



TRONDHEIM KOMMUNE
Tråanten tjelste
Trondheim kommunerevisjon

Rapport 12/2024-F

Helseplattformen i Trondheim kommune



Forord

Trondheim kommunerevisjon har i samarbeid med Riksrevisjonen gjennomført en forvaltningsrevisjon av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommunes arbeid med planlegging, anskaffelse og innføring av Helseplattformen.

I denne rapporten presenterer vi resultatet fra forvaltningsrevisjonen av Trondheim kommunes arbeid med planlegging og innføring av Helseplattformen.

Denne rapporten er en av flere rapporter fra revisjonsprosjektet. Riksrevisjonens rapporter og den felles undersøkelsen vi har gjennomført er publisert på Riksrevisjonens nettside.

Arbeidet med rapportene har foregått fra november 2023 til september 2024. Byråden for helse og omsorg har hatt rapporten til faktaverifisering og uttalelse.

Arbeidet er utført av Kathrine Moen Bratteng (prosjektleder), Berit Juul og Magnar Andersen.

Trondheim, 21. oktober 2024

Per Olav Nilsen
revisjonsdirektør

Kathrine Moen Bratteng
forvaltningsrevisor

Sammendrag

Bakgrunn

Helseplattformen er et felles journal- og pasientadministrativt system som samler pasientopplysninger som helsepersonell trenger i én arbeidsflate og gjør det mulig å dele informasjon umiddelbart mellom kommunale enheter og spesialisthelsetjenesten i helseregionen.

Formålet med å innføre en felles pasientjournaløsning for alle helseaktørene i Midt-Norge var å bidra til helhetlig pasientbehandling i behandlingsforløp på tvers av organisatoriske grenser, økt pasientsikkerhet, og sikre strukturerte helsedata for behandlings-, organisasjons-, forsknings- og utviklingsformål i hele regionen.

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2019 en kontrakt med Epic Systems Corporation om IT-systemet Helseplattformen. Selskapet Helseplattformen AS ble etablert i 2019, og har ansvaret for innføring og fremtidig forvaltning av den nye felles journaløsningen for hele helsetjenesten i Midt-Norge, og for kontraktsoppfølging med leverandøren. Selskapet eies per oktober 2024 av Helse Midt-Norge RHF (60 prosent), Trondheim kommune (22,31 prosent) og 33 andre kommuner. Alle kommuner i Midt-Norge kan bli medeiere dersom kommunestyret vedtar det.

Trondheim kommune tok i bruk Helseplattformen i mai 2022.

Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling og samhandling

Innføringen av Helseplattformen har vært krevende for de ansatte i kommunen. De fleste informantene mener imidlertid at Helseplattformen nå fungerer greit som journalsystem. Ansatte mener at tidligere journalsystem har vært mer brukervennlige enn Helseplattformen.

Undersøkelsen viser at den interne samhandlingen mellom enheter som bruker Helseplattformen i kommunen stort sett fungerer bra. Ansatte opplever at Helseplattformen har lagt til rette for bedre samhandling med St. Olavs hospital. Et felles journalsystem gir mer informasjon om pasientene og gjør informasjonsdelingen med sykehuset enklere.

Samtidig viser undersøkelsen at innføringen av Helseplattformen har ført til utfordringer som har truet pasientsikkerheten. Ansatte opplever systemet som lite intuitivt, komplekst og tidkrevende å bruke. Undersøkelsen viser også at ansatte bruker tid på å lete etter informasjon. Revisjonen mener at dette ikke er i tråd med krav i pasientjournalloven om at informasjonen skal være lett å bruke og finne frem i.

Det har vært flere utfordringer med e-meldinger. Utfordringene har gått ut over samhandlingen mellom kommunen, sykehuset og fastleger. Kommunen meldte inn feil knyttet til e-meldingene, men det var først etter St. Olavs hospital HF tok i bruk systemet i november 2022 at Helseplattformen AS tok tak i problemet. Undersøkelser kommunen har gjort har konkludert med at utfordringene med e-meldinger ikke har ført til alvorlig pasientskade, men noen pasienter har fått forsinket oppstart av tjenester og helsehjelp.

Flere informanter har ikke tillit til opplysningene i Helseplattformen. Ansatte opplyser at de bruker mer tid på journalføring enn tidligere, og dette går ut over kontakten med pasientene. Undersøkelsen viser at det er krevende for kommunens ansatte å samstemme pasientenes legemiddelliste. Informasjonen i pasientenes legemiddelliste er ikke alltid nøyaktig og oppdatert.

Det har vært en økning i antall legemiddelavvik etter innføringen av Helseplattformen. Det brukes flere ressurser til legemiddelhandserting og planlegging av arbeidslister i hjemmetjenesten. Det har også vært et problem med at gjøremål har forsvunnet fra ansattes arbeidslister, og pasienter har fått feil medisin.

Bortsett fra ett kommunalt fastlegekontor har ikke fastlegene og avtalefysioterapeutene i kommunen tatt i bruk systemet. Samhandlingsgevinstene reduseres betydelig for kommunen fordi disse gruppene ikke bruker Helseplattformen.

En stor andel av fastlegene opplever at informasjonsdelingen har blitt dårligere, spesielt gjelder dette St. Olavs hospital HF, legevakta, helsehus og helse- og velferdssenter. Mange fastleger opplyser at innføringen av Helseplattformen har ført til negative konsekvenser for deres pasienter. Fastlegene henviser pasienter til både kommunale tjenester og til sykehuset. Fastlegene formidler at det har vært forsinkelser i utredninger, kontroller, behandling og økt ventetid, rot med innkallinger fra sykehuset, feil eller rot i resepter eller legemiddelliste eller at pasienter har vært utrygge, usikre eller irriterte. Noen av pasientene som har opplevd negative konsekvenser har hatt kreft eller annen alvorlig sykdom, og noen av pasientene har ifølge fastlegene fått prognosetap eller andre alvorlige følger.

Helseplattformen legger til rette for dialog med pasienter og pårørende gjennom den digitale innbyggerportalen HelsaMi, men muligheten er kun tatt i bruk av noen tjenesteområder i kommunen.

Økonomi

Revisjonen mener at det ble lagt realistiske budsjettplaner og at tilstrekkelige risikoavsetninger har sørget for at kommunen har holdt seg innenfor vedtatt budsjettamme for investeringsprosjektet. Den økonomiske styringen og oppfølgingen av kommunens kostnader med anskaffelsen har vært tilfredsstillende.

Driftskostnadene med Helseplattformen kommer imidlertid til å bli høyere enn planlagt, og kommunen har fått betydelige uforutsette merkostnader.

Revisjonen mener eierskapet i Helseplattformen AS medfører at kommunen tar økonomisk risiko. Hvis ikke alle kommunene tar i bruk systemet, blir det færre å dele felleskostnadene med. Det er usikkerhet knyttet til størrelsene på framtidige driftskostnader. For selskapet ligger det driftsmessig usikkerhet knyttet til at de må ta ned kapasiteten og bemanningen alt etter hvor mange aktører som knytter seg til løsningen. Ifølge selskapet vil manglende finansiering kunne medføre at kapasiteten til videreutvikling av løsningen blir liten eller ingen. Videreutvikling av løsningen vil i tilfelle kreve tilleggskjøp fra brukerne.

Samlede årlige driftskostnader med journalsystemet blir rundt 70-85 millioner kroner når kapitalkostnaden er inkludert. Driftskostnadene med Helseplattformen er derfor høye sammenlignet med de systemer de erstattet. Kommunen har beregnet et potensial for gevinstrealisering til 80-100 millioner kroner, men hvor store gevinster som kan realiseres er usikkert. Størrelsen på gevinstrealiseringen er også avhengig av at fastlegene tar i bruk Helseplattformen. Gevinstene forventes først tatt ut fra og med 2025.

Viktige forklaringer på problemene

Kommunes rolle og involvering i anskaffelsesprosessen

Trondheim kommune sikret at kommunens interesser ble ivaretatt i planleggingen og anskaffelsen av det nye journalsystemet. Viktige innspill i slutfasen ble imidlertid ikke tilstrekkelig utredet og vurdert.

Forberedelser

Kommunen startet forberedelsene til innføring av nytt pasientjournalsystem på et tidlig tidspunkt, men bygging, testing og opplæring foregikk etter hvert parallelt, fordi byggingen av Helseplattformen ble forsinket. Testingen var begrenset og avdekket ikke viktige feil. Opplæringen var for dårlig.

Helseplattformen AS' ansvar for drift og utvikling

Helseplattformen AS har foreløpig ikke levert alt av løsninger i samsvar med bestillingen. Kommunen har utarbeidet en restanseliste over det som ikke er levert etter avtalen og en liste over endringsønsker.

Kommunen opplever at St. Olavs hospital HF har fått mye fokus på sine utfordringer etter at de tok i bruk løsningen. Dette har ført til at kommunen har måttet vente på å få løst sine utfordringer.

Prosjekt- og risikostyring

Kommunen har hatt en tilstrekkelig prosjektstyring, men de risikoreducerende tiltakene har ikke hatt god nok effekt.

Organisering og beslutningsstruktur

Trondheim kommunes arbeid med Helseplattformen har vært organisert på en tilfredsstillende måte og la til rette for at kommunen kunne ha forsvarlig styring og kontroll. Det var tydelige ansvarslinjer, kommunens ledelse var involvert og ble forelagt sentrale beslutninger.

Beslutningsstrukturen i samarbeidet med Helse-Midt-Norge og de andre kommunene er omfattende og kompleks. Få spørsmål ble løftet høyt opp i beslutningsstrukturen. Konsekvensen var at de mest kritiske utfordringene ikke ble tatt tak i på et tidlig nok tidspunkt.

Trondheim kommune som eier og kunde

Kommunen har vært en aktiv kunde, men eierrollen legger begrensninger på kunderollen. Uten eierrollen kunne kommunen vært mer kravstor overfor selskapet.

Finansdirektøren har i lange perioder vært styremedlem/nestleder i Helseplattformen AS, noe som medførte en dobbeltrolle som eier og kunde. Dette kunne føre til habilitetsutfordringer, og er ikke i samsvar med anbefalt praksis for god eierstyring. Kommunedirektøren håndterte dette ved å delegere saker på finansområdet som gjelder Helseplattformen AS til helse- og velferdsdirektøren. Finansdirektøren gikk ut av styret 26. september 2024.

Innhold

1 Bakgrunn og problemstillinger.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Kontrollutvalget og kollegiet i Riksrevisjonen bestilte en forvaltningsrevisjon.....	9
1.3 Problemstillinger.....	9
1.4 Kilder til revisjonskriterier.....	10
1.5 Metoder og gjennomføring.....	10
1.6 Rapportens oppbygning.....	12
1.7 Benevnelse av aktører.....	12
2 Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling ved innføring av Helseplattformen.....	14
2.1 Revisjonskriterier.....	14
2.2 Ansatte meldte mange saker og avvik.....	14
2.3 Helseplattformen - som journalsystem.....	19
2.4 Konsekvenser for pasienter.....	28
2.5 Konsekvenser for de ansatte.....	32
2.6 Revisjonens vurderinger.....	34
3 Samhandling.....	36
3.1 Revisjonskriterier.....	36
3.2 Fastlegeløsningen hadde ikke god nok kvalitet.....	36
3.3 Den interne samhandlingen fungerer bedre.....	38
3.4 Samhandlingen med St. Olavs hospital HF oppleves som utfordrende på noen områder....	39
3.5 Samhandling med fastleger.....	42
3.6 HelsaMi er tatt i bruk i informasjonsdeling med innbyggerne på noen områder.....	46
3.7 Revisjonens vurderinger.....	47
4 Budsjettering, økonomioppfølging og gevinstrealisering.....	48
4.1 Revisjonskriterier.....	48
4.2 Investeringsbeslutning.....	49
4.3 Risikovurderinger.....	49
4.4 Budsjettbehandlingen.....	51
4.5 Videreutlån til Helseplattformen AS.....	52
4.6 Økonomioppfølging.....	53
4.7 Utfordringer med styringsinformasjon i Helseplattformen.....	57
4.8 Gevinstrealisering.....	59
4.9 Revisjonens vurderinger.....	61
5 Kommunens rolle og involvering i planleggingen og anskaffelsen.....	64
5.1 Revisjonskriterier.....	64
5.2 Bakgrunn og forprosjekt.....	64
5.3 Anskaffelsen.....	68

5.4 Kontrakt inngås med Epic.....	72
5.5 Ny samarbeidsavtale og aksjonæravtale i 2019.....	72
5.6 Revisjonens vurderinger.....	72
6 Forberedelser før innføring av løsningen.....	74
6.1 Revisjonskriterier.....	74
6.2 Leverandøren måtte utvikle en løsning for kommunene.....	74
6.3 Innføringen i kommunen ble utsatt en gang.....	76
6.4 Kommunen startet planleggingen tidlig.....	77
6.5 Testingen var begrenset.....	79
6.6 Opplæringen oppleves ikke som god nok.....	81
6.7 Evaluering og læringspunkter.....	84
6.8 Revisjonens vurderinger.....	85
7 Prosjekt- og risikostyring.....	86
7.1 Revisjonskriterier.....	86
7.2 Prosjekt- og risikostyring.....	86
7.3 Revisjonens vurderinger.....	88
8 Organisering og beslutningsstruktur.....	89
8.1 Revisjonskriterier.....	89
8.2 Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune har styrt Helseplattformen AS i fellesskap.....	89
8.3 Arbeidet ble organisert i et program.....	91
8.4 Kommunen er fornøyd med den faglige beslutningsstrukturen.....	93
8.5 Tillit og samarbeid mellom sentrale aktører.....	97
8.6 Revisjonens vurderinger.....	97
9 Kommunens roller som eier og kunde av Helseplattformen.....	98
9.1 Revisjonskriterier.....	98
9.2 Håndtering av eier- og kunderollen.....	98
9.3 Styrets kompetanse.....	99
9.4 Håndtering av habilitetsutfordringer.....	100
9.5 Kommunen har fulgt opp tjenesteavtalen med Helseplattformen.....	101
9.6 Kapasitetsutfordringer i Helseplattformen AS har vært utfordrende for kommunen.....	102
9.7 Revisjonens vurderinger.....	103
10 Konklusjon.....	105
11 Uttalelse fra byråd for helse og omsorg.....	107
12 Litteraturliste.....	110
13 Vedlegg.....	115
13.1 Tabell- og figurliste.....	115
13.2 Revisjonskriterier.....	116
13.3 Metode.....	130
13.4 Tabeller og figurer.....	132

1 Bakgrunn og problemstillinger

1.1 Bakgrunn

Helseplattformen er et nytt felles pasientjournalssystem og samhandlingsløsning for kommuner, sykehus, fastleger og private avtalespesialister i Midt-Norge.¹ Trondheim kommune tok i bruk Helseplattformen i mai 2022, som første aktør. St. Olavs hospital HF tok i bruk systemet i november 2022.

Trondheim kommune hadde på dette tidspunktet journalløsninger som var anskaffet på tidlig 2000-tallet og som ble oppfattet som utdaterte.²

Et viktig bakteppe for satsingen på Helseplattformen var samhandlingsreformen, som ble iverksatt i januar 2012. Stortingsmelding 9, "En innbygger - en journal", fra november 2012, omtalte flere sentrale utfordringer i helsetjenesten, blant annet at de teknologiske mulighetene ikke ble utnyttet, og at det var mange selvstendige aktører og mange tekniske løsninger med liten grad av integrasjon mellom hverandre. Helseplattformen skulle være første steg på veien til å nå målet om en innbygger, en journal. Det ble lagt vekt på at en felles løsning innebar muligheter for bedre og mer effektive arbeidsformer.³

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2019 en kontrakt med Epic Systems Corporation om leveranse og vedlikehold av IT-systemet Helseplattformen. Selskapet Helseplattformen AS ble etablert i 2019, og har ansvaret for innføring og fremtidig forvaltning av den nye felles journalløsningen (Helseplattformen) for hele helsetjenesten i Midt-Norge, og for kontraktsoppfølging med leverandøren. Selskapet eies per 17. oktober 2024 av Helse Midt-Norge RHF (60 prosent), Trondheim kommune (22,31 prosent) og 33 andre kommuner. Alle kommuner i Midt-Norge kan bli medeiere dersom kommunestyret vedtar det. Trondheim kommunes eierandel skal etter planen reduseres til minimum 10 prosent etter hvert som flere kommuner kobler seg på, mens eierandelen til Helse Midt-Norge RHF skal være uendret.⁴

Formålet med å innføre en felles pasientjournalløsning for alle helseaktørene i Midt-Norge var å bidra til helhetlig pasientbehandling i behandlingsforløp på tvers av organisatoriske grenser, økt pasientsikkerhet, og sikre strukturerte helsedata for behandlings-, organisasjons-, forsknings- og utviklingsformål i hele regionen.⁵

Programstyret for Helseplattformen vedtok i 2015 følgende effektmål for Helseplattformen:⁶

1. Høyere behandlingskvalitet og færre pasientskader
2. Tilgang til kontinuerlig oppdatert klinisk kunnskap basert på beste praksis
3. Innbyggerne i Midt-Norge får enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp

¹ Systemet er tatt i bruk av to kommunale fastlegekontor, et i Trondheim og et i Vanylven. Private avtalespesialister og avtalefysioterapeuter har ikke tatt systemet i bruk. Med Midt-Norge menes her helseregion Midt, som omfatter fylkene Trøndelag og Møre og Romsdal.

² Kommunen mente at de gamle journalsystemene hadde begrenset funksjonalitet og at de ikke oppfylte lovkrav.

³ Prosjektdirektiv for lokalt innføringsprosjekt i Trondheim kommune, godkjent av prosjekteier 27.1.20

⁴ Jf. samarbeidsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune, 2019

⁵ Kilde: Konseptrapport fra Helse Midt-Norge

⁶ Anskaffelsesstrategi for prosjektet Helseplattformen (2015)

4. Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
5. Bedre data- og informasjonsgrunnlag for forskning og innovasjon
6. Økt effektivitet og bedre ressursbruk
7. Bedre styringsinformasjon som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift
8. Redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger
9. Tilfredsstillende nasjonale krav og standarder.

Basert på samarbeidsavtalen mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune ble to effektmål lagt til i januar 2016:⁷

10. Redusere behovet for offentlig tjenesteyting ved at tjenester som tilbys gjennom generiske forløp ivaretar en helhetlig funksjonsvurdering.
11. Innbyggerne i Midt-Norge gis mulighet til å bo lengre i egen bolig.

Figur 1 viser en oversikt over viktige milepæler i prosjektet. Innføringen av Helseplattformen har blitt utsatt flere ganger. Kontrakten med leverandøren fastslo at Trondheim kommune og St. Olav hospital skulle ta i bruk løsningen samtidig i første kvartal 2021, Helse Nord-Trøndelag HF høsten 2021 og Helse Møre og Romsdal HF første kvartal 2022. Kommunene i samme område som sykehusene skulle etter planen ta i bruk løsningen samtidig.

Figur 1 Viktige milepæler i arbeidet med Helseplattformen



Kilde: Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon

På grunn av utfordringene med innføringen av Helseplattformen har det vært behov for feilretting og optimalisering av løsningen.⁸ Etter flere utsettelse tok Trondheim kommune og St. Olav hospital i bruk Helseplattformen henholdsvis 7. mai og 12. november 2022. I alt har 28 kommuner i Midt-Norge tatt i bruk løsningen per oktober 2024, og seks kommuner tar i bruk løsningen i løpet av november 2024. På dette tidspunktet vil 71 prosent av befolkningen i Midt-Norge bo i en kommune som bruker Helseplattformen. Helse Møre og Romsdal tok i bruk Helseplattformen 27. april 2024, og løsningen innføres i Helse Nord-Trøndelag i november 2024.

⁷ Kilde: Programdirektiv versjon 2.0 2016

⁸ Kommunen opplyser at det alltid vil være noen grad av feilretting ved iverksetting av en ny løsning, og at det var planlagt med en optimaliseringsfase etter innføringen. De opplyser videre at det har vært et større behov for feilretting og optimalisering enn forutsatt i forbindelse med innføringen av Helseplattformen.

1.2 Kontrollutvalget og kollegiet i Riksrevisjonen bestilte en forvaltningsrevisjon

Særlig etter at St. Olavs hospital HF tok i bruk Helseplattformen ble det avdekket flere alvorlige problemer med blant annet informasjonsflyt.⁹ I en tilsynsrapport fra april 2023 anså Helsetilsynet og Statsforvalteren at flere av forholdene som ble avdekket under tilsynet med St. Olavs hospital HF som alvorlige.

Riksrevisjonens kollegium og Kontrollutvalget i Trondheim kommune vedtok 25. april 2023 et mandat for en felles undersøkelse av innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge.¹⁰

1.3 Problemstillinger

Kontrollutvalget vedtok fire problemstillinger som skulle undersøkes i samarbeid med Riksrevisjonen. Noen av problemstillingene har vi undersøkt hver for oss, mens noen har vi undersøkt i fellesskap med Riksrevisjonen.

I denne rapporten belyser vi problemstillingene som gjelder Trondheim kommune:

1. I hvilken grad har effektiv og forsvarlig pasientbehandling blitt ivaretatt ved innføringen av Helseplattformen Trondheim kommune?
2. I hvilken grad bidrar Helseplattformen til bedre samhandling internt i kommunen, med fastleger og med St. Olavs hospital?
3. I hvilken grad har Trondheim kommune hatt en god økonomisk styring av Helseplattformen?
4. Hva er de viktigste forklaringene på problemene?
 - 4.1 Var Trondheims rolle og involvering i anskaffelsesprosessen tilfredsstillende?
 - 4.2 Har Trondheim kommune gjort tilstrekkelige forberedelser før innføringen?
 - Var arbeidsprosessene, ansvar og løsningen tilpasset hverandre?
 - Var testingen egnet til å avdekke feil og mangler i tilstrekkelig grad?
 - Var opplæringen av ansatte tilstrekkelig?
 - 4.3 Har Helseplattformen AS ivaretatt ansvaret sitt for drift og utvikling?¹¹
 - 4.4 Har Trondheim kommune hatt en tilstrekkelig prosjekt- og risikostyring?
 - 4.5 Har Helseplattformen hatt en god organisering, styring og beslutningsstruktur?
 - 4.6 La Trondheim kommune som eier til rette for en effektiv og forsvarlig innføring av løsningen Helseplattformen?

Riksrevisjonen har undersøkt tilsvarende problemstillinger for Helse Midt-Norge RHF, og helse- og omsorgsdepartementets styring, tilrettelegging og oppfølging av arbeidet. I samarbeid med Riksrevisjonen har Trondheim kommunerevisjon utarbeidet en felles rapport som omhandler økonomisk styring med Helseplattformen, samhandling mellom stat og kommune,

⁹ Helsetilsynet (2023, 18. april). Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Boston Consulting Group. (2023). Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre. KPMG og NEO Consulting. (29.8.23). Revisjon av løsning – Helseplattformen.

¹⁰ [Kontrollutvalget i Trondheim kommune, 25.4.23, sak 12/23](#)

¹¹ Denne problemstillingen belyses i kapittel 3 i felles rapport fra Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon.

Helseplattformen AS' sitt arbeid med utvikling og drift og organisering, styring og beslutningsstruktur.¹²

1.4 Kilder til revisjonskriterier

De viktigste kildene til revisjonskriterier i denne forvaltningsrevisjonen har vært lover (helse- og omsorgstjenesteloven, pasientjournalloven, kommuneloven, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, arbeidsmiljøloven og forvaltningsloven), forskrifter (forskrift om pasientjournal, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og forskrift om fastlegeordningen i kommunene), ISO-standarder, politiske vedtak, kommunens handlings- og økonomiplaner og økonomireglement, KS' anbefalinger om eierstyring, selskapsledelse og kontroll, stortingsmeldinger og anbefalinger om testing av programvare.

De fullstendige revisjonskriteriene er lagt i vedlegg. De utledede revisjonskriteriene står i starten av hvert kapittel.

1.5 Metoder og gjennomføring¹³

For å belyse problemstillingene har vi gjennomført intervjuer, en spørreundersøkelse, dokumentgjennomgang og analyser av økonomi- og regnskapsdata. Vi har analysert saker meldt i ServiceNow og avvik i kvalitetssystemet.¹⁴ Videre har vi fått demonstrert opplegget for styringsinformasjon og innhentet statistikk om bruk av HelsaMi.¹⁵ I samarbeid med Riksrevisjonen har vi hatt strukturerte samtaler med ansatte ved St. Olavs hospital HF og Trondheim kommune. Vi har også benyttet undersøkelser gjennomført av Trondheim kommune, blant annet medarbeiderundersøkelser knyttet til tidligere journalsystemer og Helseplattformen. Videre har vi benyttet informasjon fra en forvaltningsrevisjon om kvalitet i hjemmetjenesten utført av Trondheim kommunerevisjon i 2024.¹⁶

Undersøkelsesperioden er i hovedsak 2022 til august 2024. Undersøkelsen av kommunens rolle og involvering i planleggingen og anskaffelsen, kommunens forberedelser og økonomisk styring har et lengre tidsperspektiv.

Intervjuer

Vi har gjennomført 52 intervjuer, hvorav flere er gruppeintervju. Intervjuene er gjennomført i perioden desember 2023 til mai 2024. Vi har intervjuet helse- og velferdsdirektørene i kommunen i undersøkelsesperioden, finansdirektør, programleder, delprosjektledere og rådgivere. Videre har vi gjennomført intervju ved to helse- og velferdssenter og to hjemmetjenester. Her har vi snakket med enhetsledere, avdelingsledere og ansatte som bruker Helseplattformen. Videre har vi intervjuet sentrale aktører innen de andre tjenesteområdene som bruker Helseplattformen, for

¹² Riksrevisjonen (2024), Rapport - Helseplattformen i Midt-Norge.

¹³ Se vedlegget for en nærmere beskrivelse av metodene.

¹⁴ Service Now er et verktøy kommunens ansatte skal bruke for å melde om feil og mangler knyttet til IT-systemer.

¹⁵ HelsaMi er innbyggernes digitale inngang til helse- og omsorgstjenester, tilgjengelig via app eller nettleser. Gjennom HelsaMi kan du blant annet få oversikt over dine personlige helseopplysninger, ha direkte dialog med helsepersonell og benytte deg av ulike digitale verktøy som spørreskjemaer og konsultasjonstjenester. Kilde:

<https://www.helseplattformen.no/helsami/hva-er-helsami/>

¹⁶ [Trondheim kommunerevisjon, Rapport 10/2024-F Kvalitet i hjemmetjenesten](#)

eksempel Enhet for fysioterapitjenester, Bo- og aktivitetstilbud, Helse- og velferdskontor og enheter innen Barne- og familietjenesten.¹⁷

De fleste intervjuene er gjennomført fysisk, men noen er gjennomført digitalt eller på telefon. Enhetene og informantene er valgt av revisjonen og dekker de aller fleste tjenesteområdene i kommunen som bruker Helseplattformen. Blant informantene er det flere tillitsvalgte og verneombud.

I samarbeid med Riksrevisjonen har vi intervjuet nåværende og tidligere styreledere, et styremedlem og direktører i Helseplattformen AS. Vi har også intervjuet pasientombudet i Trøndelag og leder for brukerutvalget i Helseplattformen AS.

Alle referatene er verifisert av informantene, med unntak av intervjuene med direktører i Helseplattformen AS, som har verifisert utkast til tekst til rapportene.

I flere tilfeller har vi sendt skriftlige spørsmål for å få utdypende informasjon om forhold som ikke kommer klart fram i dokumenter eller intervjuer. Vi har vært i skriftlig kontakt med ombud for helse, omsorg og oppvekst i kommunen.

Strukturerte samtaler og demonstrasjoner

For å undersøke hvilken funksjonalitet Helseplattformen har for samhandling mellom ansatte på ulike nivåer i helsetjenesten som bruker Helseplattformen, har vi i samarbeid med Riksrevisjonen gjennomført ti strukturerte samtaler med leger, sykepleiere, helsesekretærer og helsefagarbeidere ved to ulike enheter ved St. Olavs hospital HF og to enheter i Trondheim kommune. I forbindelse med disse samtalene fikk vi demonstrasjon av ulike funksjoner i Helseplattformen. Vi har også fått demonstrasjoner av styringsinformasjon i systemet fra Trondheim kommune.

Dokumentanalyse og analyse av regnskapsdata

Vi har også benyttet dokumentgjennomgang og analyse av regnskapsdata. Det omfatter både regnskapet til prosjektet Helseplattformen og regnskapet for det lokale innføringsprosjektet, det vil si utgifter som Trondheim kommune skulle dekke selv.

Eksempler på dokumenter som er analysert er politiske saker, prosjektdirektiv, prosjektplaner, opplæringsplaner, dokumentasjon knyttet til testing, saksdokumenter og protokoller fra kommunens interne styringsgruppe, risikovurderinger, kommunens handlings- og økonomiplaner og årlige budsjetter, prosjektrengskap og noe styringsinformasjon, blant annet knyttet til bruk av HelsaMi.

Analyse av saker i ServiceNow og avviksmeldinger

Vi har analysert saker meldt i kommunens saksbehandlingsverktøy for problemer knyttet til IT-systemer, ServiceNow, for å få kunnskap om hvilke feil og problemer de ansatte opplevde når de brukte Helseplattformen. Vi har sett på antall meldinger, tema/type feil og alvorlighetsgrad.

Vi har også analysert avvikene som omhandler Helseplattformen som er meldt i kommunens avvikssystem TQM. I analysen fokuserte vi spesielt på gjentatte avvik på samme tema og avvik som hadde konsekvenser for pasientene. Vi har også tatt ut statistikk over avvik som omhandler legemiddelhåndtering og samhandling.

¹⁷ En liste over informantene finnes i vedlegget.

Spørreundersøkelse til fastlegene

Revisjonen gjennomførte en anonym nettbasert spørreundersøkelse til alle fastlegene i Trondheim i perioden 4. til 22. april 2024. I alt 200 fastleger hadde avtale med kommunen i tidsrommet. Av disse svarte 127 leger, noe som ga en svarprosent på 63.

Vurdering av datamaterialet

Vi har brukt flere metoder og mange ulike kilder for å belyse problemstillingene i denne forvaltningsrevisjonen. Vi har intervjuet et stort antall ansatte fra flere tjenestoområder som bruker Helseplattformen. Disse opplysningene er sammenholdt med informasjon og opplysninger fra andre kilder, som for eksempel avviksmeldinger, innrapporterte saker, medarbeiderundersøkelser og andre undersøkelser som er gjennomført av kommunen.

Videre har vi et bredt tilfang av dokumenter, økonomirapporter, regnskapsdata og statistikk som bidrar til å belyse problemstillingene.

Revisjonen vurderer at svarprosenten i spørreundersøkelsen til fastlegene er tilfredsstillende. Vi har ingen tegn på at undersøkelsen inneholder skjevheter. Som alltid er det en risiko for at det er de som har mest engasjement som svarer på spørreundersøkelser. Siden svarprosenten er ganske høy og svarene er såpass entydige, mener revisjonen at undersøkelsen er representativ og viser hvilke erfaringer fastlegene har med Helseplattformen.

