansvarlig for egen pasientsensitiv informasjon, og denne kan kun deles med andre gjennom en aktiv utlevering. Det betyr at ansatte innenfor ett helseforetak ikke kan hente pasientinformasjon direkte fra et annet helseforetak, men denne utleveringen må basere seg på samtykke og aktiv utlevering fra avleverende helseforetak.”

HN RHF har ikke gitt opp sitt mål. De viser til at de har prøvd å legge til rette for en senere fellesløsning ved at det er valgt samme type pasientjournalssystemer (EPJ/PAS¹⁵). Det betyr ikke at de benytter ett felles system, men at systemanskaffelsene er koordinert slik at dette skal være mulig på et senere tidspunkt. Selv om det er valgt samme system, betyr det heller ikke at systemene er ”like”. Det kan dreie seg om ulike versjoner og ulik konfigurering av systemene.

Man venter på at en lovendring skal gjøre strategien mulig.

”Imidlertid er Administrerende Direktør usikker på Helse- og omsorgsdepartementets fremdriftsplan for arbeidet.”

Det vises videre til at departementet har gitt stadig sterkere nasjonale føringer for utviklingen. HN RHF har sluttet seg til Nasjonal IKTs strategier og bidratt til realiseringen av målene i disse. Nå bekymrer man seg for at fokus i for stor grad vil ligge på å løfte alle regionene opp på et felles nivå og at det eventuelt vil være for få frihetsgrader for å tilfredsstille HN RHF's egne behov.

4.5.2 Et lite mellomspill om regelverksendring

Litt om meldingsutveksling versus andre måter å utveksle informasjon på finner vi i møtoreferat fra Nasjonal IKT, Prosjekteierforum 16.8.2006. I forbindelse med høringsuttalelser til utredning om langsiktig organisering av IKT-området, uttrykker Universitetssykehuset i Nord-Norge og Sykehuset i Vestfold skepsis til meldingsutveksling som hovedmetode for elektronisk samhandling. Man mener at Nasjonal IKT må være tydelig i retning av kjernejournal. I referatet fra samme møte vises også til diskusjon om Gjennomføringsplan 2007 (KBE: Si@!). Saken gjelder forslag til samarbeid mellom direktoratet og Nasjonal IKT og hvordan prosessen skulle være for å komme frem til et omforent dokument. Også her ble det vist til behovet for å se på kjernejournal som en mulig fremtidig løsning.

I S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2007, vises det til at juridiske forhold har vært et aktuelt tema i hele strategiperioden. Konfidensialitet har stått mot tilgjengelighet. Det vises til at dagens lovverk og praktisering kan være et hinder for effektiv informasjonsutveksling. Nasjonal IKT er bedt om å utrede en rekke forhold knyttet til bruk av elektronisk pasientjournal og til behovet for utveksling av informasjon internt i og mellom helseforetak. Dette arbeidet skal danne grunnlaget for en nærmere vurdering om det er behov for regelendringer. Det presiseres:

¹⁵ EPJ – elektronisk pasientjournal

PAS – Pasientadministrativt system. det vises til at man vil være varsom med å si at systemene er like, i og med at det har vært rom for lokale tilpasninger.

”Det er SHdir som skal gjøre denne vurderingen. Forslag skal oversendes HOD i begynnelsen av 2007.”

Nasjonal IKT behandler fremover særlig to saker som har betydning for metode for elektronisk samhandling; forslag om nasjonal Systemarkitektur (møte 24.5.2007) og arbeidet med problemstillinger omkring Kjernejournal (møte 30.8.2007). I arkitekturarbeidet bytter man ut Portal-begrepet med Presentasjonslag. (Dette er for øvrig helt i tråd med begrepet som Rikshospitalet har benyttet i flere år.) Det vises til mange oppgaver som skal løses og behovet for koordinering. Det vises til at arbeidet omkring kjernejournal også har implikasjoner for arkitekturarbeidet.

Videre ser man at temaet Kjernejournal kan tenkes å ha en høyere plass på den politiske agenda fremover. Det vil være et profilert tema i den nye Samspill-planen. Det foreslås at Nasjonal IKT og direktoratet sammen sonderer dette med den politiske ledelsen før et prosjekt settes i gang. Det sies at Nasjonal IKT absolutt bør ha en førende rolle i det videre arbeidet med kjernejournal og at dette bør ses på som et skritt på veien *fra meldingsutveksling til informasjonsdeling*.

I Prosjekteierforum 7.11.2007 presenterer direktoratet utdrag fra den nye Samspill-planen som er under arbeid. Det bebudede ”Meldingsløftet” drøftes. SHdir vil benytte satsningsmidler til dette og direktoratet ønsker å sette opp et (nytt) koordinerende organ i forbindelse med dette. Som lese i ettertid, gjør jeg meg tanker om hvordan dette ble mottatt av Nasjonal IKT og de regionale helseforetakene. Er ikke Nasjonal IKT nettopp et koordinerende organ? Hva skal man med flere? Vi forstår at dette vil være nødvendig for å innlemme kommunehelsetjenesten i den elektroniske samhandlingskjeden.

Tilbakemeldingen fra Nasjonal IKT til SHdir var at det er behov for koordinering av de myndighetspålagte kravene som har IKT-konsekvenser.

”Disse er ikke koordinerte i tid, tar ikke høyde for implementeringsomfanget, tar ikke høyde for innføringskostnader, henger ikke nødvendigvis sammen med sektorens arkitektur eller avtalte standarder etc. Å håndtere disse på en samlet og strukturert (måte) og se den i sammenheng i tråd med ønsket arkitektur (KBE: Min kursiv), vil gi store gevinster for sektoren.”

I møte i samme forum 30. januar 2008 har direktoratet også ”tilranet seg” kjernejournal-området. Det refereres at mandatet ikke er ferdigstilt, men at en ser for seg to delprosjekter, et for primærhelsetjenesten og et for spesialisthelsetjenesten. Nasjonal IKT vil ha en sentral rolle i delprosjektet for spesialisthelsetjenesten. Prosjekteierforum tar saken til orientering.

4.5.3 Svarer Samspill 2.0 på HN RHF's behov?

Samspill 2.0 presenteres som tidligere nevnt 28. april 2008. Innsatsområde 5 er Tilgang til pasientinformasjon – kjernejournal, tilgang på tvers av virksomheter m.m. her sies det at ny teknologi nå gjør det mulig å utveksle informasjon raskere og billigere enn tidligere, og at økt behov for tilgang til pasientinformasjon på tvers av helse- og omsorgstjenestene bidrar til ønsket om å ta i bruk nødvendig teknologi for å dekke behovene. Det vises til flere mulige måter å løse dette på. Man kan sats på en sentralt lagret ”kjernejournal” eller man kan gi tilgang direkte til originalsystemet der informasjonen ble lagret (lokalt). Fremstillingen er litt uryddig og ispedd det nye mantraet ”kjernejournal”.

Man innrømmer at fremtiden vil bestå av ulike kommunikasjonsløsninger.

”Meldingsutveksling, kjernejournal, pasientindex, forløpsjournal og direkte tilgang til informasjon kan dekke ulike behov.”

En av tiltakene er å

”Utrede og foreslå nødvendige lovendringer som gjør at informasjon kan deles eller gjøres tilgjengelig for behandlende helsepersonell i og mellom helseforetak, i og mellom private sykehus, mellom private sykehus og helseforetak, i og mellom kommuner, i og mellom kommuner og helseforetak og private sykehus og fastleger.”

Men her, som i andre sentrale initiativer, skal man sørge for en standardisering av innhold og struktur, og deretter etablere en nasjonal løsning.

Om dette svarer på HN RHFes visjon eller Nasjonal IKTs ønsker, vet jeg ikke nok om.

4.6 Fortellinger fra HFene – de lokale heltene

I dette kapitlet henter jeg eksempler fra et par større helseforetak. Det er en direktør og to IT-sjefer som snakker. Andre aktører som er intervjuet uttaler seg også om forhold i lokale helseforetak, og jeg tar med uttalelser som viser hvordan visse konflikter oppfattes fra utsiden av de aktuelle helseforetakene.

4.6.1 Forskjell på strategi for regionen og det enkelte helseforetak

Dette underkapitlet er basert på intervju med direktør for et større helseforetak. Man har kanskje en forestilling av at strategier som legges på et overordnet nivå har direkte føringer for det enkelte helseforetaks egen IT-strategi. Det er ikke nødvendigvis slik. Nasjonale og felles regionale strategier oppfattes å ha betydning for sektoren som sådan, men ikke konkret for det enkelte helseforetak.

”Det er ikke det statlige, ikke departementet eller RHFet som har størst innflytelse på vår IT-strategi.”

Overordnede mål og strategier på IT-siden må harmoniseres med helseforetakets øvrige behov. Man ser absolutt behovet for felles EPJ-systemer, men man må innføre systemene i sitt eget tempo. Men det som betyr noe, er å komme sammen med de andre helseforetakene og se hva de har gjort og på det viset få et innblikk i hvor langt man er kommet selv i sammenlikning.

”Når vi skal lage strategier, kan vi ta hensyn til hvilke strategier RHFet har og også de andre sykehusene.”

Jeg spør om direktøren føler at elementer i strategien blir tvunget på sykehuset.

”Nei, det gjør jeg ikke! Men, det er vanskelig å velge et annet pasientadministrativt system enn de andre sykehusene, for eksempel DIPS. Sykehus x har noe helt annet, men det hemmer pasienteffektivitet og sikkerhet. Sykehusene blir mer og mer funksjons- og oppgavefordelt, og vi flytter pasienter oss i mellom. Hvis vi ikke kan kommunisere

elektronisk med pasientjournalen på eget nett, så hemmer det effektiviteten og sikkerheten for pasienten, og sånn sett blir det førende i strategien for hvilke leverandører vi bruker. Men det påvirker ikke strategien, i forhold til hvor vi skal begynne og hvor vi skal være om 5 år. Vi har en strategisk plan for sykehuset, en 5-årsplan, og så har vi en egen IT-strategi som er under denne.”

”Helseforetakene er selvstendige rettssubjekt, så de selvstendige vurderinger vi har tatt har vært viktige for oss.” ”Men akkurat når det gjelder valget av DIPS har de andre sykehusene hatt stor påvirkning. Vi investerte 100 millioner bare på IT-siden for å ta DIPS i bruk. Servere, kabling, skjermer, det ene fører til det andre.”

Den store investeringen i IT-plattform som skulle til for at organisasjonen kunne ta i bruk DIPS er et eksempel på hva som ofte må til i en situasjon for å skape *alignment* mellom strategi og virkelighet. Det viser at det kan være store forskjeller mellom de enkelte helseforetaks forutsetninger for å ta i bruk systemer som inngår i overordnede strategier.

Et annet forhold som disse brokkene av intervjuet viser, er at det er ulike oppfatninger om styringsmodellen og rollene for henholdsvis regionalt og lokalt helseforetak. Selv om flere sentrale styringsdokumenter har slått fast at det regionale helseforetaket bør styre regionen som konsern, er dette fremdeles i 2007 dårlig forankret i det lokale helseforetaket.

Behovet i den operative driften er førende for helseforetaket. Den andre sykehusdirektøren jeg intervjuet hadde samme holdning.

” Departementet vet jo ikke hva de skal styre etter. De tror de kan styre sykehus som fabrikker, men det kan de ikke.”

4.6.2 Om gevinstrealisering

Finansiering av utviklingstiltakene oppleves å være et problem, eller rettere sagt, at lån fra RHFet til utviklingstiltak skal tilbakebetales.

”Tidligere var det fullfinansiert fra kommunen eller staten, men nå låner vi penger, så vi må selv finansiere. Vi ikke bare effektiviserer bedriften, men vi må effektivisere driften for å kunne ta opp lån og kunne betale tilbake.” ”Det som har vært et problem i lederskapet i sykehusene i årevis, er at den medisinske, teknologiske og behandlingsmessige utviklingen går så fort, men vi som ledere er alltid 5 år etter med å organisere sykehusene. Det skaper også frustrasjon.” ” Hvis vi har det personaladministrative systemet på plass,...,så kunne jeg halvere staben som jobber med administrative systemer, og det er alle veldig klar over. Men det betyr, at når jeg skal halvere, skal jeg nedbemanne, og da kommer det skrik, ikke bare fra fagforeningen og ansatte, men også fra dem som krever budsjett i balanse. Det er et dobbelt budskap.”

”Jeg kan ikke påstå at helsereformen har påvirket IT-utviklingen, men ved større fokus på økonomisk styring og effektivitet har man satt i gang større fokus på gevinstrealisering i forhold til IKT-bruk. At man skal ”kunne ha kortere rapporteringstid” eller ”vi kan bruke tiden på” – det er for svakt, det er den gamle kommunale måten. Vi sier ”forkorte tiden for rapport for hver sykepleier på 10 minutter”. Det betyr at man skal spare 8 timer hvert døgn, det betyr at vi kan trekke ut en halv stilling. Det er det vi begynner å gjøre, men det er først nå.”

4.6.3 Styringsstrukturen internt i helseforetaket

Styring av IT går veien via investeringsutvalg og et programstyre for IT. Programstyret for IT fungerer løpende, der blir IT-behovene drøftet. ”I programstyret sitter folk fra alle klinikkene og det er der man går gjennom alle behovene, innmeldte behov og ønsker, der skal man også ha konsekvensanalyser i forhold til investeringer og konsekvenser i forhold til driften.” I investeringsutvalget må IKT konkurrere med andre investeringsbehov, behov for oppgradering av bygninger, kjøp av medisinsk-teknisk utstyr osv.

”Og når beslutningen er tatt i investeringsutvalget, går vi gjennom det i sykehusledelsen, og så blir beslutning tatt om fordeling og forankret i styret.” ”Og når man har sagt ”go” i forhold til for eksempel sykepleiemodulen eller dokumentasjonen innen DIPS, først da får IKT-avdelingen sitt budsjett.”

Min forståelse av situasjonen er at det ikke foregår noen aktivitet internt i sykehuset for å vurdere en regional eller overordnet IT-strategi. Derimot arbeides det systematisk med en harmonisering av mål internt og med forankring av utviklingsaktiviteter på IT-siden.

4.6.4 IT-sjefens klage

Lokal helt

IT-sjefen som forteller her har nettopp sluttet i jobben. Han har vært svært involvert i sin jobb og ser seg selv som vellykket i forhold til den jobben han har gjort.

”Da jeg kom inn som IT-direktør, hadde man ikke noen enhetlige systemer. Det var masse gamle systemer som ikke hang sammen, gammel teknologi, mange gamle PCer, ingen strategi og ingen taktiske planer. Vi gjorde en gangske grundig jobb med kartlegging, etablerte en strategi, skapte endringer i ledergruppa og har i de siste årene hatt et veldig konkret og ekspansivt løp som gikk på å fornye all infrastruktur, konsolidere systemene og få opp, hva skal vi si,..en del moderne ting, da, som kanskje ikke så mange andre sykehus hadde. Vi har gått fra å være helt sist til å på visse områder være helt først.”

Uklar styringsmodell

Intervjuet viser hva slags konflikter som er aktuelle innenfor regionale helseforetak.

”Ledelsen i RHFet sier det rett ut, at de er et konsern og driver konsernstyring. Men sånn er det jo ingen sykehusdirektør som oppfatter det. <Navn> modererer det litt og sier at det står i mandatet at de skal drive på konsernliknende måte....., det kan jo bety mye rart, da. Det blir veldig vagt. Man har stått i plenumsmøte og sagt at vi er konsern og at vi styrer etter konsern. Og det er klart, at hvis <Navn> mener at han kan gi konkrete retningslinjer til meg, og på en måte beordre meg til å gjøre forskjellige ting, så mener min direktør at det kan han ikke, og at vi er selvstendige enheter. Da har du grunnlag for konflikt. Mitt råd til RHF-ledelsen er at man må avklare styringsmodellen og tydeliggjøre den.”

I intervjuet med departementet ble forholdet mellom RHF og HF berørt:

”Konsernstyring betyr at man styrer de regionale helseforetakene, gir de instruks gjennom foretaksmøtet.”

”Når vi gir beskjed gjennom foretaksmøtet på IKT, så er det jo klar beskjed til de regionale helseforetakene at de skal instruere sine IT-direktører både i det regionale helseforetaket og i helseforetakene til å gjøre det som står i foretaksdokumentet. Det er ikke snakk om å spørre..., beskjeden er at de skal gjøre det som står der. Og da har de regionale helseforetakene myndighet til å instruere helseregionen til å gjøre det som står i foretaksdokumentene.”

”Vi må også erkjenne følgende: Man gjør som man vil her i landet, det er noe med at man sitter og er småkonger i egne helseforetak også, slik har det vært en sport fra fylkeskommunenes tid. Hver fylkeskommune hadde som sport å anskaffe system forskjellig fra alle de andre og sykehusene hadde også som sport å anskaffe et system som var forskjellig fra det som legen borti gangen hadde.”

”Og hvis noen slutter fordi de synes det er for vanskelig, så er det kanskje en riktig opplevelse, for friheten er blitt noe mindre.”

Og representanten for direktoratet:

”Og det er også slik i helsesektoren at det er mange småkonger i IT i helsesektoren som er vant til å være småkonger og har styrt selv, og det er klart at hvis de er nødt til å innrette seg klarere og tydeligere regimer, kan det vel hende at de føler de ikke blir hørt. Men det kan også være at de blir overhørt, at de ikke har fått gjennomslag.”

Helter og skurker - Ingen medvirkning på det regionale nivået

IT-sjefen nevner at det ikke bare er han som har sluttet. han nevner to andre IT-sjefer som nylig er sluttet innenfor samme region og at det er flere som vurderer å slutte. Det har vært en konkret misnøye med hvordan IT-funksjonen på regionalt nivå har styrt. Man er omforent om målene, men mener at man ikke blir hørt eller tatt med på utviklingen, det ”er en ovenfra og ned-styring”.

”Hadde man samlet IT-sjefene rundt et bord og sagt at ”Hør her, vi skal behandle pasienter på den beste måten i verden! Hva trenger jeg? Hva trenger dere? Kan vi få til dette sammen?” da hadde vi hoppet på dette, det hadde vært perfekt å jobbe slik. I stedet inntar man en ovenfra- og ned-holdning og sier at ”Det dere gjør er egentlig uviktig! Vi skal gjøre sånn!” Hele approachen er feil.”

”IT-direktørene ble opplevd som litt plagsomme, tror jeg. Man synes det er helt greit at vi slutter. I hodet sitt har <Navn> en indre plan, en visjon som er hans personlige visjon om hvordan ting skal gjøres, og det er det han ønsker å få gjennomført. Så klarer vi ikke å kommunisere og han klarer ikke å kommunisere en plan til oss. Vi er rett og slett uenige med ham, og så blir det helt feil. Først skulle han forholde seg til IT-direktørene, og så gikk det ikke så bra, vi var veldig mye uenige, vi hadde andre innspill, og så tok han ikke de innspillene med seg slik man sa.”

Det ble skrevet brev til den regionale direktøren. Da opphørte kontakten mellom IT-direktørene og RHF-ledelsen. Konflikten eskalerte; man begynte med formøter og laget innstillinger til sykehusdirektørene. Så opplevde man at saksunderlagene ikke ble sendt ut på forhånd.

”Nå forholder han seg bare til styret i det regionale helseforetaket.”

”Men slik opplever jeg mange situasjoner der regionen er bøllete i maktbruken, så det var nok hovedgrunnen til at jeg trakk meg ut. IT er mitt fag og helse synes jeg er fryktelig interessant både som innbygger og fagperson, en fryktelig interessant sektor å jobbe i, så jeg savner det litt, jeg gjør det.”

”Vi hadde en IT-strategi som gikk ut 2007 og som vi fullførte med veldig bra resultater. Så i juni 2007 ringer jeg opp til RHFet og sier at vi må sette i gang med et nytt løp og da er jeg avhengig av å se deres IT-strategi for å sørge for at vi ikke går i konflikt med dem. Da fikk vi vite at de ikke har noen IT-strategi lenger, den skulle inkorporeres i forretningsstrategien. Så spurte jeg om å få se forretningsstrategien, men det hadde de heller ikke. Da har vi stått litt på bar bakke og tenkt litt på hva kan vi gjøre nå? Uansett hva vi gjør vil det bli litt feil. Vi har rett og slett ikke etablert en ny IKT-strategi for sykehuset.”

Mens de regionale og nasjonale fanebærerene stormer frem ”La oss gå! Andiamo!”, segner den lokal helten sammen med hendene trykket mot brystet mens han stønner ”Jeg dør! Jeg dør!”

4.7 En liten oppsummering

4.7.1 Oppsummering for de ulike nivåene

Noen observasjoner fra materialet kan oppsummeres per nivå i styringsstrukturen:

Departementet

- År for år er det blitt stadig sterkere og mer detaljert styring av helseforetakene
- År for år slås det fast at det er behov for sterkere styring. Det er ingen refleksjon omkring hvorvidt sterkere styring er svaret.
- År for år er det blitt stadig sterkere myndighetsfokus på helsenett og meldingsbasert informasjonsutveksling.
- Det er en sterk styring i retning av mer koordinering av administrative funksjoner og bruk av samme/felles systemer.
- Man har i det lengste unnlatt å utrede muligheter eller å legge til rette for bruk av felles pasientdatabaser.
- Ulike myndighetspålagte krav er lite koordinerte

Regionale helseforetak

- Det er gjort store anstrengelser i de regionale helseforetakene for å få en bedre koordinering på administrativ side.
- De regionale helseforetakene opplever et stort endringstrykk generelt, ”på tålegrensen”.

- Skuffelse i noen av de regionale helseforetakene over at det ikke legges til rette for informasjonsdeling ved bruk av felles databaser
- Styringsmodellen i de regionale helseforetakene er konsernmodellen, men dette er for dårlig formidlet nedover til og i helseforetakene. Muligens har man heller ikke gjort tilstrekkelig organisatoriske tilpasninger i form av å etablere nødvendige samhandlingsmekanismer mellom RHFet og HFene for å understøtte modellen.
- Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonal IKT har slitt noe med å finne tonen. Det sentrale kjernejournalprosjektet som har vært etterlyst lenge blir nå kjørt i regi av direktoratet, selv om temaet er vokst frem under engasjement fra Nasjonal IKT.

Helseforetak

- Det er styring i retning av at helseforetakene skal ta i bruk samme elektroniske pasientjournalssystem.
- Det er store infrastrukturkostnader ved å ta i bruk et pasientjournalssystem.
- Det er lite fokus på og for liten støtte til å ta ut gevinster.
- Styringsmodellen i de regionale helseforetakene er konsernmodellen, men dette er for dårlig formidlet nedover til og i helseforetakene.
- IT-prosjekter harmoniseres med andre satsninger og man har mekanismer for forankring
- IT-sjefer i store sykehus føler seg satt på sidelinjen i forhold til RHFet
- IT bestillerfunksjonen i helseforetak der drift og utvikling er sentralisert, oppfattes å være meningsløs, og flere IT-sjefer tenker på å slutte.

4.7.2 Noe om EPJ fra strategiene

I "Si@!" fra 2001, setter man som mål at "innen en periode på 3-5 år skal alle sykehus i landet ha tatt i bruk elektroniske pasientjournaler". I samme dokument setter man som mål at "Grunnleggende generell standard for elektronisk pasientjournal (EPJ) skal utgis sommeren 2001". Det betyr at man forventer at alle sykehus skal enten gå over til elektronisk EPJ eller anskaffe ny versjon i løpet av 3-5 år. I dette inngår implisitt at aktuelle leverandører skal ha tilpasset sine systemer til den generelle kravspesifikasjonen som skal utgis. I løpet av 5 år skal leverandørene tilpasse/videreutvikle sine systemer, helseforetakene skal utlyse konkurranse og kjøpe system, innføring av nytt system i organisasjonen skal harmoniseres med øvrige investeringsbehov og man skal foreta en harmonisering av infrastruktur, rutiner osv.

I S@mspill 2007 (2004-2007) står det ikke noe om tilsvarende mål. Her stiller man som krav at "Det skal utarbeides en EPJ-strategi som definerer retning og tempo for de gjenstående deler av EPJ-innføring nasjonalt. Strategien må bygge på et solid kunnskapsgrunnlag, bestående av helsefaglig, teknologisk og organisasjonsfaglig kompetanse".

I gjennomføringsplanen for 2005 viser man til at det våren 2005 skal gjennomføres et arbeid med videre EPJ-utvikling i Norge. Gjennomføringsplanen viser også at de fleste regionale helseforetak er i ferd med å innføre felles EPJ-systemer. En region har felles regional drift av EPJ (KBE: men det sies ikke om det er samme system) og tre arbeider med overgang til samme type system for alle helseforetak i regionen.

I statusbeskrivelsene gis det ikke konkrete tall for hvor mange av helseforetakene som har innført elektronisk pasientjournal. I 2004 har ”de fleste” helseforetak elektroniske pasientjournaler,” men funksjonaliteten utnyttes ikke fullt ut.” Det rapporteres også at det er behov for en bedre integrasjon mellom EPJ og mange ulike fagsystemer internt i helseforetak.

I gjennomføringsplanen for 2006 settes det som mål at man skal gjennomgå det juridiske grunnlaget og betingelsene for informasjonsdeling på avgrensede områder (KBE: dvs tilgang til pasientinformasjon innen og på tvers av helseforetak osv). I gjennomføringsplanen for 2007 vil man følge opp dette arbeidet samt at man har fått en større fokus på pasientflyt og arbeidsprosesser. Dvs at man orienterer seg noe vekk fra elektronisk journal som kopi av papirjournalen og dreier over mot behovet knyttet til de ulike arbeidsprosessene. Utfordringen med integrasjon med fagsystemer gjentas.

Nasjonal IKTs strategiplan fra januar 2004 problematiserer innføring av EPJ:

”Dagens EPJ-systemer i helseforetak er i liten grad basert på standardiserte krav regionalt og nasjonalt. Systemene som er i bruk på norske sykehus er så forskjellige i struktur og innhold at det vanskeliggjør standardisering av informasjon som skal utveksles mellom systemene. Nasjonal IKT vil gjennom en rekke tiltak bidra til en bedring av situasjonen og setter som mål ”en full omlegging til EPJ i planperioden”.

4.8 Riksrevisjonens undersøkelse 2007-2008

Riksrevisjonen har gjennomført en større analyse av IKT i helsesektoren (Riksrevisjonen, 2008)¹⁶. Rapporten fokuserer særlig på elektronisk samhandling og gir en oversikt over hva som er oppnådd eller ikke oppnådd innenfor bruk av EPJ og meldingsutveksling.

Rapporten sier at det ved sykehusreformen i 2002 var et mål at helseforetakene skulle ta i bruk EPJ innen utgangen av 2005. Riksrevisjonens undersøkelse viser at ”så godt som alle helseforetakene har innført EPJ, men likevel er papirjournalen viktig i de fleste helseforetakene” Kun to av de regionale helseforetakene har innført samme EPJ-system for regionen, men alle har vedtatt å gjøre dette.

Riksrevisjonen viser til at det er tre forskjellige systemer som er i bruk, og at systemene er innført til forskjellige tidspunkter og i ulike versjoner. Det er ulike syn på nytten av systemene. Helseforetaksledelsen er mer positive til om EPJ har bidratt til bedre samhandling internt i helseforetakene enn avdelingsledere/klinikksjefer og leger er. Bare halvparten av legene i undersøkelsen mener at EPJ-systemene bedrer samhandling internt i helseforetakene og at journalinformasjonen blir mer tilgjengelig på tvers av institusjonene i helseforetakene. Nytten er størst innen egen institusjon.

¹⁶ Rapporten er datert 22. april 2008, og kom for sent til å ha betydning for utformingen av denne oppgaven.

Årsaker som oppgis i undersøkelsen, er blant annet at systemene ikke utnyttes fullt ut. Der det er mulig å benytte papirbaserte rutiner i tillegg til EPJ, velger mange papirrutiner. Det er mange helseforetak som ikke har utarbeidet planer for gevinstrealisering i tilknytning til innføring av EPJ og det er mangelfull opplæring. Hver femte lege har ikke fått opplæring i bruk av EPJ i det hele tatt.

Målene for elektronisk meldingsutveksling er heller ikke nådd. I 2006 ble halvparten av epikrisene sendt elektronisk og kun 8 % av henvisningene.

Det mest interessante ved Riksrevisjonens rapport er imidlertid ikke dokumentasjonen av status. Det pekes derimot på en rekke svakheter i styringskjeden.

På den ene siden pekes det på at blant annet at direktoratet ikke har direkte instruksjonsmyndighet over de regionale helseforetakene og at Nasjonal IKT er avhengig av forankring og tilslutning fra de regionale helseforetakene. Riksrevisjonen mener at departementets styring derfor er viktig.

På den andre siden pekes det på at det er en varierende forståelse for betydningen av et klart plassert "systemeierskap" og at man har organisert IKT-funksjonen på ulike måter. Rapporten viser til at ulike metodeverk definerer systemeierrollen noe ulikt, men at

" det sentrale er alltid at det er systemeier som har ansvaret for anskaffelsesbeslutningen, for den forretningsmessige utnyttelsen av systemet (inkludert gevinstrealiseringen) og for at systemet har en forsvarlig drift, enten driften ivaretas i egen organisasjon eller er satt ut til felleseenheter eller kommersielle leverandører." (Ibid, s.27-28)

Systemeierskapsrollen forklares med at den som har ansvar for resultatene også skal være ansvarlig for virkemidlene, og som rapporten sier, IKT er et svært viktig virkemiddel.

"Systemeierskapet skal normalt ikke legges til stabsorganer eller til enheter som ivaretar IKT-funksjonen. Unntaket er ren infrastruktur som servere, operativsystemer, databaser og nettverk, hvor IKT-funksjonen normalt vil være systemeier."

Det kan synes som om det er en uklar ansvarsfordeling internt i sykehusene. Bare 13 % av klinikkjefene/ avdelingslederne har undersøkt hvordan legene benytter IKT-systemet. Riksrevisjonen mener at en uklar plassering av systemeierskap og hva det innebærer, kan føre til at koblingen mellom ansvar for resultater og ansvar for god systembruk ikke blir tydelig nok.

Min umiddelbare refleksjon er at det kanskje er litt sent å plassere gevinstrealiseringsansvaret etter at et system er tatt i bruk, dersom systemeier og brukerne ikke har vært med i prosessen med å formulere behov og krav til systemet. Det ligger en stor utfordring her. Hvordan skal man sikre god forankring i hele den operative kjernen?

At man vil innføre samme type system i alle regionens helseforetak/klinikker, kan oppfattes mer som at man ser på hele det regionale helseforetaket som en desentralisert organisasjon. enn som konsern? I et konsern har lederen for hver av konsernets datterselskap et selvstendig ansvar for resultatoppnåelse. Det er en anomali her mellom konsernmodellen og måten systeminnføring i regionene drives på.

5 Drøfting

Etter som jeg har jobbet meg gjennom materialet, inkludert det teoretiske stoffet, har jeg sett at den innledende spørsmålsstillingen rommer flere lag av svar. Det er også lettere å formulere nye spørsmål enn å gi klare svar på de formulerte forskningsspørsmålene.

Hvordan svarer funnene på spørsmålene som ble stilt innledningsvis?

Spørsmålene var:

Hvordan er styringsmekanismene?

Hvem i styringskjeden formulerer mål og strategier for IKT i helsesektoren?

Hvilke mål og strategier formuleres?

Hvilke spenninger er synlige mellom de ulike styringsnivåene, mellom mål og strategier, evet. mellom strategiformulerende nivåer og implementeringsnivåer?

Med bakgrunn i Mintzbergs teori om profesjonelle byråkratier, formulerte jeg dessuten en hypotese, at om Mintzbergs teori er gyldig, skulle vi se konflikter oppstå der de to ulike organisasjonene møtes, den profesjonelle og det klassiske maskinbyråkratiet. Jeg forutsatte at konflikter kan være åpne eller konflikter i det stille, i form av ulike former for trenering.

Foregående kapittel besvarer til en viss grad spørsmålene 1-3. Det er først og fremst de formelle styringsveiene som beskrives. De formelle styringsveiene kan uttrykke hvordan man ønsker at styring skal foregå. Det betyr ikke at den faktisk iverksettes. Det kan skyldes at styringsveiene ikke henger sammen ved at de ulike styringsmekanismene ikke samhandler, at det ikke styres på de riktige tingene, at det settes for uklare eller urealistiske mål osv.

Ulike sider ved situasjonen som er beskrevet i foregående kapittel kan forstås mer i dybden i lys av en eller flere av de innledende teoretiske elementene.

5.1 Noen betraktninger om visjon og mål i Samspill 2007

Det er mange ulike tilnærminger til strategiformuleringer. Ikke alle har samme tilnærming som Collins/Lazier. Likevel kan man ofte mappe visjoner, målbilder, målformuleringer og inn i Collins/Laziers diagram. Bak sektorvise visjoner ligger politiske visjoner og demokratiske grunnprinsipper. Hvordan man formulerer seg vil derfor være spørsmål om hva vi forutsetter som kjent kontekst. Vi kan ikke vente at hvert regionale helseforetak skal redegjøre for grunnleggende verdier og holdninger som er nedfelt i vårt demokratiske og politiske system.

Det er likevel et poeng for meg, at nasjonale strategier tar utgangspunkt nettopp i grunnleggende verdier og holdninger. I S@mspill 2007, kapittel 1.1 Behovet for en strategi, innleder man med

”Vi ønsker et samfunn hvor god helse og sosial trygghet er ivaretatt for hele befolkningen”

Deretter viser man til at bruk av IT er avgjørende for å lykkes. Her blir spranget for stort. Det er åpenbart at tilgjengelig medisinsk ekspertise er mer grunnleggende. Så følger en bekjennelse av at potensialet til IT-investeringene i sektoren er hentet ut bare i begrenset grad og man ramser opp en rekke ting som må skje før gevinstene kan hentes ut; fjerning av

papirbaserte rutiner som dublerer elektroniske, flere aktører i sektoren må samarbeide elektronisk, helhet og sammenheng må oppnås ved bruk av standarder, integrasjon mellom ulike løsninger og oppfølging av organisatorisk utvikling i takt med IT-utviklingen. Først deretter presenterer man en visjon i kapittel 1.2:

”Visjon: helhetlige pasient- og brukerforløp” eller som man konkluderer:
”Helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid” og videre
”Målet er at pasienter og brukere skal oppleve møtet med tjenestene som et helhetlig forløp.”

På grunnlag av disse to innledende delkapitlene i S@mspill 2007 vil jeg hevde at man ikke har en bevisst bruk av begreper. Man viser ikke til en bestemt metodisk tilnærming til strategi. Man hopper direkte fra grunnleggende verdier og holdninger til mål som er innrettet mot å ta ut økonomiske gevinster av allerede gjennomførte IT-investeringer. Man formulerer deretter et mål om at brukerne skal *oppleve* møtet med helsevesenet som et helhetlig forløp, uten å kople dette sammen med hvordan man mener dette vil bidra til ”god helse og god trygghet” for hele befolkningen.

Uten at jeg vil påstå at en retorisk sammenheng og stringens er avgjørende for å lykkes, konstaterer jeg bare at man nok ikke ville fått ”bestått” i henhold til Collins/Laziers krav.

5.2 Forholdet mellom nasjonale og regionale strategier

I IT-strategien til Helse Nord RHF fra 2006 finner vi en mer lokal tilnærming: ”Helse i Nord der vi bor” og en grunnleggende holdning om at man blir bedre gjennom samarbeid på alle nivåer. Man setter seg som mål at

”Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk informasjonsteknologi som verktøy for å bedre tilgjengelighet og arbeidsflyt, samarbeid og effektivitet”.

Hovedstrategien for å oppnå effektivitet er konsentrert rundt felles drift av de administrative systemene og en standardisering av systemporteføljen. Når det gjelder de medisinske systemene har man som hovedstrategi bruk av felles informasjonsdatabaser og informasjonsdeling på tvers av de ulike helseforetakene. Denne strategien er ikke i tråd med den nasjonale meldingsbaserte strategien og HN RHF må tilpasse seg denne for en periode.

Det vi kan se av å sammenlikne Helse Nord's strategi og S@mspill 2007, er at vi har en form for harmonisering av overordnede mål, men at man ikke har en gjensidig harmonisering av overordnede strategier.

5.3 Mye innsats som ikke berømmes

Et forhold som er i øyenfallende, er at det skjer en stor innsats på IT-siden i norske sykehus uten at dette berømmes. De nasjonale strategiene som regionene måles etter, legger for eksempel liten vekt på betydningen av gode bookings- og produksjonsplanleggingssystemer. Men når en henvisning kommer inn til et sykehus skal det bookes tid. For å booke tid skal det være en rekke ulike ressurser som skal være tilgjengelige i en bestemt rekkefølge og innenfor et relativt kort tidsrom. Ulike sykdomsbilder gir behov for ulike ressurser. Booking er derfor egentlig ikke booking av en pasient, men en komplisert booking av en rekke ressurser på en måte som også gir optimal utnyttelse av ressursene. Når man har etablert en tilfredsstillende

booking, kan pasienten innkalles. Først når pasienten ankommer, vil det etableres journal for oppholdet/behandlingen. I de nasjonale strategiene omtales dette som behov for integrasjon mot andre fagsystemer, uten at man tar synlig hensyn til slike forhold i strategien.

Andre eksempler er anskaffelse av røntgensystemer som presenterer digitale røntgenbilder, ”kurvesystemer” som fanger opp målinger fra instrumenter som er koplet til for eksempel under en operasjon og integrerer disse i journalsystemet.

Slike store investeringer skjer dels på HF-nivå (store sykehus) og dels på regionalt nivå på grunn av investeringenes omfang. Det er ikke sikkert at de nasjonale strategiene fanger opp presserende operative behov for IT-støtte på regionalt og lokalt nivå.

5.4 Mulige konflikter mellom ulike nivåer

I det ene intervjuet med administrerende direktør for et større helseforetak, kom det frem at det først og fremst (hittil) har vært lokale behov som har styrt IT-strategien, selv om man har tilpasset seg gjennom å velge samme EPJ-system som andre helseforetak i samme region. Man utformer sin egen strategi gjennom en forhandling både mellom ulike IT-behov og mellom IT-behov og andre investeringsbehov. På HF-nivå ser det ut til å være etablert nødvendige styringsmekanismer. Men styringsmekanismer mellom regionalt og lokalt nivå ser ut til å mangle.

Mintzbergs utgangspunkt er at sykehus som en profesjonell organisasjon (profesjonelt byråkrati) ikke vil finne seg i å få tredd en ferdig formulert strategi nedover hodet, top-down. Det uttrykkes konflikter på litt ulike måter flere steder i styringsstrukturen.

Eksempler på konflikter i oppgavens materiale er:

Departement/ direktorat	Regionalt helse- foretak	Nasjonal IKT	HF - direktør	HF IT- sjef	Konflikt
←→	→				HN gir uttrykk for at omstillings-tempoet er for stort
←→	→				HN uttrykker frustrasjon over manglende lovendringer for informasjonsdeling
←→			→		HF-dir uttrykker frustrasjon over at departementet ikke vet hva de skal styre etter og at man der tror at man kan styre sykehus som om det var maskiner.
←→		→			NIKT gir uttrykk for manglende koordinering av mål og tiltak fra departementets side (<i>manglende strategisk alignment</i>)
	←→			→	IT-sjef mener at han holdes utenfor strategiske prosesser

Figur 11.: Eksempler på konflikter i grensesnitt mellom styringsnivåene

Men kan vi være sikre på at disse konfliktene henger sammen med virksomhetenes ulike forhold til strategisk styring? I de regionale helseforetakene sitter det først og fremst administratorer, ikke leger, selv om de finnes. Der det er konflikt mellom regionalt nivå strategidél og departementets/direktoratets formulerte strategier, kan frustrasjonen også ha å gjøre med problemer med harmonisering mellom departementets strategi og RHFets mål.

Det er vanskelig å bedømme hvor NIKTs frustrasjon hører hjemme, om man uttaler seg på vegne av seg selv, på vegne av administrasjonen i RHFene eller på vegne av den operative kjernen i helseforetakene.

Det er ikke mulig på dette grunnlaget å si sikkert om vi med dette kan bevise den formulerte hypotesen, men vi kan heller ikke avvise den.

Vi kan betrakte konflikttemaet på ulike måter. For det første er det et spørsmål om konflikten vil opptre i ytterflatene mellom organisasjonene eller om den vil vise seg i bestemte deler eller i grenseflater mellom deler innenfor den profesjonelle organisasjonen. Vi kan kanskje regne med at konflikt vil oppstå der den påførte strategien "treffer" individene i eller representantene for den operative kjernen i den profesjonelle organisasjonen.

I stedet for å se på de ulike nivåene hver for seg, kan man se dem som en samlet enhet? Mintzberg opererer med både en profesjonellorganisasjon og en maskinorganisasjon innenfor en og samme profesjonelle virksomhet. Jeg foreslår å ekspandere modellen slik at virksomheten betraktes som en *metaenhet* som omfatter alle berørte deler som har med IKT-strategien å gjøre, det være seg i politisk ledelse, departement og regionalt helseforetak. Man bør da inkludere oppgaver som er satt ut, for eksempel til Norsk Helsenett eller KITH som en del av teknostrukturen i dette tilfellet. Dette ser man så i sammenheng med ett enkelt helseforetak, der den medisinske profesjonen finnes, for den samme "ytre strukturen" handler likt mot det enkelte foretaket. Da vil vi få en *metaorganisasjon* med den samme operative kjernen som helseforetaket hadde som "frittstående" organisasjon, men teknostrukturen vil bli vesentlig forsterket. Man har inkorporert en del av departement/direktorat som jo er maskinbyråkratier med stor teknostruktur, i tillegg til teknostrukturelementer som utføres av oppdragsvirksomheter.

Skal vi følge Mintzbergs teori om hvordan de ulike delene trekker en organisasjon i ulike retninger, har vi nå fått en organisasjon som trekker i sterkere retning av maskinbyråkrati!

Selv om vi ikke kan peke på en enkelt konflikt og si at nettopp denne er et uttrykk for at her "treffer" den byråkratiske organisasjonen den operative kjernen i den profesjonelle, kan vi fremdeles tenke oss at det finnes konflikt der. De behøver ikke være åpne, de kan være i form av stille motstand. Er slik motstand årsak til at det går så tregt å få tatt i bruk elektroniske pasientjournaler? Det er ikke nødvendigvis en motstand mot elektroniske pasientjournaler i og for seg, det kan være at journalsystemene ikke er bygget opp på en slik måte at legene ser nok verdi i å bruke dem. Kanskje er også kontrollelementet uavklart, ikke forhandlet?