Datainnsamlingen er gjennomført på en måte som i størst mulig grad sikrer dataenes pålitelighet. Revisjonens mål er å belyse problemstillingene fra ulike sider, med ulike metoder og kilder. Revisjonens samlede vurdering av datamaterialet er at dataene er relevante og solide og gir et godt grunnlag for å svare på problemstillingene på en helhetlig og objektiv måte.

1.6 Rapportens oppbygning

Rapportens struktur følger det felles mandatet som er gitt av Kontrollutvalget og Riksrevisjonens kollegium. I kapittel 2 undersøker vi status for om effektiv og forsvarlig pasientbehandling har blitt ivarettatt ved innføringen av Helseplattformen. I kapittel 3 behandler vi problemstillingen om Helseplattformen har bidratt til en bedre samhandling internt i kommunen, med fastlegene og med St. Olavs hospital. I kapittel 4 undersøker vi om kommunen har hatt en god økonomisk styring av Helseplattformen.

I kapitlene 5-10 undersøker vi forklaringer på problemene med Helseplattformen. I kapittel 5 ser vi på kommunens rolle i anskaffelsesprosessen og i kapittel 6 ser vi på om kommunen hadde gjort tilstrekkelig forberedelser før innføringen. I kapittel 7 undersøker vi om kommunen har hatt en tilstrekkelig prosjekt- og risikostyring, og i kapittel 8 behandler vi spørsmålet om Helseplattformen har hatt tilstrekkelig organisering, styring og beslutningsstruktur. I kapittel 9 behandler vi problemstillingen om Trondheim kommune som eier har lagt til rette for en effektiv og forsvarlig innføring av Helseplattformen.

1.7 Benevnelse av aktører

Kommunen har hatt to helse- og velferdsdirektører i perioden som undersøkes. I noen avsnitt vil det fremgå av tidsangivelsen hvilken direktør vi viser til. I andre sammenhenger omtaler vi helse- og velferdsdirektørene slik, for at det skal være tydelig hvem vi viser til:

Han som var helse- og velferdsdirektør i planleggingsfasen ble, etter at han sluttet i kommunen, utnevnt til styreleder i Helseplattformen AS, en rolle han hadde fra april 2021 til november 2023. I denne rapporten omtales han som *tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS*.

I februar 2021 fikk kommunen en ny helse- og velferdsdirektør. Etter innføringen av parlamentarisme i juni 2024 er hun kommunaldirektør for helse og omsorg. I denne rapporten omtales hun som *tidligere helse- og velferdsdirektør*.

2 Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling ved innføring av Helseplattformen

I dette kapittelet undersøker vi i hvilken grad kommunen har ivaretatt en effektiv og forsvarlig pasientbehandling ved innføringen av Helseplattformen.

2.1 Revisjonskriterier

Generelt om journalplikt, journalsystemer og forsvarlig og verdig pasientbehandling¹⁸

- Kommunen har ansvar for at helsetjenester er forsvarlige. Dette innebærer blant annet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.¹⁹
- Kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.²⁰
- Behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell, det vil si at helsepersonell har tilgang til rett informasjon til rett tid.²¹
- For at helsepersonell skal kunne overholde sine lovpålagte plikter og utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte er det viktig at journal- og informasjonssystemer legger til rette for dette ved å understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og å finne frem i.²²
- Arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse, og bruk av blant annet teknologi skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige psykiske belastninger.²³

2.2 Ansatte meldte mange saker og avvik

Saker meldt i Service Now

Da Helseplattformen ble tatt i bruk ble ansatte oppfordret til å melde feil og mangler i et eget system (Service now).²⁴ I perioden 7. mai 2022 til og med 7. desember 2023 ble det meldt inn i

¹⁸ For utdypende beskrivelser av revisjonskriteriene, se vedlegg.

¹⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §§ 4-1 og 5-10

²⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10

²¹ Pasientjournalloven (2014) *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* § 1. Loven gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner, det vil si både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

²² Pasientjournalloven (2014) *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp*. § 7. Krav til behandlingsrettede helseregistre og § 8 Virksomheters plikt til å sørge for behandlingsrettede helseregistre. Loven gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner, jf. § 3.

²³ Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) § 4-1

²⁴ Vi får opplyst at i denne perioden hadde kommunen i samarbeid med Helseplattformen AS satt opp et kommandosenter for å overvåke innføringen og løse problemene fortløpende.

overkant av 27 000 saker i Service Now.²⁵ Disse sakene omhandlet mange ulike tema. Alle saker som er merket kritisk viktige er merket som løst. Antall meldinger til Service now har vært sterkt synkende over tid. Vi får opplyst fra en sentral prosjektmedarbeider at ved innføring av nye systemer er det helt normalt at det i første fase meldes inn mange saker, og at dette er en kombinasjon av feil og brukerfeil. Det er normalt at antall meldinger reduseres etter hvert som feil rettes og brukerne blir vant til det nye systemet.

Blant sakene som anses som kritisk viktige finner vi flest saker som gjelder tilgang til Helseplattformen. Dette gjelder ansatte som ikke får logget inn, har fått feil tilgang, tilgang til kun en av flere enheter man arbeider på, ansatte som har mistet nødvendige tilganger eller ansatte som har fått tilgang til enheter de ikke arbeider ved. Andre saker som ble vurdert som kritisk viktige var at gjøremål og arbeidslister forsvant, journalnotater som ikke var synlige, utfordringer med å få oversikt over hvilke gjøremål som tilhørte hvilke besøk i hjemmetjenesten, utfordringer med dokumentasjon av besøk hos pasienter, at man ikke fikk frem informasjon som var lagt inn på huskelister, og at journalnotater ikke var synlige. Andre viktige saker gjaldt utfordringer med legemiddelhåndtering og medisinalister, for eksempel legemidler som falt ut av systemet. Det er også en del saker som handler om henvisninger og meldinger som ikke kommer frem eller blir sendt feil og uoversiktlige journaler som sendes fastlegene.

Det er ulik praksis mellom de ulike enhetene når det gjelder melding av saker i Service now. Ved noen enheter meldte de ansatte selv, ved andre var det superbrukere eller avdelingsledere som meldte inn avvikene. Flere av våre informanter opplyser at de ikke melder så mange saker nå. En enhetsleder forklarer at det hendte at den samme feilen oppstod på nytt, selv etter at den var meldt og rettet opp. Da begynte de ansatte å gi opp å melde saker. En annen enhetsleder uttaler at noen av de ansatte ble lei av å melde inn fordi det tok for lang tid før de fikk tilbakemelding. En tredje enhetsleder opplyser at de ansatte sluttet å melde feil, fordi det ble en slags trøtthet, og at det etter hvert nok var mye som ikke ble meldt. En av enhetslederne uttaler: *“Reduksjon i antall meldinger over tid kan derfor være et resultat av resignasjon hos de ansatte.”*

En delprosjektleder og en representant for Helsesupport uttaler at de ikke opplever tretthet knyttet til melding av saker, slik enhetslederne oppgir. De mener det er grunn til å tro at reduksjonen i antall henvendelser hovedsakelig er knyttet til økt kompetanse i bruk av systemet og at organisasjonen er klar over hvilke forbedringer som er sendt til Helseplattformen AS - der man venter på løsning.

Lokal organisering av brukerstøtte

Trondheim kommune etablerte en lokal brukerstøtte kalt Helsesupport som behandlet alle saker som ble meldt inn gjennom ServiceNow.²⁶ Helsesupport prioriterte sakene ut fra hvor mange brukere som var omfattet av utfordringen og hvor raskt Helseplattformen AS måtte håndtere saken. Vi får opplyst at mange saker som ble meldt inn ble håndtert gjennom råd og veiledning fra ansatte i Helsesupport. De sakene Helsesupport ikke kunne løse selv ble sendt videre til

²⁵ Av disse sakene var det 19 betegnet som kritisk viktige, 265 som høy prioritet, mens 4098 er regnet som moderat prioritet og 2711 har fått lav prioritet. De øvrige er lagt i en kategori de har kalt “Planning”.

²⁶ De som arbeidet i Helsesupport kom fra kommunens IT-tjeneste og IT-Brukerhjelp og helsefaglig personell fra Enhet for service og internkontroll i kommunen. De første ukene etter at systemet ble tatt i bruk kunne ansatte, i tillegg til å melde saker via Selvbetjeningsportalen/Service Now, ringe til Helsesupport for å få hjelp. Den første tiden var de ansatte i Helsesupport tilgjengelig hele døgnet. De første tre ukene var det daglige møter mellom Helseplattformen og styringsgruppen i kommunen for å følge opp hvordan systemet fungerte, og for å prioritere og ta tak i aktuelle problemstillinger.

Helseplattformen AS.²⁷ Sentrale informanter i Helseplattformen AS mener at Trondheim kommune gjennom god førstelinje-support selv har løst mange saker uten at de ble sendt videre til selskapet.²⁸

Mange innmeldte saker og lang svartid fra Helseplattformen AS

Helsesupport opplyser til revisjonen at det har vært og er lang svartid hos Helseplattformen AS. Vi får opplyst at dette ikke gjelder kritisk viktige saker. En av delprosjektlederne opplyser i denne forbindelse at kommunen ikke er kjent med at det er meldt saker som har gått ut over pasientsikkerheten etter at Helseplattformen ble tatt i bruk.

Mange saker som er meldt til Helseplattformen AS er fortsatt åpne. Per 18. august 2024 var det 248 innmeldte saker med høy, moderat og lav prioritet som ikke er løst.²⁹ Sakene er tatt opp i møter med Helseplattformen AS på flere nivå.³⁰

Tabell 1 Saker meldt inn fra Trondheim kommune via Service Now til Helseplattformen AS per 18. august 2024

Prioriteringsgrad	Antall saker som er meldt inn
Høy prioritet	5
Moderat prioritet	62
Lav prioritet	181
Sum prioriterte saker	248

Kilde: Trondheim kommune

I tillegg kommer en kategori kalt "Planning" med 378 saker, der også alle forbedringsforslag til løsningen er tatt med.

Tjenesteavtalen mellom kommunen og Helseplattformen AS omhandler blant annet hvor raskt Helseplattformen AS skal svare, rette feil og gi tilbakemeldinger på feil. Tjenesteavtalen sier at Helseplattformen AS skal levere rapporter om dette til kommunen, og at det skal være samhandling mellom partene for å bli enig om forståelse og forbedringstiltak. Informanter i Helsesupport opplyser at kommunen ikke har mottatt slike rapporter. De opplyser også at saker som ikke løses innen kort tid, blir hengende uten at de får informasjon om status og løsning. Kommunen har hatt flere saker hvor de ikke har fått svar eller løsning på mer enn ett år. I andre

²⁷ Dette er i tråd med tjenesteavtalen kommunen har med Helseplattformen AS. 1. linje brukerstøtte skal ivaretas av kundene selv. 1. linje brukerstøtte vil normalt ta imot henvendelser, registrere, løse en andel saker og videreformidler saker de ikke greier løse til Helseplattformen AS.

²⁸ Dette var viktig for at Helseplattformen AS skulle bruke ressurser og kapasitet på best mulig måte.

²⁹ Sakene som har høy prioritet gjelder tekniske endringer knyttet til deling av notater i HelsaMi, hindringer for Trygghetspatroljen når de skal inn i journaler, kodeutfordringer i legemiddelhåndteringen og utfordringer ved innlogging. Eksempler på saker med moderat prioritet er tilgangsutfordringer, manglende mulighet til å skrive sykemelding for leger ved legevakta, problemer med håndholdt enhet (Rover), behov for endring av innstillingene for vekstkurver for spedbarn slik at de blir i tråd med krav fra Helsedirektoratet og utfordringer med å få full oversikt over ventelister i Enhet for psykisk helse og rus.

³⁰ Vi får opplyst at flere av de eldre sakene sannsynligvis er løst, men av tekniske årsaker knyttet til samspillet mellom kommunens Service Now-system og Helseplattformens Service Now-system blir ikke sakene automatisk slettet. Det jobbes med dette.

tilfeller har kommunen opplevd at saken får et svar som ikke står i samsvar med innmelderens saksbeskrivelse. De har også erfart at Helseplattformen lukker saken etter kort tid dersom de har bedt om tilbakemelding fra innmelder og innmelder ikke svarer. Dette vurderer Helsesupport som uheldig, siden mange innmeldere jobber turnus og ikke nødvendigvis er på jobb innen de fristene Helseplattformen setter før saken lukkes.³¹

Det har vært faste samarbeidsmøter mellom Helseplattformens support og Trondheim kommune ved IT-Brukerhjelp og Helsesupport der utfordringer er tatt opp. Vi får opplyst at frekvensen på disse møtene nå er redusert. Dette henger sammen med at mange saker er løst, og at behovet for hyppige møter nå ikke er så stort.

Saker meldt inn i kommunens avvikssystem (TQM)

Det ble også meldt inn saker i kommunens avvikssystem (TQM) som gjelder utfordringer med Helseplattformen. Innholdet i disse avvikene er sammenfallende med både det som er meldt i Service now og det våre informanter opplyser. Det ble for eksempel meldt avvik om sykepleier som ikke har hatt tilgang på Helseplattformen på ti dager, selv om det var blitt opprettet sak. Saken ble løst etter kontakt med fagekspert. Et annet eksempel er avvik som omhandler at medisinalisten i Helseplattformen ikke stemmer overens med legemidlene som er pakket i multidose. Som følge av dette ble det igangsatt full gjennomgang av pasientens medisinaliste. Et annet eksempel er: *“Legemiddelliste registrert i Helseplattformen er svært mangelfull. Ut fra hva u.t. kan observere har det den 16/12 og den 20/12 blitt samstemt legemidler, og gjort endringer i reseptformidleren av lege v/St. Olavs og pasientens fastlege. Dette har ført til at medikamenter pasienten skal ta fast, ikke lenger er registrert i medisinalisten. (...) Dette ble oppdaget ved en tilfeldighet.”* Det er meldt flere avvik om at medisin forsvinner fra medisinalisten uten forvarsel, og at dette blir oppdaget ved en tilfeldighet.³² Slike utfordringer med medisinalistene ble meldt fra både helse- og velferdssenter, hjemmetjenester, helsehus og bo- og aktivitetstilbud. Disse avvikene er fra 2022.

Et annet eksempel på avvik som er meldt i 2022 angår legevakta. I august 2022 ble det meldt om mangler på diagnoseliste og oversikt over medisinsk historikk på mange pasienter som bodde på helse- og velferdssenter. Ifølge innmelderen vanskeliggjorde dette jobben for legene på legevakta, og kunne føre til at viktig medisinsk informasjon ikke ble fanget opp. Dette avviket ble fulgt opp ved at sykehjemslegene fikk beskjed fra sykehjemsoverlegen om å prioritere å legge inn disse opplysningene for sine pasienter. I oktober-desember 2022 ble det meldt om flere avvik fra legevakta om utfordringer med å overføre pasienter fra ett system (Transmed) til Helseplattformen. Overføringen måtte gjøres manuelt og avviksmelder mente selv at dette førte til at man mistet minst en time med pasientkonsultasjon og at Helseplattformen var en propp i systemet. I det samme avviket blir det også meldt om utfordringer med faktureringsystemet. Som tiltak på dette står det i TQM at det var iverksatt et større arbeid med å få rettet dette, og at både merkantile aktører og “HP-aktører” var inne for å løse problemene med faktureringen. I november 2022 ble det meldt avvik om lang ventetid og at det på grunn av

“store problemer med IT systemer er det svært vanskelig å holde kontrollen over avdelingen. Med treghet og pasienter som ikke dukker opp i HP kan jeg ikke stå inne for sikre pasientforløp på denne vekten. Saken er meldt som feil til IT brukerhjelp ca kl 0130

³¹ Helsesupport har satt en intern frist på fem dager før saken lukkes hvis respons fra innmelder mangler, men de opplyser at de bruker skjønnet ut fra hvilken tjeneste innmelderen jobber i.

³² I en av disse sakene er det notert at kommunefarmasøyten skulle ta saken videre for å sikre at man har forstått hva som skjer ved automatisk synkronisering opp mot reseptformidleren.

men kl 0305 er det fortsatt ikke løst. Jeg anser at om dette vedvarer kan det få konsekvenser for pasientbehandlingen.”

Dette avviket ble løst og som gjennomført tiltak står det at saken ble tatt til orientering og at det jobbes med å rette feil i Helseplattformen, samt at det er ordnet med fagekspert på legevakt og flere superbrukere.

I mai 2023 ble det også meldt om avvik knyttet til feil i innstillingene i Helseplattformen som medførte at legene hadde problemer med å ha oversikt over pasientene sine på en vakt, samt utfordringer med å journalføre og sende epikrise til fastlegene i denne vakten. Det ble iverksatt strakstiltak ved at interne hjalp til med Helseplattformen etter vakten, og at feilen ble meldt til Helseplattformen AS, som jobbet med at dette ikke skulle skje igjen.

Legemiddelhåndtering på helse- og velferdsområdet

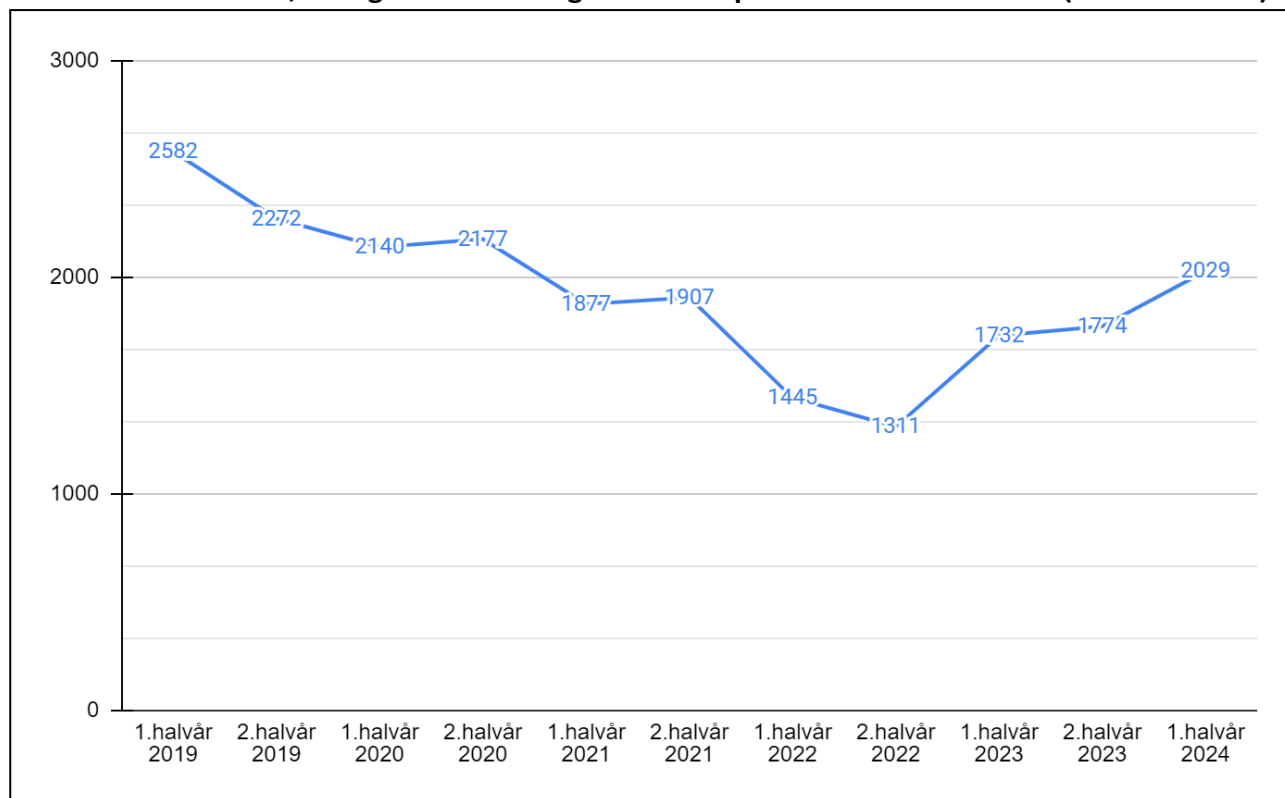
Antall meldte avvik som gjelder legemiddelhåndtering ble halvert fra første halvår 2019 til andre halvår 2022 (se figur 2 nedenfor). En av kommunefarmasøytene opplyser at nedgangen fra 2019 og ut 2021 trolig skyldes en krevende pandemisituasjon. Det videre fallet i løpet av 2022 kan forklares delvis med etterslep fra pandemien og delvis med innføring av Helseplattformen, ved at hendelser ble meldt som hendelser via Service Now i stedet for som avvik i TQM.

Vi ser videre av figur 2 at antall avvik økte fra 1. halvår 2023, det vil si etter innføringen av Helseplattformen.³³ Økningen har først og fremst vært ved helse- og velferdssenter, helsehus og hjemmetjenesten.³⁴ Kommunefarmasøyten presiserer i denne sammenhengen at man fortsatt er et godt stykke under antall innmeldte avvik i 2019, som kan betraktes som en mer “normalsituasjon”.

³³ Etter at Helseplattformen ble innført 7. mai 2022 har antall avvik på legemiddelhåndtering økt med 55 prosent. Antall meldte avvik sank fra 2582 første halvår 2019 til 1311 andre halvår 2022. Andel meldte avvik på legemiddelhåndtering av totalt antall meldte avvik sank fra 43 prosent i 2019 til 28 prosent første halvår 2022. I halvårene etter har andelen avvik på legemiddelhåndtering av totalt antall avvik flatet ut og ligget rundt 28 prosent.

³⁴ Den prosentvise økningen i antall avvik som gjelder legemidler har vært størst ved helsehus og deretter hjemmetjenesten, mens i absolutte tall er det flest avvik og størst økning ved helse- og velferdssenter.

Figur 2 Antall meldte avvik på legemiddelhåndtering per halvår på helse- og velferdsområdet i Trondheim kommune, før og etter innføringen av Helseplattformen 7. mai 2022 (1. halvår 2022)



Kilde: Avvik hentet fra kommunens avvikssystem (TQM), bearbeidet av Trondheim kommunerevisjon

2.3 Helseplattformen - som journalsystem

Vi har spurt alle informantene vi har hatt intervju med om hvordan Helseplattformen fungerer som journalsystem. De aller fleste mener det fungerer rimelig bra nå. Noen savner Gerica, men mange ser fordeler med Helseplattformen. Samtidig er det flere som også peker på at det har vært og er utfordringer med systemet. En informant sier at:

“Når vi skal ha et felles system, må det være kompromisser. Vi glemmer gjerne at Gerica ikke var et så bra system. Løsningen kan bli bedre, men ikke dårligere enn det vi hadde. Noen ting har blitt mer tungvint, andre mer lettvent.”

Flere av våre informanter trekker fram at det fungerer veldig godt at de kan ta bilder av for eksempel sår og legge disse rett inn i Helseplattformen. Flere mener også at avataren³⁵ som er i systemet fungerer godt ved å vise hvor pasienter for eksempel har sår, stomi, veneflon eller smertepumpe.

En informant fra helse- og velferdskontor opplyser at Helseplattformen nå fungerer greit som journalsystem. Helseplattformen er ikke så oversiktlig, det hender de må lete litt etter opplysningene de trenger.

“Det går greit, vi har jo tid til å lete, vi er ingen akuttjeneste som for eksempel sykehuset. Vi vet mer og mer nå hvor vi skal lete for å finne det vi trenger.”

³⁵ En avatar er en virtuell visning av pasientens kropp.

De to enhetslederne vi har snakket med på helse- og velferdssentrene mener også at Helseplattformen fungerer godt som dokumentasjonssystem. Det oppfattes som en fordel at Helseplattformen krever at man kan legge inn mye informasjon om pasientene og at de nok kan dokumentere bedre nå enn før. Det oppfattes som bra å ha et journalsystem som er mulig å tilpasse for fremtiden. Begge trekker imidlertid også fram at det krever at de ansatte lærer seg systemet. Den ene mener man ikke har mulighet til å gjøre alle ansatte like gode og at de opplever at man må være god i IT, ha ekstra tid og stor interesse hvis man skal lære seg systemet fullt ut. Noen har vært svært interessert og har satt seg ned på fritiden for å lære seg systemet, og man er avhengig av gode superbrukere og fagekspertes.

Mange av informantene mener at Helseplattformen er et komplekst system som det er vanskelig å ha oversikt over og det er lite intuitivt. Det er mange museklikk for å komme seg dit man skal. Flere peker på at det er vanskelig å finne fram, det er flere veier man kan gå i systemet for å komme til samme sted eller løsning. Mange sier at de bruker mye tid på å lete etter informasjon. En vernepleier på et helse- og velferdssenter uttaler for eksempel at Helseplattformen er et tungvint og lite brukervennlig system. Journalføring og henting av informasjon tar veldig mye mer tid enn tidligere. Det er ikke selvforklarende, og man må vite hvordan man skal gjøre ting. Man må dokumentere det samme på flere ulike steder. Det er vanskelig å lære opp folk i systemet, siden det ikke er logisk, man må lære seg systemet underveis mens man jobber. Vernepleieren presiserer imidlertid at nå, etter to år, har de begynt å få god oversikt.

En enhetsleder erfarer at de ansatte dokumenterer ulikt, for eksempel har det vært en utfordring å få ensartet dokumentering av hvordan ernæring er fulgt opp. En vernepleier mener man må dokumentere det samme på flere ulike steder. Ved flere enheter ser det ut til at det er behov for at noen tar avgjørelser om hvor opplysninger skal registreres, slik at det er mulig for andre å finne disse opplysningene. Det oppleves som vanskelig å se utviklingen hos en pasient i løpet av lengre tid. Det er mulig å søke på stikkord, men det er veldig mye leting.

Noen av informantene vi har snakket med synes det går greit å finne det de har behov for, men mange må lete for å finne opplysninger de trenger. De vi har snakket med som synes systemet er oversiktlig, er ofte superbrukere. En sykepleier på et helse- og velferdssenter erfarer at det er vanskelig å finne igjen det andre eksterne har lagt inn, for eksempel hjemmetjenesten og sykehuset - og sier "Vi leter mye". For eksempel er det flere måter å gå til kommunikasjon (e-link/PLO) med lege og fire forskjellige steder der e-linker kan havne. Dette var enklere i Gerica, i Helseplattformen må de lete for å finne det de trenger, mener sykepleieren.

En avdelingsleder erfarer at det er krevende å finne opplysninger om pasientene. Hun bruker ikke Helseplattformen til daglig, og synes det er vanskelig å finne relevant informasjon hvis hun for eksempel får en telefon med spørsmål om en pasient. Da opplever hun at hun må lete etter viktig informasjon, og går gjennom notater for å se om hun kan få informasjon om hva som har skjedd. Tidligere fant hun lett den informasjonen hun trengte i statusrapporter i Gerica.

Ifølge en ansatt kan informasjonen legges seg mange forskjellige steder; journalnotat, brev, timeinformasjon, Inbasket (e-linker og personalmeldinger) og medisiner. De ansatte får ikke alltid varsel når det kommer ny informasjon. Dette kan føre til at mye og viktig informasjon kan glippe siden man da må gå inn i journalen til den aktuelle pasienten og lete etter eventuell ny informasjon.

Selv om målet til Helseplattformen var en felles pasientjournal opplyser informanter i hjemmetjenesten at de opplever at informasjon glipper og blir oppdaget ved en tilfeldighet, eller for eksempel ved at pasienten selv ringer for å si at de har kommet hjem fra sykehuset og lurer på når de kommer med medisin. En sykepleier sier de ofte må ringe til sykehuset for å få de opplysningene de trenger eller etterlyse epikriser osv, noe som skaper merarbeid. Denne sykepleieren mener mottak av e-linker var mye mer oversiktlig i Geric, for da mottok de alle nye e-linker for pasientene på en og samme plass. I Helseplattformen har det også vært en utfordring at meldinger har blitt sendt til feil mottaker.

En av de ansatte som har vært med på å utvikle Helseplattformen fra kommunens side opplyser at Helseplattformen kan oppfattes som litt rotete hvis man ikke er kjent. Vedkommende opplyser at det var bevisst at ting står på flere plasser da de laget arbeidsflatene, og at de ikke visste hvordan det ble når det ble brukt i praksis. Vedkommende trekker videre fram at søkefeltet gjør det lettere å finne opplysninger.

Informanter fra både skolehelsetjenesten og helsestasjonene opplyser at Helseplattformen fungerer greit som journalverktøy, selv om de også opplever noen utfordringer. En avdelingsleder i helsestasjonstjenesten mener systemet er uoversiktlig, mye klikking og innebærer ekstraarbeid. Det er mye støy og informasjon i åpningsbildet som de ansatte må lære seg å ikke fokusere på. Samtidig er det lett å gjøre feil, og det krever arbeidsro å bruke systemet. Bli de avbrutt, kan det lett skje feil. Sekretærene på helsestasjonene sitter ikke alltid i fred og ro, de blir avbrutt hele tiden, noe som er utfordrende for dem. Helseplattformen framstår som litt gammeldags, og avdelingslederen mener det oppleves frustrerende å bruke så mye energi og tid på et journalverktøy, tid man heller skulle brukt på brukere i stedet. Avdelingslederen mener det så langt har vært svært lite gevinster å hente.

En representant for skolehelsetjenesten sier det er mange som opplever usikkerhet om de gjør det riktig og at det er mye de ikke kan. De glemmer det de gjør en sjelden gang. Mange oppgir også at de bruker mye tid på å lete etter informasjon og at Helseplattformen ikke er et enkelt system å navigere i.

Informanten fra legevakta opplyser at leger ofte er vant til å møte nye journalprogram. Hvis man har vikariat på ulike steder, får man ikke nødvendigvis opplæring, det forventes at systemet er så intuitivt at man kommer inn i det med en gang. Helseplattformen oppleves imidlertid ikke som intuitiv og som følge av dette gikk effektiviteten ned i starten. Det tok lengre tid med pasientene og man måtte oppbemanne for å ta unna pasientmengden når effektiviteten var redusert. Informanten opplyser videre at det nå er gjort forbedringer i systemet som gjør prosessene og bruken enklere. Samtidig gjenstår det fortsatt en del arbeid for at systemet skal bli optimalt. Det er fortsatt ikke et enkelt program for førstegangsbrukere, men informanten opplyser at det nå begynner å komme på et nivå som er akseptabelt for legevakta og at det er lite klager på journalsystemet nå.

Gjentatte feil med brev og e-meldinger

Trondheim kommune har ved tre anledninger varslet statsforvalteren i Trøndelag muntlig om at mulige feil som følge av bruk av Helseplattformen kunne ha fått konsekvenser for brukerne. I mars 2023 ble det meldt om at feil funnet ved St. Olavs hospital, også hadde rammet kommunene som hadde tatt i bruk Helseplattformen. I Trondheim kommune ble det funnet 1400 brev og meldinger som hadde feilet ved utsending fra Helseplattformen siden oppstarten. Sammen med Helseplattformen AS gikk helsepersonell i kommunen gjennom de 1400 brevene. Det ble sendt ut

470 brev til mottakere på nytt og det ble gjort en ekstra kvalitetssjekk av ti av disse sakene. I to av sakene kunne det ikke utelukkes at brevproblemene hadde ført til mindre forsinkelser av helsehjelpen, men dette hadde ikke fått betydning for resultatet.