Metaorganisasjonen gir rom for litt mer lek: Den politiske lederen for departementet viser stor vilje til å gripe inn i styringen så å si på det operative nivået i den profesjonelle organisasjonen. Ser vi på dette i et metaorganisasjon-perspektiv, kan vi oppfatte lederen (fagministeren) som en *sosial innovatør* som prøver seg på direkte styring, som om metaorganisasjonen er en Enkel organisasjon som kan styres gjennom direkte intervensjon.

I og med at forhold mellom ulike ledd i en styringskjede i statlig sektor ikke er belyst av Mintzberg, gir det å betrakte de ulike virksomhetene eller deler av dem som inkorporert i en metaorganisasjon, nye tolkningsmuligheter og flere innfallsvinkler til en forståelse. Dersom vi ser på metaorganisasjonen, har vi fått en utvikling i retning av maskinbyråkrati.

Men Mintzberg mener jo at

”Endringer i det profesjonelle byråkratiet følger ikke automatisk med inn sammen en ny leder som proklamerer nye reformer, heller ikke fra forvaltningens teknostrukturer med formål om å bringe de profesjonelle under kontroll. Endringer lekker inn gjennom endringer i de profesjonelle individene, gjennom den utdanningen de får og deretter hvor villige de er til å oppgradere seg.”

Riksrevisjonens rapport pekte på manglende opplæring, og at dette er et hinder for at systemer tas i bruk, er i tråd med Mintzbergs syn.

Mintzberg skrev boken *Strukture in Five* i 1983, lenge før Internett fikk alminnelig utbredelse, før PCens tid og mens man fremdeles bare hadde pairjournaler i sykehusene. Vi vet jo at det har skjedd store endringer siden den tiden, også i sykehusene. Mintzberg kan likevel gi stoff til ettertanke. Vektlegging av standardisering og kontroll av arbeidsprosessene i den operative kjernen er kanskje ikke den beste veien å gå, særlig ikke uten at dette er forankret og eventuelt forhandlet med den operative kjernen som skal sørge for at strategiene ”skjer”?

Jeg nevnte innledningsvis i dette underkapitlet at helseforetakene utformer sin egen strategi gjennom en forhandling både mellom ulike IT-behov og mellom IT-behov og andre investeringsbehov. Det synes som om man i de to helseforetakene jeg har intervjuet har etablert en transparent styringsstruktur som er kommunisert i virksomheten. Man har også med seg avdelingslederne og man foretar harmonisering mellom ulike IT-behov og mellom IT-behov og andre funksjoners behov.

I følge Weill/Ross må man også foreta en harmonisering vertikalt mellom virksomhetens mål og hva man måler i virksomheten og vertikalt mellom dette og IT. Jeg vet ikke i hvilken grad dette er gjennomført i de to helseforetakene jeg intervjuet. Men med utsagnet fra den ene direktøren, om at departementet ikke vet hva de skal styre etter, kan vi kanskje anta at denne harmoniseringen ikke er foretatt mellom de nasjonale og de regionale strategiene.

5.5 Litt om meldingsformidling som strategi

Av tekstene i oppgaven, ser vi at det er lagt ned et betydelig arbeid i standardisering av grensesnitt, særlig gjennom standardisering av meldinger. I strategiene vektlegges meldinger dels som nødvendig for å oppnå en sømløs tjeneste vis a vis brukerne og dels som nødvendig for å få opp trafikken i helsenettet. Standardisering som strategi for å få til en sømløs tjeneste vis a vis brukerne er i tråd med Weill/Ross.

I teorier om informasjonsinfrastruktur (ref. Hanseth) vises det til at dess flere som benytter seg av de bestemte standardene, dess mer attraktivt vil det være for andre å henge seg på. Man oppnår både bedre lønnsomhet og man tiltrekker seg flere brukere som igjen bidrar til bedre lønnsomhet. Det er derfor naturlig at man prøver å få til en størst mulig utbredelse av

standardene i form av at de integreres i de aktuelle applikasjonene og at man ønsker å tiltrekke seg flere brukergrupper.

Satsning på meldingsstandarder kan være en god strategi i og for seg. Det som kanskje blir litt feil, er at man ikke har harmonisert målet om standardisert meldingsformidling med integrasjon mot EPJ med andre behov knyttet til EPJ – tilgjengelighet til pasientdata. Ved å fokusere på relativt kortsiktige økonomiske mål knyttet til helsenett, tar man kanskje ikke nok hensyn til behov knyttet til de ulike trinn mellom de nødvendige samhandlingene?

Når man dessuten må innrømme at man ikke har kunnskap nok om samhandlingsprosessene og heller ikke om behov knyttet til de operative arbeidsprosessene, synes det som man har hatt det for travelt med en ensidig satsning på meldingsformidling og dessuten kombinert dette med EPJ-systemer som ikke ivaretar de operative behovene.

Meldinger kan telles. De utgjør derved en mulig styringsinformasjon til nasjonale myndigheter. Når meldingsformidling binder sammen alle trinn i pasientforløpet, vil det gi informasjon om hvem som samhandler og hva man samhandler om. Weill/Ross mener man må harmonisere mål og målekriterier vertikalt og dette må igjen harmoniseres horisontalt mot andre behov IT-strategien skal fylle. Min refleksjon er at dersom meldingene har en funksjon som målekriterier for spesifikke mål, bør man synliggjøre bedre hvilke mål de ulike meldingene er tenkt å være målekriterier for. I alle former for resultatmåling ligger det stoff til konflikter og konflikter må bringes frem til forhandlinger og for å få til en god forankring.

5.6 Manglende overordnede prinsipper og IT-arkitektur

Weill/Ross viser til at man på overordnet nivå i et konsern må fastlegge overordnede prinsipper, arkitektur og infrastruktur for IT. Felles overordnede prinsipper for IT er til en viss grad nedfelt i de nasjonale strategiene i form av prinsippet om bruk av standardiserte meldinger og bruk av helsenettet. Arbeidet med IT-arkitektur, som gjøres i regi av Nasjonal IKT, er viktig dersom man ønsker å gå videre med en sterkere koordinering av IT på tvers av regionene.

Det er mekanismer for harmonisering av mål og strategier på helseforetaksnivå. Vi vet at det er regionale helseforetak som har helt mangelfulle mekanismer for å få til en harmonisering på tvers i regionen. Nasjonal IKT representerer tilløp til en mekanisme på regionalt nivå, men denne strukturen er ikke tilstrekkelig forankret eller transparent og den konsentrerer seg om det som er felles heller enn det som er motsetningsfylt. De nasjonale strategiene synes å være fastlåst i tidligere beslutninger og har ikke tilstrekkelig fokus på felles IT-arkitektur for sektoren.

Kanskje bør man gi samhandling et nytt innhold i betydningen bedre samhandling i etablering av strategier og oppfølging av strategier for IT i helsesektoren? Man mangler en felles virksomhetesarkitektur for sektoren. Denne bør på plass før man går videre på nye journalprosjekter. Nasjonal IKT som styringsmekanisme, evet en tilsvarende mekanisme, må forankres bedre både oppover mot departementet og innover i de regionale virksomhetene.

5.7 Fra styr til styring

De innledende spørsmålene og hypotesen er besvart på ulike nivåer, dels gjennom en fortelling om de formelle styringsveiene og om innholdet i de ulike strategiene, dels gjennom fortellinger om hva som skjer i de regionale og lokale helseforetakene, dels ved å drøfte mulige kilder til konflikter.

Det stadige kravet om mer styring som man finner år for år i de styrende dokumentene på nasjonalt nivå, synes påfallende når man ser at den måten man styrer på ikke fører frem. Det vises til en rekke årsaker til at man ikke har fått gjennomført det man ønsker; manglende forankring, problemer med at man har ulik infrastruktur, manglende systemeierskap og manglende opplæring. Likevel er det ikke disse forholdene man tar tak i. Man vil heller styre sterkere, for eksempel gjennom pålegg i lov/forskrift.

Ikke på noe tidspunkt foretas det refleksjoner omkring hvorfor top-down styring ikke fører frem. Det tyder på at aktørene har for svak teoretisk og praktisk forståelse av styring av IT.

Ciborra synes å fange situasjonen ganske presist. Kravet om top-down strategisk harmonisering fører til stadig større kompleksitet og behovet for lokal tilpasning og problemer med installert base gir opphav til en rekke kompromisser. Disse tolkes som avdrift i forhold til ønsket utvikling og oppfattes på det strategiformulerende nivået som et behov for sterkere kontroll med utviklingen og i den aktuelle formative kontekst som et behov for sterkere styring. Et tankekors er at alle nivåer forutsetter at styring er mulig, men man ønsker mer eller mindre autonomi i forhold til overordnet nivå.

Det kan være at det ikke er sterkere, men bedre styring man må tilstrebe. Men med bedre styring mener jeg først og fremst klokere styring og mer informert styring. Styring som henter virkemidler i en forforståelse av både det nødvendige organisatoriske og menneskelige samspill og den iboende kompleksiteten i teknologien selv.

IT-ledelse i henhold til Weill/Ross kan gi noen indikasjoner på hva som kan forbedres på det strukturelle nivået:

- Sentrale prosesser og samhandlingsbehov legges til grunn for en felles virksomhetsarkitektur
- Det etableres styringsmekanismer mellom nasjonalt og regionalt nivå og mellom regionalt nivå og helseforetak, på linje med etablerte styringsmekanismer som fungerer godt i helseforetakene
- Det nasjonale nivået bidrar til overordnede prinsipper og en felles virksomhetsarkitektur for sektoren som gir en stabil basis for videre systemutvikling. Både meldingsformidling og informasjonsdeling må ha sin plass i bildet
- Med dette på plass, vil det ikke være behov for å drive detaljstyring fra nasjonalt nivå
- Det regionale nivået involverer helseforetakene gjennom tydelige, transparente styringsmekanismer. Analyser av installert base gjennomføres for alle helseforetak og gir grunnlag for forhandlinger om mulig tidshorisont for tilpasninger.

6 Avsluttende kommentarer

Drøftingen ble mer negativ i forhold til det jeg hadde sett for meg fra begynnelsen av. Mitt utgangspunkt var en forestilling om makt og maktkonsentrasjoner i sektoren og at strategiene ble utformet i mer eller mindre eksklusive grupperinger. Dette er kanskje tilfellet, men undersøkelsen ble ikke slik.

Jeg hadde videre sett for meg mer tydelige konflikter, basert på Mintzbergs teorier om strategiformulering og –implementering i profesjonelle organisasjoner. Jeg hadde ikke fokus på at man faktisk ikke fikk strategiene til å virke. I løpet av arbeidet ble jeg både noe overveldet av det store materialet og av den store aktiviteten knyttet til IT i helsesektoren og den manglende sammenhengen mellom de nasjonale strategiene og det som faktisk gjennomføres på lokalt nivå.

I gjennomføringen av intervjuene tenkte jeg i retning av postmodernistisk etnografi, der de ulike stemmene kunne stå på egne ben, på linje med de andre ”multiple røstene”. Imidlertid ble intervjuene svært personlige, enkelte nærmest livshistorier. Det ble derfor vanskelig å benytte dette materialet fullt ut.

Min hensikt har vært å finne ut hvordan styring av IT i helsesektoren foregår og hva det dreier seg om, ikke å komme med bastante konklusjoner eller gi råd.. Det er vanskelig å ikke bli påvirket av tekstene som så massivt betoner viktigheten av styring og de ulike satsningene.

Det var overraskende at sektoren ikke har arbeidet mer med virksomhetsarkitektur. Dette har vært et sentralt tema i utredninger av samhandling i forvaltningen i flere år. Justissektoren er et eksempel på en sektor som er kommet godt i vei med dette.

Arbeidet førte til stadig nye spørsmål. På et punkt må man stoppe opp og fullføre en tilnærming. Mange forhold vil være interessante for videre forskning. Jeg savnet å finne modeller for et helhetlig forløp med alle aktører og interessenter og de ulike informasjonsbehovene i de ulike samhandlingsleddene, både knyttet til overlevering av informasjon til neste ledd og knyttet til styringsbehov. Jeg savner også en modell som viser eksempler på ulike behandlingstrinn og informasjonsbehovet knyttet til disse og en vurdering av om de definerte meldingene ivaretar dette. Disse forholdene hører hjemme i en IT virksomhetsarkitektur for sektoren. Interessant ville det også være å lage en gjennomgang av ulikheter i informasjonsinfrastrukturen mellom ulike helseforetak innen de ulike regionene og se om det er avvik som er felles eller spesielle og hvilke ulikheter i behov de eventuelt avspeiler. Det skulle også være moro å se på de totale investeringene i IT i sektoren i den perioden jeg har studert og sammenliknet dette med tilsvarende tall fra andre land og andre sektorer. Ikke minst ville det være spennende å gjennomføre en ny runde med intervjuer med bakgrunn i min nye forståelse av utfordringene i sektoren.

Referanser

Lover

Lov 2001-06-15 nr. 93: Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven).

Proposisjoner, www.regjeringen.no

Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak
St.prp. nr.1 (2001-2002) – St.prp. nr.1 (2007-2008)

Andre sentrale styringsdokumenter , www.regjeringen.no

Styringsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for årene 2002, 2003 osv til og med 2008
Protokoller fra foretaksmøter mellom helse- og omsorgsdepartementet og hvert av de regionale helseforetakene for årene 2002, 2003 osv til og med 2008
Sosial- og helsedirektoratets årlige brev (rundskriv) til de regionale helseforetakene for 2005, 2006, 2007 og 2008
Styrereferater med vedlegg fra Helse Nord RHF for årene 2002, 2003 osv til og med 2008. I dette inngår bl.a. IT-strategi, Juni 2002.

Nasjonale strategier og tiltaksplaner fra og med 1997 til og med 2008

Mer Helse for hver BIT , Sosial- og helsedepartementet 1996
Hit& Run, Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene 2002
”Si@!” Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, Statlig tiltaksplan 2001-2003, Sosial- og helsedepartementet 2001
”Si@!”, Status og videre tiltak per første halvår 2001, Sosial- og helsedepartementet 2001
Samspill 2007, Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, Statlig strategi 2004- 2007, Helsedepartementet og Sosialdepartementet, 2004
Samspill 2007, Gjennomføringsplan 2005, Sosial- og helsedirektoratet 2005
Samspill 2007, Gjennomføringsplan 2006, Sosial- og helsedirektoratet 2006
Samspill 2007, Gjennomføringsplan 2007, Sosial- og helsedirektoratet 2007

Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene med forslag til felles satsningsområder og tiltak, Nasjonal IKT, 2004
Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, Revidert strategiplan, Nasjonal IKT 2005
Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan for 2006-2007, Nasjonal IKT 2006
Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan for 2008-2009, Nasjonal IKT 2008
Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013, Helse- og omsorgsdepartementet 2008-05-05

Andre dokumenter

Utredning av langsiktig organisering av IKT-området, Nasjonal IKT 2006

Møtereferater (Styringsgruppemøter og møter i Prosjekteierforum) fra Nasjonal IKT fra 2005-2008, utlevert på CD.

Riksrevisjonens undersøkelse om IKT I sykehus og elektronisk samhandling i helsesektoren, Riksrevisjonen, Dokument nr. 3:7 (2007-2008)

Bøker

Alvesson, Mats og Skjöldberg, Kaj ”Tolkning och reflektion”, Studentlitteratur 1994

Berg, Marc m.fl. “Health Information Management” (Routledge, 2004)

Ciborra, Claudio U. and Associates “From Control to Drift” (Oxford University Press 2000)

Collins, James C. og Lazier William C. “Beyond Entrepreneurship”
(Prentice Hall, 1992)

Creswell, John W. “Qualitative Inquiry & Research Design”

Mintzberg, Henry “Structures in Fives” (Prentice Hall, International Edition, 1983)

Mintzberg, Henry “The Rise and Fall of Strategic Planning” (Prentice Hall, 1994)

Weill, Peter og Ross, Jeanne W. ”IT Governance” (Weill/Ross, 2004)

Andre kilder

Websters Dictionary 1913, gjort tilgjengelig på Internett gjennom det fransk-amerikanske ARTFL-prosjektet (Webster 1913)

Sun Wu ”The Art of War” Shambala Publications 2002, se
<http://www.sonshi.com/sunintro.html>)

Oversikt over vedlegg

- Vedlegg 1 Tidslinje for styring av IKT I helsesektoren, inkludert sentrale strategier, 1997-2008
- Vedlegg 2 Sammenlikning av satsningsområder for noen av de nasjonale strategiene
- Vedlegg 3 Forordet til Mer Helse for hver *BIT*
- Vedlegg 4 Transkripsjon av 12 intervjuer, unntatt offentlighet, i eget vedlegg.

Vedlegg 1 Tidslinje for styring av IKT i helsesektoren, inkludert sentrale strategier, 1997-2008

	År	Hendelse
1	1997	Sosial- og helsedepartementet v/statsråd Gudmund Hernes) Mer Helse for Hver B IT – Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste Handlingsplan 1997-2000
2	2001-01	(Sosial- og helsedepartementet v/ statsrådene Guri Ingebrigtsen (sosial) og Tore Tønne (helse). ”Si@!” Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren Statlig tiltaksplan 2001-2003
3	2001-06-06	Lov om helseforetak behandlet i Odelstinget
4	2001-06-06	Landet delt i 5 regionale helseforetak (RHF), lokalisering fastlagt og regionale styrer oppnevnes
5	2001 høsten	Etablering av 47 helseforetak (HF) med styrer, stiftelsesdokument og åpningsbalanse
6 ¹	2002-01-01	Start på nytt statlig eierskap
7	2002	St.prp. nr. 1 (2001-2002) Kap. 0706 Sosial- og helsedirektoratet: Sosial- og helsedirektoratet etableres i 2002. Sosial- og helsedepartementet skal i 2002 prioritere arbeidet med målstruktur og vurdere strategier og hovedprioriteringer for det nye Sosial- og helsedepartementet.
8	2002	St.prp. nr. 1 (2001-2002) Kap. 0732 Regionale helseforetak: “Det legges opp til at eierstyringen (KBE: av de regionale helseforetakene) I tillegg til bruk av vedtekter I hovedsak skal skje gjennom budsjettdokumenter til Stortinget og gjennom foretaksmøter mellom departementet og styrene I de regionale helseforetakene.” ”Det skal etter at budsjettet er vedtatt utformes styringsdokumenter for 2002-budsjettet for de regionale helseforetakene. Styringsdokumentene skal overleveres på foretaksmøter mellom helseministeren og de regionale helseforetakene. Det tas sikte på å lage kun ett styringsdokument som omfatter alle tilskudd og rapporteringskrav pr. regionale helseforetak.” Si@! (Statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren) omtales. ”Departementet vurderer virkemidler som kan bidra til raskere innføring av løsninger for elektronisk samhandling.”
9	2002	Helsedepartementet, Revidert styringsdokument til de regionale helseforetakene, her ved HN RHF: ”Det vises tilfølgende merknad fra Sosialkomiteen (inst. S.nr.243 (2001-2002):....”Komiteen legger til grunn at foretakene...legger vekt på felles nasjonale tiltak der dette bidrar til bedre gjennomføring