I september 2023 meldte kommunen at de hadde avdekket lister med meldinger i Helseplattformen som trolig ikke var fanget opp av helsepersonell. Meldingene inneholdt henvendelser til kommunale tjenester, og berørte om lag 240 pasienter. Alle sakene ble gjennomgått, og 60 pasienter hadde fått forsinket oppstart av tjenester som følge av dette. De eldste sakene dreier seg i hovedsak om bistand til renhold og strakk seg tilbake til mai 2022. Alle berørte ble kontaktet av kommunen, og kommunen vurderte at forsinkelsen ikke har ført til alvorlig pasientskade. Berørte pasienter fikk den helsehjelpen og oppfølgingen de skulle ha.

I desember 2023 meldte kommunen til Statsforvalteren at det var blitt avdekket at litt over 300 henvisninger fra fastleger til ulike enheter i kommunen ikke hadde blitt fanget opp. Ifølge pressemeldingen fra kommunen skyldtes feilen at henvisningene hadde blitt sendt til mottakere i kommunen som ikke er satt opp for å motta slike henvisninger. Verken avsender eller mottaker hadde blitt varslet om feilene. Kommunens gjennomgang av sakene viste at dette ikke hadde fått noen alvorlige konsekvenser for helsehjelpen, men at helsehjelpen var blitt forsinket for 14 pasienter. De fleste henvisningene var blitt fulgt opp likevel fordi det også var varslet via telefon.

Det er meldt en god del avvik i avvikssystemet som omhandler meldinger/forordninger³⁶ som ikke har kommet fram. De første henvendelsene vedrørende dette kom allerede i mai 2022. Konkret ble det meldt avvik om ansatte som ikke har tilgang til sin innboks,³⁷ utfordringer ved sending av e-meldinger og epikriser, E-linkmelding fra sykehuset eller fastleger som ikke blir mottatt av hjemmetjenesten og at henvisninger til røntgen ikke kom frem. Det kom henvendelser om sistnevnte allerede kort tid etter oppstart (10. mai 2022).

Også i kommunens avvikssystem (TQM) ble det meldt avvik som omhandler temaene nevnt over. Et eksempel er en legevakslege som har opplevd at meldinger om pasienter vedkommende hadde i legevakt var sendt til en avdeling på sykehuset legen hadde jobbet på før. Enhet for friskliv, læring og mestring oppdaget i juli 2023 at en feil i Helseplattformen hadde ført til at 27 henvisninger ikke hadde kommet fram. Akkurat i dette konkrete tilfellet står det i avvikssystemet at superbruker skulle ta kontakt med alle pasientene samt sende informasjon til henviste klinikker.

Også i flere av intervjuene med ansatte kommer det fram at informasjon kan glippe dersom den blir sendt til feil mottaker. En hjemmetjeneste opplever for eksempel ofte at melding om utskrevet pasient og epikrise blir sendt til feil mottaker, og da mottar ikke hjemmetjenesten beskjed om at pasienten har kommet hjem og hvilke endringer som eventuelt har blitt gjort. Denne sykepleieren oppgir videre at:

“Vi har hatt enkelte tilfeller hvor pasienter har blitt feilmedisinert eller ikke fått medisin pga feil i HP, eller pga at ansatte har feiltolket medisinalista og gitt feil dose da den er uoversiktlig. Det har også skjedd at pasienter ikke har fått den hjelpen de har krav på og trenger fordi gjøremål har forsvunnet/blitt slettet og pasienten har falt ut av arbeidslista.

³⁶ Forordninger er en fellebenevnelse i Helseplattformen for bestillinger, og kan brukes til å bestille blodprøver, resepter, undersøkelser, henvisning til annen helsetjeneste og henvendelse om andre tjenester.

³⁷ Omtalt som InBasket i Helseplattformen.

Pasienter har også ikke fått hjelp fordi sykehuset ikke har gitt beskjed om at pasienten har kommet hjem eller at beskjeden ikke har kommet fram i HP.”

Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS opplyser at kommunen oppdaget at det var utfordringer med e-meldingssystemet i starten, men at det var da St. Olavs hospital HF tok i bruk Helseplattformen at utfordringene med e-meldingssystemet fikk stort fokus. Han opplyser at utfordringene med meldingssystemet ikke ble formidlet opp i styringslinja, slik at styret ikke fikk kunnskap om det før St. Olavs hospital HF tok i bruk Helseplattformen. Han mener at dette skulle vært løst før St. Olavs hospital HF gikk på lufta. En gjennomgang av statusrapporter som er gitt til styret i Helseplattformen AS viser at det i mai 2022 oppstod usikkerhet rundt meldingsflyten. Det ble iverksatt flere tiltak, og det ble konkludert med at det ikke var funnet systematiske feil i oppsettet for e-meldinger. Samtidig står det i statusrapporten at det har vært behov for tilpasninger, gjennomgang, opplæring og økt forståelse for hvordan løsningen fungerer. Det er ikke omtalt utfordringer knyttet til e-meldinger i de månedlige statusrapportene etter dette fram mot St. Olavs hospital HF tok i bruk løsningen.

Utfordringene med e-meldingene var tema i kommunens interne styringsgruppe 23. mai 2022. Kommunens aktører opplyser at de har meldt om utfordringer med e-meldinger helt fra oppstarten, og at dette har blitt tatt opp på kundemøter med Helseplattformen AS.³⁸

Informasjon registreres flere ganger

Flere av informantene mener at det foregår dobbeltregistrering av informasjon. Både helse- og velferdssentrene og hjemmetjenesten skriver for eksempel fortsatt innleggelsesnotat til sykehuset, til tross for at de har felles journalsystem. En enhetsleder og flere ansatte peker på at dette er noe de bruker mye tid på, og at de ikke helt skjønner hvorfor de fortsatt må skrive slike rapporter, når sykehusansatte har tilgang til informasjonen om pasienten gjennom journalsystemet. Til dette uttaler en av kommunens delprosjektleder at enkelte ansatte hadde en urealistisk forventning til hva felles journal ville bety i arbeidshverdagen. Det å skrive et overføringsnotat ved innleggelse og utskrivning er avtalt og ønsket arbeidsflyt mellom kommune og sykehus, når pasienten beveger seg mellom nivå.

På et helsehus har de etablert et tettere samarbeid med hjemmetjenesten og oppdaget at det er mye informasjon hjemmetjenesten har skrevet inn i Helseplattformen som de kan nyttiggjøre seg. Tidligere har de bedt hjemmetjenesten gi informasjon om for eksempel hjemmesituasjonen for en pasient, men nå har de ved en tilfeldighet funnet ut at dette er opplysninger som allerede ligger som en del av journalføringen for hjemmetjenesten.

Strukturert journal gir ikke alltid nok informasjon

Innføringen av Helseplattformen innebar en endring i måten å dokumentere og journalføre på. Helseplattformen er bygd opp som strukturert data, det vil si at de ansatte i større grad skal krysse av for utførte gjøremål og forhåndsutfylte alternativer, mens de tidligere journalførte mer i fritekst.³⁹ Det blir pekt på at det ikke alltid gir nok informasjon dersom de som gir tjenester kun dokumenterer ved å hake av på gjøremål. Flere peker på utfordringer med dette. En sykepleier sier for eksempel at overgangen til Helseplattformen innebærer at ansatte kun skal skrive tekst i journalnotat når det er noe ekstra/utenom det vanlig som skjer og som må dokumenteres, for eksempel om en pasient er i dårlig form, er forvirret eller har hatt et fall osv. Sykepleieren opplever

³⁸ Dette støttes av interne dokumenter i kommunen.

³⁹ Vi får opplyst at de ansatte kan føye til med fritekst også i den strukturerte dokumentasjonen.

at det ofte blir for lite dokumentasjon når man kun journalfører med “klikk”/haker av gjøremål som er utført og ingen tekst. Mange dropper å dokumentere viktig informasjon når det er enklere og raskere å bare hake av gjøremålet som fullført.⁴⁰ For å kunne gjøre en god faglig vurdering av en pasient sin situasjon og gi god informasjon til pårørende og kolleger er man avhengig av mer informasjon enn det som fremkommer når man har journalført gjennom å krysse av for eksempel “dusj” og “mat”.

En annen ansatt sier også at det kan være utfordrende å gi god informasjon til fastleger og sykehuset dersom man ikke kjenner pasienten godt og det ikke er dokumentert noe om hvordan pasienten har hatt det den siste tiden.

Slik våre informanter oppfatter det, ble det etter en tid gitt beskjed om at det ikke var tilstrekkelig å dokumentere i flytskjema og skrive journalnotat når noe var viktig. En informant opplyser at på bakgrunn av en konkret sak ved en annen enhet, hvor man ikke fant tilbake til informasjon som bare var skrevet i et flytskjema, begynte de å dokumentere enkelte forhold både i flytskjema og pasientplan. Dette gjelder for eksempel ernæring, som må dokumenteres på to ulike steder i Helseplattformen, for at det skal være synlig for eksterne samarbeidspartnere, slik våre informanter har forstått det.

Flere informanter oppfatter det som tungvint å dokumentere strukturert når de likevel må skrive journalnotat. Det er for eksempel meldt flere avvik fra en sykepleier ved et helse- og velferdssenter som illustrerer dette. Ifølge det meldte avviket, var det i starten gitt beskjed om at den daglige dokumenteringen skulle gjøres i flytskjema, og at det skulle skrives notater når det var noe ut over dette som var verdt å få med seg. I starten var det også skille på viktigheten av notatene. Dette gjorde, ifølge avviksmelderen, at Helseplattformen var veldig oversiktlig og man kunne med få tastetrykk holde seg oppdatert på pasientene sine. Etter at man har fått beskjed om å skrive flere notater, blir det mange notater å lese igjennom, og som er tidkrevende å holde seg oppdatert på. I stedet håper melder at man får tilstrekkelig rapport muntlig om “det er noe”.

Informanter fra Enhet for fysioterapitjenesten mener de bruker lengre tid på en del kartlegginger etter overgangen til Helseplattformen, og at det kan være utfordrende at man skal bruke strukturert journal på informasjon som ikke er strukturert.

Tillit til informasjonen

Det varierer om informantene stoler på den informasjonen de finner i Helseplattformen. De fleste sier de i utgangspunktet stoler på informasjonen, men samtidig er det flere forhold som utfordrer tilliten. Mye av dette er knyttet til at legemiddellistene ikke blir oppfattet til å stole på, noe som fører til at ansatte må bruke en del ressurser på å samstemme og ringe samarbeidspartnere. Vi får opplyst at sykehuset heller ikke stoler på legemiddellistene, de er bekymret for om medisiner har falt ut, og ringer derfor medisinnrommene på helse- og velferdssenter. Flere nevner også at det kan være forskjeller mellom det som står i epikrisen fra sykehuset og det som står i pasientens legemiddelliste. I slike tilfeller opplyser en informant at man må ringe sykehuset og undersøke hvilke opplysninger som stemmer.

⁴⁰ Delprosjektleder presiserer at dette også var en utfordring i de gamle journalsystemene. Det å sikre god dokumentasjon av pasientene krever oppfølging og ledelse og at ansatte følger vedtatte rutiner, uavhengig av journalsystem.

Det er også usikkerhet knyttet til om forordninger som sendes kommer fram til rette vedkommende og det blir gjerne sendt en personalmelding⁴¹ i tillegg.

Lav endringstakt i Helseplattformen

Flere informanter oppgir at det tar lang tid før Helseplattformen gjennomfører innmeldte ønsker om endringer. En informant fra helsestasjonene sier at når de melder inn endringsønsker får de beskjed om at dette vil ta lang tid og at det ligger langt nede på prioriteringslisten nå. Årsaken oppgis å være at det er mange nye kommuner som skal på og at mye av kapasiteten går dit. En informant fra et helsehus opplyser at de tidligere la inn mange forbedringsønsker, men at de ikke mottok tilbakemeldinger på dette. Vedkommende ser at det er gjort noen mindre endringer og forbedringer, men ikke med det "vi virkelig trenger at det blir gjort noe med". En enhetsleder og avdelingsleder ved et helse- og velferdssenter opplyser at de har resignert litt på å melde avvik, siden de får beskjed om at saken er lukket, uten at det som ble meldt inn er endret. De opplever at mindre, smarte endringer har kommet, men tror det vil ta lang tid før de store tingene blir rettet. De ønsker seg et journalsystem som fremstiller informasjon enkelt, at faner de ikke bruker er skjult, at systemet hjelper dem med det de trenger og at det er likhet mellom enhetene i hvordan systemet er satt opp.

Det er satt ned flere grupper som skal prioritere endringsforslag, og en av informantene våre er med i en slik gruppe. I denne gruppen møtes fagpersoner fra flere kommuner, noe som oppfattes som fruktbart.

Informanter fra Fysioterapitjenesten uttrykker frustrasjon over at de får beskjed om at ting de mener er feil i programmet skal meldes som forbedringsønsker, og er:

"oppgitt over den lange veien inn (beslutningsstrukturen) for å gjøre endringer. Det ble sagt at vi skulle utvikle Helseplattformen etter hvert som vi så hva vi trenger, men slik har det ikke blitt. Vi må stemme over hvilke endringer vi ønsker å få gjennomført, og kun de høyest prioriterte ønskene fra hvert område vil bli tatt inn. Yrkesgrupper med behov som få andre har vil derfor ha små eller ingen sjanser til å få innvilget sine behov".

Håndholdt enhet (Rover)

Både helse- og velferdssentrene og hjemmetjenestene har håndholdte enheter (Rovere) til alle ansatte som driver med pasientoppfølging. På de to helse- og velferdssentrene og det helsehuset som inngår i undersøkelsen, blir Rovere bare i mindre grad benyttet. Vi får opplyst at dette skyldes at Roverne i starten hadde vansker med å få nettilgang, og at ansatte ofte ble logget ut. Vi får opplyst at dette har blitt utbedret, samtidig som vi også får opplyst at det fremdeles er dårlig nettilgang og at enkelte ansatte derfor ikke bruker Roveren. Vi får opplyst av en enhetsleder at årsaken til at de ansatte på helse- og velferdssenter ikke bruker Rover er at det ikke er mulig å dokumentere i pasientplan på Roveren, men at de håper at dette er noe de skal kunne få til etter hvert. De har blitt oppfordret av Helseplattformen til å bruke Rover, men ansatte går heller inn på pc og dokumenterer der. På pc har man mulighet til å dokumentere mange medisiner samtidig, mens på Rover må man dokumentere en og en medisin. Dette oppleves som svært tidkrevende.

I hjemmetjenestene bruker de ansatte Rover når de er ute hos pasienter. På Roveren står oppdragene definert og de ansatte kan dokumentere fortløpende. En av de ansatte trekker fram som særskilt positivt at man kan gjøre kartlegginger (HPH 5) direkte når man er hos pasienten.

⁴¹ Det er en intern meldingstype i Helseplattformen som kan sendes til enkeltpersoner eller grupper. Personalmeldinger kan ikke sendes til helsepersonell som ikke bruker Helseplattformen.

“Det er bare å krysse av og skrive inn når vi er hos pasienten. Nå gjør vi alt i en smell, så er vi ferdig (..) Enkelte ting går veldig fort, det er veldig enkelt og effektivt.”

Økt ressursbruk i hjemmetjenesten

Ressursbruken på medisineromene og for de som skriver arbeidslistene i hjemmetjenesten har økt på grunn av innføringen av Helseplattformen. Det er også opprettet en ny stilling som controller ved en av hjemmetjenestene vi har undersøkt.

Ved begge hjemmetjenestene vi har undersøkt har de økt bemanningen på medisinerommet fra en til to personer, fordi oppgavene har økt og blitt mer komplekse etter innføringen av Helseplattformen.⁴² Som en konsekvens av at pasienter som mottar bistand fra hjemmetjenesten har sine fastleger, må hjemmetjenesten samarbeide med mange ulike fastleger som ikke bruker Helseplattformen. Mens sykehuset, helsehus, legevakt og helse- og velferdssenter har egne leger som legger inn medisiner og redigerer medisinalista, er det sykepleierne eller vernepleierne i hjemmetjenesten som legger inn medisiner og redigerer medisinalista. De har imidlertid ikke samme adgang som leger til å gjøre endringer på legemiddellistene.⁴³ Vi får opplyst at disse faggruppene for eksempel ikke har adgang til å fjerne (seponere) alle typer medisin⁴⁴ som legen har bestemt at pasienten ikke lenger skal ha fra medisinalista. Hvis legen har gjort en endring, men ikke oppdatert resepten,⁴⁵ må de ansatte som arbeider på medisinerommet i hjemmetjenesten oppdatere legemiddellisten og skrive at legemiddelet tas annerledes enn det som ligger inne i reseptformidleren.⁴⁶ I slike tilfeller kan de ansatte på sykehuset bli frustrerte, da reseptinformasjon ikke samsvarer med hva som er strukturert av legemiddelinformasjon i løsningen. De ansatte på sykehuset sier ofte til de ansatte i kommunen at skjermbildet ser annerledes ut hos dem. Dette påvirker samhandlingen. Vi får opplyst av en fra hjemmetjenestene at når en pasient blir lagt inn på sykehuset må legene eller farmasøytene ofte rydde i medisinalista til pasienten, og at de ofte ringer for å få avklart hvilke medisiner pasienten bruker og ikke, siden medisinalista er så uoversiktlig.

Sykepleier som jobber på medisinerom på en hjemmetjeneste sier dette om utfordringene:

“Legemiddellisten inneholder mye informasjon, er veldig uoversiktlig og fungerer dårlig. Hovedpoenget med Helseplattformen var at man skulle ha en felles journal. De håpet det skulle føre til færre telefoner til St. Olavs, men det har imidlertid blitt nødvendig å ta langt flere telefonsamtaler for å utveksle informasjon og få avklaringer. (...) dette med medisiner og resepter har blitt mer uoversiktlig etter innføringen av HP. Er større rom for at det kan bli feil og pasienten får feil medisin, kan være vanskelig å oppdage at det er gjort endringer da vi ikke får noe varsling og medisinalista kan være vanskelig å tyde.”

⁴² En av delprosjektlederne opplyser at ved innføring av Helseplattformen tok Trondheim kommune i bruk integrasjon mot Sentral Forskrivningsmodul, som er en nasjonal påbudt løsning for alle nye journalsystem. Dette medførte at ansatte måtte lære seg en ny måte å administrere medikamenter på enn tidligere. Dette er mer tidkrevende, men gir en bedre kvalitetssikring av pasientens legemiddelliste på tvers av aktører hvor oppdateringene i reseptformidleren vises i sanntid.

⁴³ En av kommunefarmasøytene opplyser at dette er en konsekvens av at legemiddelopplysninger deles på tvers i pasientens journal, og lovgivning har begrensninger på hva kun leger har lov til å gjøre.

⁴⁴ Muligheten til å seponere avsluttet behandling var begrenset da kommunen tok i bruk løsningen. I januar 2023 fikk man større muligheter til å seponere og rydde opp i legemiddellisten.

⁴⁵ Vi får opplyst at det ofte forekommer at legene skriver ut nye resepter i stedet for å justere på resepter pasienten allerede har. Legemiddellisten vil da ikke bli korrekt.

⁴⁶ Vi får opplyst av en av kommunefarmasøytene at det er et nasjonalt problem at reseptformidleren inneholder mange duplikate resepter, siden leger ikke trekker tilbake resepter ved endringer.

Sykepleieren sier at det har skjedd at pasienter har blitt feilmedisinert eller ikke fått medisin på grunn av uoversiktlig legemiddelliste og/eller feil i medisinlista, eller at ansatte har feiltolket legemiddelliste og gitt feil dose fordi lista er uoversiktlig.

Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS opplyser at medikamenthåndteringen i Helseplattformen ble unødvendig kompleks fordi man ikke hadde noen som sikret helheten i utviklingen av systemet.

En av delprosjektlederne opplyser at økte ressurser til legemiddelhåndtering først og fremst er et resultat av at kommunen nå følger nasjonale krav til dokumentasjon og samstemming (felles legemiddelliste), og at det ikke var mulig å tilfredsstille nasjonale krav i Gerica. Hun opplyser at de gamle systemene ga mange legemiddelavvik, og mener at å følge nasjonale krav gir økt kvalitet og reduserer avvik. Hun uttaler at man etterhvert kan øke brukervennlighet og opplæring slik at tiden brukt på medisinrom kan forkortes.

Begge hjemmetjenestene vi har intervjuet har økt bemanningen og oppgir at det tar mye lenger tid å skrive arbeidslister enn før. Den ene hjemmetjenesten hadde to ansatte⁴⁷ som arbeidet med å skrive lister. Mye av tiden er det behov for to personer som jobber med driftsoppgavene knyttet til oppdrag, listeplanlegging og fordeling. Det å sørge for at alle opplysningene kommer på arbeidslisten, innebærer mange klikk og oppslag i mange journaler hver dag.

En av hjemmetjenestene har som sagt opprettet en stilling som controller, som har en sentral funksjon i å følge opp enhetens arbeid i Helseplattformen. Vi får opplyst at kontrolleren er selvlært god på systemet og følger opp at de ansatte bruker systemet riktig. Vedkommende gjennomfører også opplæring. Enhetsleder opplyser at det var avdekket at enheten hadde store mangler på det å kvittere for utført oppdrag, og kontrolleren har fulgt opp de ansatte tett med opplæring. Det har blitt vesentlig mindre feilregistreringer og avvik etter dette.

Funksjoner for legemiddelhåndtering er tatt i bruk av få enheter

LMA, Legemiddeladministrasjon, er en funksjonalitet i Helseplattformen hvor all dokumentasjon av legemiddelhåndtering dokumenteres av ansatte. Verktøyet er felles for alle som bruker Helseplattformen, og skal sikre god informasjonsflyt om dokumentasjon av legemiddelhåndtering. Dokumentasjon i LMA er synlig for alle brukere av Helseplattformen. I starten ble det bestemt at hjemmetjenesten ikke skulle bruke LMA blant annet fordi Roverne var ustabile - og man opplevde at ordningen ikke fungerte. Hjemmetjenesten skulle i stedet dokumentere i pasientplanene. Fra høsten 2022 ble det imidlertid besluttet at hjemmetjenesten skulle begynne å dokumentere i LMA.

Basert på tall tatt ut fra Helseplattformen, tyder det på at det er tre-fire av av de tolv hjemmetjenestene som benytter LMA i et visst omfang.⁴⁸ Ledende fagekspert for hjemmetjenesten opplyser at dette innebærer at flere av hjemmetjenestene ikke oppfyller interne krav til dokumentasjon av legemidler. Legemidler som dokumenteres i LMA er synlige for alle som bruker Helseplattformen, og vil være nyttig informasjon ved en eventuell innleggelse. Ledende fagekspert opplyser at etterlevelsen av dette må økes for hjemmetjenestene og at det vil bli et viktig lederfokus framover.

⁴⁷ Vi får opplyst at dette ikke er to fulle stillinger, siden den ene personen også jobbet "ute".

⁴⁸ Revisjonen har bedt om å få dokumentasjon på hvilke enheter som bruker LMA. Oversikten som ble tatt ut fra Helseplattformen viser hvor mange registreringer de ulike enhetene har gjort i LMA. Man har imidlertid ikke oversikt over hvor mange registreringer det burde ha vært. Ledende fagekspert i hjemmetjenesten opplyser at høye tall i oversikten tyder på at enheten bruker LMA, men man vet ikke om alle bruker LMA på enheten.

I revisjonens rapport om kvalitet i hjemmetjenesten⁴⁹ kommer det fram at ikke alle ved de to undersøkte hjemmetjenestene bruker LMA når de gir medisin. Årsakene var at det medfører mange klikk på Roveren og tar lang tid, og at det i noen tilfeller ikke lar seg gjøre når man er ute på grunn av dårlig dekning. Noen oppga at de bruker LMA hvis de husker det, men at det blir fort avglemt, mens andre igjen oppgir at de bruker det uansett. Avdelingslederne oppgir at det nok burde blitt brukt mer, og at ikke alle ansatte er trygge på systemet.

Utfordring med fakturering på legevakta

Legevakta har utfordringer med faktureringssystemet i Helseplattformen. Det er utfordringer med refusjoner for fastlegene som jobber på legevakta, og å ta betalt for utenlandske pasienter som har vært til behandling.

Enhetsleder på Legevakta opplyser at de tidligere brukte System X som journalverktøy og faktureringssystem, og at dette fungerte bra. Fastlegene, som jobber kveld og helg, er selvstendig næringsdrivende. De får betalt etter takster og mottar refusjon fra Helfo. Faktureringssystemet i Helseplattformen klarer ikke å beregne rett refusjon til legene. Som kompensasjon for dette har kommunen utbetalt et fast beløp per vakt for legene.⁵⁰ Legevakta bruker 1,5 stilling for å sikre at avlønningen skal bli riktig. Enhetsleder opplyser at det likevel er mange feil, og anslår at Legevakta i tillegg taper om lag 650 000 hvert år på utfordringene med fakturering.

I mars 2023 ble det satt i gang en pilotering av nytt faktureringssystem i Helseplattformen. Vi får opplyst at utfordringene ikke er løst. Vi får også opplyst at Legevakta nå er i prosess med å få fastlegene til å selv ta ansvar for å sende inn oppgjør fra legevakta, slik de egentlig skal, men ikke har gjort siden legevakta tok i bruk Helseplattformen. Slik systemet fungerer nå, innebærer det også økt arbeidsbelastning for ledelsen ved legevakta som må kontrollere og kvittere på skjema for lønn til de 200 legene som jobber ved legevakta.

2.4 Konsekvenser for pasienter

Ombud for helse, omsorg og oppvekst i kommunen opplyser at de ikke har fått henvendelser eller hatt saker som direkte gjelder Helseplattformen eller HelsaMi. Ingen av informantene kjenner til at innføringen av Helseplattformen har ført til uforvarselige tjenester. Informantene ser noe ulikt på om innføringen har medført konsekvenser for pasientene. En ansatt uttaler for eksempel: "Jeg tror ikke det har gått ut over pasientene; de får samme stell, måltid, omsorg og aktiviteter som før."

Samtidig er det flere som peker på at med innføringen av Helseplattformen bruker de ansatte mer tid på dokumentasjon og journalføring. En enhetsleder på et helse- og velferdssenter presiserer at dermed blir det mindre tid til stell og pleie, en god samtale, å gi informasjon, dra på aktiviteter eller holde i hånda. Mindre tid fører også til mer uro og utagering og mer utrygghet, for eksempel hos demente. Det er også mindre tid til kontakt med pårørende. De var forberedt på at ting skulle ta lengre tid, men ikke at utfordringene skulle vedvare.

For hjemmetjenestene får vi også opplyst at oppdragene ute hos pasienter har blitt prioritert og gjennomført, samtidig som de ved flere tilfeller har opplevd at pasienter har falt ut av listene - og at dette har sammenheng med Helseplattformen. Dersom dette skjer, kan det ha skjedd at pasientene ikke har fått tjenester, men det blir som oftest fanget opp av ansatte eller at pasienten

⁴⁹ Trondheim kommunerevisjon, Rapport 10/2024-F Kvalitet i hjemmetjenesten.

⁵⁰ Se kapittel 4 for mer detaljer

selv eller pårørende tar kontakt fordi tjenester har uteblitt. Hjemmetjenesten har også opplevd at pasienter har blitt skrevet ut av sykehuset uten at de har fått beskjed om dette, og enkelte informanter mener dette har sammenheng med Helseplattformen. Enhetsleder på en hjemmetjeneste opplyser at de har forsøkt å løse situasjoner som har oppstått når Helseplattformen har vært nede; da har de gått tilbake til papirlister - og har primærkontakter som er godt kjent med pasientene. Flere informanter mener dette skjedde mest i starten, og at det er mindre av dette nå. Mens andre mener de opplever dette enda. Flere av våre informanter i hjemmetjenesten har erfart at gjøremål forsvinner fra gjøremålslisten.⁵¹ I slike tilfeller har pasienter ikke mottatt den hjelpen de skal ha, hvis noen ikke med en gang oppdager at gjøremålet mangler.

På helsestasjonene måtte de i starten ta ned antall konsultasjoner per dag og kom på etterskudd. Avdelingsleder tror nok at de jobbet tregere i et halvt års tid. Videre var det eksempler på noen nyfødte som ikke ble fanget opp fra sykehuset, og at det dermed var noen barn som ikke fikk oppfølging med en gang. Men de på sykehuset sa til alle at de måtte ta kontakt med helsestasjonen om de ikke ble kontaktet, og de har fått kontakt med alle. Helsestasjonene skal være på første hjemmebesøk tre dager etter hjemkomst, og konsekvensen var at noen fikk for sent besøk.

Konsekvenser ifølge fastlegene

I spørreundersøkelsen til fastlegene stilte vi flere spørsmål om de har erfart at innføringen av Helseplattformen har hatt negative konsekvenser for deres pasienter. 52 prosent av fastlegene som svarte på undersøkelsen oppgir at de har brukt Helseplattformen. Av disse er det 76 prosent som oppgir at de har brukt Helseplattformen på legevakt og/eller fastlegekontor, og 17 prosent på helsehus, helse- og velferdssenter, sykehjem eller omsorgsboliger. Vi stilte spørsmål om erfaringer både fra kommunen og St. Olavs hospital HF om bruk av systemet, slik at mange av svarene omhandler erfaringer med St. Olavs hospital.

Nesten alle fastlegene som har svart på spørreundersøkelsen, oppgir at innføringen av Helseplattformen har ført til negative konsekvenser for deres pasienter.

Tabell 2 under viser at 9 prosent svarer at dette gjaldt i starten, men ikke nå lengre. 87 prosent oppgir at innføringen av Helseplattformen fortsatt har negative konsekvenser for pasientene i dag. 4 prosent vet ikke.

Tabell 2 Andel fastleger som oppgir at innføringen av Helseplattformen har ført til negative konsekvenser for deres pasienter. N=127

	Prosent
Nei	0
Ja, i starten, men ikke nå lengre	9
Ja, og det har fortsatt negative konsekvenser for pasientene i dag	87
Vet ikke	4
Totalt	100

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

⁵¹ En av de ansatte forklarer at på enheten har de opplevd at alle ansatte kan fjerne gjøremål, og at istedenfor å hake av at gjøremålet er utført, har det hendt at ansatte sletter gjøremålet. I slike tilfeller er man avhengig av at noen oppdager at gjøremålet har forsvunnet. De som skriver listene må da skrive inn oppdraget på nytt.

Vi ba fastlegene utdype hvilke konsekvenser innføringen av Helseplattformen har hatt for deres pasienter. Vi har analysert og kategorisert svarene i tabellen under.