¹ Se presentasjon fra Helsedepartementet v/Mette Bakkeli, fra Landskonferansen for Regionalråd oktober 2004
http://www.regionradene.no/images/Otta/Helsereformen-erfaringer_ett_%C3%A5r_etter.ppt

		av helsepolitikken.””
10	2002-06	HN RHF Styresak 54-2002 Strategi Helse Nord – Forbedring gjennom samarbeid
11	2002	Sosial- og helsedepartementet ”IT i foretak” Ikke tilgjengelig som eget dokument. Antar at dette arbeidet ble videreført i Hit & Run, se nedenfor
12	2002 18. juni	Felles strategiarbeid i de fem helseregionene. Dokument hentet fra HN RHF, Styredokument 62-2002 Hit & Run Viser til prosjektet Hit & Run som ble opprettet etter et felles strategiseminar for alle RHF-styrene i regi av eieravdelingen i departementet høsten 2001. Styreleder i Helse Vest RHF har vært leder for styringsgruppen for prosjektet og st.gr. har hatt et medlem fra hver av de regionale helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet har hatt sekretariatsfunksjonen (ved støtte fra konsulentfirma). I tillegg til konkrete tiltak på IT-området sier dokumentet også noe om forholdet mellom nivåene: ”Styringsgruppen har også drøftet og kommet med forslag om en generell arbeidsdeling på IT-feltet mellom ulike nivåer som følge av eierskaps- og foretaksreformen (Rapportens side 24). Det er her skilt mellom nasjonale oppgaver der Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet vil ha et særlig ansvar, både som eier og myndighetsutøver. Her nevnes oppsummerende noen av de oppgaver som foreslås lagt til det nasjonale nivået: utforming av nasjonale målsettinger, sørge for at IT blir et verktøy for realisering av helsepolitiske mål, koordinere regionalt IT-strategiarbeid, fastsette nasjonale standarder (kodeverk, definisjoner, sikkerhet etc.), realisere et nasjonalt helsenett, etablere fellesløsninger for ventetider, kapasitetsinformasjon og booking. Andre oppgaver foreslås løst som regionale fellesprosjekter i samarbeid mellom de ulike RHFer (for eksempel håndtering av strategier for fellesprosjekter i samarbeid mellom de ulike RHFer (for eksempel håndtering av strategier for lisenshåndtering/ rammeavtaler). De viktigste gjennomføringsoppgaver foreslås imidlertid lagt til de enkelte regionale helseforetak i samarbeid med underliggende helseforetak. De regionale helseforetak gis særlig ansvar for harmonisering av løsninger og IT-investeringer innen hver av regionene og for å vurdere og eventuelt etablere felles driftsløsninger der det er tjenlig. RHF-nivåets IT-strategiske rolle er sterkt understreket.” ”For å lykkes i samhandlingen mellom det nasjonale og det regionale nivået, er det viktig at Sosial- og helsedirektoratet primært spiller rollen som et tilretteleggende kompetanse- og serviceorgan, og at myndighetsstyringen avgrenses til områder der nødvendige fellesskapsløsninger ikke oppnås på annen måte.”
13	2003	St.prp.nr.1 (2002-2003) Kap.0706 Sosial- og helsedirektoratet ”Direktoratet skal følge opp Statlig tiltaksplan 2001-2003, Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren ”si@!”, videreføre arbeidet med etablering av nasjonalt helsenett og ...” Det vises for øvrig til post 21 under kapitlet for regionale

		helseforetak.
14	2003	<p>St.prp.nr.1 (2002-2003) Kap 0732 Regionale helseforetak</p> <p>Det presiseres at de regionale helseforetakene er overordnet ledelse for all statlig spesialisthelsetjeneste i regionen. Departementets styring skal skje gjennom overordnede mål, rammer og retningslinjer for virksomhetene og at man skal være tilbakeholden med detaljstyring.</p> <p>Men: ”Selv om dette er utgangspunkt og retningslinjer, mener departementet, som det fremgår nedenfor, at det i noen utstrekning er nødvendig med mer enkeltstående styringsdirektiver.”</p> <p>”Men det må holdes åpent at det vil være aktuelt med styringspålegg fra departementet for å sikre at ønskede samordningsbehov blir ivarettatt.”</p> <p>” De regionale helseforetakene har startet opp et arbeid med formulering av regionale IT-strategier. Dette vil fortsette i 2003. Sentralt i alle regionene er etablering av helsenett som muliggjør elektronisk kommunikasjon mellom ulike nivå i helsetjenesten. Videre vil arbeidet med integrering av ulike økonomiske og administrative datasystemer fortsette.</p> <p>Helsedepartementet forventer at de regionale helseforetak prioriterer arbeidet videre i 2003. De regionale helseforetakene må arbeide for å utvikle løsninger innenfor en felles forståelse slik at et nasjonalt helsenett realiseres. Det er Sosial- og helsedirektoratet som har det faglige oppfølgingsansvar for den nasjonale IT-tiltaksstrategien, jf. omtale under kap. 732, post 21.”</p> <p>2003 er siste år i den statlige tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2001-2003, "Si @!". Målet er at de hovedtiltakene som har vært planlagt og utviklet i løpet av treårsperioden skal iverksettes for ordinær drift i løpet av 2003. Det utøvende ansvar for oppgavene ligger i hovedsak i de regionale helseforetakene, helseforetakene og i kommunehelsetjenesten. Direktoratet har et pådriver- og koordineringsansvar. Direktoratet utvikler og iverksetter implementeringsstrategier for de enkelte tiltak, og støtter utviklingen gjennom ulike virkemidler, bl.a. gjennom støtte til utviklingsarbeid og pilotprosjekter, utarbeiding av veiledninger og standarder, informasjon og faglig samarbeid. I tillegg tar direktoratet et direkte ansvar for den sentrale infrastrukturen som skal knytte sammen de regionale helsenettene, og for å etablere en nasjonal enhet for fritt sykehusvalg.”</p>
15	2003	<p>Helsedepartementets styringsdokument (HN RHF)</p> <p>I dette dokumentet gis det ordre om å etablere en felles IKT strategigruppe:</p> <p>”4.2.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi</p> <p>Det skal etableres en felles strategigruppe mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene for informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Det forventes at deltakelsen i dette arbeidet er forankret på</p>

		<p>høyeste ledelsesnivå i det regionale helseforetaket.</p> <p>Helsedepartementet forventer at den felles strategigruppen mellom de regionale helseforetakene utvikler rammer og retningslinjer, og i nødvendig utstrekning tiltak, som kan sikre at det etableres et riktig nivå for fellesskapstiltak på IKT-området.”</p> <p>” Helsedepartementet forventer også at den nye gruppen bidrar til at det kan etableres et godt samarbeid med den pågående statlige IT-tiltaksplanen ”Si@!” som nå gjennomføres i regi av Sosial- og helsedirektoratet.”</p> <p>Det innskjerpes at de regionale helseforetakene må forholde seg til Sosial- og helsedirektoratet og bidra med deltakelse i de oppgaver direktoratet er satt til å gjennomføre:</p> <p>”</p> <p>Sosial- og helsedirektoratet er nyetablert fra 2002. En sentral begrunnelse for etableringen av direktoratet var et ønske om i større grad få et samlet ansvarssted for ulike myndighetstiltak som skal gjennomføres overfor helsetjenesten. Det er viktig at de regionale helseforetakene er seg bevisst direktoratets rolle og de ulike myndighetstiltakene som direktoratet arbeider med.”</p>
16	2003	<p>Nasjonalt IKT etableres som en samarbeidsarena mellom de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet er representert. Det nedsettes en gruppe som skal arbeide med en overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene.</p>
17	2003-2004	<p>Norsk helsenettt etableres...</p> <p>Strategi- og tiltaksplan for Nasjonalt helsenettt foreligger i utkast 20.12.2003, i versjon 2.1 den 30. januar 2004 og behandles i styremøter i de regionale helseforetakene våren 2004.</p> <p>Ref. HM RHF Styresak 26/04.</p>
18	2004	<p>St.meld.nr. 1 (2003-2004)</p> <p>Kap.0720 Sosial- og helsedirektoratet</p> <p>”Sosial- og helsedirektoratet er et forvaltnings- og kompetanseorgan som skal bidra til å gjennomføre nasjonal politikk innen helse- og sosialområdet.”</p> <p>Det rapporteres at 2003 er siste år for tiltaksplanen Si@! og at direktoratet er bedt om å legge frem forslag til en ny plan. Denne er beregnet ferdig i 2003 og vil fokusere på å knytte flere aktører til Norsk Helsenettt og elektronisk samhandlingstiltak rettet mot kommunesektoren.</p>
19	2004	<p>St.prp.nr.1 (2003-2004)</p> <p>Kap. 0732 Regionale helseforetak</p> <p>“De regionale helseforetakene har valgt ulike opplegg for styringsmessig oppfølging av helseforetakene.”</p> <p>”Modellen forutsetter vilje til å gi fullmakter til helseforetakene, men</p>

		<p>dette skal ikke føre til at det etableres oppfatninger om autonome posisjoner for helseforetakene.”</p> <p>Nasjonal IKT beskrives tilbakeskuende til 2003:</p> <p>” Helsedepartementet har gjennom styringsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2003 satt krav om at det etableres et samarbeid om utviklingen innen bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) på strategisk nivå mellom de regionale helseforetakene. Dette er blitt gjort, og samarbeidet ledes av Helse Vest. Gruppen har så langt satt fokus på etableringen av helsenettet, som er en nødvendig infrastruktur for å muliggjøre samhandling.”</p> <p>” Gruppen har god kontakt med Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med utarbeidelse av ny tiltaksplan for IKT i helsesektoren og i forbindelse med oppbygging av en driftsenhet for det nasjonale helsenettet.”</p> <p>” Gruppen planlegger å legge fram en felles strategi for de regionale helseforetakene ved årsskiftet.”</p>
20	2004	<p>Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene (HS RHF)</p> <p>3.2.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi</p> <p><i>Helse Sør skal bidra til realiseringen av Nasjonalt Helsenett i 2004.</i></p> <p>Det vises til etableringen av en felles strategigruppe for IKT i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Arbeidet skal føres videre i 2004 under ledelse av Helse Vest. Gruppen skal være bindeleddet mellom nasjonal satsning som nasjonalt helsenett og den nye statlige tiltaksplanen og de enkelte regionale helseforetaks strategiske planer på dette området.”</p>
21	2004	<p>Nasjonal IKT legger frem</p> <p>Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene og denne behandles i styrene i de regionale helseforetakene, eks. HN RHF Styresak 19/2004Ref.</p> <p>”Gruppens overordnede målsetting er å understøtte de nasjonale strategier og tiltak, slik dette er nedfelt i gjeldende tiltaksplan (”Si@!”), og slik dette vil bli nedfelt i nasjonal myndighetsstrategi fra 2004 (”Helhetlig forløp”). Dette innebærer også å finne supplerende atrategier og tiltak som gjennomføres i regi av regionale helseforetak”</p> <p>Strategien illustrerer sammenhengen mellom Overordnet IKT-strategi for RHF’ene og de nasjonale handlingsplanene.</p> <p>Planen legges frem for styret i Helse Midt-Norge RHF 17.2.2004, og der sies det:</p> <p>” Overordnet plan for nasjonale strategier ”Helhetlig forløp”, som er oppfølgeren til ”SI @!”-planen, vil bli lansert 11.-12. mars på Rica Hell der Helse Midt-Norge i samarbeide med SHDir er arrangør.</p> <p>Sammenhengen mellom de ulike strategier og planer kan virke forvirrende, men skissen nedenfor prøver å sette dette i sammenheng: ” (KBE: Se skissen annet sted i oppgaven.)</p>

22	2004	<p>Sosialdepartementet og Helsedepartementet ved helseminister Dagfinn Høybråten og Sosialminister Ingjerd Schou legger frem S@mspill 2007</p> <p>Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren</p> <p>Statlig strategi 2004-2007</p> <p>Lansert 11./12. mars 2004 (KBE: I utkast kalt "Enhetlig forløp")</p> <p>Der sies det om sammenhengen mellom S@mspill 2007 og Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene: "2.4 Sammenhengen med de regionale helseforetaks IT-strategi De regionale helseforetakene har definert IT som et av områdene for felles strategiutvikling, gjennom gruppen Nasjonal IKT. Gruppen har utarbeidet en overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetak. Sammen med andre fellestiltak konkretiseres de satsninger i S@mspill 2007 som berører helseforetakene. Deler av Nasjonal IKT's strategi utgjør med andre ord en konkretisering og ansvarliggjøring av de regionale helseforetakenes rolle i implementeringen av S@mspill 2007"</p>
23	2004	<p>Norsk Helsenett AS (NHN) (Fra S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2005:) "Norsk Helsenett AS ble etablert 1. oktober 2004, med de fem regionale helseforetakene som likeverdige eiere." NHN overtar ansvaret for de tidligere regionale helsenettene og sentral infrastruktur.</p>
24	2005	<p>St.prp.nr.1 (2004-2005) Kap. 0720 Sosial- og helsedepartementet "Sosial- og helsedirektoratet skal arbeide for å samordne, stimulere og sikre forsvarligheten i IKT-utviklingen i sosial- og helsesektoren."</p> <p>Under post 21 omtales den nye strategiplanen S@mspill 2007. "Visjonen for « S@mspill 2007 » er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid."</p> <p>Det rapporteres om ulike tiltak innenfor Norsk helsenett, om samarbeid med kommunesektoren og det vises til Kapittel 0751 (Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak) om prosjektet eResept, som beskrives under dette kapitlet.</p>
25	2005	<p>St.prp.nr.1 (2004-2005) Kap. 0732 Regionale helseforetak Her er det lite om IKT, men en del om styringsstrategier. Det er også et eget punkt for plan- og meldingssystem for regionale helseforetak, der det drøftes om plan- og meldingssystemet for regionale helseforetak skal legges frem i en egen melding eller som nå integreres i budsjettforslaget. Det siste alternativet velges. om helseforetakene sies det:</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">" De regionale helseforetak eier sine underordnede helseforetak.</p>

		<p>Dette er et av virkemidlene for å understøtte «sørge for»-ansvaret. I tillegg har man eierskap til andre selskap. Gjennom å utøve eierskap overfor de enhetene man eier alene eller sammen med andre, skal de regionale helseforetak legge til rette for at «sørge for»-ansvaret ivaretas på best mulig måte, og at man når den ønskede kvalitet på tjenesten og det forutsatte aktivitetsnivå på tjenesten. Rollen som eier innebærer også at de regionale helseforetakene må identifisere områder hvor samarbeid mellom foretakene vil bidra til en samlet og hensiktsmessig ressursutnyttelse.”</p> <p>Om IKT vises det kun bakover til den overordnede strategien for de regionale helseforetakene og strategisk dokument for etablering av Norsk helsenett.</p>
26	2005	<p>Helse- og omsorgsdepartementets Bestillerdokument til de regionale helseforetakene 2005</p> <p>Med Helse- og omsorgsdepartementet skjer det et regimeskifte.</p> <p>” Fra og med i år er styringslinjen overfor helseforetakene delt i to. Den skjer gjennom bestillerdokumentet og gjennom foretaksmøtet i januar. I dette dokumentet formuleres krav stilt til ”sørge for”-ansvaret. I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier.”</p> <p>Dette betyr at Bestillerdokumentet mest omhandler helsetjenestene, og i liten grad organisatoriske og administrative utviklingstiltak. Sosial- og helsedirektoratets rolle styrkes:</p> <p>” Departementet har i tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet bedt direktoratet i 2005 bidra til å håndtere sentrale innsatsområdet innen spesialisthelsetjenesten.”</p> <p>Elektronisk samhandling er en av områdene dette gjelder for. Departementet har bedt direktoratet om å konkretisere gjennomføring av disse oppgavene i brev til de regionale foretakene.</p> <p>Fra og med 2005 skriver direktoratet brev (rundskriv) til de regionale helseforetakene.</p>
27	2005	<p>Direktoratets brev til de regionale helseforetakene 2005</p> <p>I forordet sies det:</p> <p>” Dette brevet tar utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets rolle slik den er beskrevet i Rolleutvalgsrapporten. Brevet klargjør de oppgaver direktoratet er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i forhold til de regionale helseforetakene. Brevet er basert på Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til direktoratet, og klargjør ut fra dette aktiviteter fra direktoratets side overfor de regionale helseforetakene. Det er i brevet lagt vekt på å presentere dette som en integrert del av det samlede arbeidet for å realisere de helsepolitiske målene.”</p> <p>Brevet viser til elektronisk samarbeid med kommunal sektor og viser til arbeid som Nasjonal strategi og Norsk helsenett har bidratt med i denne sammenhengen.</p> <p>I et eget kapittel for Elektronisk samhandling sies det:</p>

		<p>”Det forventes at Nasjonal IKT i det videre arbeidet fortsatt ivaretar de regionale helseforetakenes ansvar for gjennomføring av nasjonale strategier på feltet, herunder årlig konkretisering av tiltak for å realisere strategien.”</p> <p>I avsnitt for bruk av standarder, inviteres Nasjonal IKT til å delta i styringsgruppen for standardiseringsarbeidet som drives av KITH og i brukerforum for samme.</p>
28	2005 14. januar	<p>Foretaksmøte HØ (Eierstyring)</p> <p>” 4.3 Deltakelse i regionovergripende tiltak</p> <p><i>4.3.1 Samordning og standardisering av IKT mellom de regionale helseforetakene</i></p> <p>Helse Øst RHF skal i 2005 bidra aktivt for å bedre samordning og standardisering innen</p> <p>IKT på tvers av regionale helseforetak og i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet,</p> <p>herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bidra til tiltak som sikrer økt trafikk i Norsk Helsenett AS – bidra til å etablere et felles programkontor for å ivareta oppfølging av nødvendig samordning og standardisering av programvare på IKT-området – bidra til å gi mandat og støtte til koordinering på IKT-området slik at nødvendige utredninger og organisatoriske endringer kan gjennomføres.”
29	2005	<p>Sosial- og helsedirektoratet legger frem S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2005, med fokus på de oppgavene som direktoratet skal ha ansvar for.</p> <p>Det vises til Nasjonal IKT og den overordnede strategien for de regionale helseforetakene og sies at denne ”støtter opp under eller er sentral for realisering av S@mspill-strategien.”</p>
30	2005 28.april	<p>Nasjonale IKT legger frem revidert tiltaksplan for den overordnede IKT-strategien for de regionale helseforetakene.</p> <p>(Ref. HN RHF, styresak 63-2005)</p>
31	2005	<p>HN RHF, ref. styresak 94-2005, 11. oktober 2005</p> <p>Det vedtas at Helse Nord IKT etableres fra 1.1.2006</p> <p>”Helse Nord IKT etableres som en ny regional IKT-organisasjon – herunder en felles driftsenhet.”</p>
32	2006	<p>St.prp.nr.1 (2005-2006)</p> <p>Kap. 0720 Sosial og helsedirektoratet</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>” Sosial- og helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for å samordne og legge premisser for en hensiktsmessig IT-utvikling i sosial- og helsesektoren. Dette omfatter ansvar for gjennomføring av strategi og tiltak beskrevet i den nasjonale strategien for elektronisk samarbeid S@mspill 2007. Sentralt i dette arbeidet er optimal bruk av helsenettet, sørge for etablering og vedlikehold av nødvendig terminologi og standarder, bidra til god informasjonsflyt og at flere aktører deltar i det elektroniske samarbeidet.</p> </div> <p>Visjonen for S@mspill 2007 er helhetlige pasient- og brukerforløp</p>

		gjennom elektronisk samarbeid.” I tråd med direktoratets styrkede rolle, beskrives visjonene for S@mspill 2007 og arbeidet som er planlagt gjennomført i 2006. eReseptprosjektet, som direktoratet har ansvar for, gis bred omtale.
33	2006	St.prp.nr.1 (2005-2006) Kap. 0732 Regionale helseforetak Behovet for sterkere nasjonal styring og samordning presiseres, og begrunnes med intensjonen om ”nasjonal likhet på viktige tjenesteområder, og god ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten, samlet sett.”
34	2006	Helse- og omsorgsdepartementets Bestillerdokument til de regionale helseforetakene I tråd med beslutning om todelt styringslinje, inneholder dette lite om IKT, bortsett fra at det minnes om Sosial- og helsedirektoratets rolle: ”3. SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATETS ROLLE Departementet har i tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet bedt direktoratet bidra til å håndtere sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten. Det presiseres i tildelingsbrevet hvorvidt dette inkluderer tiltak som er direkte rettet mot de regionale helseforetakene eller om det er innspill som skal inngå i departementets politikkutforming.” Blant flere oppgaver nevnes at direktoratet skal ha en nasjonal rolle i forhold til strategier og elektronisk samhandling. Videre: ” Direktoratet vil konkretisere gjennomføring av disse oppgavene i brev til de regionale foretakene. Det er av stor viktighet for gjennomføringen av disse oppgavene at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede og fungerende arbeidsformer seg i mellom. Departementet vil i første tertial 2006 iverksette et prosjekt sammen med de regionale helseforetakene og direktoratet for å vurdere ansvar og oppgavestruktur i forholdet mellom foretakene og direktoratet. ”
35	2006	Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til de regionale helseforetak 2006 Under punkt 19 IT/Statistikk/ dokumentasjon, nevnes adressekatalog i Norsk helsenett hvor RHF’ene blant annet skal ivareta registrarfunksjonen, og eResept hvor det legges opp til at RHF’ene skal delta i prosjektets styringsråd og i delprosjekt rekvirent.
36	2006 25. januar	Foretaksmøte mellom departementet og RHF’ene (her HN) ”4.3 Regionovergrepene tiltak Departementet ser på enkelte områder behov for sterkere nasjonal styring og mer samordning på tvers av regionene i arbeidet med å sikre gode og likeverdige tjenestetilbud og best mulig ressursutnyttelse. Nasjonal styring og samordning betyr i praksis ofte kunnskapsoverføring og gode fellesskapsløsninger mellom de regionale helseforetakene, noe som allerede finner sted på en rekke områder. Nasjonal koordinering er et viktig virkemiddel for rasjonell ressursbruk og god kunnskaputnyttelse og de regionale

		<p>helseforetakene må i større grad ha et nasjonalt perspektiv i sitt arbeid.”</p> <p>”</p> <p>4.3.3 Samordning og standardisering av IKT</p> <p>Foretaksmøtet viste til det felles arbeid som er igangsatt av Nasjonal IKT. Dette fanger opp intensjonen i protokoll fra foretaksmøtet 11. januar 2005 om utredning av samordning av relevante tjenester (jf pkt. 4.3.1). Dette arbeidet skal videreføres i regi av Nasjonal IKT. Det ble understreket at dette forutsetter solid lederforankring i alle regionale helseforetak. Samordning av både infrastruktur og applikasjoner (administrative og medisinske/kliniske) skal inngå i dette arbeidet. Nasjonal IKT skal også sikre at det blir etablert en felles forståelse og strategi for risiko- og sårbarhetsanalyser innen IKT og iverksetting av nødvendige kompenserende tiltak”</p> <p>Videre vises det til S@mspill 2007 og innsatsen RHF’ene har lagt ned i forhold til NHN.</p> <p>De regionale helseforetakene skal videre sikre at spesialisthelsetjenestens behov blir ivaretatt i eResept, og bidra til gjennomføring i tråd med prosjektplanene fra direktoratet.</p>
37	2006	<p>Sosial- og helsedirektoratet legger frem S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2006.</p> <p>Det vises direktoratets ansvar. Videre vises det til at gjennomføringsplan 2006 er blitt utviklet i en prosess med hørings-/innspillrunder og diskusjoner i ulike arenaer, som Nasjonal IKT, RHFenes IT-direktørmøte, eDeprådsgruppen og Samarbeidsrådet for S@mspill.</p> <p>Det presenteres tiltak under de 10 strategiske hovedområdene.</p>
38	2006 13.mars	<p>Nasjonal IKT legger frem Utredning om langsiktig organisering av IKT-området</p> <p>(Ref. HN RHF, styresak 81-2006, 11. oktober 2006)</p> <p>Bakgrunnen er utredningsprosjekt som skulle anbefale områder der det er hensiktsmessig med nasjonal samordning innenfor IKT-området. Det nye er at det vurderes felles infrastrukturtiltak på tvers av regionene. Det anbefales at det gjennomføres et videre arbeid med utvalgte scenarier, og at dette (hovedprosjektet) gjennomføres som et eget prosjekt utenfor strategi- og tiltaksplanen og med egen styringsgruppe.</p>
39	2006 7. april	<p>(Ref. HN RHF, styresak 80-2006, 11. oktober 2006)</p> <p>Nasjonal IKT legger frem Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene – felles satsningsområder og tiltak.</p> <p>Revidert strategiplan for 2006 og 2007.</p> <p>I saksfremlegget i HN RHF vises det til pkt 4.3.3 fra Foretaksmøtet 25. januar, se ovenfor.</p> <p>I avsnittet Sammenheng med nasjonale handlingsplaner, heter det: ” Gjennom utarbeidelse og gjennomføring av IKT-strategier og planer som Nasjonal IKTs ”Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene”, HODs ” S@mspill 2007” og etableringen av Norsk Helsenett, har helsesektoren tatt viktige steg for å realisere</p>