Tabell 3 Analyse av fastlegenes svar på åpne spørsmål som omhandler konsekvenser for pasienter.⁵²

	Antall fastleger som sier dette
Dødsfall	2
Prognosetap og andre alvorlige følger	15
Pasient som har opplevd konsekvenser pga Helseplattformen har hatt kreft eller annen alvorlig sykdom	22
Redusert pasientsikkerhet eller farlige situasjoner for pasientene	8
Pasienter utrygge, usikre, fortvilede eller irriterte	19
Feil behandling	5
Vansker med oppfølging	10
Feil eller rot i utskrevne resepter eller legemiddelliste	41
Utfordringer med HelsaMi	7
Rot med innkallinger fra sykehuset	44
Pasienter har ikke fått avtalte timer på sykehuset	13
Flere henvisninger henvises tilbake til fastlege og avvises	5
Forsinket utredning, kontroller og behandling og økt ventetid	69

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

22 av fastlegene som har gitt utdypet svar, opplyser at de har hatt pasienter som har hatt kreft eller annen alvorlig sykdom som har opplevd konsekvenser pga Helseplattformen. 15 fastleger utdyper at på grunn av Helseplattformen har deres pasienter fått prognosetap eller andre alvorlige følger. For eksempel skriver en fastlege:

“Jeg kunne skrevet en bok om alt Helseplattformen ødelegger. Den påvirker hverdagen så ille, at det får holde å skrive at den har ødelagt og ødelegger fortsatt for MENGDEN av pasienter i min praksis. Helt hårreisende!!! Prognosetap og alvorlige feil med medisinlister er bare noe av problemet.”

To av fastlegene svarer at innføringen av Helseplattformen har medført dødsfall. Den ene fastlegen gir ikke utfyllende opplysninger.⁵³ Den andre fastlegen opplyser at vedkommende har meldt en sak til Statsforvalteren etter at pasienten som ikke ble innkalt før etter lengre tid etter at det var funnet kreft, døde. Ifølge fastlegen lukket statsforvalteren saken. Fastlegen uttaler videre:

“Jeg mener Helseplattformen er en skandale, og det har medført mye uheld og et svært antall "Close calls" der potensielt svært alvorlige hendelser kunne inntruffet, men de har blitt forhindret av pasienter som maser, fastleger som følger opp og helt sikkert tiltak gjort på enkeltpersonsnivå ved St. Olav.”⁵⁴

Ifølge ti av fastlegene har Helseplattformen ført til at deres eller helsevesenets oppfølging av pasientene har blitt vanskeligere eller dårligere. Fem fastleger utdyper at pasienter har fått

⁵² Revisjonens egne kategoriseringer av åpne spørsmål i spørreundersøkelsen til fastlegene.

⁵³ Siden undersøkelsen er anonym, har vi ikke mulighet til å følge opp dette. Vi kan ikke utelukke at begge fastlegene sikter til samme sak.

⁵⁴ Revisjonen har rettet opp skrivefeil og skrevet ut forkortelser, men ellers direkte sitat.

feilbehandling på grunn av innføringen av systemet. To andre fastleger påpeker at Helseplattformen har ført til økt risiko for feilbehandling. Her er noen eksempler:

“Helseplattformen er den største årsaken til forverring av helsetjenesten i Trondheim.”

“Som lege blir du mentalt utslitt av å bruke HP. Tar fokus bort fra pasientbehandling fordi så mye energi må brukes på systemet. Det går ut over pasientsikkerheten. “

44 av fastlegene som har gitt utdypende kommentarer peker på at det er rot med timer og innkallinger fra St. Olavs hospital. Pasienter har ikke fått beskjed om timer, eller de forsvinner fra venteliste (innkallingsliste). Det er også enkelte tilfeller med flere innkallinger om akkurat det samme.⁵⁵ I mange tilfeller har dette ført til at pasientene ikke har fått timen eller kontrollen sin på sykehuset, og fastlegen (eller pasienten) må purre på dette. 13 fastleger oppgir at pasientene ikke har fått timen eller kontrollen sin. Dette inkluderer også pasienter med alvorlige sykdommer, slik som en fastlege sier:

“Manglende innkalling, faller ut av lister, etc, inkludert kreftpasienter!”

69 fastleger mener innføringen av Helseplattformen har ført til forsinket utredning, behandling eller kontroll. 18 av disse legene oppgir at dette også gjelder for pasienter med kreft eller annen alvorlig sykdom. Her er noen eksempler:

“Forsinket kreftdiagnostikk hos ung pasient.”

“Forsinket diagnostikk, økt usikkerhet om de får hjelp eller ikke, inntrykk av at det ikke lenger er oversikt over ventetid på sykehuset, kontakten med sykehuset synes tilfeldig. Noen får hjelp raskt, kreftmistanke venter unødvendig lenge.”

“Flere pasienter med sannsynlig prognosetap, feks unødvendig sen kreftdiagnose og oppstart behandling.”

“Lang ventetid på kreftkontroll med konsekvens.”

“Det er markert lengre ventetid på første time etter henvisning, og ikke minst MASSIVT økt ventetid på kontrolltimer. Spesielt innen gynekologi og nevrologi har det blitt kritisk lang ventetid for kontroller. Pasienter vet de skal på kontroll etter 6 mnd, men kommer til meg etter 7-8 og lurer på når de skal få time. (...) Røntgen er åpenbart overbelastet. Tid til undersøkelse og svartid har økt massivt.”

Noen fastleger påpeker at forsinket utredning, prøvesvar eller bildediagnostikk har ført til for sen behandling av pasienter. Andre sier at det er lange ventelister på grunn av dårligere kapasitet på sykehuset. En fastlege mener forsinkelse i utredning og diagnostisering av alvorlig sykdom er på grunn av svikt i systemet med meldingsutveksling.

⁵⁵ 45 av fastlegene trekker frem at det er rot med timer og innkallinger fra St. Olavs hospital. Av disse opplyser 12 leger at pasienter forsvinner fra venteliste eller innkallingsliste, mens 26 av legene sier at pasienter ikke har blitt innkalt eller fått beskjed om timer.

Ingen av fastlegene opplever at pasientsikkerheten har blitt bedre etter innføringen av Helseplattformen. 83 prosent er helt uenig i at pasientsikkerheten har blitt bedre, mens 13 prosent er ganske uenig.

Tabell 4 Andel fastleger som oppgir hvor enige eller uenige de er om pasientsikkerheten har blitt bedre etter innføringen av Helseplattformen, med utgangspunkt i egne erfaringer som fastlege de siste to månedene⁵⁶

	Helt enig	Ganske enig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt	N
Jeg opplever at pasientsikkerheten har blitt bedre etter innføringen av Helseplattformen	0	0	13	83	5	100	127

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Åtte av de 127 fastlegene som svarte på undersøkelsen utdyper i de åpne spørsmålene at pasientsikkerheten er redusert, eller at det oppstår farlige situasjoner for pasientene på grunn av Helseplattformen. En fastlege som har jobbet med utvikling av Helseplattformen, mener at dette "er et livsfarlig system med tanke på pasientsikkerhet". Andre påpeker at det er stor fare for feilbehandling og feilmedisinering på grunn av rot i legemiddellister og resepter. En annen uttaler dette:

Det har satt oss mange år tilbake i trygghet for hver enkelt pasient og for hvert helsepersonell - som må leve daglig med de store usikkerhetene systemet gir.

Ifølge 19 av de 127 fastlegene som svarte på undersøkelsen har innføringen av Helseplattformen gjort pasienter mer utrygge, usikre, fortvilete eller irriterte.

2.5 Konsekvenser for de ansatte

En medarbeiderundersøkelse sammenlignet situasjonen i 2021 før innføringen av Helseplattformen med situasjonen i 2023,⁵⁷ ett år etter innføringen. Spørsmålene i 2021 tok utgangspunkt i de journalsystemene som ble brukt den gang. Generelt viser svarene etter innføringen av Helseplattformen svakere resultater enn svarene fra 2021.

Undersøkelsen viser at ansatte generelt sett opplevde de tidligere journalsystemene som mer brukervennlige enn Helseplattformen. Dette gjelder alle spørsmål, blant annet om effektiv dokumentering, oversikt over helseopplysninger og trygghet i dokumentasjonsarbeid. I tillegg har det også vært en nedgang i opplevelsen av at systemet gir støtte til ansatte, både med tanke på støtte til å ta riktige beslutninger og støtte til at antallet uønskede hendelser og avvik blir redusert. De fleste informantene sier at overgangen til nytt journalsystem har vært krevende, slitsom, frustrerende og stressende i starten, men at det har gått seg til og fungerer bedre nå. Samtidig er det flere som også opplever frustrasjon når systemet ikke fungerer som det skal, for eksempel at

⁵⁶ De siste to månedene vil her si i februar-mars 2024, siden undersøkelsen ble gjennomført i april 2024.

⁵⁷ Undersøkelsen ble gjennomført i juni-september 2023.

systemet “henger” eller “spinner”. Ved sykehjemmene er det ansatte som føler på dårlig samvittighet over at de ikke rekker å gjøre det de ønsker for pasientene.⁵⁸

Undersøkelsen ble lagt fram for formannskapet i februar 2023. Her uttaler kommunedirektøren at utfordringene Helseplattformen har hatt i oppstartsfasen, har gjort det første året mer krevende enn forutsatt for Trondheim kommune. Mange opplever Helseplattformen som kompleks, og føler seg usikre når de bruker systemet. E-meldingsfunksjonaliteten og legemiddelsamstemming blir trukket fram som krevende. Når det gjelder e-meldingsfunksjonaliteten har flere feil medført en viss utrygghet blant ansatte. Legemiddelsamstemming er et krevende område med nye og kompliserte arbeidsprosesser som krever grundig opplæring. I henhold til saksfremlegget var det først da St. Olav tok i bruk Helseplattformen at det ble synlig hvor viktig det er at alle parter kjenner og bruker arbeidsflytene riktig. Kommunedirektøren opplyste at kommunen har kommet videre i opplæring og endringsarbeid etter at medarbeiderundersøkelsen ble gjennomført. Flere tjenesteområder hadde gitt tilbakemelding på at arbeidsprosesser nå ga gevinst i hverdagen, de bruker mindre tid på å etterspørre informasjon, journalen er oppdatert og informasjonen er tilgjengelig. Samtidig legger kommunedirektøren til at det imidlertid er et stykke igjen før alle har samme opplevelse. Kommunedirektøren opplyste videre at det var satt i gang tiltak og at de planlegger nye tiltak for å bedre blant annet brukervennlighet, samhandling og styringsinformasjon. Funnene i undersøkelsen viste at det gjenstår arbeid for å nå gevinstmålene. Selv om kommunedirektøren forventet at det ville ta tid, så erkjennes det samtidig at det har vært flere utfordringer enn forutsatt.

Flere av lederne vi har snakket med peker på at det er forskjeller blant de ansatte i hvordan de forholder seg til Helseplattformen. Ved en enhet opplever en avdelingsleder at det er noen som er veldig langt framme og bruker alle funksjonaliteter og synes Helseplattformen er veldig effektivt og bra. Så er det andre som synes det er vanskelig og ikke har tatt i bruk særlig mye av systemet, de bruker gjerne bare journalnotat. Avdelingslederen mener at dette ikke er greit, og at noe av dette skyldes dårlig opplæring. Det igjen tar ikke bort ansvaret vi har for at vi skulle ha fulgt opp med egne tiltak for å sikre en enhetlig måte å gjøre ting på.

Noen peker på at det kan være en tendens til at de som er i siste fase av arbeidslivet synes at det er krevende og sette seg inn i et nytt journalsystem. En av informantene synes Helseplattformen er komplisert, føler seg ikke trygg og ser seg om etter ny jobb. Det har blitt for mye IT, og for lite pasienter.

Noen av enhetslederne vi har snakket med opplyser at de kunne ønske at kommuneledelsen var mer støttende underveis, mens andre er mer fornøyd. Ifølge en av enhetslederne er det kjent at det er flere ledere som har takket nei til å stille opp i media for å omtale utfordringer med Helseplattformen fordi de fryktet represalier. Vedkommende sier videre at ansatte og ledere opplever at de ikke kan snakke fritt om opplevelser med Helseplattformen og at det mangler en reell mulighet og takhøyde for å si hva man tenker. Enhetslederen legger videre til at det hadde vært ønsket med mer støtte fra ledelsen:

“Jeg kunne ønsket meg mer støtte fra kommuneledelsen underveis, og dette har vi tatt opp i møte med dem. Vi som er ledere i enhetene skal motivere de ansatte, men det er vanskelig

⁵⁸En av delprosjektlederne opplyser at dette har vært en kjent tilbakemelding fra ansatte i tidligere brukerundersøkelser, og kan henge sammen med andre forhold enn Helseplattformen.

når det tar så lang tid å få systemet bra. Det hadde vært fint om vår leder, kommunalsjefen, eller helse- og velferdsdirektøren hadde sagt at det ikke ble slik det var tenkt, men at de skal gjøre det de kan for å få forbedret ting. Da hadde man nok fått mer støtte fra ansattgruppa også. Vi enhetsledere føler at vi får falske forhåpninger.”

2.6 Revisjonens vurderinger

Undersøkelsen viser at informantene er fornøyd med at Helseplattformen har blitt et felles journalsystem med deling av informasjon i sanntid mellom kommunale enheter og St. Olavs hospital. Informanter fra både helse- og velferdssentrene og hjemmetjenesten synes det hever kvaliteten på tjenestene at de kan følge med på hva som skjer med en pasient som er inneliggende på sykehuset. Dette gir de ansatte mulighet til å forberede seg bedre når pasienten blir skrevet ut og skal motta kommunale tjenester. Det trekkes også fram som positivt at det er mulig å dele bilder med andre aktører i Helseplattformen.

Særlig ansatte i hjemmetjenesten erfarer at den håndholdte enheten (Rover) er praktisk og nyttig når de skal utføre sine gjøremål, dele ut medisin og dokumentere oppdragene. Det har vært noen tekniske utfordringer med Roveren, blant annet utfordringer med nettilgang. Noe av dette er løst, men det er fremdeles noen som oppgir at de har utfordringer med oppkoblingen. På helse- og velferdssentrene ser det ut til at Rover blir brukt i mindre grad blant annet fordi de ansatte mener det er tidkrevende og fordi det ikke er mulig å skrive i pasientplanen. Revisjonen mener kommunen bør avklare nærmere hvordan Roveren skal brukes på helse- og velferdssentrene.

Undersøkelsen viser også at informantene jevnt over mener at Helseplattformen nå fungerer greit som journalsystem. Samtidig viser den at det har vært og fremdeles er en del utfordringer med systemet. Ansatte opplever at de må registrere den samme informasjonen flere steder. Mange som bruker Helseplattformen mener at systemet er lite intuitivt, stort, komplekst og at det er mange museklikk før man kommer fram til det man skal se eller dokumentere. Det er tidkrevende å bruke systemet og de ansatte bruker tid på lete etter informasjon som er lagret i systemet. Revisjonen mener samlet sett at dette ikke er i tråd med krav i pasientjournalloven om at informasjonen skal være lett å bruke og finne frem i.

Innføringen av Helseplattformen har ført til at det nå brukes flere ressurser til legemiddelhåndtering og planlegging av arbeidslister i hjemmetjenesten. Mange av våre informanter mener de bruker mer tid på rapportere i Helseplattformen sammenlignet med tidligere. Revisjonen mener det er uheldig at disse forholdene i innføringen av Helseplattformen har ført til økt bemanning og ressursbruk i hjemmetjenesten.

Kort tid etter oppstart opplevde kommunen utfordringer med e-meldinger i Helseplattformen, og meldte inn dette som feil. Det var imidlertid først etter at St. Olavs hospital HF tok i bruk systemet at Helseplattformen AS tok tak i problemet. Utfordringene med e-meldinger er også meldt som mulig alvorlige konsekvenser for pasienter til Statsforvalteren. Kommunen har undersøkt disse sakene og konkludert med at dette ikke har ført til alvorlig pasientskade, men at noen pasienter har fått forsinket oppstart av tjenester og helsehjelp. Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS mener at utfordringene med meldingssystemet ikke ble formidlet i styringslinja fra administrasjonen til styret i selskapet, slik at styret i Helseplattformen AS ikke fikk kunnskap om dette før St. Olavs hospital HF tok i bruk

Helseplattformen. Han mener at dette skulle vært løst før St. Olavs hospital HF tok i bruk systemet. Revisjonen mener det er svært uheldig at det har vært omfattende utfordringer knyttet til e-meldinger.

God pasientsikkerhet krever at opplysningene i journalsystemet er korrekte og oppdaterte og at helsepersonell har tillit til systemet. Undersøkelsen viser at flere av informantene ikke har tillit til opplysningene som står i Helseplattformen, og at det er krevende for ansatte i kommunen å samstemme legemiddellisten. Det har også vært en økning i antall legemiddelavvik etter innføring av Helseplattformen, noe som er bekymringsfullt. Revisjonen er kritisk til at man ikke har lykkes med å sikre at informasjonen som er i Helseplattformen om pasientenes legemidler er nøyaktig og oppdatert. Revisjonen mener at samlet sett kan dette føre til risiko for pasientsikkerheten. Vi mener kommunen burde ha satt i verk rutiner som sikrer at medisinlistene ble samstemte.

Undersøkelsen viser at innføringen av Helseplattformen har hatt konsekvenser for pasientene, noe revisjonen mener er alvorlig. Våre informanter peker på at det har hendt at gjøremål har forsvunnet fra arbeidslistene i hjemmetjenesten, og at pasienter har fått feil medisin fordi medisinlistene er lite oversiktlige eller ikke er oppdaterte. I fastlegeundersøkelsen ba vi legene ta utgangspunkt i sine egne erfaringer og ikke sine holdninger til Helseplattformen, og mange har erfart at innføringen av Helseplattformen har gått ut over deres pasienter.

Vår gjennomgang viser at innføringen av Helseplattformen har vært krevende for de ansatte, men at det har gått seg til og at det nå fungerer bedre. Undersøkelsen viser at de ansatte bruker mer tid på å journalføre enn tidligere, og at dette går ut over kontakten med pasientene. Ansatteundersøkelsen som kommunen gjennomførte sommeren 2023 viser at de ansatte mener at tidligere journalsystem har vært mer brukervennlige enn Helseplattformen. Den viste en nedgang i opplevelsen av at systemet gir støtte til de ansatte, både når det gjelder å ta riktige beslutninger og støtte til at antall uønskede hendelser og avvik blir redusert. Revisjonen mener dette ikke er i samsvar med målene med innføring av Helseplattformen.

3 Samhandling

I dette kapittelet undersøker vi i hvilken grad Helseplattformen bidrar til bedre samhandling internt i kommunen, med fastleger og med St. Olavs hospital.

3.1 Revisjonskriterier⁵⁹

- Kommunene skal gi den enkelte pasient eller bruker et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.⁶⁰
- De kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.⁶¹
- Et helhetlig helsetilbud forutsetter god samhandling mellom de ulike tjenestene og nivåene.⁶²
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.⁶³
- Innbyggerne skal oppleve helse- og omsorgstjenestene som tilgjengelige og helhetlige.⁶⁴
- Innbyggerne skal få enklere tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp.⁶⁵
- Brukerens egne ressurser skal aktiveres gjennom innsyn, tilgang, samvalg og selvhjelps løsninger.⁶⁶

3.2 Fastlegeløsningen hadde ikke god nok kvalitet

Fastleger, private spesialister og private avtalefysioterapeuter⁶⁷ vurderer selv om de vil ta løsningen i bruk. Det er ikke avgjort hva det vil koste for disse gruppene å ta i bruk Helseplattformen.

Da kommunen tok i bruk Helseplattformen ble fastlegeløsningen kun tatt i bruk ved det kommunale legekantoret Øya legesenter.⁶⁸ Årsaken var betydelig misnøye med kvaliteten på løsningen sammenlignet med journalsystemene fastlegene bruker. Det ble arbeidet videre med løsningen, men i september 2022 ble det klart at legekantorene og legevakter i samarbeidskommuner ikke ville innføre Helseplattformen siden systemet ikke fungerte godt nok.⁶⁹

Næringsdrivende leger på legevakta uttalte i et brev til kommunen høsten 2022 at de opplevde systemet som meget komplisert, lite intuitivt og treget å jobbe med. Det var fortsatt mange

⁵⁹ For utdypende beskrivelser av revisjonskriteriene, se vedlegg.

⁶⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 4-1.

⁶¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e.

⁶² Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, Ot.prp. nr. 51 (2008–2009) Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven.

⁶³ Meld. St. 9 (2012–2013) – Én innbygger – én journal

⁶⁴ Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019, jf. Innst. 206 S (2015-2016).

⁶⁵ Effektmål for Helseplattformen, omtalt i programdirektiv, versjon 2.0 2016

⁶⁶ Bystyresak 103/19 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, behandlet 29.8.19

⁶⁷ Kommunen har driftsavtale med en rekke fysioterapeuter. Avtalefysioterapeutene ønsker å bygge sin arbeidsflate i Helseplattformen ut fra løsningen for fastlegene, men dette arbeidet er ikke ferdig.

⁶⁸ Fastlegeløsningen i Helseplattformen er per juni 2024 tatt i bruk ved de kommunale fastlegekantorene Øya legesenter i Trondheim og Vanylven legesenter på Sunnmøre.

⁶⁹ Kilder: Dokumenter fra interne styringsgruppemøter og bekymringsmelding fra næringsdrivende leger 12.9.22.

frustrerende feilmeldinger, og legene ble ofte «fastlåst». Det var heller ikke tilrettelagt for næringsdrift, slik at regningskort, fakturering, regnskap og oppgjør var mindre oversiktlig og mer tungvint enn andre journalsystemer fastlegene bruker.⁷⁰

Tillitsvalgt for Allmennlegeforeningen i Trondheim uttaler til revisjonen at løsningen er tilpasset sykehus og er for lite fleksibel med hensyn til endringer ut fra hvordan fastlegene jobber.

Revisjonen får opplyst at en utfordring var at de aldri fikk jobbet med helheten, kun med enkelte deler av løsningen. På grunn av dette ble fastlegene aldri trygge på om helheten ville fungere på et fastlegekontor. Fastlegene opplevde at Epic og Helseplattformen AS ikke var interessert i å sette seg inn i kompleksiteten i hvordan et fastlegekontor fungerte, for eksempel kompleksiteten med faktureringen. At dette gjøres riktig har direkte konsekvenser for lønnen til fastlegene. Konsekvensene for fastlegene er derfor at denne delen må fungere hvis de skal kunne ta i bruk løsningen.

Den tillitsvalgte opplyser at fastlegene ønsket å gjennomføre en test/”skarp pilotering” av systemet, samtidig som fastlegekontorene kjørte med de gamle systemene. Dette viste seg imidlertid å være vanskelig å få til. Helseplattformen AS sa nei til dette, og begrunnet det blant annet med økonomiske ekstrakostnader. Fastlegene fikk derfor aldri testet systemet.

I november 2021 utarbeidet fastlegene en risiko- og sårbarhetsanalyse. Hovedkonklusjonen var at fastlegegruppen vurderte Helseplattformens fastlegeløsning som meget uferdig. Deler av løsningen hadde ifølge vurderingen god funksjonalitet, men de delene av journalsystemet som gjør at et fastlegekontor/gruppepraksis fungerer var ikke arbeidet med, testet eller utprøvd.

Risikovurderingen pekte på 19 elementer som var kritisk viktige og som måtte fungere for at de skulle ta i bruk løsningen. Hvis disse ikke fungerte ville det ikke være forsvarlig å ta i bruk Helseplattformen. Den tillitsvalgte opplyser at Helseplattformen AS tok risikovurderingen til etterretning, men mente at det ble for komplekst å skulle gjøre noe med. De hadde heller ikke ressurser til å følge dette opp. Den tillitsvalgte uttaler at fastlegene må være sikre på at løsningen fungerer før de tar den i bruk, og de måtte derfor si nei til å ta i bruk systemet.

Ingen av fastlegene ønsker å ta i bruk Helseplattformen slik systemet er nå

Spørreundersøkelsen revisjonen har gjennomført overfor fastlegene i Trondheim viser at ingen av fastlegene er positive til å ta i bruk Helseplattformen som journalsystem i sin fastlegepraksis slik systemet er nå (se tabell V11 i vedlegg).⁷¹ 62 prosent av fastlegene er heller ikke positive til å ta i bruk systemet i fremtiden selv om det blir forbedret og konkurransedyktig med journalsystemet de har i dag.⁷²

42 prosent av fastlegene er positive til at det gjøres et arbeid med å utvikle et felles journalsystem for fastleger, sykehus og kommunehelsetjenesten. Under halvparten av fastlegene, 45 prosent, er positive til å dele journalopplysninger med helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten (se tabell V11 i vedlegg).

⁷⁰ Brev med bekymringsmelding fra næringsdrivende leger til kommunen 12.9.22.

⁷¹ 2 prosent er ganske uenig og 97 prosent er helt uenige i påstanden om at de er positive til å ta i bruk Helseplattformen som journalsystem i sin fastlegepraksis slik systemet er nå.

⁷² 7 prosent er helt positive og 21 prosent er ganske positive til å ta i bruk systemet i fremtiden hvis det blir forbedret og konkurransedyktig med dagens journalsystem. Halvparten av fastlegene som har svart på undersøkelsen, bruker Helseplattformen selv, i vakter på St. Olavs hospital HF eller på kommunale enheter. Det er nesten ingen forskjeller mellom disse fastlegene og de fastlegene som ikke bruker Helseplattformen.

Arbeidet med fastlegeløsningen fortsetter

En representant for Helseplattformen AS⁷³ uttaler at det jobbes kontinuerlig med optimalisering av fastlegeløsningen. Dagens fastlegeløsning vurderes som bedre enn den var da den ble tatt i bruk ved Øya legesenter i Trondheim og Vanylven legesenter. Det er laget en plan for videreutvikling av løsningen sammen med leverandøren. Helseplattformen AS ønsker å gjennomføre en ny pilot høsten 2024, en småskala innføring våren 2025 og storskala innføring høsten 2025.

Løsningen for avtalespesialister og avtalefysioterapeuter er satt på pause til fastlegeløsningen er bredt innført, da disse løsningene vil basere seg på fastlegeløsningen.

Finansiering av fastlegers inntreden i Helseplattformen har også blitt behandlet av bystyret.⁷⁴ Bystyret vedtok at kommunen skulle stimulere fastleger til å ta i bruk Helseplattformen. Kommunedirektøren legger til grunn at staten ivaretar sitt finansieringsansvar overfor fastlegene.

Fastlegene mener kostnadene ved å ta i bruk Helseplattformen er høye. Tidligere helse- og velferdsdirektør mener de må se på kostnadsmodellen. Finansieringsløsningen som er valgt ligger imidlertid til grunn for statsfinansieringen, og kan ikke endres uten videre. Det kan være aktuelt å vurdere en form for lisens el.l. Hun opplyser at det for tiden arbeides med dette i forbindelse med kommunens handlings- og økonomiplan.

Tidligere helse- og velferdsdirektør håper fastlegene vil se at felles journal vil gi en merverdi. Hun uttaler at Trondheim kommune kommer til å jobbe mye for å få med fastlegene i Helseplattformen.

3.3 Den interne samhandlingen fungerer bedre

Mange av informantene mener at den interne samhandlingen i kommunen fungerer bra og har blitt bedre etter innføringen av Helseplattformen. For fysioterapitjenesten har samhandlingen med både hjemmetjenesten og helsestasjonene blitt mye bedre. Det blir også trukket fram som et stort fremskritt å kunne dokumentere på samme plattform som enheter man samarbeider med.

De aller fleste trekker fram at chatfunksjonen fungerer bra, og de sender flere meldinger enn før for å gi hverandre informasjon og stille spørsmål. Det oppfattes som lett å finne fram til riktig fagperson når man skal ta kontakt. Det er praktisk for samarbeidspartnere at de ser hvilken primærkontakt en pasient har i hjemmetjenesten eller på helse- og velferdssenteret, for da kan man sende direkte chat til vedkommende.

Som nevnt over så vi at det forekommer at informasjon mellom enhetene i kommunen ikke har kommet fram, blant annet på grunn av utfordringene med e-meldinger. Dette fører til at de ansatte må sende melding til samarbeidspartner for å være sikker på at informasjonen kommer frem.

Hos Enhet for fysioterapitjenester får vi opplyst at deres faglige vurderinger av en pasient ikke er lett å finne for samarbeidspartnerne. Flytskjema og pasientplan gir en god oversikt for fysioterapeuten, men ikke for andre enheter, noe som er motsatt av det som var hensikten med Helseplattformen. Det krever mye kompetanse om Helseplattformen for å finne informasjonen, og man kan ikke forvente at samarbeidspartnerne bruker tid på dette. Det burde vært en tverrfaglig plan som flere tjenester kunne samarbeidet om. Nå er det slik at dersom en hjemmeboende pasient er på rullerende avlastning, kan han ha en pasientplan hos fysioterapeuten, en hos

⁷³ Kilde: [Innlegg på Plattformdagene 4.6.24](#)

⁷⁴ Bystyret, sak 213/22, 17.11.22

hjemmetjenesten og en hos helse- og velferdssenteret. Helse- og velferdssenteret må skrive ny pasientplan hver gang pasienten er på avlastning.

Dialog og samhandling med sykehjemslegene

Det ser ut til å variere om sykehjemslegene har satt seg inn i Helseplattformen. Noen enheter har sykehjemslege som er til stede på enheten flere dager i uka. Informantene i disse enhetene opplever at sykehjemslegen har satt seg godt inn i Helseplattformen som system og har god oversikt over pasientene. I disse tilfellene fungerer samhandlingen godt. Ved andre enheter hvor sykehjemslegen ikke er så hyppig til stede, er det enkelte informanter som uttaler at legen ikke kjenner så godt til hvordan Helseplattformen fungerer, noe som skaper visse utfordringer i samhandlingen.

I september 2022 ble det meldt et avvik fra et helse- og velferdssenter om at det var lite dokumentasjon fra legevisitt, at legen var motvillig til å forholde seg til nye rutiner og ikke fulgte opp maler for hvordan det skal gjøres knyttet til Helseplattformen. Det ble gitt veiledning til legen og avviket ble fulgt opp ved at kommuneoverlegen ble informert om utfordringen.

3.4 Samhandlingen med St. Olavs hospital HF oppleves som utfordrende på noen områder

Fordeler med et felles journalsystem

Som nevnt i kapittel 2 mener alle informantene i kommunen at det er en klar fordel at de har felles journalsystem med sykehuset og at informasjonen deles i sanntid. Felles journalsystem gjør at de kan se notater som leger og sykepleiere skriver, alle undersøkelser som er gjort, alle prøver som er tatt og kommende timer på sykehuset. De ansatte opplever at dette gjør at de kan forberede seg bedre til pasienten kommer hjem. Dette gjelder både hjemmetjenesten, helse- og velferdssentrene og helsehus. Flere trekker også frem at direktemeldinger/chat er nyttige og fungerer bra.⁷⁵ De ansatte i kommunen kan da for eksempel få faglige råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten om helsetjenestene som skal gis i kommunen.