		<p>avgjørende samhandlings- og effektiviseringsgevinster. S@mspill 2007 operasjonaliseres i årlige gjennomføringsplaner, og de aktivitetene i disse som er relatert til spesialisthelsetjenesten, vil kunne inngå i Nasjonal IKTs strategi- og tiltaksplan.”</p> <p>(KBE: Et lite forbehold her?)</p> <p>Hovedendringen er at man ønsker å sette større fokus på å forstå samhandlingsprosessene mellom ulike aktører, eks. primær- og spesiølisthelsetjenesten, ennten samhandlingen er meldingsbasert eller skjer på andre måter. Det vises til mangel på kunnskap og oversikt oversamhandlingsmønstrene.</p>
40	2006	<p>HN RHF Styresak 79-2006 IT-strategi i Helse Nord – status ved utløp av strategiperioden.</p> <p>Det gis fullmakt til direktør om å gjennomføre nødvendig revisjon. Arbeidet forutsettes igangsatt 1. halvår 2007 og med deltakelse av helseforetakene og Helse Nord IKT</p>
41	2007	<p>St.prp.nr. 1 (2006-2007) Kap. 0720 Sosial- og helsedirektoratet</p> <hr/> <p>”Elektronisk samhandling – S@mspill 2007</p> <p>Formål og hovedprioriteringer Riktig bruk av IT er avgjørende for å lykkes i den videre utviklingen av helse- og sosialsektoren.”</p> <p>” Satsingsområder og resultatmål for 2007 Det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-området. Det skal settes et sterkere trykk på utviklingen av nasjonale IKT-systemer for å understøtte samarbeid og samhandling både innenfor og mellom tjenestene. Dette skal inkludere spesialisthelsetjenestens helseforetak, fastlegene og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, apotek og NAV.”</p> <p>Det har vært en gjennomgang av eReseptprosjektet som hittil har kostet 283 mill kroner. Det legges til grunn at det skjer en viss kostnadsfordeling mellom stat og private aktører.</p> <p>(KBE: vs kun betoning av behovet for sterkere nasjonal styring og omtale av direktoratets ”eget” prosjet eResept.</p>
42	2007	<p>St.prp.nr. 1 (2006-2007) Kap. 0732 Regionale helseforetak</p> <hr/> <p>Departementets prioriterte områder for 2007</p> <hr/> <p>Nasjonal helseplan, 2007-2010 (KBE: Se bakerst under denne perioden.) skal følges opp i de årlige statsbudsjett i planperioden, herunder i plan- og meldingsdelen. Nasjonal helseplan utgjør et grunnlag for omtalen i plandelen og for de krav som stilles til de regionale helseforetak i oppdragsdokumentene og eierkrav som formidles gjennom foretaksmøter for 2007.</p> <hr/> <p><i>Prioriterte områder i eierstyringen for 2007</i></p> <hr/> <p>..</p>

Et annet prioritert område i 2007 vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning på utvalgte områder. Dette er også tidligere markert som et sentralt innsatsområde overfor Stortinget. Departementet vil i kommende periode intensivere arbeidet med slik nasjonal styring og koordinering på tvers av regionale helseforetak, for i større grad å nyttiggjøre muligheter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.

Det er særlig følgende områder som synes aktuelle for tiltak i kommende periode:

..

- IKT-området Behov for samordning og standardisering innen IKT-området med sikte på forbedrede samhandlingsmuligheter mellom helseforetakene og samhandlende aktører, vil også i 2007 vies oppmerksomhet fra eier.

Fra kapittel 6 Nasjonal helseplan

"Nasjonal styring og samordning

Foretaksmodellen har etablert forutsetninger for bedre ressursutnyttelse, muligheter for å utligne uhensiktsmessige forskjeller – og nasjonale grep på enkelte områder. For å virkeliggjøre mer av reformens intensjoner, vil departementet i større grad vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regioner på utvalgte områder. Når staten står i en direkte eierlinje til spesialisthelsetjenestens virksomheter gir dette grunnlag for direkte styringsmessig oppfølging for å utnytte dette potensialet til å utvikle enhetlige og likeverdige tilbud.

..

Regionale helseforetak har stor frihet i valg av strategier og løsninger – og skal fortsatt ha det. Men en tilsvarende viktig side ved modellen er at dette skal skje innenfor nasjonalt opptrukne mål og langsiktige rammer. Det skal i perioden framover i sterkere grad identifiseres og følges opp områder med potensial for harmonisering og fellesløsninger på tvers av regionene. Det skal særskilt rettes fokus på sterkere nasjonal styring og samordning på investeringsområdet og innen IKT."

..

"Rolle og styringsmodell i regionale helseforetak

Regionale helseforetak har anledning til å være styringsmessig tett på underliggende helseforetak. Nettopp foretakenes autonomi når det gjelder styring og forvaltning av egne ressurser har vært én beveggrunn for reformen, og en sentral styringsutfordring for regionale helseforetak har vært – og er – å balansere og avstemme det regionale styrings- og samordningsbehovet med det enkelte helseforetaks selvstendighet. Den største utfordringen framover ligger nettopp i styringsrelasjonen regionale helseforetak – helseforetak."

"6.4 Gjennomgående strategiske områder

..

		<p>6.4.4 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)</p> <p>”Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting i helsesektoren. Riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.”</p> <p>”Høringsinstansene påpeker at summen av disse tiltakene i for liten grad har ført til elektronisk samhandling mellom helsetjenestens aktører og at antall tjenester og informasjonsutveksling er for lavt.”</p> <p>”Departementets oppfatning er likevel at utviklingen har kommet så langt at de nødvendige institusjonelle tiltak bør gjennomføres for å nå målsettingen”</p> <p>KBE: Videre omtales en rekke tiltak utførlig; Norsk Helsenett, IKT i kommunesektoren, Bruk av standarder, Elektronisk pasientjournal og Informasjonssikkerhet</p>
43	2007	<p>Helse- og omsorgsdepartementets Oppdragsdokument til RHF'ene (HN RHF)</p> <p>”1. Innledning</p> <p>.. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at Helse Nord har robuste systemer for formidling og oppfølging mellom det regionale helseforetaket og de underliggende helseforetak for å sikre at tjenesteytingen skjer i samsvar med myndighetskravene. Departementet vil i styringsdialogen med Helse Nord rette sin oppmerksomhet mot dette.”</p> <p>..</p> <p>”I statsbudsjettet for 2007 har regjeringen lagt fram en Nasjonal helseplan.”</p> <p>..</p> <p>”Departementet legger til grunn at det regionale helseforetaket setter seg inn i Nasjonal helseplan og lar denne være en referanseramme for arbeidet i 2007.”</p> <p>..</p> <p>”7. Sosial- og helsedirektoratets rolle</p> <p>Departementet har i tildelingsbrev gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten. Dette kan være tiltak som er direkte rettet mot de regionale helseforetakene eller innspill som skal inngå i departementets politikkutforming. Nasjonal helseplan tillegger Sosial- og helsedirektoratet en sentral</p>

		<p>rolle på enkelte felt som for eksempel utarbeiding av nasjonale faglige retningslinjer og som leder av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Sosial- og helsedirektoratet vil i sitt rundskriv IS-2-2007, konkretisere på hvilke områder direktoratet i særlig grad vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene i 2007. Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Sosial- og helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede arbeidsformer.”</p>
44	2007 13.februar	<p>Foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og HN RHF</p> <p>”For 2007 ble det formidlet styringsbudskap og krav på følgende områder:</p> <p>4.1 Samordning av stabs- og støttefunksjoner</p> <p>Foretaksmøtet viste til utredning som er gjennomført av regionale helseforetak under ledelse av Helse Sør RHF, om mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner. Dette på bakgrunn av sak i foretaksmøtet i januar 2006.</p> <p>Helse- og omsorgsdepartementet ber regionale helseforetak om å arbeide videre med saken i tråd med anbefaling gitt i fellesutredning datert 23. november 2006.</p> <p>Transaksjonsintensive områder – eksempelvis lønn, reiseregningsskontroll, fakturabehandling mv. bes prioritert – samtidig som det utarbeides vurdering og anbefaling innen mer kompetanseintensive områder.</p> <p>Helse Sør RHF får ansvar for å lede og koordinere det videre arbeidet.”</p> <p>..</p> <p>” Som en følge av dette ble Helse Nord RHF bedt om å se til at framtidige anskaffelser på dette området ikke er til hinder for mulige flerregionale løsninger.”</p> <p>”Sak 6: Øvrige saker</p> <p>..</p> <p>6.3 IKT-området</p> <p>Foretaksmøtet viste til Nasjonal helseplan og S@mspill 2007 og understreker betydningen av å videreføre det arbeid som pågår med fortsatt bred forankring på ledernivå i alle regionale helseforetak.”</p> <p>HN blir bedt om å bidra i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin. Videre å stille krav om at leverandørene implementerer</p>

		<p>meldingsstandarder godkjent av KITH og at samhandling skjer over Norsk helsenett, samt bidra til at spesialisthelsetjenestens behov ivaretas i eReseptprosjektet. Sykehusene må forberede seg på å innføre elektronisk pasientjournal så fort som mulig.</p>
45	2007	<p>Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til RHF'ene Rundskriv IS-2-2007</p> <p>”Forord I dette brevet til de fem regionale helseforetakene fremkommer det hvilke områder SHdir i særlig grad ønsker samarbeid i 2007. Det viser på hvilke områder det er behov for støtte fra RHFene i implementeringen av vedtatt helsepolitikk, iverksetting av nasjonale planer/-strategier og samarbeid om felles faglige utviklingstiltak.”</p> <p>”2 Samhandling Gjennom Nasjonal helseplan (2007-2010) gis samhandling et særskilt løft. I planperioden vil det arbeides bredt med samhandlingsproblematikk, og SHdir vil tilstrebe å ivareta dette perspektivet i all sin virksomhet overfor helse- og sosialtjenesten.” (KBE: Her fokuseres på bedre sahandling i behandlingsskjeden.)</p> <p>2.2 Elektronisk samhandling Strategiplanen S@mspill 2007 skal bidra til bedre elektronisk samhandling. Ett av de viktigste målene for 2007 er å utveksle elektroniske epikriser og henvisninger over Norsk Helsenett (Jf. Gjennomføringsplanen for 2007), i tråd med krav fra HOD i foretaksprotokollene for 2006. Der disse tjenestene er på plass, er målet å få til ytterligere tilbud av flere tjenester i nettet, som røntgenrekvisisjon, tilbakemelding på henvisning, laboratoriesvar og sykmelding. Samhandlingsløsningene skal være i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen, som blant annet innebærer utfasing av gammel teknologi, overgang til Norsk Helsenett og meldingsutveksling på standardisert format.</p> <p>2.3 Adressekatalog i Norsk Helsenett Adressekatalogen (tidligere Helsetjenestenehetsregisteret (HER)) skal være den autoritative elektroniske adressekatalog for helse- og sosialsektoren i Norsk Helsenett. .. Det forventes at RHFene får lagt inn sine elektroniske adresser i løpet av 1.kvartal 2007. Oppgaven avgrenses i første omgang til å gjelde de avdelinger, laboratorier o.a. som utveksler e-meldinger med primærhelsetjenesten.</p> <p>2.4 eResept SHdir vil i 2007 lede eReseptprogrammet frem til at versjon 1 av eResept er ferdig utviklet, testarbeidet påbegynt og</p>

		<p>pilotering ferdig planlagt.</p> <p>For å sikre ivaretagelsen av foretaksstrukturens behov, er RHFene ved Nasjonal IKT representert i programmets styringsråd.</p>
46	2007	<p>S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2007</p> <p>Rapporten redegjør for satsningene i strategiperioden og for tiltak i siste år av perioden. Det redegjøres også for viktige endringer som har funnet sted i perioden. Blant annet beskrives Nasjonal IKT blitt en sterkere aktør på dette feltet, ”en betydningsfull kraft i implementeringen av S@mspill 2007.”</p> <p>videre:</p> <p>”Av ulike årsaker har de forskjellige helseforetakene kommet ulikt langt i utbredelse og utnyttelse av IT internt, eller i samhandling med andre. Årsakene kan være økonomiske og organisatoriske prioriteringer og manglende standardisering. Det kan skyldes manglende informasjon og forankring av S@mspill-strategien og strategien til Nasjonal IKT. Det gjør at selv om overordnet strategi og tiltak vil være felles for foretakene, vil de gjennomføres på ulike tidspunkt. Dette kan gi noen utfordringer.”</p>
47	2007 1. juni	<p>Helse Sør-Øst etableres.</p> <p>Helse Sør RHF og Helse Øst RHF overføres til Helse Sør-Øst RHF</p>
48	2008	<p>St.prp.nr.1 (2007-2008)</p> <p>Kap. 0720 Sosial- og helsedirektoratet</p> <p>(KBE: IKT er kun beskrevet under post 21, Spesielle driftsutgifter.)</p> <p>”Formål og hovedprioriteringer</p> <p>Den teknologiske utviklingen gir store muligheter for å understøtte helhet og samhandling i helse- og sosialtjenesten. IT er et viktig virkemiddel for kvalitetsforbedring og økt sikkerhet i tjenesten. S@mspill 2007 (2004-2007) er Helse- og omsorgsdepartementets strategi for styrket elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Planen har hatt som mål å styrke informasjonsflyten i sektoren og å inkludere flere aktører i den elektroniske samhandlingen.</p> <p>I 2008 starter gjennomføring av ny S@mspill-plan som følger opp resultatene fra S@mspill 2007 og sentrale føringer i Nasjonal helseplan og St. melding nr. 17 (2006-2007), Et informasjonssamfunn for alle.</p> <p>Erfaringene fra S@mspill-perioden er at det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-området. Det må stilles tydeligere og mer forpliktende krav til sektoren om bruk av elektronisk samhandling og etterlevelse av standarder. Rolle- og ansvarsfordelingen mellom sentrale myndigheter, nasjonale kompetansesentra og de driftsansvarlige leddene i sektoren må tydeliggjøres. Virkemidler for å fjerne hindre og fremme god IT-utvikling og gevinster av elektronisk samhandling må tas i bruk. IT-satsingen må forankres bedre i helsefaglige miljøer for å sikre at løsningene ivaretar kliniske behov og gir de ønskede effekter.”</p>

49	2008	<p>St.prp.nr. 1 (2007-2008) Kap. 0732 Regionale helseforetak ”Innledning Overordnet styring og ansvar ... Det helsepolitiske oppdrag samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentet, tidligere kalt bestillerdokumentet, til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.”</p> <p>”Prioriterte områder for eierstyringen for 2008-04-08 .. Et annet og fortsatt prioritert område i 2008 vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning av helseforetakene på utvalgte områder. Dette er påkrevd for å nyttiggjøre muligheter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.”</p> <p>.. ”Kommende periode vil i tillegg følgende områder være aktuelle for oppfølgingstiltak: - Mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner Etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet er det gjennomført en utredning ledet av tidligere Helse Sør RHF som gjennom et tverregionalt samarbeid har sett på ulike muligheter for mulige fellesløsninger mellom regionale helseforetak innenfor ulike ikke-medisinske funksjoner i sykehus. .. Mulige fellesløsninger vil blant annet medvirke til å redusere kostnader for ikke-medisinske tjenester, sikre harmoniske løsninger og gi god ledelsesinformasjon og beslutningsstøtte. Departementet vil på bakgrunn av dette vurdere mulig videreføring av arbeidet i 2008 inklusive fellesløsninger og –tiltak på området.”</p>
50	2008	<p>Departementets Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (HN RHF) ” Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at Helse Nord har robuste systemer for formidling og oppfølging av myndighetskrav mellom det regionale helseforetaket og de underliggende helseforetak for å sikre at pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring skjer i samsvar med myndighetskravene. Departementet vil i styringsdialogen med Helse Nord rette sin oppmerksomhet mot dette.” ” I statsbudsjettet for 2007 la regjeringen fram Nasjonal helseplan (2007-2010). Denne gir en helhetlig omtale av helsepolitikken enkelte innsatsområder, betoner viktigheten av at disse sees i sammenheng, peker på sentrale</p>

		<p>utfordringer og trekker opp strategier og tiltak for at utfordringene skal møtes på en helhetlig måte. Departementet legger til grunn at det regionale helseforetaket har satt seg inn i Nasjonal helseplan, og at denne fortsetter å være veiledende for arbeidet i 2008” (KBE: Gjelder først og fremst helsetjenestene.)</p> <p>”7. Sosial- og helsedirektoratets rolle Departementet har i tildelingsbrev gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene. Nasjonale helseplan tillegger Sosial- og helsedirektoratet en sentral rolle på enkelte felt som for eksempel utarbeiding av nasjonale faglige retningslinjer og som leder av råd for kvalitet og prioritering. Sosial- og helsedirektoratet vil i sitt rundskriv IS-2-2008, konkretisere på hvilke områder direktoratet i særlig grad vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene i 2008. Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Sosial- og helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede arbeidsformer.”</p>
51	2008	<p>Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til RHF’ene I 2008 er brev til kommunene, fylkesmennene, de regionale helseforetakene og fylkeskommunene slått sammen i Rundskriv IS-1/2008 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2008</p> <p>Regionale helseforetak 1.5 Direktoratets ansvar, roller og forventninger 1.5.3 Regionale helseforetak De regionale helseforetak (RHF) skal bidra til måloppnåelse av nasjonal politikk på de områder Sosial- og helsedirektoratet er delegert nasjonalt ansvar for.</p> <p>.. I rollen som iverksetter av helsepolitikken (KBE: direktoratets rolle) forventer direktoratet at de regionale helseforetakene sørger for implementering av vedtatte tiltak, retningslinjer og handlingsplaner.</p> <p>..</p> <p>3. Tverrgående satsninger 3.2 Samhandling 3.2.3 Informasjon til helseforetakene Helseforetakene skal inngå samhandlingsavtaler med kommunene, jf avtalen mellom HOD og KS.</p> <p>.. Det skal gjennomføres et ”nasjonalt meldingsløft” som skal sikre at basiskommunikasjonen mellom helseforetak og fastlegene skal</p>

		sendes elektronisk. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at fastleger og kommunale pleie- og omsorgstjenester får mulighet til å utveksle basismeldinger som epikriser, henvisninger, rekvisisjoner, laboratoriesvar, pleie- og omsorgsmeldinger og resepter med alle helseforetak i regionen. Meldingene skal overføres elektronisk over helsenettet. Kommunikasjonen skal være standardisert i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur. Sosial- og helsedirektoratet skal koordinere satsningen samt følge opp og understøtte gjennomføringen
52	2008-02	Nasjonal IKT behandler <u>utkast</u> til Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan 2008 og 2009
53	2008-04-16 1. april	Sosial- og helsedirektoratet skifter navn til Helsedirektoratet 1.4.2008.04.16 Samfunnsoppdrag og rolle vil bli revurdert.
54	2008 29. april	Helse- og omsorgsdepartementet v/ Sylvia Brustad legger frem Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013 Kap. 4 Veien videre – strategiske prinsipper ” Vi må ha dette helt klart. Bedre samhandling er målet. Det må ikke være tvil om at veien er bruk av helsenettet. Alle de viktigste elementene foreligger jo. Nå må det stilles helt klare og tydelige krav om å ta de i bruk.” Steinar Martinsen, Visadministrerende direktør Helse Sør-Ost, styreleder Norsk Helsenett AS.”
55		Hva skjer med videreføringen av Langsiktig organisering av IKT??? CAP Gemini har oppdraget. Ryktet sier at det jobbes med en organisering av fellesoppgaver innenfor IKT, muligens inkludert infrastrukturen, i et eget selskap/ juridisk enhet. ??? (ref. intervju med HOD..)

Vedlegg 2 En sammenlikning av satsningsområdene i noen av de nasjonale strategiene

I tabellen under vises de seks satsningsområdene man har hatt i perioden samt satsningsområdene for 2008 og 2009.