Det oppleves også som nyttig at det er mulig å dele bilder av sår i det felles journalsystemet og at det er mulig å drøfte behandling med sykehuset. En informant fra helsestasjonstjenesten peker på at det er en fordel at de får beskjed umiddelbart når en kvinne har født et barn, og samme dag som de reiser hjem fra sykehuset.

Noen informanter opplyser at de har mindre telefonkontakt enn før på grunn av disse mulighetene i systemet. Hovedinntrykket er imidlertid at det fortsatt er behov for en god del telefonkontakt med St. Olavs hospital.

Utfordringer i systemet får følger for samhandlingen

Som vi har sett i kapittel 2 har det vært utfordringer knyttet til at e-meldinger ikke kommer fram eller blir sendt feil. Informantene peker også på at de ikke får svar på e-meldinger, og derfor ikke vet om informasjonen er mottatt eller mottatt av rett person. Informasjon fra intervjuer tyder på at

⁷⁵ Dette fremgår også av Rapport 10/2024-F Kvalitet i hjemmetjenesten fra Trondheim kommunerevisjon.

enhetene som mottar meldinger som er feilsendt, både mellom kommunale enheter og sykehuset, ikke alltid følger opp dette.⁷⁶

Flere ansatte uttaler at de har opplevd at henvisninger, meldinger og rapporter fra sykehuset kan havne på ulike steder i Helseplattformen. De ansatte opplever at de må lete etter informasjonen, som kan ligge både i meldinger, e-meldinger, notater, epikriser, henvisninger og så videre. En utfordring er at enhetene får inn e-meldinger som gjelder hele enheten. Meldingene ligger samlet, og det blir lange lister med meldinger om mange pasienter. Vi får opplyst at de ansatte må lete seg gjennom listene og se om det ligger meldinger som gjelder en pasient en selv har ansvaret for.

I starten var det en del tekniske utfordringer som har påvirket samhandlingen. Da systemet ble tatt i bruk i kommunen, inntraff det for eksempel en akutsituasjon der e-meldingssystemet ikke fungerte i kontakt med sykehuset. Det var ikke mulig å sende informasjon om pasienten til sykehuset fordi akuttenheten ikke var lagt inn i Helseplattformen. Sykehjemmet som opplevde dette måtte da ta kontakt med sykehuset på telefon for å gi informasjon om pasienten. Akuttenheten ble da lagt inn i systemet.

Intervjuene viser at det har hendt at pasienter har gått glipp av timer på sykehuset på grunn av at det ikke har gått tydelig nok fram av systemet at de hadde fått time på sykehuset. Vi får opplyst at dette har blitt bedre nå.

Det hender at hjemmetjenesten ikke får melding om at en pasient er innlagt ved St. Olavs hospital, og at sykehuset ikke alltid følger rutinene ved utskrivning av pasienter. Som nevnt i kapittel 2 opplever ansatte i hjemmetjenesten at pasienter blir skrevet ut uten at hjemmetjenesten har fått beskjed om å være til stede ved hjemkomst. En ansatt i en av hjemmetjenestene uttaler at de opplever dette omtrent en gang annenhver måned. Når hjemmetjenesten tar kontakt angående dette, sier sykehuset alltid at de har sendt melding.

Våre informanter uttaler at de i de fleste tilfellene kjenner pasientene godt, og når det er noe de tror ikke stemmer, tar de kontakt med sykehuset.

Samhandlingen om legemiddellistene oppleves som krevende

Som nevnt i kapittel 2 har det vært utfordringer med å samstemme legemiddellisten i Helseplattformen. Det har krevd betydelige ressurser å kvalitetssikre og samordne legemiddelhåndteringen mellom fastleger, sykehus og andre enheter. Dette fører til at de ansatte ofte må ta kontakt med fastleger og sykehuset på telefon. De fleste informantene uttaler at det er behov for å ta like mange eller flere telefoner enn før, for de er usikre på om doseringer av legemidler er korrekt, at informasjonen er mottatt av sykehuset og så videre. Noen ganger har de opplevd feil i systemet, men noen ganger er det ansatte i kommunen som ønsker å dobbeltsjekke for å være helt sikker på at informasjonen har kommet frem.

En fagekspert opplyser at St. Olavs hospital HF ofte tar kontakt på telefon når de har en pasient innlagt som har hjemmetjenester. Sykehuset trenger hjelp til å forstå legemiddelinformasjonen. Det er utfordrende for sluttbrukere ved sykehuset å finne og tolke legemidler som er journalført via arbeidsflyten for hjemmebaserte tjenester. Tanken var at alt skulle ligge i Helseplattformen slik at man skal forholde seg til det som ligger der, og ha mindre behov for telefonkontakt eller samhandling direkte i løsningen. Fageksperten opplyser at *“mye av kommunikasjonen og dialogen*

⁷⁶ En informant opplyser at de ikke alltid klarer å finne ut av hvor informasjonen skal sendes.

kommunen har med sykehuset har innebært opplæring og veiledning i løsningen for klinikere ved sykehuset.”

Hvis legen har gjort en endring, men ikke oppdatert resepten,⁷⁷ må de ansatte som arbeider på medisinerrommet i hjemmetjenesten oppdatere legemiddellisten og strukturere legemiddelet annerledes enn det som ligger inne i reseptformidleren. I slike tilfeller kan de ansatte på sykehuset bli frustrerte, da reseptinformasjon ikke samsvarer med hva som er strukturert av legemiddelinformasjon i løsningen. Muligheten til å seponere avsluttet behandling⁷⁸ var begrenset da kommunen tok i bruk løsningen. I januar 2023 fikk man større muligheter til å seponere og rydde opp i legemiddellisten.

Samhandlingsavvik på helse- og velferdsområdet

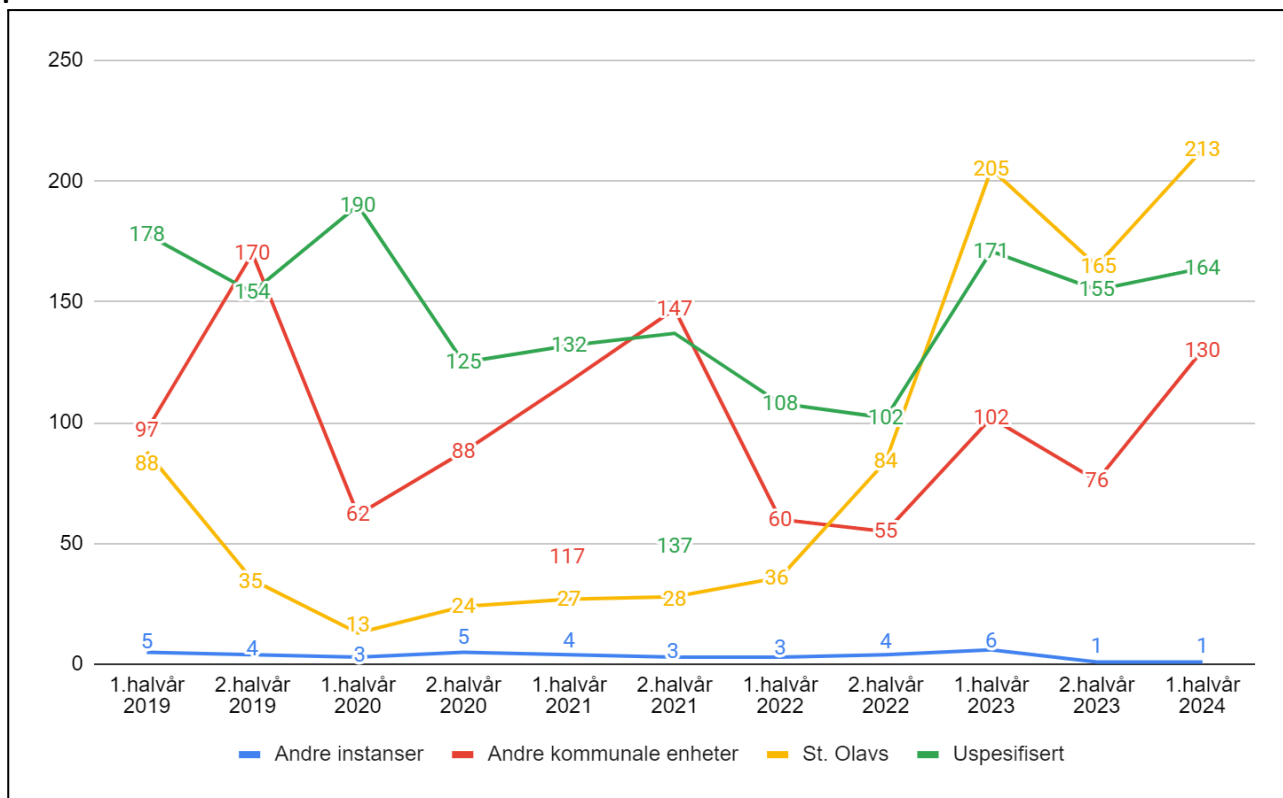
Enhet for service og internkontroll i Trondheim kommune opplyser at det er noen samhandlingsavvik mellom kommunen og St. Olavs hospital HF i 2023 som kan knyttes til innføring av Helseplattformen. Disse avvikene beskriver, ifølge enheten, utfordringer rundt samstemming av legemiddellister og forståelsen av hva en felles legemiddelliste mellom kommunen og sykehuset innebærer.

I figur 3 ser vi antall meldte avvik som gjelder samhandling i perioden 2019 til første halvår 2024. Vi ser at ansatte på helse- og velferdsområdet etter innføringen av Helseplattformen i mai 2022 har meldt dobbelt så mange samhandlingsavvik i TQM som før innføringen. Særlig har det vært en stor økning av avvik som gjelder samhandlingen med St. Olavs hospital HF (se figur V1 i vedlegg). Det har vært en mangedobling av meldte avvik som gjelder St. Olavs hospital HF fra 36 i første halvår 2022 til 213 avvik første halvår 2024. Nesten alle tjenesteområdene har hatt en økning i avvik som gjelder samhandlingen med St. Olavs hospital, men særlig hjemmetjenesten og helsehus.

⁷⁷ Vi får opplyst at det ofte forekommer at legene skriver ut nye resepter i stedet for å justere på resepter pasienten allerede har. Legemiddellisten vil da ikke bli korrekt.

⁷⁸ Å seponere vil si å ta bort et legemiddel som pasienten ikke lenger skal ta.

Figur 3 Antall meldte avvik som gjelder samhandling, per halvår etter samarbeidsinstanser i perioden 2019 - 1. halvår 2024



Kilde: Avvik hentet fra kommunens avvikssystem, bearbeidet av Trondheim kommunerevisjon

3.5 Samhandling med fastleger

Kommunens ansatte opplever at informasjonsdelingen med fastlegene fungerer omtrent som før Siden de aller fleste fastleger ikke har tatt i bruk Helseplattformen skjer informasjonsdelingen mellom kommunens ansatte og fastlegene gjennom meldinger, eller e-link som det også kalles.⁷⁹ Informantene i kommunen opplever at informasjonsdelingen med fastlegene i hovedsak fungerer som før.

Noen ansatte uttaler at det er tungvint og utfordrende at fastlegene ikke bruker Helseplattformen, blant annet med tanke på legemiddellistene og samhandling. En sykepleier i hjemmetjenesten uttaler at det hadde vært enklere om fastlegene hadde samme system som kommunen. Da ville fastlegene hatt tilgang til alle opplysninger de trenger, for eksempel blodtrykk- og blodsuktermålinger. De ansatte i kommunen bruker mye tid på å skrive ned og sende informasjon til fastlegene slik at informasjonen skal være leselig for dem. Hvis fastlegene hadde vært med på Helseplattformen hadde de selv kunne gått inn i journalen til pasienten og sett målingene selv.

⁷⁹ Fastlegene ved det kommunale legekantoret Øya legesenter er de eneste legene i Trondheim som bruker Helseplattformen i sin fastlegepraksis.

Fastlegene opplever at informasjonsdelingen er uendret eller har blitt dårligere

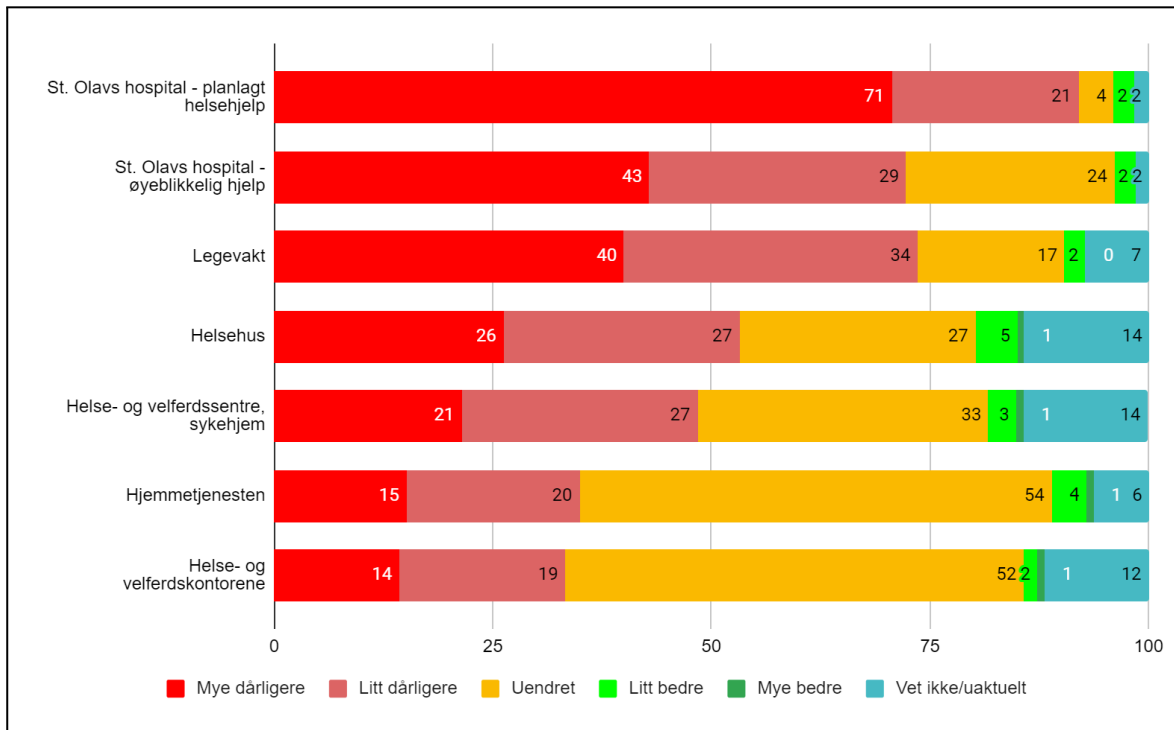
Spørreundersøkelsen vi gjennomførte til fastleger viser at de fleste fastlegene opplever at informasjonsdelingen med kommunen og St. Olavs hospital HF er uendret eller har blitt dårligere etter innføring av Helseplattformen (se figur 4 nedenfor).⁸⁰

Særlig opplever fastlegene informasjonsdelingen med St. Olavs hospital HF og legevakta som dårligere, og mange oppgir også at den har blitt *mye* dårligere. 92 prosent av fastlegene mener informasjonsdelingen for planlagt helsehjelp ved St. Olavs hospital HF har blitt dårligere etter innføringen av Helseplattformen. 72-74 prosent mener informasjonsdelingen med legevakta og øyeblikkelig helsehjelp ved St. Olavs hospital HF har blitt dårligere.

Omtrent halvparten av fastlegene mener informasjonsdelingen med helsehus og sykehjem har blitt dårligere etter innføringen av Helseplattformen. Omtrent en tredjedel opplever at informasjonsdelingen med hjemmetjenesten og helse- og velferdskontorene har blitt dårligere.

Svært få fastleger mener informasjonsdelingen med sykehuset og kommunale enheter har blitt bedre etter innføringen av Helseplattformen (2-6 prosent). En del fastleger opplever at informasjonsdelingen med ulike kommunale tjenesteområder er uendret etter innføringen. Dette gjelder særlig hjemmetjenesten (54 prosent), helse- og velferdskontorene (52 prosent) og helse- og velferdssentre (33 prosent) og helsehus (27 prosent).

Figur 4 Andel fastleger som har svart på spørsmålet: Ut fra dine erfaringer som fastlege, hvordan har informasjonsdelingen med følgende instanser blitt påvirket av innføringen av Helseplattformen?⁸¹



Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

⁸⁰ Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle fastlegene i Trondheim i april 2024. 127 av 200 fastleger svarte, noe som ga en svarrespons på 64 prosent. Se kapittel 1.5 og kapittel 13.3 i vedlegget for mer informasjon om undersøkelsen.

⁸¹ N=126, unntatt for legevakt hvor N=125.

Omtrent 62 prosent av fastlegene er ikke trygge på at de mottar all informasjon som blir sendt via Helseplattformen fra Trondheim kommune (se tabell V6 i vedlegg). 90 prosent av fastlegene er ikke trygge på at de mottar informasjon som blir sendt fra St. Olavs hospital HF (se tabell V7 i vedlegg).

Fastlegene opplever ekstraarbeid og økt tidsbruk

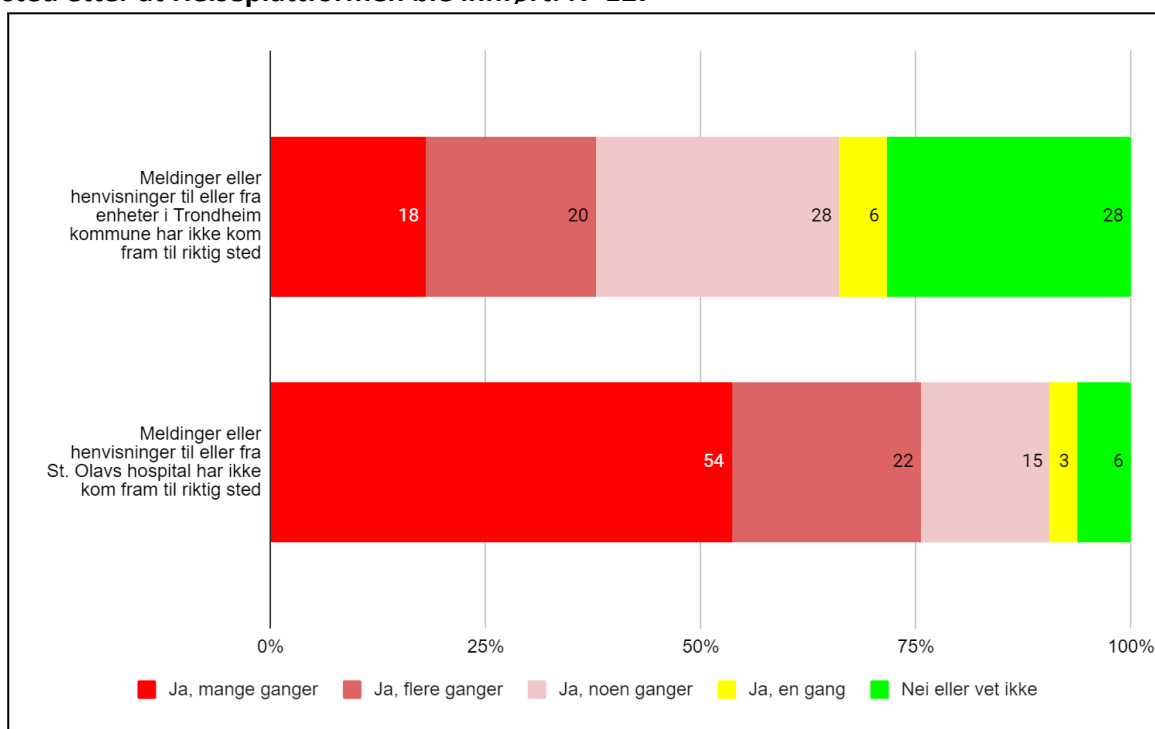
68 prosent av fastlegene er uenig i at de bruker mindre tid på å etterspørre informasjon fra Trondheim kommune enn tidligere (se tabell V6 i vedlegg).⁸² Videre opplever 40 prosent at det tar lengre tid å få svar fra Trondheim kommune etter innføringen av Helseplattformen.⁸³

83 prosent av fastlegene opplever at det tar lengre tid å få svar fra St. Olavs hospital HF etter innføringen av Helseplattformen (se tabell V7 i vedlegg). De oppgir også at de bruker mer tid på å etterspørre informasjon fra St. Olavs hospital HF enn tidligere.

Fastlegene opplever at meldinger og henvisninger ikke kommer frem

Nesten alle fastlegene (94 prosent) har opplevd at meldinger eller henvisninger fra St. Olavs hospital HF ikke har kommet frem til riktig sted (se figuren under). 72 prosent oppgir at dette også gjelder meldinger eller henvisninger til eller fra enheter i Trondheim kommune. Per april 2024 hadde 69 prosent av alle fastlegene også opplevd at meldinger eller henvisninger ikke hadde kommet frem de to siste månedene (se tabell V8 i vedlegg).⁸⁴

Figur 5 Andel fastleger som har opplevd at meldinger eller henvisninger ikke kom frem til riktig sted etter at Helseplattformen ble innført. N=127



Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

⁸² 35 prosent er ganske uenige og 32 prosent er helt uenige i det.

⁸³ 29 prosent er uenig i at det tar lengre tid, mens 30 prosent vet ikke.

⁸⁴ Undersøkelsen ble gjennomført i perioden 4.-22.4.24

Mange av fastlegene kommenterer at de ikke mottar epikriser og prøvesvar, og at henvisninger ikke kommer frem. Flere opplever utfordringer med feil format og manglende lesbarhet på informasjon som sendes til fastlegene. De opplever også mye rot med innkallinger fra St. Olavs hospital.

Mange fastleger sier at Helseplattformen har gjort at de har fått dårligere kontroll og oversikt over pasientene og arbeidet sitt. Videre uttrykker de usikkerhet, frustrasjon, håpløshet eller slitenhet over situasjonen. Noen fastleger opplever desillusjonerte, resignerte eller slitne sykehusleger.

Fastleger som bruker Helseplattformen mener løsningen er lite oversiktlig og vanskelig å bruke

Halvparten av fastlegene som har svart på spørreundersøkelsen, bruker Helseplattformen selv, i vakter på St. Olavs hospital HF eller i kommunale enheter slik som legevakta, helsehus, helse- og velferdssenter eller helsestasjoner (se tabell V12 i vedlegg). Vi har bedt fastlegene som bruker Helseplattformen ta stilling til ulike utsagn om Helseplattformen (se tabellen nedenfor).

Rundt 95 prosent av fastlegene som bruker Helseplattformen synes ikke Helseplattformen er oversiktlig og lett å bruke. 18 fastleger kommenterer i de åpne spørsmålene at systemet er lite brukervennlig eller lite intuitivt. Noen påpeker at det er alt for mye informasjon i skjermbildet, for mange tastetrykk for å gjøre ulike oppgaver, vanskelig å finne opplysninger eller søke i dokumentene.

62 prosent oppgir at de ikke stoler på informasjonen som ligger i Helseplattformen. Kun 3 prosent av fastlegene opplever at Helseplattformen gjør at de kan jobbe effektivt. 96 prosent er uenig i at Helseplattformen gjør at de kan jobbe effektivt.

45 prosent av fastlegene mener informasjonen i Helseplattformen ikke er oppdatert. 24 prosent svarer vet ikke på spørsmålet om informasjonen er oppdatert.

Tabell 5 Andel fastleger som bruker Helseplattformen som svarer på hvor enig eller uenig de er i ulike utsagn om Helseplattformen. N=66

	Helt enig	Ganske enig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt
Helseplattformen er oversiktlig	3	2	15	79	2	100
Helseplattformen er lett å bruke	2	3	21	74	0	100
Jeg stoler på informasjonen som ligger i Helseplattformen	6	24	18	44	8	100
Informasjonen i Helseplattformen er oppdatert	8	23	15	30	24	100
Helseplattformen gjør at jeg kan jobbe effektivt	3	0	17	79	2	100

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

3.6 HelsaMi er tatt i bruk i informasjonsdeling med innbyggerne på noen områder

Helseplattformen har en innbyggerportal kalt "HelsaMi" hvor pasienter og pårørende får tilgang til blant annet timeavtaler, prøvesvar og digital dialog med helsepersonell. Løsningen er tilgjengelig via app eller nettleser.

Noen enheter i Trondheim kommune legger til rette for kommunikasjon med pasientene gjennom HelsaMi. Det gjelder blant annet Vaksinasjonskontoret⁸⁵, Enhet for fysioterapitjenester, Enhet for psykisk helse og rus, Øya legesenter og helsestasjonene. Disse enhetene bruker HelsaMi til timebestilling, påmelding til kurs, formidling av prøveresultater, direkte kommunikasjon med innbyggerne, informasjon om pasientens behandler og videokonsultasjoner. Dersom pasient/bruker har lastet ned HelsaMi, blir vedtak sendt via appen fra Helse- og velferdskontorene.⁸⁶ Per medio februar 2024 hadde løsningen 1,4 millioner innlogginger og 89 193 aktiverte brukere.⁸⁷ Det pågår flere prosjekter i kommunen som skal forbedre kommunikasjonen med innbyggerne gjennom HelsaMi, blant annet meldingsutveksling mellom Trondhjems hospital og pårørende.

Spørreundersøkelsen til fastlegene viser eksempler på at noen brukere kan bli forvirret ved bruk av HelsaMi. Noen brukere får et stort antall meldinger som de opplever er vanskelig å forstå. HelsaMi inneholder ifølge fastlegene mangelfull oversikt over legemidler for brukerne. Noen fastleger opplever at journalnotatene som brukerne mottar fra ulike deler av helsetjenesten kan være vanskelige å forstå, og kan føre til at brukerne blir engstelige eller fornærmet over det som står i journalnotatet.

Leder for brukerutvalget i Helseplattformen er positiv til mulighetene for journaldeling med brukere og pårørende gjennom HelsaMi, og mener dette vil kunne bli en viktig gevinst fra Helseplattformen. Representanter for pasienter og pårørende mener imidlertid at samhandlingen gjennom HelsaMi ikke er godt nok utnyttet av helsetjenestene. De mener potensialet er stort, men opplever flere mangler:

- Informasjonen de får i HelsaMi er ikke alltid korrekt. Et eksempel er legemiddellistene.
- Journalnotater blir i liten grad delt med dem, og mulighetene for videokonsultasjon brukes lite.
- Pasientene kan ikke følge hele behandlingsforløpet gjennom HelsaMi. Nytt for pasienter og pårørende av Helseplattformen blir begrenset så lenge fastlegene ikke bruker HelsaMi. Pasientene må derfor forholde seg til flere applikasjoner og må gi opplysninger om helsetilstanden på nytt til aktører som ikke er påkoblet Helseplattformen.
- Helsepersonellet journalfører ikke nødvendigvis rådene de gir og kommunikasjonen de har med pasientene gjennom HelsaMi, slik helsepersonelloven krever.⁸⁸

⁸⁵ Når det gjelder bruken av HelsaMi opplyser Enhet for service og internkontroll at de som har brukt appen i forbindelse med vaksinerings, i større grad møtte til timen i forbindelse med meningokokkvaksinerings av russen enn de som ikke brukte appen.

⁸⁶ Brukere får svar i HelsaMi, på helsenorge og i digipost. Hvis man ikke åpner brevet digitalt sendes det i posten.

⁸⁷ Tall fra Enhet for service og internkontroll i Trondheim kommune.

⁸⁸ Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon, felles rapport fra forvaltningsrevisjon av Helseplattformen i Midt-Norge, 2024

3.7 Revisjonens vurderinger

Helseplattformen samler pasientopplysninger som helsepersonell trenger i én arbeidsflate og gjør det mulig å dele journalinformasjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i sanntid. Dette er etter revisjonens mening i tråd med intensjonen. Undersøkelsen viser at den interne samhandlingen mellom enheter som bruker Helseplattformen i kommunen stort sett fungerer bra.

Et helhetlig helsetilbud forutsetter god samhandling mellom aktørene. Undersøkelsen viser at ansatte opplever at Helseplattformen har lagt til rette for bedre samhandling med sykehuset. Felles journalsystem gir mer informasjon om pasientene og gjør informasjonsdelingen med sykehuset enklere. En forutsetning for god samhandling er at meldinger kommer frem til rett mottaker, og revisjonen er kritisk til at utfordringene med e-meldinger har gått ut over samhandlingen mellom kommunen, sykehuset og fastleger.

Bare ett fastlegekontor i Trondheim bruker i dag Helseplattformen, og dette er kommunalt. De øvrige fastlegene og avtalefysioterapeutene har ikke tatt i bruk Helseplattformen. Undersøkelsen viser at fastlegene mener løsningen ikke er god nok. Revisjonen mener det er svært uheldig at fastlegeløsningen ikke er av god nok kvalitet. Et av de viktigste målene med Helseplattformen er en felles journal, som også inkluderer fastlegene. Vi mener samhandlingsgevinstene reduseres betydelig fordi fastleger, avtalefysioterapeuter, avtalespesialister og flere kommuner ikke bruker Helseplattformen.

Det er variasjon i fastlegenes opplevelse av informasjonsdelingen med ulike kommunale tjenesteområder etter innføringen av Helseplattformen. Svært få mener informasjonsdelingen med kommunale enheter har blitt bedre etter innføringen. Undersøkelsen viser at en stor andel av fastlegene opplever at informasjonsdelingen, spesielt med legevakta, helsehus og helse- og velferdssenter har blitt dårligere.

Undersøkelsen viser at over halvparten av fastlegene ikke er trygge på at de mottar all informasjon som sendes via Helseplattformen fra Trondheim kommune, og en stor andel svarer at de opplever ekstraarbeid og økt tidsbruk etter at kommunen innførte systemet.

Undersøkelsen viser at ansatte opplever det som tungvint og utfordrende at fastlegene ikke bruker Helseplattformen, særlig med tanke på legemiddellistene. Revisjonen mener dette er uheldig.

Et mål med innføring av Helseplattformen er at innbyggerne i Midt-Norge skal få enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp. Helseplattformen legger til rette for dialog med pasienter og pårørende gjennom innbyggerportalen HelsaMi. Samtidig viser undersøkelsen at HelsaMi kun er tatt i bruk av noen tjenesteområder. Det er et potensial for å videreutvikle denne tjenesten for å sikre bedre samhandling.

4 Budsjettering, økonomioppfølging og gevinstrealisering

I dette kapittelet undersøker vi om anskaffelsen av Helseplattformen var underlagt realistisk budsjettering og tilfredsstillende økonomioppfølging, og i hvilken grad kommunedirektøren har sørget for å følge opp bystyrets forutsetninger for anskaffelsen. Videre undersøker vi om kommunedirektøren har sørget for tilstrekkelig informasjon til politisk nivå.

4.1 Revisjonskriterier⁸⁹

Økonomi

- Anskaffelsen av Helseplattformen bør være realistisk budsjettert.⁹⁰
- Anskaffelsen skal være fremmet som egen sak til bystyret.⁹¹
- Kommunedirektøren skal ha etablert rutiner for jevnlig prosjekt- og økonomioppfølging for Helseplattformen.⁹²
- Vesentlige kostnadsoverskridelser skal rapporteres til politisk nivå.⁹³

Bystyret har stilt følgende forutsetninger for utløsning av opsjonen:⁹⁴

- Trondheim kommune får dekket alle ekstra kostnader som følge av at Trondheim kommune går først.
- Trondheim kommune skal ikke forskuttere eller på annen måte ta økonomisk risiko på vegne av andre aktører, herunder fastleger og andre kommuner.
- Utløsning av opsjonen innenfor en samlet kostnadsramme på 354 millioner kroner, pluss 34 millioner kroner i risikoavsetning. Bruk av risikoavsetning skal vedtas av bystyret.
- Kjøp av 40 % aksjer i Helseplattformen AS. Aksjeandelen selges ned etter hvert som andre kommuner kjøper seg inn i løsningen, men Trondheim skal ikke selge seg ned under 10 %.
- Bystyret ber rådmannen innarbeide økte driftskostnader og overslag som viser realisering av gevinster i kommende handlings- og økonomiplan.
- Bystyret ber rådmannen komme tilbake med en detaljert plan for gjennomføring av gevinstrealisering innen første kvartal 2021.
- Bystyret ber rådmannen i arbeidet med å videreutvikle Helseplattformen legge til rette for bruk av lokalt næringsliv og gründere innen helseinformatikk som underleverandører i systemet.

⁸⁹ For utdypende beskrivelser av revisjonskriteriene, se vedlegg.

⁹⁰ Kravet om realisme følger av kommuneloven § 14.1 og kommunens økonomireglement 1.2.1 .

⁹¹ Alle investeringer over 40 mill. kr skal være fremmet som egen sak til bystyret, jf. økonomireglementet 3.2.1.

⁹² Følger av kommunens økonomireglement, punkt 2.1 Økonomirapportering, 2.3 Budsjettering og 9 Internkontroll.

⁹³ Kommuneloven § 14-5 om budsjettstyring og kommunens økonomireglement punkt 2.1 Økonomirapportering.

⁹⁴ Bystyresak 103/2019, 29.8.19.

4.2 Investeringsbeslutning

I den første politiske saken⁹⁵ da samarbeidsavtalen med Helse Midt-Norge RHF ble fremmet for formannskapet i 2015 ble det lagt til grunn en ambisjon om at kostnadene med nytt journalsystem ikke skulle bli vesentlig høyere enn de systemer det skulle erstatte. I perioden rundt 2017-2019 fremgår det av kommunens økonomi- og handlingsplaner at man opererte med et kostnadsnivå på mellom 100-155 millioner kroner (jf. tabell V2 i vedlegget).

I august 2019 fremmet kommunedirektøren en sak⁹⁶ om investering i Helseplattformen til bystyret. Kostnadene ble estimert til 354 millioner kroner, noe bystyret vedtok som ramme. Samtidig vedtok bystyret å sette av 34 millioner kroner i ekstraordinær risikoavsetning, totalt 388 millioner kroner. Fordelingen av kostnader mellom partene er regulert av samarbeidsavtalen som fulgte bystyresaken. Kommunen avtalte følgende prinsipper for kostnadsfordeling med Helse Midt-Norge RHF:

- Hver enkelte aktør dekker sine partsspesifikke kostnader.⁹⁷
- Felleskostnader unntatt teknisk driftsplattform fordeles med 70 prosent til Helse Midt-Norge RHF og 30 prosent til primærhelsetjenesten (kommuner/fastleger).
- Kostnader til teknisk driftsplattform⁹⁸ fordeles med 80 prosent til Helse Midt-Norge RHF og 20 prosent til primærhelsetjenesten.
- Felleskostnader for primærhelsetjenester fordeles med 90 prosent til kommunene og 10 prosent til fastlegene.
- Mellom kommunene fordeles kostnadene etter innbyggertall.⁹⁹
- Fordeling mellom fastlegene er per fastlegestilling.

I saken som fulgte investeringsbeslutningen fulgte det med fordelingsnøkler for fordeling av kostnader for hovedprosjektet (se tabell V1 i vedlegget).

4.3 Risikovurderinger

Usikkerhetsanalyse

Før kommunedirektøren anbefalte bystyret å utløse opsjon på kjøp av Helseplattformen, gjennomførte kommunen en utvidet usikkerhetsanalyse i 2018. Dette var etter oppdrag fra kommunens interne styringsgruppe. Analysen identifiserte potensielle fremtidige kostnader som kan påløpe, og som det ikke er opplagt er dekket gjennom den ordinære usikkerhetsanalysen som var gjennomført for Helseplattformen. Formålet var å identifisere mulige hendelser, klassifisere sannsynlighet og kostnadsomfang for disse, samt foreslå mulige tiltak for å ta ned usikkerhetsomfanget. Analysen identifiserte og vurderte 108 ulike usikkerhetshendelser som kan oppstå. Disse er vurdert etter skalaen lav, middels og høy, og med vurdering av tiltak avhengig av om man skal unngå, overføre, redusere eller akseptere risikoen.

⁹⁵ Formannskapet, sak 225/2015, 20.10.15. Samarbeidsavtale med Helse-Midt RHF - anskaffelse av felles pasientjournal for sykehus, kommuner og fastleger, avtalens punkt 5.1.

⁹⁶ Bystyret, sak 103/2019 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, 29.8.19. I saken fulgte det med en ny samarbeidsavtale og aksjonæravtale for investeringer i Helseplattformen AS som Helse Midt-Norge RHF hadde opprettet.

⁹⁷ Aktørene er Helse Midt-Norge, Trondheim kommune, øvrige kommuner i Midt-Norge og fastlegene.

⁹⁸ Teknisk driftsplattform driftes av Hemit HF.

⁹⁹ Opprinnelig ble det lagt til grunn befolkningstall per 1.1.19, men etter utsettelsen justert til 1.1.21.

Trondheim kommunes ressursbruk og budsjettammer er etter risikovurderingene tatt inn i kommunens prosjektplan for innføringsprosjektet. Organisering, ansvarsfordeling, ressursbruk og økonomi fremgår av prosjektplanen. Det opplyses at de økonomiske rammene i 2019 var basert på kjente estimerte kostnader per juni 2019, og en forutsetning om at opplæring av sluttbrukere skulle tas gjennom omdisponering av eksisterende driftsrammer. Justeringer er gjort i samsvar med prisendring¹⁰⁰, sammenslåingen med Klæbu og en risikoavsetning på rundt 10 prosent. I planen fra februar 2021 fremgår det at ordinær drift av Helseplattformen var utsatt til våren 2022 og at noen driftskostnader ville påløpe allerede i 2021.

Økonomisk risiko

Det fremgår av dokumentasjonen at økonomisk risiko er vurdert av kommunens interne styringsgruppe, og at oppslutning blant kommunene er vurdert som en risiko. Det er opplyst at for innføringsprosjektet har Trondheim kommunen sikret seg ved at staten tar regningen for manglende oppslutning. For dekning av løpende kostnader ved ordinær drift og forvaltning foreligger det ikke samme garanti. Hvis oppslutningen blant opsjonskommuner og fastleger uteblir, blir det færre som deler på de mer faste driftskostnadene. Det blir i tilfelle mindre ressurser til felles utvikling. Manglende oppslutning om Helseplattformen vil også kunne påvirke hva som skal inngå av tjenester i den årlige brukerbetalingen og hva som skal være betalbare tjenester. Hva som skal være betalbare tjenester er foreløpig ikke avklart.

Per 17. oktober 2024 har 28 kommuner innført Helseplattformen og ytterligere seks kommuner tar den i bruk 9. november 2024. Dette tilsvarer en dekning på 71 prosent av innbyggerne. Til nå har fem kommuner sagt nei til å ta i bruk Helseplattformen, 24 har vedtatt utsettelse og fire kommuner har ikke tatt beslutning ennå. I samarbeidsavtalen fremgår det at opsjonskommuner også står fritt til å tre ut av samarbeidet med 1 års skriftlig varsel.¹⁰¹ Flere kommuner har gått sammen om å starte en prosess for å anskaffe et alternativt system for elektronisk pasientjournal sammen med andre kommuner.¹⁰²

Kommunens finansdirektør opplyser at den økonomiske risikoen per august 2024 er liten. Han begrunner det med at eierne er enige om at Helseplattformen AS skal ha en basisorganisasjon på mellom 200 - 240 årsverk. Med en kommuneoppslutning på 71 prosent er 90 prosent av eierfinansieringen sikret, noe som er nok til å finansiere 216 årsverk.¹⁰³

Risiko med nedskalering av selskapet

Økonomidirektøren i Helseplattformen AS opplyser at de per 26. august 2024 har 500 årsverk, hvorav 316 er faste ansatte, og at de vil stå foran en stor omstilling hvis kapasiteten må tas ned til 216 årsverk. Han opplyser at de arbeider med effektivisering av driftsprosessene, men at det er usikkert om de fullt ut kan innfri forventninger om leveranser med 216 årsverk. Dette vil først bli avklart i 2025. Selskapet mangler også en omforent forståelse med eierne om hvilke tjenester som er en del av tjenesteavtalen og hvilke som er betalbare tilleggstjenester. Avklaring av dette vil være av betydning for selskapets evne til tjenestelevering. Blant annet har tilsvarende selskaper i Finland og Danmark (Apotti og Sundhetsplattformen) betydelig høyere kapasitet i sin drift og forvaltning av Epic sine løsninger.

¹⁰⁰ Endret i samsvar med konsumprisindeksen i bystyresak 103/2019, 29.8.19.

¹⁰¹ Varsles med 3 år for Trondheim kommune og 5 år for Helse Midt-Norge.

¹⁰² Jf. oppslag i Avisen Sør-Trøndelag 27.6.24.

¹⁰³ Det er avtalt at basisorganisasjonen i Helseplattformen AS skal være mellom 200 og 240 årsverk, alt etter oppslutning fra opsjonskommuner og fastleger.

Ifølge økonomidirektøren er selskapet innforstått med at de må forholde seg til de økonomiske rammene som ligger i tjenesteavtalene, men eventuell manglende finansiering vil kunne medføre at kapasiteten til videreutvikling av løsningen blir liten eller ingen.

4.4 Budsjettbehandlingen

Etter at bystyret utløste opsjonen i 2019 ble kostnadsrammen på 354 millioner kroner tatt inn i Trondheim kommunens handlings- og økonomiplan i 2020.¹⁰⁴ Beløpet ble i 2022 justert til 418 millioner kroner og i 2023 justert med merverdiavgiften.¹⁰⁵ Følgende endringer foreligger i kommunens handlings- og økonomiplaner (HØP):

- HØP 2020 med 354 millioner kroner
- HØP 2022 med 418 millioner kroner
- HØP 2023 med 498 millioner kroner, justert med 80 millioner kroner i MVA.¹⁰⁶

Nærmere om bystyrets politiske behandling

Da bystyret vedtok rammene for innføringen av Helseplattformen, forutsatte de at bruken av avsetningen skulle behandles av bystyret.¹⁰⁷ Videre ble driftskostnadene med Helseplattformen anslått til 26,5 millioner kroner. Det fremgår i saken at de årlige kostnadene med de gamle journalsystemene på 14,6 millioner kroner ville falle bort når Helseplattformen ble tatt i bruk, slik at den reelle kostnadsveksten ville være 11,9 millioner kroner.

Det er opplyst i saken at ordføreren tok kontakt med helse- og omsorgsministeren for å forsikre seg om at staten tok på seg den økonomiske risikoen som er knyttet til eventuell manglende deltakelse fra andre kommuner og fastleger. I etterkant mottok Trondheim kommune en tilbakemelding fra departementet om at staten tok denne risikoen. I statsråd 22. november 2019 ble det gjennom budsjettsaldering for 2019 satt av 715 millioner kroner (2019-kroner) for å legge til rette for kommuner og fastleger i Midt-Norge sin deltakelse i Helseplattformen. Utgangspunktet var at kommunen skulle bidra med videreutlån til Helseplattformen AS for bygging av kommuneløsningen, mens staten skulle bidra med statslån/tilskudd for den andelen av kostnadene som berørte de øvrige kommunene i Midt-Norge. Trondheim kommune utløste i brev av 21. november 2019 opsjonen med kjøp av 40 prosent av aksjene i Helseplattformen AS.¹⁰⁸

I bystyresaken fra 2021 ble kommunedirektørens rammer for kjøp av Helseplattformen økt fra 354 millioner kroner til 418 millioner kroner.¹⁰⁹ Kommunedirektøren beregnet at befolkningsvekst¹¹⁰ og prisstigning ga en kostnadsøkning på 30 millioner kroner, og utsatt oppstart en økning på 34 millioner kroner.¹¹¹ Kostnadsøkningen med utsatt oppstart ble finansiert med bruk av

¹⁰⁴ Bystyret, sak 103/2019 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, 29.8.19.

¹⁰⁵ Se tabell V2 i vedlegg.

¹⁰⁶ Økningen medfører ingen nettovirkninger for kommunen. Økningen med 80 mill. kr i merverdiavgift finansieres med MVA-kompensasjon fra staten.

¹⁰⁷ Bystyret, sak 103/2019, 29.8.19. Risikoavsetningen tilsvarer nesten 10 prosent av investeringsrammen.

¹⁰⁸ Formannskapet sak 156/2019, 26.11.19. Opplysninger gitt i forbindelse med utløsning av opsjon.

¹⁰⁹ Bystyresak 101/2021, 16.6.21.

¹¹⁰ Kommunesammenslåingen med Klæbu økte investeringsrammen fra 354 til 373,5 millioner kroner. Bystyresak 246/2020, 17.12.20 vedrørende budsjett 2021.

¹¹¹ Bystyresak 101/2021, 16.6.21. Utsatt oppstart med 6 måneder ble finansiert med risikoavsetning på 34 mill. kr.

risikoavsetningen, mens den øvrige kostnadsøkningen kom som prisnivåjustering og folketallsøkning.

I kommunebudsjettet for 2023 foreslo kommunedirektøren at rammen for Helseplattformen AS skulle økes tilsvarende merverdiavgift på 80 millioner kroner, det vil si fra 418 til 498 millioner kroner.¹¹² Økningen i rammen ble i sin helhet finansiert med merverdikompensasjon og endret derfor ikke kommunens netto-kostnader med prosjektet.

4.5 Videreutlån til Helseplattformen AS

Helseplattformen AS ble som nevnt foran organisert som et selskap for blant annet bygging av journalløsningen som skulle tilpasses sykehusene, kommunen og fastlegene. For å bygge dette måtte det finansieres av de to opprinnelige eierne. Dette skjedde ved at de finansierte virksomheten med lånekapital. For bygging av løsningen for primærhelsetjenesten (kommuner og fastleger) mottok Helseplattformen AS lån fra Trondheim kommune og lån/tilskudd fra staten via Helse Midt-Norge.

Bystyret i Trondheim behandlet videreutlånet til Helseplattformen i en bystyresak i desember 2019. De vedtok å yte et avdrags- og rentefritt lån for dekning av kommunens andel av Helseplattformen AS sine kostnader med å bygge løsningen for kommuner og fastleger.¹¹³ Det ble vedtatt at kommunen kunne ta opp lån til videreutlån i samsvar med vedtatt investeringsramme. Lånet skulle tilbakebetales når Helseplattformen ble satt i ordinær drift. Følgende låneavtaler¹¹⁴ ble gitt:

- Låneavtale I: 240 millioner kroner finansiert med låneopptak
- Låneavtale II: 74 millioner kroner finansiert med bruk av kommunens disposisjonsfond

Kommunens videreutlån til Helseplattformen AS skulle opprinnelig tilbakebetales 31. desember 2022, men på grunn av utsettelse av innføringen ble det forlenget til 31. desember 2023.¹¹⁵ Tilbakebetaling av lånene skjedde ved at Trondheim kommune kjøpte en engangslisens for bruk av løsningen som var like stor som videreutlånene. Per oppgjørstidspunkt utgjorde det 307,5 millioner kroner, og er lik engangslisens som ble kjøpt den 16. oktober 2023.

Helseplattformen AS sin bruk av kommunens videreutlån per november 2023

Tabell V3 i vedlegget viser totale utgifter i Helseplattformen AS fordelt på aktører per november 2023. Trondheim kommunes andel av Helseplattformen AS sine kostnader er spesifisert med 117,1 millioner kroner i partsspesifikke kostnader og 171,5 millioner kroner som felleskostnader. Utgiftene er fordelt av Helseplattformen AS etter avtalte fordelingsnøkler og etter partsspesifikke utgifter. Mindreforbruket er tenkt å finansiere opp det som gjenstår av utvikling og oppretting i løsningen. For den andelen som berører Trondheim kommune, utgjør mindreforbruket 22,4 millioner kroner. Finansdirektøren vurderer derfor at Helseplattformen AS har levert løsningen innenfor avtalt ramme.

¹¹² Bystyresak 253/2022, 15.12.21.

¹¹³ Bystyresak 180/2019, 12.12.19. For bygging av kommuneløsningen finansieres Helseplattformen AS i tillegg med statstilskudd for opsjonskommuner og fastleger.

¹¹⁴ Lånene på 240 og 74 mill. kr er vedtatt som øvre lånerammer som kommunen kan gi til Helseplattformen AS.

¹¹⁵ Bystyresak 213/22, 17.11.22.

4.6 Økonomioppfølging

Økonomien i prosjektet har vært jevnlig fulgt opp som et fast tema på møter i kommunens interne styringsgruppe. Helseplattformen AS har rapportert månedlig på økonomi og fremdrift til styret. Denne rapporteringen har også kommunen mottatt. Trondheim kommune har et regneark som viser alle som har jobbet i prosjektet, interne ressurser, eksterne ressurser, fageksperter og koordinatorene. De har oversikt over hva som er refundert fra henholdsvis Helse Midt-Norge, Helseplattformen AS og hva som er finansiert med skjønnsmidler.¹¹⁶ I regnskapet er kostnadene knyttet til Helseplattformen ført på egne ansvarsområder siden 2016.

Kommunens kostnader i anskaffelsesfasen 2016-2018

I anskaffelsesfasen stilte kommunen fagpersoner til disposisjon for å utarbeide kravspesifikasjonen. Disse utgiftene fikk kommunen refundert av Helse Midt-Norge RHF i samsvar med det som var avtalt i samarbeidsavtalen. Kommunen hadde derfor ingen vesentlige utgifter knyttet til denne delen av anskaffelsesprosessen.

Tabellen under viser bokførte nettoutgifter i driftsregnskapet ført på Helseplattformen i perioden 2016-2018.

Tabell 6 Kommunens kostnader i anskaffelsesfasen, ført som driftsutgifter

	Tall i mill. kr
Driftsutgifter i 2018 ført på ansvar 013008	3,2
Driftsutgifter i 2016-2018 ført på ansvar 013001	1,6
Sum driftskostnader i anskaffelsesfasen	4,8

Kilde: Trondheim kommune, kommuneregnskapet

Samlet viser regnskapet at det er ført utgifter tilsvarende 4,8 millioner kroner mellom 2016-2018. Utgiftene dreier seg om innleie av konsulenttenester og avlønning av egne ansatte som jobbet internt i kommunen med Helseplattformen, og som ikke ble refundert av Helse Midt-Norge.

Det er opplyst at en del ansatte i kommunedirektørens fagstab og noen av områdedirektørene i tillegg jobbet med avtaleverket.¹¹⁷ Dette ble betraktet som ordinære arbeidsoppgaver. Ifølge en av delprosjektlederne er det vanskelig å anslå samlet ressursbruk, men det angis et grovt anslag på ett årsverk per år, men med store variasjoner gjennom årene relatert til intensitet i forhandlingene.

Kommunens kostnader i innføringsfasen 2019-2022

Kommunens investeringsutgifter dreier seg om kjøp av Epic-løsningen, prosessen med utvikling og tilpasning for å få på plass en kommunal løsning som samhandler med spesialisthelsetjenesten, samt tilrettelegging, tilpasninger og opplæring i Trondheim kommune.

¹¹⁶ Deler av kommunens aktiviteter i prosjektet er finansiert med skjønnsmidler fra Statsforvalteren.

¹¹⁷ De som deltok i dette arbeidet var i hovedsak kommunens helse- og velferdsdirektør, finansdirektør, kommunalsjef med ansvar for velferdsområdet, IT-sjef, samt rådgivere i stab og ressurser fra kommuneadvokaten.

Tabell 7 Drifts- og investeringskostnader i innføringsfasen

Utgifter forbundet med Helseplattformen i investeringsregnskapet	Mill. kr	Andel i %
Kjøp av engangslisens fra Helseplattformen AS 16.10.23	307,5	76
Nettoinvesteringer, bruk av egne midler for tilrettelegging og forberedelse til "go live" med HP i Trondheim	56,7	14
Utgifter ført i driftsregnskapet	38,5	10
Sum førte netto drifts- og investeringer (eksklusiv MVA)	402,7	100,00
MVA ved kjøp av engangslisensen	76,9	-
Sum brutto investeringer (inkludert MVA)	479,6	-

Kilde: Kommunedirektør, kostnadsoppsett finansstab.

Samlet omfatter Trondheim kommunes nettokostnader med innføringen av Helseplattformen 402,7 millioner kroner, mens bruttokostnader inklusiv MVA utgjør 479,6 millioner kroner. Både netto- og bruttokostnadene er lavere enn bystyrets vedtatte ramme for innføringen.¹¹⁸ Kommunen får refundert merverdiavgiften av staten gjennom momskompensasjonsordningen og dette utgjør derfor ikke en reell merkostnad for kommunen. Kommunens netto investeringskostnader aktivert i investeringsregnskapet utgjør 364,2 millioner kroner, mens de øvrige kostnadene er tatt over driftsregnskapet. Driftsutgiftene på 38,5 millioner kroner er i stor grad knyttet til opplæring av egne ansatte.

Kommunen har i tillegg tatt på seg en regional rolle i innføring og utvikling av Helseplattformen som har krevd en del ressurser. Dette er finansiert med skjønnsmidler fra Statsforvalter. Blant annet dreier det seg om utgifter som berører fellesløsningen for primærhelsetjenesten og regionnettverket. Det opplyses at skjønnsmidlene er fordelt mellom Trondheim kommunes fellesaktiviteter og aktiviteter i opsjonskommuner, herav etableringen av regionale innføringsledere. Fellesaktiviteter er av Trondheim kommune definert som oppgaver organisert og utført av kommunens innføringsprosjekt, men som har gjenbruks- og nytteeffekt for de andre kommunene i regionen som skal ta løsningen i bruk i etterkant.¹¹⁹ Trondheim kommune har på vegne av kommunene i Trøndelag mottatt eller fått tilsagn om følgende skjønnsmidler fra Statsforvalteren til dekning av disse utgiftene:

Anskaffelsesfasen 2018:	8,5 millioner kroner
Innføringsfasen i Trondheim 2019-2022:	40 millioner kroner
Utrulling av løsningen i regionen 2023- 2024:	20 millioner kroner

Rapportering på bruk av skjønnsmidler viser at midlene er brukt til prosjektledelse, fagekspert, frikjøp av regionale innføringsledere og felles samhandling med og mellom kommunene. Rundt 36-40 prosent av midlene har vært benyttet til frikjøp av regionale innføringsledere. De øvrige

¹¹⁸ Som nevnt foran var bystyrets rammer på 418 og 498 mill. kr når merverdiavgift inkluderes.

¹¹⁹ Jf. Trondheim kommunes rapportering om bruken av skjønnsmidler til Statsforvalteren i 2022.

midlene er benyttet av Trondheim kommune til finansiering av fagekspert og felles samhandlinger med kommunene. Av skjønnsmidler tildelt i innføringsfasen er derfor om lag 26 av 40 millioner kroner benyttet til dekning av Trondheim kommune sine utgifter med fellesløsningen. Også skjønnsmidlene for 2023 og 2024 er tildelt opsjonskommuner etter samme prinsipp.

Ifølge en av prosjektlederne har relativt mye ressurser vært involvert i ulike sammenhenger. Som nevnt foran har relativt mange fagekspert vært involvert i innføringsprosjektet, kommunen har etablert et korps med over 800 superbrukere og et opplæringsopplegg som omfatter rundt 8000 ansatte.

Helseplattformen AS opplyser at kommunene forbereder seg i 12 måneder før de tar løsningen i bruk.

Det fremgår av kommunens budsjett for 2022 at enhetene fikk bevilget ekstra midler til opplæring i Helseplattformen, ved at antall dager til opplæring ble økt fra to til tre dager. Kostnadene for dette var beregnet til 15 millioner kroner og kommer i tillegg til de kostnadene som er ført på Helseplattformen.

Kommunens finansdirektør vurderer de samlede nettokostnadene med Helseplattformen i hovedsak til å være i samsvar med det som ble satt av til løsningen og vedtatt av bystyret. Skjønnsmidler fra statsforvalteren i innføringsfasen, er relatert til utgifter kommunen har hatt med fellesløsningene for kommunedelen, fastlegene og utrulling av løsningen i regionen (regionale innføringsledere).

Uforutsette merkostnader

Kommunen har hatt enkelte uforutsette merkostnader med innføringen av Helseplattformen. Ifølge en av delprosjektlederne dreier det seg om både ekstra kostnader og tapte inntekter. Tapte inntekter har blant annet oppstått som følge av at faktureringssystemet ikke har fungert etter hensikten. Samlet anslår kommunen at merkostnadene for legevakta utgjorde 30 millioner mellom 7. mai 2022 - 30. juni 2024. Også for praktisk bistand har kommunen merkostnader, men da i form av tapte inntekter. For eksempel har området hatt 3,5 til 4 millioner kroner i inntektssvikt etter at Helseplattformen ble innført.¹²⁰ I kommunen har enkelte andre enheter også signalisert at de har merkostnader med Helseplattformen, men da uten at disse er skilt ut som egne kostnader i regnskapet. Blant annet har enheter innen hjemmetjenesten egne medarbeidere til å følge opp legemiddellistene i Helseplattformen.

Delprosjektlederen opplyser videre at Trondheim kommune i tillegg vil få en ekstraregning fra Helseplattformen AS knyttet til underfinansieringen av selskapet. Kommunen har i sitt regnskap anordnet 10 millioner kroner til dekning av det, men opplyser at kommunens utgifter med underfinansieringen kan bli høyere etter at det er fordelt mellom eierne. Vi har fått opplyst fra selskapet at det dreier seg om 110 millioner kroner i akkumulert underfinansiering siden 2019, inklusiv prognose for 2024. Underfinansieringen skal ifølge selskapet ha vært planlagt og tatt opp med eierne siden 2021. Hvordan underfinansieringen skal fordeles mellom eierne er ikke avklart.

¹²⁰ Tapte inntekter for praktisk bistand skyldes utfordringer med fakturering av egenbetaling for tjenestene. I 2022 rapporterte de om 3,5 millioner kroner i tapte inntekter som følge av Helseplattformen. For 2024 har de en prognose som tilsier en inntektssvikt på 4 millioner kroner, men det opplyses at noe av dette også kan skyldes andre forhold.

Merforbruk i helse og omsorg etter at Helseplattformen ble tatt i bruk

Etter innføringen av Helseplattformen fikk kommunens helse- og omsorgstjenester betydelig merforbruk i både 2022 og 2023 med henholdsvis 48 og 131 millioner kroner. Før det hadde tjenesten betydelig mindreforbruk i både 2020 og 2021.¹²¹ Ifølge finansdirektørens økonomirapportering til bystyret ser merforbruket ut til å fortsette i 2024 med en prognose på 130 millioner kroner. Finansdirektøren opplyser i rapporteringen at merforbruk i stor grad skyldes innleie fra vikarbyrå.¹²² Ifølge en av delprosjektlederne har kommunen ingen grunn til å tro at Helseplattformen er en vesentlig årsak til merforbruket, men at årsakene til merforbruket er relatert til andre forhold.

Kommunens driftsutgifter med Helseplattformen er høyere enn planlagt i 2019

Bystyret ble i 2019 forespeilet at de årlige driftskostnadene fra Helseplattformen AS ville bli 26,5 millioner kroner.¹²³ I en ny gjennomgang i 2021 ble forventede driftskostnader ifølge kommunedirektøren økt med om lag 6,2 millioner kroner. Trondheim kommune fikk i tillegg økt sin andel av kostnadene knyttet til kommunesammenslåing med Klæbu og befolkningsøkningen. Det er beregnet at den delen utgjør rundt 4 millioner kroner. Samlet antydte kommunedirektøren i 2021 at driftskostnadene vil kunne komme på 34-36 millioner kroner.¹²⁴ I tjenesteavtalen¹²⁵ med Helseplattformen AS som ble inngått i 2022, er de årlige driftskostnadene ytterligere økt til 38,3 millioner kroner (2022-kroner) fra og med 2026, det vil si når alle opsjonskommunene er koblet på løsningen.

Trondheim kommune sine kostnader til drift og forvaltning av Helseplattformen er oppsummert i tabellen under. De består av kostnader Helseplattformen AS fakturerer Trondheim kommune for og egne lokale driftskostnader.

Tabell 8 Driftsrelaterte kostnader med Helseplattformen. Tall i millioner kroner

	2022	2023	2024
Driftslisens fakturert av Helseplattformen AS	11,9	29,5	40,6
Andre driftskostnader, andre lisenskostnader	19,5	12,6	10,4
Sum kostnader	31,4	42,1	51,0

Kilde: Kommunedirektørens finansstab, kommuneregnskapet. Tallene for 2024 er anslått kostnad/budsjett.

Økningen i utgifter til drift og forvaltning skyldes i hovedsak at Helseplattformen AS har lagt inn en opptrapping av utgifter til tjenesteleveranser i driftslisensen. Ifølge tjenesteavtalen skal driftslisensen i tillegg prisnivåjusteres. Regnskapet viser at Trondheim kommune sine egne driftsutgifter var størst i 2022, noe som har sammenheng med oppstarten i mai samme år. Utgiftene i 2023 er deretter redusert noe og for 2024 er de anslått til 10,4 millioner kroner.

¹²¹ Det fremgår av kommunens årsregnskaper at helse og omsorg hadde mindreforbruk i både 2021 og 2020 med henholdsvis 35 og 60 mill. kr. I 2019 og 2018 hadde de imidlertid et merforbruk på henholdsvis 9 og 7 mill. kr, mens de i 2017 hadde et mindreforbruk på 50 mill. kr (kommunens årsregnskaper 2017-2021).

¹²² Bystyresak 113/2024, 30.8.24. 1. Økonomirapport 2024. Merforbruk 2022 og 2023 fremgår av kommunens årsregnskaper for 2022 og 2023.

¹²³ Bystyret, sak 103/2019 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, 29.8.19.

¹²⁴ Bystyresak 101/2021, 16.6.21

¹²⁵ Avtale om bruk av felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (Tjenesteavtalen). Februar 2022.