Nasjonal IKT 2004	Samspill 2007 (2004-2007)	Nasjonal IKT 2006-2007	Nasjonal IKT 2008-2009	Samspill 2.0
1 Elektronisk samarbeid		.4 Systemarkitektur, informasjonsgrunnlag og definerte fellestjenester Man har jobbet med og ønsker å jobbe videre med en felles arkitektur med felles tjenester.	1: Systemarkitektur, informasjonsgrunnlag og definerte felles tjenester	
2 Helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag Nødvendig med felles begreper for å kunne utveksle informasjon	1. Helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag Svakhet er bottom-up tilnærming med mange ulike standardiserings-aktiviteter, svak implementering, svakt utviklet begrepsapparat med manglende samordning. Må etablere helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag basert på omforent informasjonsstruktur og felles begrepsapparat.			
		1 Dokumentasjons-, prosess- og planleggingsverktøy (Behov for å understøtte effektive prosesser og samhandlingsmønstre for ulike prosesser.)	2: EPJ – Dokumentasjons-, prosess-, og planverktøy	6 Helhetlig dataflyt – for læring, kvalitetsutvikling, ledelse og forskning Innsatsområde 11: Dokumentasjon og informasjonsarbeid

<p>3 Nasjonalt helsenett Bidra til etablering.</p>	<p>2. Nasjonalt helsenett Tilknytte flere aktører og tilby flere tjenester.</p> <p>5. Konsolidere utbredelse av elektronisk meldingsutveksling</p> <p>8 Elektroniske resepter til apotekene pluss forskrivningsstøtte 9 E-samarbeid med kommunal helse- og sosialtjeneste Helhetlig nasjonal satsning for en samordnet utvikling av elektronisk samarbeid med og innen kommunal helse- og sosialtjeneste. Kommuneprogram.</p>	<p>2 Elektronisk samhandling Støtte til visjonen om et helhetlig pasientforløp, basert på utbredelse av meldinger. Ønsker i det videre å fokusere på kjernejournal.</p> <p>3 Meldingsutveksling Del av elektronisk samhandling, men trukket ut som eget område fordi man ønsket spesiell oppmerksomhet rundt dette. Erfaringene viser at det er komplisert og tidkrevende å utbre mange-til-mange-løsninger der det er store krav til innhold og struktur i kommunikasjonen og Nasjonal IKT vil derfor legge til grunn en-til-en som kommunikasjonsprinsipp for kjernejournal (det vises til norsk bankvesen). det vises til Samspill 2.0 som lanserer Meldingsløftet og sier at man støtte dette arbeidet dersom SHdir ser behov for det.</p>	<p>4: Meldingsutveksling</p>	<p>1 Nasjonalt meldingsløft 2 Kommunesatsning 3 Elektroniske resepter</p>
<p>4 Informasjonssikkerhet Teknologien gir bedre sikkerhetsløsninger. Starte kommunikasjon med sentrale myndigheter vedrørende regelverket som gir restriksjoner på informasjonsutvekslingen.</p>	<p>3. Informasjonssikkerhet Robust og sikker IT-infrastruktur, utvikling av sikkerhetskultur, ikke bryte norsk lov, bransjenorm for informasjonssikkerhet</p>	<p>5 Informasjonssikkerhet Det er etablert en felles sikkerhetspolitikk samt et felles styringssystem for informasjonssikkerheten</p>		

<p>5 Standardisering og samordning av Elektroniske pasientjournal-systemer i helseforetakene. Det ønskes mest mulig standardisering av EPJ-løsninger. Arbeide med krav til felles funksjonalitet med mer.</p>	<p>4. Elektroniske pasientjournaler Gjennomgående og helhetlig innføring av EPJ</p>		<p>3: Kjernejournal</p>	<p>4 Elektronisk pasientjournal 5 : Tilgang til pasientinformasjon – kjernejournal, tilgang til på tvers av virksomheter m.m.</p>
		<p>6 Modell for leverandørsamhandling Avhengigheten til leverandørene er sterk når det gjelder å få implementert nye løsninger. Man har ønsket å finne frem til samhandlingsløsninger som gir større gjennomføringsevne.</p>	<p>5: Kvalitetsregistre</p>	
	<p>6. Fagstøtte og kunnskapskilder Enkel (elektronisk) tilgang til kvalitetssikrede nasjonale kunnskapskilder</p>			<p>Innsatsområde 9: Utdanning, opplæring og kompetanseutvikling Innsatsområde 10: Innovasjon og forskning</p>
	<p>7 Involvere pasienter, brukere og pårørende Kontakt via nettet, nettsted med helseinformasjon</p>			<p>7 Helseinformasjon, pasient- og brukertjenester</p>
<p>6 Videre organisering av samarbeidet mellom de regionale helseforetakene. Nasjonal IKT, organisering og finansiering</p>				<p>8 Nye måter å samarbeide på – bedre oppgave- og funksjonsfordeling</p>

Vedlegg 3 Forordet til Mer Helse for hver BIT

Mer Helse for Hver B *IT*

Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste
Handlingsplan 1997 – 2000

Forord

Kroppen er et informasjonssystem sjelen likeså. Ikke bare det kroppen er et av de mest komplekse styringssystemer som finnes sjelen enda mer.

For det første er kroppen et styringssystem som er automatisert den overvåker og regulerer selv sukkerinnhold i blodet, syre i magen, fuktigheten på tungen, temperaturen over det hele. Samtidig kan den styres bevisst via beslutninger om vi tilfører sukker via frukt eller melkesjokolade, om vi bidrar til temperaturreguleringen med sokker eller gensere. Vi kan styre tankene men aldri helt, de kommer stadig hugskott som ikke er bestilt, vi drømmer uten kontroll. Hva bevisstheten egentlig er og hvordan den er koplet til kroppens hardware, vet vi temmelig lite om men vi vet at dette spesielle IT-systemet er i stand til å besku seg selv reflektere og analysere.

Det mest fantastiske er at i hver celle i kroppen er det en lagerenhet som overgår alt IT-ingeniører har vært i stand til å konstruere: DNA-molekylet. Denne kveilen er en harddisk med innebygget evne til å lage kopier av seg selv, stort sett uten feil.

Likevel: Det er klart at så komplekse, sammen koplete informasjonssystemer av og til vil fungere feil, kan skade eller delvis bryte sammen. Det er gjerne det vi kaller sykdom og for å bøte på slike feil at vi har et helsevesen.

Den mest sentrale del av enhver helsetjeneste eller sykepleie er å fremskaffe informasjon. Inngangsspørsmålene er: Hva feiler deg? Hvordan står det til? For å besvare dem iverksettes prøver, undersøkelser, utredninger: måling av blodtrykk, taking av temperatur, avlesing av EKG. For å iverksette mottiltak må man ha kunnskap om kjemiske substanser og viten om deres virkninger, kjenne hva som bør gjøres og hvilke farer som lur.

Og det holder ikke å vite noe om hver enkelt pasient, for sykdom springer ut av samliv sosial omgang og smitteveier, sosiale vilkår og boligstandard, sosial organisering og belastninger. Det er derfor bygget opp et enormt informasjonsapparat for å overvåke og varsle, telle og måle, rapportere og informere.

Men løsningen kan lett bli en del av problemet: Informasjonsflommen kan bli så voldsom at den ikke mestres: journaler kommer på avveie, røntgenbilder fra ulike stadier i livet kan blir borte eller kan ikke koples sammen, hver avdeling har sitt eget system for skjema, de samme opplysninger må sannes omatt og omatt.

Men med IT skal informasjon om ikke bekjempes, så i allfall betvinges altså slik at den kan brukes for humane formål, er tilstede for pasientenes beste når den trengs og er sikret slik at integritet og personvern ivaretas.

Målet for denne handlingsplanen er å ta i tu med slike oppgaver: Hvordan IT kan brukes over hele settet av oppgaver fra telemedisin til sykehusadministrasjon, fra pasientkort til standardisering. Den overgripende hensikt er også ved hjelp av IT å stille pasienten først: å gi bedre informasjon til og bedre informasjon for alle dem og det er alle oss som bruker helsevesenet, men som vil kunne gjøre langt bedre bruk av det. Her er det pekt på mange

oppgaver for hele settet av aktører i helsevesenet oppgaver som mange av dem straks kan gå i gang med. Målet er rett og slett en omfattende reform under et samlet sikte som vil gripe inn i alle våre helsetjenester, men der en bokstavelig kan legge på plass bIT for bIT.

Sosial- og helsedepartementet

30. oktober 1996

Gudmund Hernes

Statsråd

Vedlegg 1 Tidslinje for styring av IKT i helsesektoren, inkludert sentrale strategier, 1997-2008

	År	Hendelse
1	1997	Sosial- og helsedepartementet v/statsråd Gudmund Hernes) Mer Helse for Hver B IT – Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste Handlingsplan 1997-2000
2	2001-01	(Sosial- og helsedepartementet v/ statsrådene Guri Ingebrigtsen (sosial) og Tore Tønne (helse). ”Si@!” Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren Statlig tiltaksplan 2001-2003
3	2001-06-06	Lov om helseforetak behandlet i Odelstinget
4	2001-06-06	Landet delt i 5 regionale helseforetak (RHF), lokalisering fastlagt og regionale styrer oppnevnes
5	2001 høsten	Etablering av 47 helseforetak (HF) med styrer, stiftelsesdokument og åpningsbalanse
6 ¹	2002-01-01	Start på nytt statlig eierskap
7	2002	St.prp. nr. 1 (2001-2002) Kap. 0706 Sosial- og helsedirektoratet: Sosial- og helsedirektoratet etableres i 2002. Sosial- og helsedepartementet skal i 2002 prioritere arbeidet med målstruktur og vurdere strategier og hovedprioriteringer for det nye Sosial- og helsedepartementet.
8	2002	St.prp. nr. 1 (2001-2002) Kap. 0732 Regionale helseforetak: ”Det legges opp til at eierstyringen (KBE: av de regionale helseforetakene) I tillegg til bruk av vedtekter I hovedsak skal skje gjennom budsjettdokumenter til Stortinget og gjennom foretaksmøter mellom departementet og styrene I de regionale helseforetakene.” ”Det skal etter at budsjettet er vedtatt utformes styringsdokumenter for 2002-budsjettet for de regionale helseforetakene. Styringsdokumentene skal overleveres på foretaksmøter mellom helseministeren og de regionale helseforetakene. Det tas sikte på å lage kun ett styringsdokument som omfatter alle tilskudd og rapporteringskrav pr. regionale helseforetak.” Si@! (Statlig tiltaksplan for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren) omtales. ”Departementet vurderer virkemidler som kan bidra til raskere innføring av løsninger for elektronisk samhandling.”
9	2002	Helsedepartementet, Revidert styringsdokument til de regionale helseforetakene, her ved HN RHF: ”Det vises tilfølgende merknad fra Sosialkomiteen (inst. S.nr.243 (2001-2002):....”Komiteen legger til grunn at foretakene...legger vekt på felles nasjonale tiltak der dette bidrar til bedre gjennomføring

¹ Se presentasjon fra Helsedepartementet v/Mette Bakkeli, fra Landskonferansen for Regionalråd oktober 2004
http://www.regionradene.no/images/Otta/Helsereformen-erfaringer_ett_%C3%A5r_etter.ppt

		av helsepolitikken.””
10	2002-06	HN RHF Styresak 54-2002 Strategi Helse Nord – Forbedring gjennom samarbeid
11	2002	Sosial- og helsedepartementet ”IT i foretak” Ikke tilgjengelig som eget dokument. Antar at dette arbeidet ble videreført i Hit & Run, se nedenfor
12	2002 18. juni	Felles strategiarbeid i de fem helseregionene. Dokument hentet fra HN RHF, Styredokument 62-2002 Hit & Run Viser til prosjektet Hit & Run som ble opprettet etter et felles strategiseminar for alle RHF-styrene i regi av eieravdelingen i departementet høsten 2001. Styreleder i Helse Vest RHF har vært leder for styringsgruppen for prosjektet og st.gr. har hatt et medlem fra hver av de regionale helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet har hatt sekretariatsfunksjonen (ved støtte fra konsulentfirma). I tillegg til konkrete tiltak på IT-området sier dokumentet også noe om forholdet mellom nivåene: ”Styringsgruppen har også drøftet og kommet med forslag om en generell arbeidsdeling på IT-feltet mellom ulike nivåer som følge av eierskaps- og foretaksreformen (Rapportens side 24). Det er her skilt mellom nasjonale oppgaver der Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet vil ha et særlig ansvar, både som eier og myndighetsutøver. Her nevnes oppsummerende noen av de oppgaver som foreslås lagt til det nasjonale nivået: utforming av nasjonale målsettinger, sørge for at IT blir et verktøy for realisering av helsepolitiske mål, koordinere regionalt IT-strategiarbeid, fastsette nasjonale standarder (kodeverk, definisjoner, sikkerhet etc.), realisere et nasjonalt helsenett, etablere fellesløsninger for ventetider, kapasitetsinformasjon og booking. Andre oppgaver foreslås løst som regionale fellesprosjekter i samarbeid mellom de ulike RHFer (for eksempel håndtering av strategier for fellesprosjekter i samarbeid mellom de ulike RHFer (for eksempel håndtering av strategier for lisenshåndtering/ rammeavtaler). De viktigste gjennomføringsoppgaver foreslås imidlertid lagt til de enkelte regionale helseforetak i samarbeid med underliggende helseforetak. De regionale helseforetak gis særlig ansvar for harmonisering av løsninger og IT-investeringer innen hver av regionene og for å vurdere og eventuelt etablere felles driftsløsninger der det er tjenlig. RHF-nivåets IT-strategiske rolle er sterkt understreket.” ”For å lykkes i samhandlingen mellom det nasjonale og det regionale nivået, er det viktig at Sosial- og helsedirektoratet primært spiller rollen som et tilretteleggende kompetanse- og serviceorgan, og at myndighetsstyringen avgrenses til områder der nødvendige fellesskapsløsninger ikke oppnås på annen måte.”
13	2003	St.prp.nr.1 (2002-2003) Kap.0706 Sosial- og helsedirektoratet ”Direktoratet skal følge opp Statlig tiltaksplan 2001-2003, Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren ”si@!”, videreføre arbeidet med etablering av nasjonalt helsenett og ...” Det vises for øvrig til post 21 under kapitlet for regionale

		helseforetak.
14	2003	<p>St.prp.nr.1 (2002-2003) Kap 0732 Regionale helseforetak</p> <p>Det presiseres at de regionale helseforetakene er overordnet ledelse for all statlig spesialisthelsetjeneste i regionen. Departementets styring skal skje gjennom overordnede mål, rammer og retningslinjer for virksomhetene og at man skal være tilbakeholden med detaljstyring.</p> <p>Men: ”Selv om dette er utgangspunkt og retningslinjer, mener departementet, som det fremgår nedenfor, at det i noen utstrekning er nødvendig med mer enkeltstående styringsdirektiver.”</p> <p>”Men det må holdes åpent at det vil være aktuelt med styringspålegg fra departementet for å sikre at ønskede samordningsbehov blir ivaretatt.”</p> <p>” De regionale helseforetakene har startet opp et arbeid med formulering av regionale IT-strategier. Dette vil fortsette i 2003. Sentralt i alle regionene er etablering av helsenett som muliggjør elektronisk kommunikasjon mellom ulike nivå i helsetjenesten. Videre vil arbeidet med integrering av ulike økonomiske og administrative datasystemer fortsette.</p> <p>Helsedepartementet forventer at de regionale helseforetak prioriterer arbeidet videre i 2003. De regionale helseforetakene må arbeide for å utvikle løsninger innenfor en felles forståelse slik at et nasjonalt helsenett realiseres. Det er Sosial- og helsedirektoratet som har det faglige oppfølgingsansvar for den nasjonale IT-tiltaksstrategien, jf. omtale under kap. 732, post 21.”</p> <p>2003 er siste år i den statlige tiltaksplanen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren 2001-2003, "Si @!". Målet er at de hovedtiltakene som har vært planlagt og utviklet i løpet av treårsperioden skal iverksettes for ordinær drift i løpet av 2003. Det utøvende ansvar for oppgavene ligger i hovedsak i de regionale helseforetakene, helseforetakene og i kommunehelsetjenesten. Direktoratet har et pådriver- og koordineringsansvar. Direktoratet utvikler og iverksetter implementeringsstrategier for de enkelte tiltak, og støtter utviklingen gjennom ulike virkemidler, bl.a. gjennom støtte til utviklingsarbeid og pilotprosjekter, utarbeiding av veiledninger og standarder, informasjon og faglig samarbeid. I tillegg tar direktoratet et direkte ansvar for den sentrale infrastrukturen som skal knytte sammen de regionale helsenettene, og for å etablere en nasjonal enhet for fritt sykehusvalg.”</p>
15	2003	<p>Helsedepartementets styringsdokument (HN RHF)</p> <p>I dette dokumentet gis det ordre om å etablere en felles IKT strategigruppe:</p> <p>”4.2.3 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi</p> <p>Det skal etableres en felles strategigruppe mellom Helsedepartementet og de regionale helseforetakene for informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Det forventes at deltakelsen i dette arbeidet er forankret på</p>

		<p>høyeste ledelsesnivå i det regionale helseforetaket.</p> <p>Helsedepartementet forventer at den felles strategigruppen mellom de regionale helseforetakene utvikler rammer og retningslinjer, og i nødvendig utstrekning tiltak, som kan sikre at det etableres et riktig nivå for fellesskapstiltak på IKT-området.”</p> <p>” Helsedepartementet forventer også at den nye gruppen bidrar til at det kan etableres et godt samarbeid med den pågående statlige IT-tiltaksplanen ”Si@!” som nå gjennomføres i regi av Sosial- og helsedirektoratet.”</p> <p>Det innskjerpes at de regionale helseforetakene må forholde seg til Sosial- og helsedirektoratet og bidra med deltakelse i de oppgaver direktoratet er satt til å gjennomføre:</p> <p>”</p> <p>Sosial- og helsedirektoratet er nyetablert fra 2002. En sentral begrunnelse for etableringen av direktoratet var et ønske om i større grad få et samlet ansvarssted for ulike myndighetstiltak som skal gjennomføres overfor helsetjenesten. Det er viktig at de regionale helseforetakene er seg bevisst direktoratets rolle og de ulike myndighetstiltakene som direktoratet arbeider med.”</p>
16	2003	<p>Nasjonalt IKT etableres som en samarbeidsarena mellom de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet er representert. Det nedsettes en gruppe som skal arbeide med en overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene.</p>
17	2003-2004	<p>Norsk helsenettt etableres...</p> <p>Strategi- og tiltaksplan for Nasjonalt helsenettt foreligger i utkast 20.12.2003, i versjon 2.1 den 30. januar 2004 og behandles i styremøter i de regionale helseforetakene våren 2004.</p> <p>Ref. HM RHF Styresak 26/04.</p>
18	2004	<p>St.meld.nr. 1 (2003-2004)</p> <p>Kap.0720 Sosial- og helsedirektoratet</p> <p>”Sosial- og helsedirektoratet er et forvaltnings- og kompetanseorgan som skal bidra til å gjennomføre nasjonal politikk innen helse- og sosialområdet.”</p> <p>Det rapporteres at 2003 er siste år for tiltaksplanen Si@! og at direktoratet er bedt om å legge frem forslag til en ny plan. Denne er beregnet ferdig i 2003 og vil fokusere på å knytte flere aktører til Norsk Helsenettt og elektronisk samhandlingstiltak rettet mot kommunesektoren.</p>
19	2004	<p>St.prp.nr.1 (2003-2004)</p> <p>Kap. 0732 Regionale helseforetak</p> <p>“De regionale helseforetakene har valgt ulike opplegg for styringsmessig oppfølging av helseforetakene.”</p> <p>”Modellen forutsetter vilje til å gi fullmakter til helseforetakene, men</p>

		<p>dette skal ikke føre til at det etableres oppfatninger om autonome posisjoner for helseforetakene.”</p> <p>Nasjonal IKT beskrives tilbakeskuende til 2003:</p> <p>” Helsedepartementet har gjennom styringsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2003 satt krav om at det etableres et samarbeid om utviklingen innen bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) på strategisk nivå mellom de regionale helseforetakene. Dette er blitt gjort, og samarbeidet ledes av Helse Vest. Gruppen har så langt satt fokus på etableringen av helsenettet, som er en nødvendig infrastruktur for å muliggjøre samhandling.”</p> <p>” Gruppen har god kontakt med Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med utarbeidelse av ny tiltaksplan for IKT i helsesektoren og i forbindelse med oppbygging av en driftsenhet for det nasjonale helsenettet.”</p> <p>” Gruppen planlegger å legge fram en felles strategi for de regionale helseforetakene ved årsskiftet.”</p>
20	2004	<p>Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene (HS RHF)</p> <p>3.2.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi</p> <p><i>Helse Sør skal bidra til realiseringen av Nasjonalt Helsenett i 2004.</i></p> <p>Det vises til etableringen av en felles strategigruppe for IKT i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Arbeidet skal føres videre i 2004 under ledelse av Helse Vest. Gruppen skal være bindeleddet mellom nasjonal satsning som nasjonalt helsenett og den nye statlige tiltaksplanen og de enkelte regionale helseforetaks strategiske planer på dette området.”</p>
21	2004	<p>Nasjonal IKT legger frem</p> <p>Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene og denne behandles i styrene i de regionale helseforetakene, eks. HN RHF Styresak 19/2004Ref.</p> <p>”Gruppens overordnede målsetting er å understøtte de nasjonale strategier og tiltak, slik dette er nedfelt i gjeldende tiltaksplan (”Si@!”), og slik dette vil bli nedfelt i nasjonal myndighetsstrategi fra 2004 (”Helhetlig forløp”). Dette innebærer også å finne supplerende atrategier og tiltak som gjennomføres i regi av regionale helseforetak”</p> <p>Strategien illustrerer sammenhengen mellom Overordnet IKT-strategi for RHF’ene og de nasjonale handlingsplanene.</p> <p>Planen legges frem for styret i Helse Midt-Norge RHF 17.2.2004, og der sies det:</p> <p>” Overordnet plan for nasjonale strategier ”Helhetlig forløp”, som er oppfølgeren til ”SI @!”-planen, vil bli lansert 11.-12. mars på Rica Hell der Helse Midt-Norge i samarbeide med SHDir er arrangør.</p> <p>Sammenhengen mellom de ulike strategier og planer kan virke forvirrende, men skissen nedenfor prøver å sette dette i sammenheng: ” (KBE: Se skissen annet sted i oppgaven.)</p>

22	2004	<p>Sosialdepartementet og Helsedepartementet ved helseminister Dagfinn Høybråten og Sosialminister Ingjerd Schou legger frem S@mspill 2007</p> <p>Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren</p> <p>Statlig strategi 2004-2007</p> <p>Lansert 11./12. mars 2004 (KBE: I utkast kalt "Enhetlig forløp")</p> <p>Der sies det om sammenhengen mellom S@mspill 2007 og Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene: "2.4 Sammenhengen med de regionale helseforetaks IT-strategi De regionale helseforetakene har definert IT som et av områdene for felles strategiutvikling, gjennom gruppen Nasjonal IKT. Gruppen har utarbeidet en overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetak. Sammen med andre fellestiltak konkretiseres de satsninger i S@mspill 2007 som berører helseforetakene. Deler av Nasjonal IKT's strategi utgjør med andre ord en konkretisering og ansvarliggjøring av de regionale helseforetakenes rolle i implementeringen av S@mspill 2007"</p>
23	2004	<p>Norsk Helsenett AS (NHN) (Fra S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2005:) "Norsk Helsenett AS ble etablert 1. oktober 2004, med de fem regionale helseforetakene som likeverdige eiere." NHN overtar ansvaret for de tidligere regionale helsenettene og sentral infrastruktur.</p>
24	2005	<p>St.prp.nr.1 (2004-2005) Kap. 0720 Sosial- og helsedepartementet "Sosial- og helsedirektoratet skal arbeide for å samordne, stimulere og sikre forsvarligheten i IKT-utviklingen i sosial- og helsesektoren."</p> <p>Under post 21 omtales den nye strategiplanen S@mspill 2007. "Visjonen for « S@mspill 2007 » er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid."</p> <p>Det rapporteres om ulike tiltak innenfor Norsk helsenett, om samarbeid med kommunesektoren og det vises til Kapittel 0751 (Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak) om prosjektet eResept, som beskrives under dette kapitlet.</p>
25	2005	<p>St.prp.nr.1 (2004-2005) Kap. 0732 Regionale helseforetak Her er det lite om IKT, men en del om styringsstrategier. Det er også et eget punkt for plan- og meldingssystem for regionale helseforetak, der det drøftes om plan- og meldingssystemet for regionale helseforetak skal legges frem i en egen melding eller som nå integreres i budsjettforslaget. Det siste alternativet velges. om helseforetakene sies det:</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px;">" De regionale helseforetak eier sine underordnede helseforetak.</p>

		<p>Dette er et av virkemidlene for å understøtte «sørge for»-ansvaret. I tillegg har man eierskap til andre selskap. Gjennom å utøve eierskap overfor de enhetene man eier alene eller sammen med andre, skal de regionale helseforetak legge til rette for at «sørge for»-ansvaret ivaretas på best mulig måte, og at man når den ønskede kvalitet på tjenesten og det forutsatte aktivitetsnivå på tjenesten. Rollen som eier innebærer også at de regionale helseforetakene må identifisere områder hvor samarbeid mellom foretakene vil bidra til en samlet og hensiktsmessig ressursutnyttelse.”</p> <p>Om IKT vises det kun bakover til den overordnede strategien for de regionale helseforetakene og strategisk dokument for etablering av Norsk helsenett.</p>
26	2005	<p>Helse- og omsorgsdepartementets Bestillerdokument til de regionale helseforetakene 2005</p> <p>Med Helse- og omsorgsdepartementet skjer det et regimeskifte.</p> <p>” Fra og med i år er styringslinjen overfor helseforetakene delt i to. Den skjer gjennom bestillerdokumentet og gjennom foretaksmøtet i januar. I dette dokumentet formuleres krav stilt til ”sørge for”-ansvaret. I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier.”</p> <p>Dette betyr at Bestillerdokumentet mest omhandler helsetjenestene, og i liten grad organisatoriske og administrative utviklingstiltak. Sosial- og helsedirektoratets rolle styrkes:</p> <p>” Departementet har i tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet bedt direktoratet i 2005 bidra til å håndtere sentrale innsatsområdet innen spesialisthelsetjenesten.”</p> <p>Elektronisk samhandling er en av områdene dette gjelder for. Departementet har bedt direktoratet om å konkretisere gjennomføring av disse oppgavene i brev til de regionale foretakene.</p> <p>Fra og med 2005 skriver direktoratet brev (rundskriv) til de regionale helseforetakene.</p>
27	2005	<p>Direktoratets brev til de regionale helseforetakene 2005</p> <p>I forordet sies det:</p> <p>” Dette brevet tar utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets rolle slik den er beskrevet i Rolleutvalgsrapporten. Brevet klargjør de oppgaver direktoratet er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i forhold til de regionale helseforetakene. Brevet er basert på Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til direktoratet, og klargjør ut fra dette aktiviteter fra direktoratets side overfor de regionale helseforetakene. Det er i brevet lagt vekt på å presentere dette som en integrert del av det samlede arbeidet for å realisere de helsepolitiske målene.”</p> <p>Brevet viser til elektronisk samarbeid med kommunal sektor og viser til arbeid som Nasjonal strategi og Norsk helsenett har bidratt med i denne sammenhengen.</p> <p>I et eget kapittel for Elektronisk samhandling sies det:</p>

		<p>”Det forventes at Nasjonal IKT i det videre arbeidet fortsatt ivaretar de regionale helseforetakenes ansvar for gjennomføring av nasjonale strategier på feltet, herunder årlig konkretisering av tiltak for å realisere strategien.”</p> <p>I avsnitt for bruk av standarder, inviteres Nasjonal IKT til å delta i styringsgruppen for standardiseringsarbeidet som drives av KITH og i brukerforum for samme.</p>
28	2005 14. januar	<p>Foretaksmøte HØ (Eierstyring)</p> <p>” 4.3 Deltakelse i regionovergripende tiltak</p> <p><i>4.3.1 Samordning og standardisering av IKT mellom de regionale helseforetakene</i></p> <p>Helse Øst RHF skal i 2005 bidra aktivt for å bedre samordning og standardisering innen</p> <p>IKT på tvers av regionale helseforetak og i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet,</p> <p>herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bidra til tiltak som sikrer økt trafikk i Norsk Helsenett AS – bidra til å etablere et felles programkontor for å ivareta oppfølging av nødvendig samordning og standardisering av programvare på IKT-området – bidra til å gi mandat og støtte til koordinering på IKT-området slik at nødvendige utredninger og organisatoriske endringer kan gjennomføres.”
29	2005	<p>Sosial- og helsedirektoratet legger frem S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2005, med fokus på de oppgavene som direktoratet skal ha ansvar for.</p> <p>Det vises til Nasjonal IKT og den overordnede strategien for de regionale helseforetakene og sies at denne ”støtter opp under eller er sentral for realisering av S@mspill-strategien.”</p>
30	2005 28.april	<p>Nasjonal IKT legger frem revidert tiltaksplan for den overordnede IKT-strategien for de regionale helseforetakene. (Ref. HN RHF, styresak 63-2005)</p>
31	2005	<p>HN RHF, ref. styresak 94-2005, 11. oktober 2005</p> <p>Det vedtas at Helse Nord IKT etableres fra 1.1.2006</p> <p>”Helse Nord IKT etableres som en ny regional IKT-organisasjon – herunder en felles driftsenhet.”</p>
32	2006	<p>St.prp.nr.1 (2005-2006)</p> <p>Kap. 0720 Sosial og helsedirektoratet</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>” Sosial- og helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for å samordne og legge premisser for en hensiktsmessig IT-utvikling i sosial- og helsesektoren. Dette omfatter ansvar for gjennomføring av strategi og tiltak beskrevet i den nasjonale strategien for elektronisk samarbeid S@mspill 2007. Sentralt i dette arbeidet er optimal bruk av helsenettet, sørge for etablering og vedlikehold av nødvendig terminologi og standarder, bidra til god informasjonsflyt og at flere aktører deltar i det elektroniske samarbeidet.</p> </div> <p>Visjonen for S@mspill 2007 er helhetlige pasient- og brukerforløp</p>

		gjennom elektronisk samarbeid.” I tråd med direktoratets styrkede rolle, beskrives visjonene for S@mspill 2007 og arbeidet som er planlagt gjennomført i 2006. eReseptprosjektet, som direktoratet har ansvar for, gis bred omtale.
33	2006	St.prp.nr.1 (2005-2006) Kap. 0732 Regionale helseforetak Behovet for sterkere nasjonal styring og samordning presiseres, og begrunnes med intensjonen om ”nasjonal likhet på viktige tjenesteområder, og god ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten, samlet sett.”
34	2006	Helse- og omsorgsdepartementets Bestillerdokument til de regionale helseforetakene I tråd med beslutning om todelt styringslinje, inneholder dette lite om IKT, bortsett fra at det minnes om Sosial- og helsedirektoratets rolle: ”3. SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATETS ROLLE Departementet har i tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet bedt direktoratet bidra til å håndtere sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten. Det presiseres i tildelingsbrevet hvorvidt dette inkluderer tiltak som er direkte rettet mot de regionale helseforetakene eller om det er innspill som skal inngå i departementets politikkutforming.” Blant flere oppgaver nevnes at direktoratet skal ha en nasjonal rolle i forhold til strategier og elektronisk samhandling. Videre: ” Direktoratet vil konkretisere gjennomføring av disse oppgavene i brev til de regionale foretakene. Det er av stor viktighet for gjennomføringen av disse oppgavene at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede og fungerende arbeidsformer seg i mellom. Departementet vil i første tertial 2006 iverksette et prosjekt sammen med de regionale helseforetakene og direktoratet for å vurdere ansvar og oppgavestruktur i forholdet mellom foretakene og direktoratet. ”
35	2006	Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til de regionale helseforetak 2006 Under punkt 19 IT/Statistikk/ dokumentasjon, nevnes adressekatalog i Norsk helsenett hvor RHF’ene blant annet skal ivareta registrarfunksjonen, og eResept hvor det legges opp til at RHF’ene skal delta i prosjektets styringsråd og i delprosjekt rekvirent.
36	2006 25. januar	Foretaksmøte mellom departementet og RHF’ene (her HN) ”4.3 Regionovergripende tiltak Departementet ser på enkelte områder behov for sterkere nasjonal styring og mer samordning på tvers av regionene i arbeidet med å sikre gode og likeverdige tjenestetilbud og best mulig ressursutnyttelse. Nasjonal styring og samordning betyr i praksis ofte kunnskapsoverføring og gode fellesskapsløsninger mellom de regionale helseforetakene, noe som allerede finner sted på en rekke områder. Nasjonal koordinering er et viktig virkemiddel for rasjonell ressursbruk og god kunnskaputnyttelse og de regionale

		<p>helseforetakene må i større grad ha et nasjonalt perspektiv i sitt arbeid.”</p> <p>”</p> <p>4.3.3 Samordning og standardisering av IKT</p> <p>Foretaksmøtet viste til det felles arbeid som er igangsatt av Nasjonal IKT. Dette fanger opp intensjonen i protokoll fra foretaksmøtet 11. januar 2005 om utredning av samordning av relevante tjenester (jf pkt. 4.3.1). Dette arbeidet skal videreføres i regi av Nasjonal IKT. Det ble understreket at dette forutsetter solid lederforankring i alle regionale helseforetak. Samordning av både infrastruktur og applikasjoner (administrative og medisinske/kliniske) skal inngå i dette arbeidet. Nasjonal IKT skal også sikre at det blir etablert en felles forståelse og strategi for risiko- og sårbarhetsanalyser innen IKT og iverksetting av nødvendige kompenserende tiltak”</p> <p>Videre vises det til S@mspill 2007 og innsatsen RHF’ene har lagt ned i forhold til NHN.</p> <p>De regionale helseforetakene skal videre sikre at spesialisthelsetjenestens behov blir ivaretatt i eResept, og bidra til gjennomføring i tråd med prosjektplanene fra direktoratet.</p>
37	2006	<p>Sosial- og helsedirektoratet legger frem S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2006.</p> <p>Det vises direktoratets ansvar. Videre vises det til at gjennomføringsplan 2006 er blitt utviklet i en prosess med hørings-/innspillrunder og diskusjoner i ulike arenaer, som Nasjonal IKT, RHFenes IT-direktørmøte, eDeprådsgruppen og Samarbeidsrådet for S@mspill.</p> <p>Det presenteres tiltak under de 10 strategiske hovedområdene.</p>
38	2006 13.mars	<p>Nasjonal IKT legger frem Utredning om langsiktig organisering av IKT-området</p> <p>(Ref. HN RHF, styresak 81-2006, 11. oktober 2006)</p> <p>Bakgrunnen er utredningsprosjekt som skulle anbefale områder der det er hensiktsmessig med nasjonal samordning innenfor IKT-området. Det nye er at det vurderes felles infrastrukturtiltak på tvers av regionene. Det anbefales at det gjennomføres et videre arbeid med utvalgte scenarier, og at dette (hovedprosjektet) gjennomføres som et eget prosjekt utenfor strategi- og tiltaksplanen og med egen styringsgruppe.</p>
39	2006 7. april	<p>(Ref. HN RHF, styresak 80-2006, 11. oktober 2006)</p> <p>Nasjonal IKT legger frem Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene – felles satsningsområder og tiltak.</p> <p>Revidert strategiplan for 2006 og 2007.</p> <p>I saksfremlegget i HN RHF vises det til pkt 4.3.3 fra Foretaksmøtet 25. januar, se ovenfor.</p> <p>I avsnittet Sammenheng med nasjonale handlingsplaner, heter det:</p> <p>” Gjennom utarbeidelse og gjennomføring av IKT-strategier og planer som Nasjonal IKTs ”Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene”, HODs ” S@mspill 2007” og etableringen av Norsk Helsenett, har helsesektoren tatt viktige steg for å realisere</p>

		<p>avgjørende samhandlings- og effektiviseringsgevinster. S@mspill 2007 operasjonaliseres i årlige gjennomføringsplaner, og de aktivitetene i disse som er relatert til spesialisthelsetjenesten, vil kunne inngå i Nasjonal IKTs strategi- og tiltaksplan.”</p> <p>(KBE: Et lite forbehold her?)</p> <p>Hovedendringen er at man ønsker å sette større fokus på å forstå samhandlingsprosessene mellom ulike aktører, eks. primær- og spesiølisthelsetjenesten, ennten samhandlingen er meldingsbasert eller skjer på andre måter. Det vises til mangel på kunnskap og oversikt oversamhandlingsmønstrene.</p>
40	2006	<p>HN RHF Styresak 79-2006 IT-strategi i Helse Nord – status ved utløp av strategiperioden.</p> <p>Det gis fullmakt til direktør om å gjennomføre nødvendig revisjon. Arbeidet forutsettes igangsatt 1. halvår 2007 og med deltakelse av helseforetakene og Helse Nord IKT</p>
41	2007	<p>St.prp.nr. 1 (2006-2007) Kap. 0720 Sosial- og helsedirektoratet</p> <hr/> <p>”Elektronisk samhandling – S@mspill 2007</p> <p>Formål og hovedprioriteringer Riktig bruk av IT er avgjørende for å lykkes i den videre utviklingen av helse- og sosialsektoren.”</p> <p>” Satsingsområder og resultatmål for 2007 Det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-området. Det skal settes et sterkere trykk på utviklingen av nasjonale IKT-systemer for å understøtte samarbeid og samhandling både innenfor og mellom tjenestene. Dette skal inkludere spesialisthelsetjenestens helseforetak, fastlegene og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, apotek og NAV.”</p> <p>Det har vært en gjennomgang av eReseptprosjektet som hittil har kostet 283 mill kroner. Det legges til grunn at det skjer en viss kostnadsfordeling mellom stat og private aktører.</p> <p>(KBE: vs kun betoning av behovet for sterkere nasjonal styring og omtale av direktoratets ”eget” prosjet eResept.</p>
42	2007	<p>St.prp.nr. 1 (2006-2007) Kap. 0732 Regionale helseforetak</p> <hr/> <p>Departementets prioriterte områder for 2007</p> <hr/> <p>Nasjonal helseplan, 2007-2010 (KBE: Se bakerst under denne perioden.) skal følges opp i de årlige statsbudsjett i planperioden, herunder i plan- og meldingsdelen. Nasjonal helseplan utgjør et grunnlag for omtalen i plandelen og for de krav som stilles til de regionale helseforetak i oppdragsdokumentene og eierkrav som formidles gjennom foretaksmøter for 2007.</p> <hr/> <p><i>Prioriterte områder i eierstyringen for 2007</i></p> <hr/> <p>..</p>

Et annet prioritert område i 2007 vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning på utvalgte områder. Dette er også tidligere markert som et sentralt innsatsområde overfor Stortinget. Departementet vil i kommende periode intensivere arbeidet med slik nasjonal styring og koordinering på tvers av regionale helseforetak, for i større grad å nyttiggjøre muligheter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.

Det er særlig følgende områder som synes aktuelle for tiltak i kommende periode:

..

- IKT-området Behov for samordning og standardisering innen IKT-området med sikte på forbedrede samhandlingsmuligheter mellom helseforetakene og samhandlende aktører, vil også i 2007 vies oppmerksomhet fra eier.

Fra kapittel 6 Nasjonal helseplan

"Nasjonal styring og samordning

Foretaksmodellen har etablert forutsetninger for bedre ressursutnyttelse, muligheter for å utligne uhensiktsmessige forskjeller – og nasjonale grep på enkelte områder. For å virkeliggjøre mer av reformens intensjoner, vil departementet i større grad vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regioner på utvalgte områder. Når staten står i en direkte eierlinje til spesialisthelsetjenestens virksomheter gir dette grunnlag for direkte styringsmessig oppfølging for å utnytte dette potensialet til å utvikle enhetlige og likeverdige tilbud.

..

Regionale helseforetak har stor frihet i valg av strategier og løsninger – og skal fortsatt ha det. Men en tilsvarende viktig side ved modellen er at dette skal skje innenfor nasjonalt optrukne mål og langsiktige rammer. Det skal i perioden framover i sterkere grad identifiseres og følges opp områder med potensial for harmonisering og fellesløsninger på tvers av regionene. Det skal særskilt rettes fokus på sterkere nasjonal styring og samordning på investeringsområdet og innen IKT."

..

"Rolle og styringsmodell i regionale helseforetak

Regionale helseforetak har anledning til å være styringsmessig tett på underliggende helseforetak. Nettopp foretakenes autonomi når det gjelder styring og forvaltning av egne ressurser har vært én beveggrunn for reformen, og en sentral styringsutfordring for regionale helseforetak har vært – og er – å balansere og avstemme det regionale styrings- og samordningsbehovet med det enkelte helseforetaks selvstendighet. Den største utfordringen framover ligger nettopp i styringsrelasjonen regionale helseforetak – helseforetak."

"6.4 Gjennomgående strategiske områder

..