Bystyret ba kommunedirektøren om å legge til rette for bruk av lokalt næringsliv og gründere innen helseinformatikk som underleverandører når systemet skulle utvikles. Regnskapet viser at bruk av lokalt næringsliv i kommunen er begrenset til innleie av konsulenter, supplering av datautstyr og bruk av servicenæringer. Finansdirektøren i kommunen opplyser at bystyrets ønske om bruk av lokale gründere er tatt opp med Helseplattformen AS. Epic er et system med underkant av 200 integrasjoner mot eksterne systemer. Han mener det åpner for eksterne underleverandører, men i tilfelle må lokale gründere kunne levere aktuelle produkter og være konkurransedyktige. Han viser også til at forholdet er tatt opp i flere styresaker, og at Helseplattformen AS årlig avsetter midler til innovasjonsprosjekter og at flere av prosjektene omfatter lokale gründere.¹²⁶

Trondheim kommune opplyser at de har satt av 20 årsverk lokalt til oppfølging av Helseplattformen, blant annet knyttet til forbedringer av rapporteringen. De antar at bruk av lokale ressurser i kommunen vil kunne reduseres når alle systemutfordringer er lukket. Kommunen opplyser i denne sammenheng at de jobber med å få på plass en egen avtale mellom kommunene som kommer i tillegg til tjenesteaftalen med Helseplattformen AS. Formålet med dette er å få til en felles oppfølging og videreutvikling av Helseplattformen.

I tillegg til driftskostnadene nevnt over har kommunen kapitalkostnader knyttet til den delen av investeringen som er lånefinansiert. Grovt estimert utgjør kapitalkostnadene årlig rundt 32,7 millioner kroner med en avskrivningsperiode på 15 år.¹²⁷ Samlet tilsier dette at Helseplattformen med utgangspunkt i kostnadsnivået i 2024 utgjør følgende for Trondheim kommune:

Driftslisens (40,6) og årlig kapitalkostnad (32,7)	73,3 millioner kroner
<u>Andre driftskostnader, andre lisenskostnader</u>	<u>10,4 millioner kroner</u>
Anslag årlige kostnader	83,7 millioner kroner

Tidligere helse- og velferdsdirektør i Trondheim kommune gir uttrykk for at selv om driftskostnadene med Helseplattformen er høyere enn med de gamle systemene, var anskaffelsen nødvendig for å sikre at man har et system som ivaretar kravene til journalløsning og et system som kan bidra til utvikling, effektivisering og bedre styring av helse- og velferdstjenestene. De gamle systemene måtte uansett fases ut da kravene til journalsystemer i dag er noe helt annet enn da første generasjons løsninger ble innført. Risikoen ved å utsette anskaffelsen ble vurdert som svært høy. Utfordringene som tjenestene står overfor, blant annet med økende mangel på helsepersonell, vil gjøre det krevende å drive denne type omstillinger. Det var ifølge direktøren derfor viktig å komme i gang med å få iverksatt mulighetene til gevinstrealisering som Helseplattformen åpner for.

4.7 Utfordringer med styringsinformasjon i Helseplattformen

Kommunen har et stort behov for styringsinformasjon om helse-, omsorgs- og velferdstjenestene på grunn av de store demografiske endringene de kommende årene. Ifølge en av

¹²⁶ Finansdirektøren viser til følgende styresaker i Helseplattformen AS: sakene 37/2021, 07/2022, 65/2022 og 67/2022. Videre til at følgende firmaer er involvert i innovasjonsprosjekter : VitalThings, Imatis, Braintwin, Vitae Evidence, Mode Sensors, Lotus Care, Tavana (via Antler).

¹²⁷ Kapitalkostnadene er beregnet av revisjonen etter annuitetsmetoden med 4 % rente, 15 år med avskrivninger og ingen gebyrer. 4 % er lagt til grunn etter samtaler med kommunens finansstab. Kommunens gjennomsnittsrente er per juni 2024 på 4,2 %.

delprosjektlederne hadde det forrige journalsystemet kommunen brukte svært lite styringsinformasjon tilgjengelig. Det som fantes måtte bearbeides i regneark basert på standardiserte uttrekk fra journalsystemet. Et viktig mål med innføring av Helseplattformen var å få et bedre og bredere datagrunnlag og et bedre verktøy for planlegging og bruk av ressurser på tvers av helsetjenesten.¹²⁸

Kommunen har tatt i bruk verktøy i Helseplattformen som skal gi enhetene og tjenesteområdene styringsinformasjon.¹²⁹ Det er laget måleindikatorer som kan brukes til å sammenligne utvikling over tid og mellom enheter og kommuner.¹³⁰ Et av verktøyene henter ut informasjon i sanntid om arbeidet som gjøres i enhetene, for eksempel antall gjennomførte besøk i hjemmetjenesten.

Noe styringsinformasjon deles på tvers av alle tjenester. Det gjelder for eksempel informasjon om bruk av HelsaMi, økonomi, beleggsoversikt, og helhetlige pasientforløp.¹³¹

Enhetslederne vi har intervjuet i helse- og velferdssenter og hjemmetjenesten opplyser at arbeidet med styringsinformasjon ikke er ferdig. Informasjonen er ikke korrekt og oppleves derfor som unyttig. En enhetsleder peker på at rapportene i mange tilfeller ikke gir styringsdata som er tilpasset behovet i enhetene. Flere rapporter er bygd opp slik at noen indikatorer viser feil verdi.¹³² Det har i tillegg tatt svært lang tid å laste ned rapportene. Samlet gjør dette at enhetslederne i liten grad bruker Helseplattformen og i liten grad har tilgang på styringsinformasjon for enheten.

En avdelingsleder på en helsestasjon opplyser at de begynner å få noe statistikk tilgjengelig, men at de ikke kan stole på alle tallene. De vet ikke om den dårlige kvaliteten på tallene skyldes brukerfeil eller om det er feil fra Helseplattformen, eller en kombinasjon av dette.

Enhet for service og internkontroll opplyser at det er store forskjeller mellom lederne i bruken av data fra Helseplattformen. Intervjuene viser at enkelte avdelingsledere og ansatte som er gode på data, har begynt å ta ut informasjon og rapporter.

En utfordring med kvaliteten på styringsdataene er at det er flere ulike måter å dokumentere en hendelse på. Dersom man ikke bruker den samme fremgangsmåten vil dette få konsekvenser for statistikken som tas ut. Et eksempel på dette er utfordringer med å få riktige data når det gjelder dokumentasjon av ernæring.

En av delprosjektlederne opplyser at kommunen er kjent med utfordringene og at de jobber med å få endret enkelte av indikatorene. Han viser til at årsaken til feil kan være at ansatte i kommunen eller sykehus registrerer feil i pasientflyten, og/eller at indikatoren henter informasjon fra et annet sted i systemet.

En ledende fagekspert i Enhet for service og internkontroll påpeker at enhetslederne har en rolle i oppfølgingen av styringsdataene, og savner at ledermøtet i enhetene følger opp informasjonen som sendes ut i nyhetsbrev.

¹²⁸ Formannskapet, sak 57/16 Helseplattformen - revidert samarbeidsavtale med Helse Midt-Norge RHF om anskaffelse av felles pasientjournalsystem, 8.3.16.

¹²⁹ Verktøyene kalles "reporting workbench", "slicer dicer" og måleindikatorer.

¹³⁰ Dashbordet er satt opp ut fra hvilken rolle og oppgaver man har i enheten man jobber.

¹³¹ Kilde: Intervju, dokumentgjennomgang (presentasjon av kommunens styringsinformasjon) og videokatalog.

¹³² Et eksempel er hvor mye arbeidsplanen til de ansatte blir utnyttet. Rapporten tar utgangspunkt i at all arbeidstid er pasienttid, og dersom man ikke har pasienter hele tiden, blir det "avvik". Slik er det ikke, rapporten blir feil.

Revisjonen har observert at det er krevende for ansatte å hente ut styringsinformasjon fra systemet. Dette gjelder for eksempel informasjon om innbyggernes bruk av HelsaMi.

4.8 Gevinstrealisering

I en tidstyvberegning som tar utgangspunkt i tidligere arbeidsprosesser, har Trondheim kommune beregnet at potensialet for gevinstrealisering årlig er 60 millioner kroner gitt tjenestenivået på undersøkelsestidspunktet, og på sikt 80 millioner kroner.¹³³ Det fremgår at 70 arbeidsprosesser ble gjennomgått i 2017. Disse beregningene er deretter innarbeidet i en helhetlig gevinstplan for kommunen. Denne planen inneholder både kvalitative og kvantitative gevinster med tilhørende måleindikatorer og ambisjoner. På bakgrunn av kartlagte tidstyver og kunnskap om ny løsning ble gevinstrealisering vurdert av Trondheim kommune ut fra et teoretisk innsparingspotensial for organisasjonen. Det opplyses at potensialet er forankret og kvalitetssikret av ansatte, ledere og fagekspertter som har kunnskap og erfaring på drift av tjenestene, og kunnskap om hvordan løsningen for Helseplattformen vil bli. Beregningene er gjort før Helseplattformen ble tatt i bruk. Gevinster som utredningen viser til, fremgår av tabellen under.

Tabell 9 Potensial for gevinstrealisering

Overvåke e-link	Mer effektiv overvåking via e-link med håndholdt enhet Rover. Bare behov for å kjøre tilbake dersom melding krever aksjon. Besparelse beregnet for helse- og velferdssenter og bo- og aktivitetstilbud.	12 mill. kr
Dobbeltføring av dokumentasjon	Mer bruk av standardformuleringer, skriver inn/registrere på håndholdt enhet. færre dobbeltføringer. Besparelse beregnet for helse- og velferdssenter, helsehus, hjemmetjenesten og bo- og aktivitetstilbud.	13 mill. kr
Manglende beslutningsstøtte	Dokumentasjon direkte på pasientplan, muliggjør å benytte oppgavelister, ansatte får beslutningsstøtte på håndholdt enhet Rover. Besparelse beregnet for helse- og velferdssenter, hjemmetjenesten og bo- og aktivitetstilbud.	11 mill. kr
Standardisering av kartleggingsverktøy	Standardutfyllinger og avkryssninger gjør at det ikke vil være behov for å lete etter fritekst i journal. Kartleggingsverktøy bygges inn som flytskjema i journalløsningen. Spørreskjema sendes ut digitalt til pasienten via Helsa Mi. Besparelse beregnet for helse- og velferdssenter, helsehus og Enhet for psykisk helse og rus.	12 mill. kr
Lete etter info og innhente korrekt info	HP integrert mot GAT. Kunne se brukerinfo og ressurser i samme bilde. Alle helsekontakter vil være samlet i felles helsefaglig team. Besparelse beregnet for helse- og velferdssenter, Fysioterapitjenesten og Ergoterapitjenesten.	8 mill. kr

¹³³ Trondheim kommune, bystyresak 180/2021, 23.11.21. Vedlegg til bystyresak 180/2021, 9.12.21.

Endringer av timer	I HelsaMi vil innbyggerne kunne endre og booke timer selv. Besparelse beregnet for skolehelsetjenesten, helsestasjoner, Ergoterapitjenesten og psykisk helse og rus.	4 mill. kr
--------------------	--	------------

Kilde: Trondheim kommune.

Beregningene av gevinstpotensialet ble kvalitetssikret av Holte Consulting.¹³⁴ Tidligere helse- og velferdsdirektør opplyser at gevinstpotensialet etter kvalitetssikringen ble noe justert, og at potensialet på sikt er høyere enn 80 millioner kroner.

Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS i Trondheim kommune gir uttrykk for at de store gevinstrealiseringene på kort sikt kan være vanskelig å få til. Han tror gevinstrealisering mer må vurderes i et samfunnsperspektiv der Helseplattformen bidrar til bedre informasjon, samhandling og dermed mindre feilmedisinering og bedre pasientbehandling.

I en bystyresak i september 2021¹³⁵ vises det til at innføringen av Helseplattformen medførte behov for omstilling. I rapporten som ble bestilt for beregning av gevinstrealisering¹³⁶, vises det til at de ansatte vil kunne oppleve økt stressnivå og reduserte produktivitet i innføringsfasen. Forskning tilsier også at ikke alle ansatte vil oppleve digitale endringer som positivt. Helsesektoren er også mindre digital enn andre sektorer¹³⁷, og at det kan bidra til at ansatte i større grad kan oppleve ny teknologi som arbeidsbelastende. Kommunedirektøren viser videre til at bystyret allerede i 2019 satte av 65 millioner kroner til øremerkede tiltak for å forberede organisasjonen best mulig på å ta i bruk Helseplattformen. Disse midlene inngikk som en del av kommunens investeringsramme på 418 millioner kroner.

Utgiftene med innføringen av Helseplattformen ble over tid vurdert til å bli utlignet av gevinsten ved å ta i bruk ordningen. I plan for gevinstrealisering skriver kommunedirektøren at gevinstpotensialet for tidstyver ikke inkluderer omstillingskostnader. I handlings- og økonomiplanene vil man for de to første årene etter innføringen av systemet ikke ta ut økonomiske effekter av Helseplattformen da gevinstpotensialet ville bli veiet opp av omstillingskostnader.

Det fremgår av kommunens handlings- og økonomiplan for 2023¹³⁸ at gevinstpotensial først vil kunne bli tatt ut fra og med 2025. Ifølge fagstaben er det i handlings- og økonomiplanene lagt inn gevinstrealiseringer på 22 millioner kroner i 2025 og 25 millioner kroner i 2026 knyttet til Helseplattformen. Flere informanter og tidligere helse- og velferdsdirektør påpeker at det er vesentlig for gevinstrealiseringen at fastlegene blir koblet på løsningen.

¹³⁴ Gjennomgang og kvalitetssikring av gevinstberegningene på Helseplattformen. Utarbeidet for Trondheim kommune. Holte Consulting, 31.1.22.

¹³⁵ Bystyresak 180/2021, 21.9.21.

¹³⁶ Gjennomgang og kvalitetssikring av gevinstberegningene på Helseplattformen. Utarbeidet for Trondheim kommune. Holte Consulting, 31.1.22.

¹³⁷ Fra bystyresak 180/2021, 9.12.21. Kommunedirektøren viste her til en forskningsrapport av Torvatn, Kløve og Landmark fra 2017 om ansattes syn på digitalisering.

¹³⁸ I Handlings- og økonomiplanen er det lagt til grunn gevinstrealisering på 42 mill. kr i 2025 og 45 mill. kr i 2026 knyttet til Helseplattformen og bærekraftprogrammet, men av disse er 20 mill. kr årlig knyttet til bærekraftprogrammet innen helse og velferd.

På spørsmål om realismen i gevinstrealiseringen, mener tidligere helse- og velferdsdirektør at det er realistisk og konservativt vurdert, men at femti prosent av gevinstrealiseringen er basert på at sykehus, kommuner og fastleger tar i bruk løsningen. For kommunen handler gevinstrealisering også om å unngå økte fremtidige kostnader.

Kommunens finansdirektør opplyser at da de verifiserte tidstyv-gevinster høsten 2023, vurderte de at $\frac{2}{3}$ av dem var valide og $\frac{1}{3}$ var for optimistiske, eller at løsningen ikke var god nok ennå. Han vurderer at bedre styringsdata vil kunne gi betydelige gevinster. Kommunen får styringsdata som de ikke har hatt tidligere på pasientforløp, noe som kan bidra til optimalisering av tjenestene og dermed kostnadskutt.

I intervju med ledere i Trondheim kommune har enkelte informanter innen helse og omsorg stilt spørsmål ved realismen i de gevinstmål som ble beregnet i 2021. Dette ut fra at det var vanskelig å sette gevinstmål siden de ikke helt visste hva de fikk. De opplyser at de har evaluert gevinstmålene som ble satt den gang, men utfordringen med uttak av gevinster er at systemet ikke fungerer optimalt. Enkelte ledere viser til at de med Helseplattformen har måttet bruke flere ansatte til kontroll av systemet, oppgaver på medisinrommet, til å lage arbeidslister, ta imot nye brukere og skrive oppdrag enn tidligere. Samtidig gir de uttrykk for at de tror det kan være mulig å se gevinster etter hvert som systemet optimaliseres og etter at man har lært å bruke systemet bedre. Også kommuneledelsen¹³⁹ viser til en del ekstraarbeid for kommunens helse- og velferdskontorer med Helseplattformen, og at det vil ta noe tid å få til fullgode løsninger.

4.9 Revisjonens vurderinger

Kommunedirektøren har i flere omganger overfor politisk nivå lagt frem økonomiske anslag for kostnadsnivået rundt investeringene i Helseplattformen. I kommunens handlings- og økonomiplan er dette tatt inn siden 2017. Investeringen ble fremmet for bystyret i 2019 i forbindelse med beslutningen om å utløse opsjonen på kjøp av Helseplattformen. Investeringskostnadene omfatter kjøp av engangslisens og innføringskostnader i kommunen. Etter revisjonens vurdering har kommunedirektøren i tilstrekkelig grad informert bystyret om investeringsomfanget. De samlede investeringskostnadene er i hovedsak basert på realistiske rammer når risikoavsetningene er hensyntatt.

Kommunedirektøren fremmet en ny sak i 2021 om økte kostnader som følge av utsatt oppstart med seks måneder. I saksframlegget ble det redegjort for kostnadsøkningen og at merkostnadene ville bli finansiert med bruk av hele risikoavsetningen. Bruk av risikoavsetning er derfor behandlet i samsvar med bystyrets føringer for investeringsbeslutningen i 2019.

Revisjonen registrerer at det er løsninger som ikke er levert i samsvar med bestillingen. Kommunen har en restanseliste til oppfølging, og Helseplattformen AS har satt av midler til finansiering av det som gjenstår av leveransen. Revisjonen vil understreke at siden ikke alt er levert i samsvar med forventet levering, foreligger det ikke et endelig oppgjør for anskaffelsen.

Gjennomgangen av dokumentasjonen viser at kommunen har tatt på seg en betydelig regional rolle for utvikling og innføring av Helseplattformen overfor fastleger og midtnorske kommuner. Bystyret har forutsatt at kommunen ikke skal forskuttere eller på annen måte ta økonomisk risiko

¹³⁹ Budsjett 2024, Trondheim kommune, bystyresak 239/2023. 21.12.23.

på vegne av andre aktører. Dokumentasjonen viser at kommunen har fått refundert fellesutgifter og utgifter som berører andre aktører. Kommunen har også gjennom prosjektet fått dekket ekstra kostnader som følger av at Trondheim var første kommune som tok i bruk Helseplattformen.

Når det gjelder kostnadene med løpende drift av Helseplattformen, ble disse høyere enn først beregnet i 2019. Bystyret ble i 2019 orientert om at driftskostnadene i form av årlige lisenskostnader vil øke fra 14,6 til 26,5 millioner kroner. En ny sak til bystyret i 2021 viser at disse kostnadene var økt ytterligere til 36 millioner kroner. Ved inngåelse av tjenesteavtalen var driftskostnadene satt til 39,6 millioner kroner i 2024. Revisjonen vil understreke at disse driftskostnadene ikke omfatter vurderinger av de kapitalkostnadene som følger av investeringen. Vi har beregnet at de samlede årlige driftskostnadene når kapitalkostnadene er inkludert, vil ligge på mellom 70 - 85 millioner kroner alt etter rentenivå, avskrivningstid og bruk av egne ressurser. Etter revisjonens mening kunne kommunedirektøren i denne saken med fordel gjort en vurdering av hvordan størrelsen på kapitalkostnadene påvirket de samlede driftskostnadene da opsjonen ble utløst av bystyret i 2019.

Ansvar for økonomistyringen av hovedprosjektet (main project) var lagt til Helseplattformen AS. Selskapet rapporterte månedlig på økonomi og fremdrift til eierne. Trondheim kommune har hatt prosjektregnskap for Helseplattformen siden 2016. Det fremgår av dokumentasjonen at kommunen har hatt jevnlig fokus på økonomien i sin oppfølging av Helseplattformen. Kommunens interne styringsgruppe har hatt månedlige møter, der økonomi og fremdrift er et fast tema i møtene. Revisjonen mener at kommunedirektøren har hatt tilfredsstillende styring med egne investeringskostnader i prosjektet. Investeringen er gjennomført innen den planlagte netto kostnadsrammen.

Kommunen kjøpte i 2019 40 prosent av aksjene i Helseplattformen AS. De selger seg nå ned etter hvert som andre midtnorske kommuner tar Helseplattformen i bruk. Per 18. oktober 2024 var 34 kommuner medeiere i Helseplattformen, og Trondheim kommunes aksjeandel utgjorde 22,31 prosent. Nedsalget er i samsvar med forutsetningene for investeringen i Helseplattformen AS.

Revisjonen mener eierskapet i Helseplattformen AS medfører at kommunen tar økonomisk risiko. Hvis ikke alle kommunene tar i bruk systemet, blir det færre å dele felleskostnadene med. Det ligger usikkerhet knyttet til størrelsene på framtidige driftskostnader. Kommunens finansdirektør har imidlertid opplyst at et tilstrekkelig antall kommuner nå har utløst opsjonen til å sikre finansieringen av løsningen. Helseplattformen var for øvrig underfinansiert i 2023 ettersom få av kommunene da var koblet til løsningen. Helseplattformen AS har derfor varslet Trondheim kommune, som eier siden 2019, at de vil få en ekstraregning knyttet til underfinansieringen av selskapet. Det er satt av en utgift på ti millioner kroner i regnskapet, men beløpet er ikke avklart og kan bli høyere.

Revisjonen er kritisk til at kommunen har tapt inntekter på grunn av utfordringer med faktureringsystemet. Dette gjelder både innkreving av betaling for praktisk bistand og refusjoner ved legevakta.

Kommunedirektøren har i samsvar med bystyrets føringer beregnet mulige gevinstrealiseringer av Helseplattformen i en bystyresak fra 2021. Disse er kvalitetssikret av ekstern konsulent. Tidligere helse- og velferdsdirektør har overfor revisjonen gitt uttrykk for at potensialet for gevinstrealisering kan ligge på opp mot 100 millioner kroner årlig. Det forutsetter at

Helseplattformen blir optimalisert bedre, løser utfordringene med fakturering og at fastlegene tar løsningen i bruk. Kommunedirektøren har for 2025 i handlings- og økonomiplanen lagt til grunn gevinstuttak i 2025 med 22 millioner kroner. Etter revisjonens vurdering har kommunedirektøren foretatt vurderinger av potensialet for gevinstrealisering. Revisjonen mener det er grunn til å stille spørsmål om realismen i anslagene, all den tid enhetene har gitt tilbakemelding om økt ressursbruk.

Revisjonen mener kvaliteten på styringsinformasjonen fra systemet Helseplattformen ikke er tilfredsstillende.

Da bystyret vedtok kjøp av Helseplattformen, la de til grunn at kommunen skulle legge til rette for bruk av lokalt næringsliv og gründere innen helseinformatikk som underleverandører til systemet. Kommunen har ivaretatt dette ved at forholdet er tatt opp med Helseplattformen AS. De viser til flere styresaker der dette har vært tema og til at Helseplattformen AS årlig avsetter midler til innovasjonsprosjekter og at flere av prosjektene omfatter lokale gründere.

5 Kommunens rolle og involvering i planleggingen og anskaffelsen

I dette kapittelet undersøker vi om Trondheim kommunes rolle og involvering i anskaffelsesprosessen var tilfredsstillende.

5.1 Revisjonskriterier¹⁴⁰

- Kommunedirektøren skal påse at saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet.¹⁴¹
- Kommunen bør sikre at kommunens interesser blir ivaretatt i anskaffelsesprosessen.¹⁴²

5.2 Bakgrunn og forprosjekt

Prosessen med å anskaffe Helseplattformen foregikk i perioden 2012 til 2019. Styret i Helse Midt-Norge RHF fattet i 2012 et vedtak om å bytte til et nytt journalsystem.¹⁴³ Det ble samtidig også fattet vedtak om å spørre Trondheim kommune om de ville være med på en felles anskaffelse av en felles pasientjournal. Trondheim kommune takket ja til å delta i et forprosjekt om dette.¹⁴⁴

Tidligere helse- og velferdsdirektør opplyser at bakgrunnen for at kommunen ønsket et nytt journalsystem var at det var mangelfull informasjonsdeling mellom kommune, sykehus og fastleger. Det var mye som ikke fungerte, og kommunedirektøren rapporterte den gangen jevnlig til politisk nivå som følge av manglende informasjonsdeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På startpunktet hadde Trondheim kommune over lengre tid hatt en visjon knyttet til en felles journal som deles med ulike aktører i helsetjenesten.¹⁴⁵

Kommunen og fastleger deltok i et forprosjekt

Helse Midt-Norge RHF etablerte i 2014 et forprosjekt knyttet til felles pasientjournal. Prosjektet hadde deltakere fra alle de tre helseforetakene i Midt-Norge, samt et utvalg fastleger og en representant fra Trondheim kommune. Forprosjektet anbefalte at det ble etablert et prosjekt som skulle anskaffe et nytt elektronisk pasientjournalsystem for sykehusene, og at kommuner og fastleger i regionen skulle inviteres til et samarbeid om dette.¹⁴⁶

¹⁴⁰ For utdypende beskrivelser av revisjonskriteriene, se vedlegg.

¹⁴¹ Kommuneloven § 13-1

¹⁴² Samarbeidsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune, 2016, kapittel 2

¹⁴³ Sak 82/12 - IKT strategi Helse Midt-Norge. I vedtaket fremgår det at "Styret ber administrerende direktør legge vekt på samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene, samt andre offentlige og private aktører i det videre arbeidet."

¹⁴⁴ Bakgrunnen var at Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med et strategiarbeid om utvikling av tjenestetilbudet i 2010 hadde sett et behov for å investere betydelig i IKT for å legge til rette for nye arbeidsprosesser som kunne øke kvaliteten på og samhandlingen om pasientbehandlingen.

¹⁴⁵ Trondheim kommune fikk i 2004 tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet (Fyrtårn-kjernejournal) for å utrede et mål bilde om å dele journaldata på tvers. Kilde: Kommunens svar på spørsmål fra revisjonen om anskaffelsen.

¹⁴⁶ Formannskapet, sak 225/15 Samarbeidsavtale med Helse-Midt RHF - anskaffelse av felles pasientjournal for sykehus, kommuner og fastleger, behandlet 20.10.15

Trondheim kommune tok en aktiv rolle for å forankre prosjektet nasjonalt. I februar 2016 rettet ordføreren en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet hvor hun viste til at prosjektet skulle tilføre viktig informasjon til nasjonale prosjekter, og ba derfor om å få en avklaring på hvilken status prosjektet hadde hos sentrale helsemyndigheter. Ordføreren ba om å få et klart signal fra helseministeren om samarbeidet som var igangsatt ville bli ansett som et viktig bidrag inn mot konklusjonene fra konseptvalgutredningen "En innbygger - en journal", og at prosjektet skulle få en forankring og status som en nasjonal pilot.¹⁴⁷

I juni 2016 ba statsråden Helse Midt-Norge RHF om å gjennomføre programmet "Helseplattformen" som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «Én innbygger – én journal». Tanken var at dette kunne være et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.¹⁴⁸

Fagpersoner i kommunen deltok i arbeidet i perioden Helse Midt-Norge RHF utarbeidet sin konseptvurdering for Helseplattformen. Daværende helse- og velferdsdirektør satt i programstyret for Helseplattformen i perioden konseptvurderingen ble utarbeidet.

Ingen selvstendig utredning, men forankring i planer

Det ble ikke gjennomført en selvstendig utredning knyttet til nytt pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal i kommunen. Kommunens behov for nye journalsystem på helse- og velferdsområdet er imidlertid kort nevnt i kommunens temaplan for IKT fra 2014. Her fremgår det at de elektroniske pasientjournalsystemene ikke var av optimal standard.¹⁴⁹ Legevakstsystemet og legemodulfunksjonen som var i bruk ved kommunens helsehus og helse- og velferdssenter måtte byttes ut innen 2015. I temaplanen ble det også lagt vekt på behovet for investering i samhandlingsløsninger. Det var ønske om at enkle og sikre digitale tjenester skulle gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten lettere, og pasienter og brukere skulle få elektronisk tilgang til egen journal gjennom nye nettjenester. Innbyggerne skulle få tilbud om selvbetjeningsløsninger, og få mulighet til å kommunisere elektronisk med helsepersonell gjennom etablering av den nasjonale satsingen "En innbygger – en journal", som kommunen skulle være med på å utvikle.

Satsingen på en felles journal er nevnt kort i eldreplanen for perioden 2016-2026.¹⁵⁰ Målene er også knyttet inn i kommunens handlings- og økonomiplaner i perioden fra 2017.

I en risikovurdering kommunen gjennomførte i 2017 fremgår det at arbeidet med Helseplattformen ikke var satt inn i et større målbilde eller sammenheng på helseområdet, verken rent IT-teknisk eller virksomhets-/forretningsmessig.

IT-sjefen i kommunen kjenner ikke til at det ble gjort en vurdering av hva kommunen kunne gjøre alene på dette området, uten å samarbeide med andre. IT-sjefen er litt usikker på om de brukte så mye tid på å utrede konsepter, og mener arbeidet fort skled over i en "kravspek"-fase. Delprosjektleder for helse i innføringsprosjektet sier at det ikke fantes noe reelt alternativ til et samarbeid med Helse Midt-Norge RHF dersom man skulle gå for visjonen om en felles elektronisk journal sammen med spesialisthelsetjenesten. På dette tidspunktet var heller ikke det nasjonale alternativet utredet, eksempelvis samarbeid mellom kommuner.

¹⁴⁷ Saksnr 15/50243 og 16/6587 i kommunens arkivsystem

¹⁴⁸ Saksnr 16/6587-4 i kommunens arkivsystem

¹⁴⁹ Temaplan IKT, digitalisering og velferdsteknologi 2015 - 2018, vedtatt 22.5.14

¹⁵⁰ [Trondheim kommune - Eldreplan 2016-2026](#), vedtatt av bystyret 8.12.15

En rådgiver i kommunedirektørens fagstab uttaler at på grunn av at man ikke gjorde noen egen utredning, ble det ikke foretatt noen skriftlig strategisk vurdering av retningen kommunen skulle gå, for eksempel om man skulle jobbe for en felles løsning med spesialisthelsetjenesten eller om man skulle jobbe for flere løsninger som snakket sammen.