		<p>6.4.4 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)</p> <p>”Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting i helsesektoren. Riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.”</p> <p>”Høringsinstansene påpeker at summen av disse tiltakene i for liten grad har ført til elektronisk samhandling mellom helsetjenestens aktører og at antall tjenester og informasjonsutveksling er for lavt.”</p> <p>”Departementets oppfatning er likevel at utviklingen har kommet så langt at de nødvendige institusjonelle tiltak bør gjennomføres for å nå målsettingen”</p> <p>KBE: Videre omtales en rekke tiltak utførlig; Norsk Helsenett, IKT i kommunesektoren, Bruk av standarder, Elektronisk pasientjournal og Informasjonssikkerhet</p>
43	2007	<p>Helse- og omsorgsdepartementets Oppdragsdokument til RHF'ene (HN RHF)</p> <p>”1. Innledning</p> <p>.. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at Helse Nord har robuste systemer for formidling og oppfølging mellom det regionale helseforetaket og de underliggende helseforetak for å sikre at tjenesteytingen skjer i samsvar med myndighetskravene. Departementet vil i styringsdialogen med Helse Nord rette sin oppmerksomhet mot dette.”</p> <p>..</p> <p>”I statsbudsjettet for 2007 har regjeringen lagt fram en Nasjonal helseplan.”</p> <p>..</p> <p>”Departementet legger til grunn at det regionale helseforetaket setter seg inn i Nasjonal helseplan og lar denne være en referanseramme for arbeidet i 2007.”</p> <p>..</p> <p>”7. Sosial- og helsedirektoratets rolle</p> <p>Departementet har i tildelingsbrev gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten. Dette kan være tiltak som er direkte rettet mot de regionale helseforetakene eller innspill som skal inngå i departementets politikkutforming. Nasjonal helseplan tillegger Sosial- og helsedirektoratet en sentral</p>

		<p>rolle på enkelte felt som for eksempel utarbeiding av nasjonale faglige retningslinjer og som leder av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Sosial- og helsedirektoratet vil i sitt rundskriv IS-2-2007, konkretisere på hvilke områder direktoratet i særlig grad vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene i 2007. Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Sosial- og helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede arbeidsformer.”</p>
44	2007 13.februar	<p>Foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og HN RHF</p> <p>”For 2007 ble det formidlet styringsbudskap og krav på følgende områder:</p> <p>4.1 Samordning av stabs- og støttefunksjoner</p> <p>Foretaksmøtet viste til utredning som er gjennomført av regionale helseforetak under ledelse av Helse Sør RHF, om mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner. Dette på bakgrunn av sak i foretaksmøtet i januar 2006.</p> <p>Helse- og omsorgsdepartementet ber regionale helseforetak om å arbeide videre med saken i tråd med anbefaling gitt i fellesutredning datert 23. november 2006.</p> <p>Transaksjonsintensive områder – eksempelvis lønn, reiseregningkontroll, fakturabehandling mv. bes prioritert – samtidig som det utarbeides vurdering og anbefaling innen mer kompetanseintensive områder.</p> <p>Helse Sør RHF får ansvar for å lede og koordinere det videre arbeidet.”</p> <p>..</p> <p>” Som en følge av dette ble Helse Nord RHF bedt om å se til at framtidige anskaffelser på dette området ikke er til hinder for mulige flerregionale løsninger.”</p> <p>”Sak 6: Øvrige saker</p> <p>..</p> <p>6.3 IKT-området</p> <p>Foretaksmøtet viste til Nasjonal helseplan og S@mspill 2007 og understreker betydningen av å videreføre det arbeid som pågår med fortsatt bred forankring på ledernivå i alle regionale helseforetak.”</p> <p>HN blir bedt om å bidra i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin. Videre å stille krav om at leverandørene implementerer</p>

		<p>meldingsstandarder godkjent av KITH og at samhandling skjer over Norsk helsenett, samt bidra til at spesialisthelsetjenestens behov ivaretas i eReseptprosjektet. Sykehusene må forberede seg på å innføre elektronisk pasientjournal så fort som mulig.</p>
45	2007	<p>Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til RHF'ene Rundskriv IS-2-2007</p> <p>”Forord</p> <p>I dette brevet til de fem regionale helseforetakene fremkommer det hvilke områder SHdir i særlig grad ønsker samarbeid i 2007. Det viser på hvilke områder det er behov for støtte fra RHFene i implementeringen av vedtatt helsepolitikk, iverksetting av nasjonale planer/-strategier og samarbeid om felles faglige utviklingstiltak.”</p> <p>”2 Samhandling</p> <p>Gjennom Nasjonal helseplan (2007-2010) gis samhandling et særskilt løft. I planperioden vil det arbeides bredt med samhandlingsproblematikk, og SHdir vil tilstrebe å ivareta dette perspektivet i all sin virksomhet overfor helse- og sosialtjenesten.” (KBE: Her fokuseres på bedre sahandling i behandlingsskjeden.)</p> <p>2.2 Elektronisk samhandling</p> <p>Strategiplanen S@mspill 2007 skal bidra til bedre elektronisk samhandling. Ett av de viktigste målene for 2007 er å utveksle elektroniske epikriser og henvisninger over Norsk Helsenett (Jf. Gjennomføringsplanen for 2007), i tråd med krav fra HOD i foretaksprotokollene for 2006. Der disse tjenestene er på plass, er målet å få til ytterligere tilbud av flere tjenester i nettet, som røntgenrekvisisjon, tilbakemelding på henvisning, laboratoriesvar og sykmelding. Samhandlingsløsningene skal være i tråd med den nasjonale samhandlingsarkitekturen, som blant annet innebærer utfasing av gammel teknologi, overgang til Norsk Helsenett og meldingsutveksling på standardisert format.</p> <p>2.3 Adressekatalog i Norsk Helsenett</p> <p>Adressekatalogen (tidligere Helsetjenestehetsregisteret (HER)) skal være den autorative elektroniske adressekatalog for helse- og sosialsektoren i Norsk Helsenett.</p> <p>..</p> <p>Det forventes at RHFene får lagt inn sine elektroniske adresser i løpet av 1.kvartal 2007. Oppgaven avgrenses i første omgang til å gjelde de avdelinger, laboratorier o.a. som utveksler e-meldinger med primærhelsetjenesten.</p> <p>2.4 eResept</p> <p>SHdir vil i 2007 lede eReseptprogrammet frem til at versjon 1 av eResept er ferdig utviklet, testarbeidet påbegynt og</p>

		<p>pilotering ferdig planlagt.</p> <p>For å sikre ivaretagelsen av foretaksstrukturens behov, er RHFene ved Nasjonal IKT representert i programmets styringsråd.</p>
46	2007	<p>S@mspill 2007, Gjennomføringsplan 2007</p> <p>Rapporten redegjør for satsningene i strategiperioden og for tiltak i siste år av perioden. Det redegjøres også for viktige endringer som har funnet sted i perioden. Blant annet beskrives Nasjonal IKT blitt en sterkere aktør på dette feltet, ”en betydningsfull kraft i implementeringen av S@mspill 2007.”</p> <p>videre:</p> <p>”Av ulike årsaker har de forskjellige helseforetakene kommet ulikt langt i utbredelse og utnyttelse av IT internt, eller i samhandling med andre. Årsakene kan være økonomiske og organisatoriske prioriteringer og manglende standardisering. Det kan skyldes manglende informasjon og forankring av S@mspill-strategien og strategien til Nasjonal IKT. Det gjør at selv om overordnet strategi og tiltak vil være felles for foretakene, vil de gjennomføres på ulike tidspunkt. Dette kan gi noen utfordringer.”</p>
47	2007 1. juni	<p>Helse Sør-Øst etableres.</p> <p>Helse Sør RHF og Helse Øst RHF overføres til Helse Sør-Øst RHF</p>
48	2008	<p>St.prp.nr.1 (2007-2008)</p> <p>Kap. 0720 Sosial- og helsedirektoratet</p> <p>(KBE: IKT er kun beskrevet under post 21, Spesielle driftsutgifter.)</p> <p>”Formål og hovedprioriteringer</p> <p>Den teknologiske utviklingen gir store muligheter for å understøtte helhet og samhandling i helse- og sosialtjenesten. IT er et viktig virkemiddel for kvalitetsforbedring og økt sikkerhet i tjenesten. S@mspill 2007 (2004-2007) er Helse- og omsorgsdepartementets strategi for styrket elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Planen har hatt som mål å styrke informasjonsflyten i sektoren og å inkludere flere aktører i den elektroniske samhandlingen.</p> <p>I 2008 starter gjennomføring av ny S@mspill-plan som følger opp resultatene fra S@mspill 2007 og sentrale føringer i Nasjonal helseplan og St. melding nr. 17 (2006-2007), Et informasjonssamfunn for alle.</p> <p>Erfaringene fra S@mspill-perioden er at det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-området. Det må stilles tydeligere og mer forpliktende krav til sektoren om bruk av elektronisk samhandling og etterlevelse av standarder. Rolle- og ansvarsfordelingen mellom sentrale myndigheter, nasjonale kompetansesentra og de driftsansvarlige leddene i sektoren må tydeliggjøres. Virkemidler for å fjerne hindre og fremme god IT-utvikling og gevinster av elektronisk samhandling må tas i bruk. IT-satsingen må forankres bedre i helsefaglige miljøer for å sikre at løsningene ivaretar kliniske behov og gir de ønskede effekter.”</p>

49	2008	<p>St.prp.nr. 1 (2007-2008) Kap. 0732 Regionale helseforetak ”Innledning Overordnet styring og ansvar ... Det helsepolitiske oppdrag samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentet, tidligere kalt bestillerdokumentet, til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.”</p> <p>”Prioriterte områder for eierstyringen for 2008-04-08 .. Et annet og fortsatt prioritert område i 2008 vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning av helseforetakene på utvalgte områder. Dette er påkrevd for å nyttiggjøre muligheter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.”</p> <p>.. ”Kommende periode vil i tillegg følgende områder være aktuelle for oppfølgingstiltak: - Mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner Etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet er det gjennomført en utredning ledet av tidligere Helse Sør RHF som gjennom et tverregionalt samarbeid har sett på ulike muligheter for mulige fellesløsninger mellom regionale helseforetak innenfor ulike ikke-medisinske funksjoner i sykehus. .. Mulige fellesløsninger vil blant annet medvirke til å redusere kostnader for ikke-medisinske tjenester, sikre harmoniske løsninger og gi god ledelsesinformasjon og beslutningsstøtte. Departementet vil på bakgrunn av dette vurdere mulig videreføring av arbeidet i 2008 inklusive fellesløsninger og –tiltak på området.”</p>
50	2008	<p>Departementets Oppdragsdokument til de regionale helseforetakene (HN RHF) ” Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at Helse Nord har robuste systemer for formidling og oppfølging av myndighetskrav mellom det regionale helseforetaket og de underliggende helseforetak for å sikre at pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring skjer i samsvar med myndighetskravene. Departementet vil i styringsdialogen med Helse Nord rette sin oppmerksomhet mot dette.”</p> <p>” I statsbudsjettet for 2007 la regjeringen fram Nasjonal helseplan (2007-2010). Denne gir en helhetlig omtale av helsepolitikken enkelte innsatsområder, betoner viktigheten av at disse sees i sammenheng, peker på sentrale</p>

		<p>utfordringer og trekker opp strategier og tiltak for at utfordringene skal møtes på en helhetlig måte. Departementet legger til grunn at det regionale helseforetaket har satt seg inn i Nasjonal helseplan, og at denne fortsetter å være veiledende for arbeidet i 2008” (KBE: Gjelder først og fremst helsetjenestene.)</p> <p>”7. Sosial- og helsedirektoratets rolle Departementet har i tildelingsbrev gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder innen spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene. Nasjonal helseplan tillegger Sosial- og helsedirektoratet en sentral rolle på enkelte felt som for eksempel utarbeiding av nasjonale faglige retningslinjer og som leder av råd for kvalitet og prioritering. Sosial- og helsedirektoratet vil i sitt rundskriv IS-2-2008, konkretisere på hvilke områder direktoratet i særlig grad vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene i 2008. Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Sosial- og helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede arbeidsformer.”</p>
51	2008	<p>Sosial- og helsedirektoratets årlige brev til RHF’ene I 2008 er brev til kommunene, fylkesmennene, de regionale helseforetakene og fylkeskommunene slått sammen i Rundskriv IS-1/2008 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2008</p> <p>Regionale helseforetak 1.5 Direktoratets ansvar, roller og forventninger 1.5.3 Regionale helseforetak De regionale helseforetak (RHF) skal bidra til måloppnåelse av nasjonal politikk på de områder Sosial- og helsedirektoratet er delegert nasjonalt ansvar for.</p> <p>.. I rollen som iverksetter av helsepolitikken (KBE: direktoratets rolle) forventer direktoratet at de regionale helseforetakene sørger for implementering av vedtatte tiltak, retningslinjer og handlingsplaner.</p> <p>..</p> <p>3. Tverrgående satsninger 3.2 Samhandling 3.2.3 Informasjon til helseforetakene Helseforetakene skal inngå samhandlingsavtaler med kommunene, jf avtalen mellom HOD og KS.</p> <p>.. Det skal gjennomføres et ”nasjonalt meldingsløft” som skal sikre at basiskommunikasjonen mellom helseforetak og fastlegene skal</p>

		sendes elektronisk. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at fastleger og kommunale pleie- og omsorgstjenester får mulighet til å utveksle basismeldinger som epikriser, henvisninger, rekvisisjoner, laboratoriesvar, pleie- og omsorgsmeldinger og resepter med alle helseforetak i regionen. Meldingene skal overføres elektronisk over helsenettet. Kommunikasjonen skal være standardisert i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur. Sosial- og helsedirektoratet skal koordinere satsningen samt følge opp og understøtte gjennomføringen
52	2008-02	Nasjonal IKT behandler <u>utkast</u> til Overordnet IKT-strategi for de regionale helseforetakene, felles satsningsområder og tiltak, Revidert strategiplan 2008 og 2009
53	2008-04-16 1. april	Sosial- og helsedirektoratet skifter navn til Helsedirektoratet 1.4.2008.04.16 Samfunnsoppdrag og rolle vil bli revurdert.
54	2008 29. april	Helse- og omsorgsdepartementet v/ Sylvia Brustad legger frem Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013 Kap. 4 Veien videre – strategiske prinsipper ” Vi må ha dette helt klart. Bedre samhandling er målet. Det må ikke være tvil om at veien er bruk av helsenettet. Alle de viktigste elementene foreligger jo. Nå må det stilles helt klare og tydelige krav om å ta de i bruk.” Steinar Martinsen, Visadministrerende direktør Helse Sør-Ost, styreleder Norsk Helsenett AS.”
55		Hva skjer med videreføringen av Langsiktig organisering av IKT??? CAP Gemini har oppdraget. Ryktet sier at det jobbes med en organisering av fellesoppgaver innenfor IKT, muligens inkludert infrastrukturen, i et eget selskap/ juridisk enhet. ??? (ref. intervju med HOD..)

Vedlegg 2 En sammenlikning av satsningsområdene i noen av de nasjonale strategiene

I tabellen under vises de seks satsningsområdene man har hatt i perioden samt satsningsområdene for 2008 og 2009.

Nasjonal IKT 2004	Samspill 2007 (2004-2007)	Nasjonal IKT 2006-2007	Nasjonal IKT 2008-2009	Samspill 2.0
1 Elektronisk samarbeid		.4 Systemarkitektur, informasjonsgrunnlag og definerte fellestjenester Man har jobbet med og ønsker å jobbe videre med en felles arkitektur med felles tjenester.	1: Systemarkitektur, informasjonsgrunnlag og definerte felles tjenester	
2 Helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag Nødvendig med felles begreper for å kunne utveksle informasjon	1. Helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag Svakhet er bottom-up tilnærming med mange ulike standardiserings-aktiviteter, svak implementering, svakt utviklet begrepsapparat med manglende samordning. Må etablere helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag basert på omforent informasjonsstruktur og felles begrepsapparat.			
		1 Dokumentasjons-, prosess- og planleggingsverktøy (Behov for å understøtte effektive prosesser og samhandlingsmønstre for ulike prosesser.)	2: EPJ – Dokumentasjons-, prosess-, og planverktøy	6 Helhetlig dataflyt – for læring, kvalitetsutvikling, ledelse og forskning Innsatsområde 11: Dokumentasjon og informasjonsarbeid

<p>3 Nasjonalt helsenett Bidra til etablering.</p>	<p>2. Nasjonalt helsenett Tilknytte flere aktører og tilby flere tjenester.</p> <p>5. Konsolidere utbredelse av elektronisk meldingsutveksling</p> <p>8 Elektroniske resepter til apotekene pluss forskrivningsstøtte 9 E-samarbeid med kommunal helse- og sosialtjeneste Helhetlig nasjonal satsning for en samordnet utvikling av elektronisk samarbeid med og innen kommunal helse- og sosialtjeneste. Kommuneprogram.</p>	<p>2 Elektronisk samhandling Støtte til visjonen om et helhetlig pasientforløp, basert på utbredelse av meldinger. Ønsker i det videre å fokusere på kjernejournal.</p> <p>3 Meldingsutveksling Del av elektronisk samhandling, men trukket ut som eget område fordi man ønsket spesiell oppmerksomhet rundt dette. Erfaringene viser at det er komplisert og tidkrevende å utbre mange-til-mange-løsninger der det er store krav til innhold og struktur i kommunikasjonen og Nasjonal IKT vil derfor legge til grunn en-til-en som kommunikasjonsprinsipp for kjernejournal (det vises til norsk bankvesen). det vises til Samspill 2.0 som lanserer Meldingsløftet og sier at man støtter dette arbeidet dersom SHdir ser behov for det.</p>	<p>4: Meldingsutveksling</p>	<p>1 Nasjonalt meldingsløft 2 Kommunesatsning 3 Elektroniske resepter</p>
<p>4 Informasjonssikkerhet Teknologien gir bedre sikkerhetsløsninger. Starte kommunikasjon med sentrale myndigheter vedrørende regelverket som gir restriksjoner på informasjonsutvekslingen.</p>	<p>3. Informasjonssikkerhet Robust og sikker IT-infrastruktur, utvikling av sikkerhetskultur, ikke bryte norsk lov, bransjenorm for informasjonssikkerhet</p>	<p>5 Informasjonssikkerhet Det er etablert en felles sikkerhetspolitikk samt et felles styringssystem for informasjonssikkerheten</p>		

<p>5 Standardisering og samordning av Elektroniske pasientjournal-systemer i helseforetakene. Det ønskes mest mulig standardisering av EPJ-løsninger. Arbeide med krav til felles funksjonalitet med mer.</p>	<p>4. Elektroniske pasientjournaler Gjennomgående og helhetlig innføring av EPJ</p>		<p>3: Kjernejournal</p>	<p>4 Elektronisk pasientjournal 5 : Tilgang til pasientinformasjon – kjernejournal, tilgang til på tvers av virksomheter m.m.</p>
		<p>6 Modell for leverandørsamhandling Avhengigheten til leverandørene er sterk når det gjelder å få implementert nye løsninger. Man har ønsket å finne frem til samhandlingsløsninger som gir større gjennomføringsevne.</p>	<p>5: Kvalitetsregistre</p>	
	<p>6. Fagstøtte og kunnskapskilder Enkel (elektronisk) tilgang til kvalitetssikrede nasjonale kunnskapskilder</p>			<p>Innsatsområde 9: Utdanning, opplæring og kompetanseutvikling Innsatsområde 10: Innovasjon og forskning</p>
	<p>7 Involvere pasienter, brukere og pårørende Kontakt via nettet, nettsted med helseinformasjon</p>			<p>7 Helseinformasjon, pasient- og brukertjenester</p>
<p>6 Videre organisering av samarbeidet mellom de regionale helseforetakene. Nasjonal IKT, organisering og finansiering</p>				<p>8 Nye måter å samarbeide på – bedre oppgave- og funksjonsfordeling</p>

Vedlegg 3 Forordet til Mer Helse for hver BIT

Mer Helse for Hver B *IT*

Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste
Handlingsplan 1997 – 2000

Forord

Kroppen er et informasjonssystem sjelen likeså. Ikke bare det kroppen er et av de mest komplekse styringssystemer som finnes sjelen enda mer.

For det første er kroppen et styringssystem som er automatisert den overvåker og regulerer selv sukkerinnhold i blodet, syre i magen, fuktigheten på tungen, temperaturen over det hele. Samtidig kan den styres bevisst via beslutninger om vi tilfører sukker via frukt eller melkesjokolade, om vi bidrar til temperaturreguleringen med sokker eller gensere. Vi kan styre tankene men aldri helt, de kommer stadig hugslett som ikke er bestilt, vi drømmer uten kontroll. Hva bevisstheten egentlig er og hvordan den er koplet til kroppens hardware, vet vi temmelig lite om men vi vet at dette spesielle IT-systemet er i stand til å besku seg selv reflektere og analysere.

Det mest fantastiske er at i hver celle i kroppen er det en lagerenhet som overgår alt IT-ingeniører har vært i stand til å konstruere: DNA-molekylet. Denne kveilen er en harddisk med innebygget evne til å lage kopier av seg selv, stort sett uten feil.

Likevel: Det er klart at så komplekse, sammen koplede informasjonssystemer av og til vil fungere feil, kan skade eller delvis bryte sammen. Det er gjerne det vi kaller sykdom og for å bøte på slike feil at vi har et helsevesen.

Den mest sentrale del av enhver helsetjeneste eller sykepleie er å fremskaffe informasjon. Inngangsspørsmålene er: Hva feiler deg? Hvordan står det til? For å besvare dem iverksettes prøver, undersøkelser, utredninger: måling av blodtrykk, taking av temperatur, avlesing av EKG. For å iverksette mottiltak må man ha kunnskap om kjemiske substanser og viten om deres virkninger, kjenne hva som bør gjøres og hvilke farer som lurar.

Og det holder ikke å vite noe om hver enkelt pasient, for sykdom springer ut av samliv sosial omgang og smitteveier, sosiale vilkår og boligstandard, sosial organisering og belastninger. Det er derfor bygget opp et enormt informasjonsapparat for å overvåke og varsle, telle og måle, rapportere og informere.

Men løsningen kan lett bli en del av problemet: Informasjonsflommen kan bli så voldsom at den ikke mestres: journaler kommer på avveie, røntgenbilder fra ulike stadier i livet kan blir borte eller kan ikke koples sammen, hver avdeling har sitt eget system for skjema, de samme opplysninger må sannes omatt og omatt.

Men med IT skal informasjon om ikke bekjempes, så i allfall betvinges altså slik at den kan brukes for humane formål, er tilstede for pasientenes beste når den trengs og er sikret slik at integritet og personvern ivaretas.

Målet for denne handlingsplanen er å ta i tu med slike oppgaver: Hvordan IT kan brukes over hele settet av oppgaver fra telemedisin til sykehusadministrasjon, fra pasientkort til standardisering. Den overgripende hensikt er også ved hjelp av IT å stille pasienten først: å gi bedre informasjon til og bedre informasjon for alle dem og det er alle oss som bruker helsevesenet, men som vil kunne gjøre langt bedre bruk av det. Her er det pekt på mange

oppgaver for hele settet av aktører i helsevesenet oppgaver som mange av dem straks kan gå i gang med. Målet er rett og slett en omfattende reform under et samlet sikte som vil gripe inn i alle våre helsetjenester, men der en bokstavelig kan legge på plass bIT for bIT.

Sosial- og helsedepartementet

30. oktober 1996

Gudmund Hernes

Statsråd