Behovet for et nytt journalsystem ble belyst i flere politiske saker

I en sak til formannskapet i 2016 opplyste kommunedirektøren at det daværende journalsystemet for helse og velferd ble tatt i bruk i 2003. Systemet tilfredsstilte ikke krav til funksjonalitet og samhandling med sykehus og fastleger.¹⁵¹ Det var ikke satt noen sluttdato for systemet fra leverandøren, men nyutvikling på løsninger fra leverandørens side var ansett som mer krevende å få aksept for enn tidligere. Kommunedirektøren mente dette var et tegn på at løsningen hadde nådd potensialet. Det å gå videre med dette systemet og de tilhørende arbeidsprosessene, det såkalte nullalternativet, innebar ifølge kommunedirektøren at Trondheim kommune ikke ville få anledning til å delta i arbeidet med å se på hvilke prosesser som kan standardiseres på tvers av aktørene i helsevesenet. Det innebar videre at kommunen kom til å utsette kostnadene med å anskaffe nytt journalsystem med 5-10 år.¹⁵² Kommunedirektøren mente at et felles journalsystem med kommune- og spesialisthelsetjenesten ville være en bedre løsning. Kommunedirektøren uttalte i formannskapssaken at arbeidet så langt viste at det var svært mange sammenfallende og like behov mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, noe både ansatte og ikke minst pasienter ville høste store fordeler av.¹⁵³

Behovet for et nytt journalsystem går også frem av andre politiske saker, blant annet investeringssaken i 2019.¹⁵⁴

Kravspesifikasjonen ble til i et omfattende samarbeid med Helse Midt-Norge

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det konkrete arbeidet med å fastsette funksjonelle og tekniske krav til løsningen ble startet ved årsskiftet 2015/2016. Arbeidet pågikk frem til anskaffelsen ble kunngjort ultimo august 2016.¹⁵⁵ I dette arbeidet ble det utarbeidet en felles anskaffelsesstrategi.¹⁵⁶

Tidlig i 2016 gjennomførte helse- og velferdsdirektøren tiltak for å styrke kommunens rolle i prosjektet. Bakgrunnen var et ønske om å skape en bedre balanse mellom kommunen og Helse Midt-Norge RHF i samarbeidet. En av årsakene til at kommunen ønsket å styrke kommunens rolle var en ekstern kvalitetsgjennomgang av de styrende dokumentene for arbeidet med Helseplattformen.¹⁵⁷

¹⁵¹ Formannskapet, sak 57/16 "Helseplattformen - revidert samarbeidsavtale med Helse Midt- Norge RHF om anskaffelse av felles pasientjournalsystem", behandlet 8.3.16

¹⁵² Formannskapet, sak 57/16 Helseplattformen - revidert samarbeidsavtale med Helse Midt- Norge RHF om anskaffelse av felles pasientjournalsystem, 8.3.16, og sak 238/16 Helseplattformen, 20.9.16

¹⁵³ Formannskapet, sak 57/16 Helseplattformen - revidert samarbeidsavtale med Helse Midt- Norge RHF om anskaffelse av felles pasientjournalsystem, 8.3.16

¹⁵⁴ Bystyret, sak 103/2019 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, 29.8.19

¹⁵⁵ Riksrevisjonen (2024), Rapport - Helseplattformen i Midt-Norge, del 2, kapittel 2.4.3

¹⁵⁶ Samarbeidsavtalen av 2016, punkt 3.3.1

¹⁵⁷ Kilde: Dokument til intern styringsgruppe

Kravspesifikasjonen ble utarbeidet gjennom en omfattende prosess med bred involvering: Over 400 ansatte i helseforetak, kommuner og fastleger i Midt-Norge deltok i et stort antall workshops.¹⁵⁸

Som en del av arbeidet ble det høsten 2016 også gjennomført en nasjonal prosess for gjennomgang av konkurransegrunnlaget, i en gruppe ledet av Direktoratet for e-helse. Deltakerne kom fra statlig og kommunal sektor. Prosessen skulle bidra til at Helseplattformen ble et steg i den nasjonale utviklingsretningen «én innbygger – én journal». Det var imidlertid ingen kvalitetssikring eller «godkjenning» av konkurransegrunnlaget, fremgår det av Riksrevisjonens rapport.¹⁵⁹

Samarbeidsavtaler med Helse Midt-Norge RHF

Med bakgrunn i forprosjektet ble det i oktober 2015 inngått en samarbeidsavtale mellom Helse Midt-Norge, Trondheim kommune og 65 andre kommuner i Midt-Norge om utvikling av en ny elektronisk pasientjournal og et nytt pasientadministrativt system. Dokumentgjennomgangen og intervjuer viser at kommunen var aktivt med på å utforme samarbeidsavtalene gjennom konkrete innspill og forhandlinger.¹⁶⁰ En sak om samarbeidsavtalen ble behandlet av formannskapet.¹⁶¹ Samarbeidsavtalen bandt ikke kommunene til å investere i en ny pasientjournal, men til å delta i fremforhandling av en avtale om levering av en journal som skulle være tilpasset hver enkelt part.

Kommunedirektøren la fram en sak om ny samarbeidsavtale for formannskapet 8. mars 2016. Formannskapet vedtok enstemmig at kommunedirektøren skulle utarbeide en ny forpliktende samarbeidsavtale om felles pasientjournalssystem med sykehus, kommuner og fastleger. Bakgrunnen var at Helse Midt-Norge RHF ønsket en avtale som forpliktet deltakerne i hele anskaffelsesprosessen, ikke kun en opsjon.

I september 2016 ble det inngått en ny samarbeidsavtale med Helse Midt-Norge RHF etter vedtak i formannskapet om anskaffelse og innføring av et nytt pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal.¹⁶² Det fremgår av avtalen at alle kommunene i helseregionen, fastleger, private avtalespesialister, ideelle organisasjoner og andre ville bli involvert i arbeidet. Avtalen inneholder en oversikt over ansvar og når de andre partene skulle involveres og hvem som skulle være involvert i beslutninger.¹⁶³ Trondheim kommunes sentrale rolle i samarbeidet fremgår av oversikten: Kommunen skulle være med på hovedbeslutning når det gjaldt utforming av prosjektdirektivet, design for løsning, driftskonsept, forvaltningbeskrivelse av arbeidsprosesser, implementeringsplan, avtalemessige forhold, anskaffelsesstrategi, konkurransegrunnlag, evaluerings- og prismodell, de ulike dialogfasene, valg av leverandør og kontraktsinngåelse.¹⁶⁴

Kommunedirektøren opplyste i en sak til formannskapet i september 2016 at avtalen ga kommunen adgang til å påvirke sentrale valg og beslutninger i prosessen med en liten risiko til en begrenset kostnad. Kommunen ønsket på dette tidspunktet ikke en forpliktende avtale, der kommunene var likestilt med det regionale helseforetaket. Dette ville ifølge kommunedirektøren

¹⁵⁸ Kilde: Intervjuer og Helse Midt-Norge RHF sak 13-17 vedlegg Helseplattformen - orientering status, datert 9.2.17

¹⁵⁹ Riksrevisjonens rapport, del 2

¹⁶⁰ Kilde: Dokumenter og intervjuer

¹⁶¹ Formannskapet, sak 225/15 Samarbeidsavtale med Helse-Midt RHF - anskaffelse av felles pasientjournal for sykehus, kommuner og fastleger, 20.10.15.

¹⁶² Samarbeidsavtalen av 2016, vedlegg 2 Oversikt over aktører som vil bli inkludert i anskaffelsen.

¹⁶³ Samarbeidsavtalen av 2016, vedlegg 3 Beslutnings- og informasjonsplan for anskaffelsen.

¹⁶⁴ Samarbeidsavtalen av 2016, vedlegg 3 Beslutnings- og informasjonsplan for anskaffelsen.

totalt sett eksponert kommunen for en betydelig større risiko i forhold til feil i anskaffelsesprosessen og prosjektet for øvrig.¹⁶⁵

Trondheim kommune deltok derfor fortsatt som opsjonspartner i prosjektet, men satte som nevnt inn flere ressurser i prosjektet i 2016. Vinteren 2017 etablerte kommunedirektøren også en egen kommunal kvalitetssikringsfunksjon (en QA-gruppe)¹⁶⁶ for å støtte strategisk ledelse i å gjennomgå og forberede saker og tema til behandling i den interne styringsgruppa. Sentrale beslutningspunkter ble behandlet i de ulike styrende organene hvor kommunen var representert; prosjektstyret, eiermøtet og kommunens interne styringsgruppe.¹⁶⁷

5.3 Anskaffelsen

Anskaffelsen var en kompleks prosess i forskjellige faser, med prekvalifisering, anbudsrunde, dialog og valg av løsning. Trondheim kommune var oppdragsgiver sammen med Helse Midt-Norge, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag, alle andre kommuner i helseregion Midt-Norge og Bindal kommune.¹⁶⁸ Helse Midt-Norge RHF var juridisk ansvarlig for anskaffelsen. De organiserte og ledet arbeidet, og betalte kostnadene for kommunenes deltakelse. Det var Helse Midt-Norge RHF som valgte konkurranseform og skrev konkurransedokumentene.¹⁶⁹

Kommunen bidro og påvirket anskaffelsen innenfor de rammer som var avtalt i samarbeidsavtalen av 2016 og var deltaker i alle de viktige beslutningsorganene og de viktige beslutningene som ble fattet.¹⁷⁰ Kommunen etablerte en egen intern styringsgruppe som blant annet behandlet de ulike sakene i tråd med samarbeidsavtalen. I anskaffelsesperioden deltok kommunedirektøren selv i styringsgruppen.

Det fremgår av saksdokumenter til den interne styringsgruppa i januar 2017 at Trondheim kommune ved kommuneadvokaten var dialogpartner med Helseplattformens juridiske ansvarlige i forhold til spesifikke områder i arbeidet med kvalitetssikring og ferdigstillelse av anskaffelsesdokumentene. Kommunen knyttet til seg ekstern kompetanse for å gjennomgå anskaffelsesstrategien og kvalitetssikre konkurransegrunnlaget.¹⁷¹

Det ble gjennomført en anskaffelse ved bruk av konkurransepreget dialog. Kommunen har ikke dokumentasjon fra anskaffelsen da arbeidet ble ledet av Helse Midt-Norge RHF og senere Helseplattformen AS.

I prekvalifiseringen var det elleve leverandører som ønsket å delta, mens fem ble prekvalifisert. I mai 2017 kom det tilbud fra fire leverandører. Disse ble invitert til å delta i en anskaffelsesprosess

¹⁶⁵ Formannskapet, sak 238/16 Helseplattformen, behandlet 20.9.16. Formannskapet sluttet seg til samarbeidsavtalen og ba om at det ble arbeidet videre med å utarbeide en modell for hensiktsmessig kostnadsfordeling.

¹⁶⁶ En QA-gruppe (Quality Assurance) brukes for å sikre kvaliteten på et arbeid, et produkt eller en tjeneste. QA-gruppa bestod av kommuneadvokat, IT-sjef, en rådgiver i rådmannens fagstab, en sektorøkonom og en kommuneoverlege.

¹⁶⁷ Kilde: Notat til kommunerevisjonen datert 25.8.23. Kommunens interne styringsgruppe besto på denne tiden av kommunedirektøren, helse- og velferdsdirektøren, organisasjonsdirektøren, finansdirektøren og byutviklingsdirektøren. Programleder i kommunen, enhetsleder for Enhet for service og internkontroll og en rådgiver i kommunedirektørens fagstab møtte også.

¹⁶⁸ Jf. kunngjøringen

¹⁶⁹ Samarbeidsavtalen fra november 2015 slo fast at kommunene ved å tiltre avtalen ville oppfylle kravene i anskaffelsesregelverket.

¹⁷⁰ Deltakere i hoved- og delbeslutninger fremgikk av et bilag til samarbeidsavtalen fra 2016.

¹⁷¹ Jf. sak nr 16/7921 i kommunens arkivsystem

der en benyttet konkurransepreget dialog.¹⁷² Denne prosedyren førte ifølge kommunedirektøren til at både leverandører og kunder fikk mye ny innsikt i markedsmessige og teknologiske muligheter underveis i prosessen.¹⁷³ Fra januar 2018 sto anskaffelsesprosjektet igjen med to leverandører, Cerner og Epic.

Kommunen styrket sin beslutningslinje i 2018

I januar 2018¹⁷⁴ økte kommunen antall representanter i programledelsen fra to til sju personer. Daværende helse- og velferdsdirektør opplyser at det var viktig for kommunen å få etablert en struktur og et system slik at kommunen fikk tilstrekkelig innsikt i selve prosessen, sikre best mulig deltakelse fra erfarne fagfolk og mulighet til å kvalitetssikre og påvirke at kommunale behov og krav ble godt nok ivaretatt. Han opplyser at det tidlig ble klart at man måtte gjøre dette på en systematisk måte og med faglig tyngde fra kommunesiden, siden den faglige tyngden i utgangspunktet var dominert av sykehussiden.¹⁷⁵ Vi får også opplyst at man på kommunal side måtte delta mer aktivt inn i de ulike dialogmøtene med leverandørene, blant annet vedrørende tema som innføring, pris og risiko.

Kommunen deltok på denne tiden på mange dialogmøter med leverandørene, på referansebesøk hos tre utvalgte kunder i Europa og erfaringsbesøk hos fire helseinstitusjoner i USA.¹⁷⁶

Revisjonen får opplyst at representantene fra kommunen hele veien måtte passe på at de kommunale behovene ble ivaretatt. Kommunen erfarte at det kunne være tyngre å få løftet kommunenes behov opp til behandling enn de fra spesialisthelsetjenesten. Kommunene utarbeidet oversikter over hvilke områder de prioriterte og iverksatte tiltak for å sikre at dette ble ivaretatt.¹⁷⁷

Evaluering av tilbudene

Kommunens interne styringsgruppe behandlet evalueringsmodellen som skulle brukes i konkurransen.¹⁷⁸ Trondheim kommune deltok med flere fagpersoner og ledere i evalueringen av tilbudene. En fastlege og representanter fra andre kommuner¹⁷⁹ var også involvert i evalueringen.¹⁸⁰ Programdirektør, assisterende programdirektør og delprosjektleder for helse deltok i ulike møter i slutfasen av prosessen.

Bekymring vedrørende valg av løsning

Den 3. februar 2019, en drøy måned før kontrakten med Epic ble inngått, sendte kommunens IT-sjef et notat til kommunens interne styringsgruppe der han tok opp bekymringer vedrørende

¹⁷² Dette er en prosedyre omtalt i lov om offentlige anskaffelser.

¹⁷³ Jf. notat til formannskapet datert 1.6.18

¹⁷⁴ Den styrkede programledelsen hadde faste ukentlige koordineringsmøter med helse- og velferdsdirektøren.

¹⁷⁵ Brev fra helse- og velferdsdirektør til programstyret 9.1.18.

¹⁷⁶ Kilde: Notat fra en sentral prosjektmedarbeider. Vi får opplyst at det ble gjort et tydelig skille mellom referansebesøk og erfaringsbesøk ut fra en ren anskaffelsesteknisk vurdering, da erfaringsbesøkene ikke skulle inngå i evalueringsprosessen.

¹⁷⁷ Kilde: Notat fra en sentral prosjektmedarbeider om kommunens involvering i anskaffelsen.

¹⁷⁸ Jf. Sak 05/17 Evalueringsmodell, behandlet i kommunens interne styringsgruppe 30.1.17.

¹⁷⁹ Vi får opplyst at det ble leid inn ressurser fra rundt 20 kommuner i arbeidet med kravspesifikasjonen, pluss utvalgte ressurser i evalueringen. Opsjonskommunene ble representert ved at det kommunale samarbeidsrådet ble etablert i 2017, oppnevnt gjennom KS. Dette rådet er fortsatt det viktigste organet på kommunesiden i samarbeidet med Helse Midt-Norge.

¹⁸⁰ Kilde: Svar på spørsmål fra revisjonen

valg av løsning.¹⁸¹ Bekymringene var knyttet til at Helseplattformen skulle baseres på et stort IT-system (en såkalt suite-løsning¹⁸²). Han argumenterte for at moderne IT-løsninger som regel leveres gjennom et samspill av løst koblede komponenter fra forskjellige leverandører. Dette ga, ifølge IT-sjefen, et større mulighetsrom for gradvis utvikling. Han viste til at dette var i tråd med de etablerte prinsippene for IT-arkitektur i Trondheim kommune og anbefalinger fra Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi).¹⁸³

IT-sjefen mente det var en risiko for at Helse Midt-Norge RHF ble annerledes enn resten av Norge, og var bekymret for at Trondheim kommune skulle ofre muligheten til å være med på andre nasjonale initiativ på området. Han var bekymret for at de tre andre helseregionene ville få større oppmerksomhet fra ulike aktører over tid, og at det var en risiko for at kommunen ville bli prisgitt leverandørens plan for utvikling og at kommunen ikke fikk ta del i andre løsninger som baserte seg på samspill av ulike komponenter. Han mente det var viktig at Helseplattformen i praksis måtte sørge for muligheter for samspill med andre IT-løsninger som også gjør det mulig for Trondheim kommune å stå utenfor den store løsningen fra leverandøren. I notatet fokuserte IT-sjefen på uttalelser fra en direktør i den internasjonalt anerkjente Gartner-group, som mente at man i fremtiden ville bevege seg bort fra store, helhetlige løsninger i helsesektoren. IT-sjefen mente at kommunen ikke burde utløse sin opsjon på Helseplattformen uten først å ha vurdert alternativet med at kommunen kunne velge en egen kommunal pasientjournal som kunne samspille med Helse Midt-Norge RHF sin løsning. IT-sjefen uttalte at han hadde stor respekt for kompetansen i Trondheim kommune og de helhetlige perspektiver kommunen hadde tatt i prosessen. Han uttalte imidlertid at han mente løsningen Helse Midt-Norge RHF hadde valgt var feil for kommunen og at prisen var for høy.

I intervju med revisjonen uttaler IT-sjefen at anskaffelsesprosessen ble lagt opp slik at man utelukket veldig mye i en tidlig fase, noe som ville føre til at man endte opp i en såkalt suite-løsning. Skulle de ha endt opp med noe annet, måtte de ha delt opp anskaffelsen. Anskaffelsesprosessen låste seg, ifølge IT-sjefen, ganske tidlig. Han uttaler at hans inntrykk var at noen hadde bestemt at man skulle ha en type løsning, og at dette ble litt styrende.

Notatet fra IT-sjefen ble behandlet av kommunens interne styringsgruppe. QA-gruppen pekte på at flere av de tilbudte løsningene i anskaffelsen var i tråd med løsningsarkitektur/-modellen som ble anbefalt i notatet fra IT-sjefen. Gruppen pekte på at konkurransen var åpen for alle løsninger som kunne oppfylle målsetningene og kravene som var satt, og at to av leverandørene tilbød slike løsninger. Disse tilbudene ble valgt bort i anskaffelsesprosessen fordi de ikke tilfredstilte konkurransens målsetninger og krav, samt at gjennomføringsrisikoen ble vurdert å være svært høy.

¹⁸⁴

Styringsgruppa vedtok at helse- og velferdsdirektøren skulle gi en tilbakemelding til IT-sjefen på behandlingen med utgangspunkt i tilbakemelding fra QA-gruppen.

¹⁸¹ Saksnr 19/5647 i kommunens arkivsystem

¹⁸² En suiteløsning (ofte programvarepakke eller applikasjonspakke) er en samling av dataprogrammer (applikasjonsprogramvare eller programmeringsprogramvare) med relatert funksjonalitet, som deler et lignende brukergrensesnitt og muligheten til enkelt å utveksle data med hverandre. Løsningen er oftest basert på tilgang til den samme datakilden (databasen), men tilgangen er som regel proprietær (ikke åpen eller basert på internasjonale standarder) og lite eller utilgjengelig for andre løsninger enn de som inngår i selve suiten. [Kilde: KS](#)

¹⁸³ Direktoratet skiftet navn til Digitaliseringsdirektoratet 1.1.20.

¹⁸⁴ Saksdokumenter til styringsgruppemøte 18.2.19.

IT-sjefen opplyser at han ikke har inntrykk av at notatet ble behandlet eller tatt hensyn til av kommunedirektøren og styringsgruppa. Hans daværende leder stilte spørsmål ved IT-sjefens lojalitet. Han oppfatter selv at han var lojal fordi han varslet om at han mente det var feil av kommunen å gå inn i Helseplattformen.

Etter noen dagers medieomtale om valg av løsning og leverandør, sendte helse- og velferdsdirektøren et notat til formannskapet i slutten av februar 2019. Her uttaler han at kommunen og sykehuset har vært enige om alle krav i konkurransen, og at kommunen har vært tett på den konkurransebaserte dialogen hvor leverandørene har kommet med sine tilbud. Helse- og velferdsdirektøren uttalte at kommunen sammen med Helse Midt-Norge RHF hadde valgt den løsningen som fyller helsetjenesten sine kvalitets- og fagkrav best, til beste for pasienten. Han understreket at kommunen hadde full tillit til at dette var det riktige valget for regionen.¹⁸⁵

Riksrevisjonens undersøkelse viser at Helse Midt-Norge RHF mente at et helhetlig system samsvarte best med deres "evne til å ta i mot løsningen".¹⁸⁶ I konkurransegrunnlaget ble det lagt opp til at det skulle være en kontraktør med et helhetlig ansvar for leveransen. For å redusere innføringsrisiko ble det stilt krav om en løsning med høy modenhet. Vi får opplyst at kravet om en samlet løsning og høy modenhet gjorde det lite sannsynlig med mange underleverandører.

Fastlegenes involvering i utrednings- og anskaffelsesfasen

Trondheim kommune og spesialisthelsetjenesten la til grunn at fastlegene skulle ta del i løsningen som skulle etableres. Hovedfokuset i anskaffelses- og innføringsfasen var å sikre at prisen på løsningen til fastlegene ikke skulle oppleves for høy, og at løsningen var brukervennlig for fastlegene.

Vi får opplyst at det var fastleger som deltok i forprosjektet. En fastlege i Malvik kommune ble frikjøpt på deltid fra høsten 2015 og på heltid fra 2016. Andre fastleger ble også frikjøpt for å delta i helsefaglig referansegruppe og workshops i perioden. I 2018 og 2019 ble det arrangert møter med legeföreningen sentralt, regionalt og lokalt, i alt fire møteserier.

Fra høsten 2019 deltok åtte fastleger som fagekspert; fire fra to ulike private legekontor i Trondheim, to fra Møre og Romsdal og to fra nord i Trøndelag. Fastlegene fra Trondheim ble frikjøpt i 40 prosent stilling hver til å jobbe med Helseplattformen.¹⁸⁷ Fra 2022 har det vært et "fastlegeråd" i form av møter hver 2.-3. måned mellom Helseplattformen AS, Trondheim kommune, samarbeidsrådet og en representant fra hver av de tre regionale legeföreningene.

På spørsmål om fastlegene var godt nok involvert i arbeidet, viser tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS til at det strukturelle var på plass. Hans inntrykk er at det ikke alltid var like lett å få gjennomslag for alt det de ønsket i Helseplattformen. Det var mange ulike faglige behov som skulle håndteres i det store prosjektet.

¹⁸⁵ Notat til formannskapet datert 26.2.19

¹⁸⁶ Riksrevisjonens rapport om Helseplattformen i Midt-Norge, delrapport 2, kapittel 2.3.2

¹⁸⁷ I tillegg ble to legesekretærer fra hver av de to legesentrene som bidro fra Trondheim frikjøpt i 20 prosents stilling. Trondheim kommune betalte for en kommunal vikar på legekantoret for at fastlegene skulle kunne arbeide med Helseplattformen. De andre fastlege-fagekspertene deltok i 20 prosents stilling hver. Vi får opplyst at fastlegene fra Trondheim har vært med hele tiden, men de andre ga seg etter hvert. Vi får opplyst at de fire utenfor Trondheim deltok på møter digitalt og satt ikke fysisk sammen med de andre, dermed kom de seg ikke skikkelig inn i løsningen.

5.4 Kontrakt inngås med Epic

Vi får opplyst at avtalen med leverandøren Epic i all hovedsak ble fremforhandlet av Helse Midt-Norge, men de funksjonelle kravene til løsningen var basert på arbeidet gjennom evalueringsprosessen og valgt anskaffelsesprosedyre.¹⁸⁸

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i februar 2019 å tildele kontrakten om ny pasientjournal til Epic Systems Corporation¹⁸⁹ og 20. mars 2019 var anskaffelsen ferdig, og Helseplattformen AS undertegnet kontrakt med Epic Systems Corporation.

På dette tidspunktet hadde Trondheim kommune ennå ikke besluttet om de ønsket å utløse opsjonen på deltagelse i selve implementeringen av det nye pasientjournalssystemet. Det ble fortsatt forhandlet om kostnadsfordeling og andre forhold.

5.5 Ny samarbeidsavtale og aksjonæravtale i 2019

Bystyret besluttet den 29. august 2019 å inngå en ny samarbeidsavtale og aksjonæravtale med Helse Midt-Norge.¹⁹⁰ Viktige forutsetninger for vedtaket var at:

- a. Trondheim kommune skulle få dekket alle ekstra kostnader som følge av at Trondheim kommune går først.
- b. Trondheim kommune ikke skulle forskuttere eller på annen måte ta økonomisk risiko på vegne av andre aktører, herunder fastleger og andre kommuner.
- c. Trondheim kommune var sikret forsvarlig styring og kontroll gjennom en ubrutt styringslinje i etableringsfasen for å ivareta kommunelovens krav om dette.

Bystyret vedtok også at Trondheim kommune skulle utløse sin opsjon på kjøp av Helseplattformen innenfor en samlet kostnadsramme på 354 millioner kroner på det tidspunkt forutsetningene var oppfylt.¹⁹¹

Den 18. november 2019 undertegnet kommunedirektøren en ny samarbeidsavtale og en aksjonæravtale, som han vurderte sikret kommunen forsvarlig styring og kontroll.

5.6 Revisjonens vurderinger

Trondheim kommune deltok i arbeidet med planlegging og anskaffelse av det nye pasientjournalssystemet. Helse Midt-Norge RHF hadde overordnet ansvar, og kommunen var en aktiv samarbeidspartner som bidro med ressurser i arbeidet. Kommunens deltakelse de første årene var begrenset til noen få sentrale fagpersoner. Hovedansvaret for utarbeiding av konseptet lå til Helse Midt-Norge.

¹⁸⁸ Kilde: Svar på spørsmål fra revisjonen

¹⁸⁹ Jf. anskaffelsesprotokoll fra Helse Midt-Norge

¹⁹⁰ Jf. arkivsak 19/20255

¹⁹¹ Ved framlegging av statsbudsjettet for 2020 vurderte kommunedirektøren at beløpene ikke ivaretok behovet for å imøtekomme bystyrets forbehold. Det var en viktig forutsetning i bystyrevedtaket at Trondheim, som første kommune, ikke skulle bære risikoen med kostnader knyttet til å sette opp løsningen for andre kommuner og fastleger. Ordføreren sendte brev til helse- og omsorgsministeren for å avklare statens holdning til bystyrets krav. Kommunen fikk bekreftet at staten ville bevilge tilskudd i form av lån for å dekke opp denne risikoen, slik at Trondheim ikke skulle ta på seg risiko på vegne av andre kommuner og fastleger.

Revisjonen mener kommunen deltok og sikret at kommunens interesser ble ivaretatt i anskaffelsesfasen. Kommunen ble en del av samarbeidet gjennom et forprosjekt i 2014 og deltok med et økende antall fagpersoner frem mot 2019 i arbeidet med behovsutredning og kravspesifisering. Kommunen deltok i beslutninger i anskaffelsesprosessen gjennom programstyret, som besto av representanter fra Helse Midt-Norge RHF og kommunen. Beslutninger av stor betydning ble behandlet i kommunens interne styringsgruppe. Det ble inngått samarbeidsavtaler og aksjonæravtale som sikret kommunens interesser i anskaffelsen.

Revisjonen mener Trondheim kommune har hatt en viktig rolle for å ivareta kommunenes behov og å involvere fastlegene i arbeidet med det nye pasientjournalssystemet. I 2017 ble det etablert et samarbeidsråd for opsjonskommunene, og Trondheim hadde sekretariatsfunksjonen.

Kommunen stilte med en rekke fagpersoner i arbeidet med å definere krav til det nye journalssystemet. Fastlegene deltok også. De pekte på konkrete risikoområder i løsningen, men disse ble ikke fulgt opp av Helseplattformen AS. Revisjonen mener dette er uheldig.

Kommunen gjennomførte ikke en egen utredning av alternativer til nytt journalssystem. Behovet for ny pasientjournal var nevnt i kommunens planer og omtalt i politiske saker. Kommunens IT-sjef tok i februar 2019 opp bekymringer knyttet til valg av løsning. Revisjonen er kritisk til at innspillene ikke ble utredet og vurdert grundigere.

6 Forberedelser før innføring av løsningen

I dette kapittelet undersøker vi om Trondheim kommune gjorde tilstrekkelige forberedelser før innføringen av Helseplattformen i kommunen.

6.1 Revisjonskriterier¹⁹²

- Virksomheter i helsesektoren skal sørge for at det gjennomføres testing som sikrer at meldingstrafikken fungerer som forventet.¹⁹³ Dette er ifølge kravene spesielt viktig ved blant annet oppgradering av systemer for elektroniske pasientjournaler.
- Ved innføring av nye IT-systemer i helse- og omsorgssektoren er det viktig at alle som skal bruke systemene får tilstrekkelig opplæring.¹⁹⁴

6.2 Leverandøren måtte utvikle en løsning for kommunene

For at helsepersonell skal kunne overholde sine lovpålagte plikter og utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte er det viktig at journal- og informasjonssystemer legger til rette for dette ved å understøtte pasientforløp.

Beslutninger om hvordan utformingen av Helseplattformen skulle sikre standardiserte pasientforløp, skulle helsepersonellet i størst mulig grad ta selv. Helseplattformen AS hadde ansvaret for å tilpasse Epics grunnsystem til hvordan helseforetakene og kommunene ville utforme Helseplattformen basert på de standardiserte pasientforløpene. Arbeidet skulle bygge på to prinsipper:

- Beslutninger om utforming skulle tas av brukerne: De som selv skulle bruke Helseplattformen skulle i størst mulig grad ta beslutningene om utformingen. Helseplattformen AS hadde ikke en IT-faglig vetoett.
- Beslutninger om utforming skulle baseres på konsensus: Dersom representantene på det laveste nivået mislyktes i å finne en felles løsning, skulle de sende problemstillingen videre til et høyere nivå.

Beslutningsprosessene for standardisering av pasientforløp i Helseplattformen innebærer helsefaglige beslutninger om utforming, IT-teknisk tilpasning av Epics grunnsystem og organisatorisk innføring i helsetilbudet. På det laveste nivået for beslutninger om utforming var de helsefaglige representantene for brukergrupper (fagekspertene) innenfor ulike fagfelt i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Som nevnt var det bred deltakelse i arbeidet med å beskrive arbeidsprosesser.¹⁹⁵ Arbeidsprosessene skulle legges til grunn i tilpassingen av Epics grunnsystem til kommunene. De

¹⁹² For utdypende beskrivelser av revisjonskriteriene, se vedlegg.

¹⁹³ Direktoratet for e-helse. (2021). Krav til elektronisk meldingsutveksling, punkt 4.

¹⁹⁴ Meld. St. 9. (2012–2013). Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren, helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016) § 6 f.

¹⁹⁵ Flertallet av fagekspertene kom fra helseforetakene, særlig St. Olavs hospital. Mer enn 20 kommuner har bidratt, de fleste personene fra Trondheim kommune.

fleste fagekspertene er helsepersonell, men det er også egne team for data og IKT, administrative oppgaver og så videre.¹⁹⁶ Leverandøren Epic hadde ikke levert journalsystem til kommuner tidligere, kun til sykehus. Dette gjorde at kommunen måtte beskrive sine behov og krav tydelig.

I Trondheim kommune pågikk det i perioden januar til mai 2018 et arbeid med å kartlegge de ulike tjenesteområdene med tanke på utvikling av nytt journalsystem. 60 arbeidsprosesser ble kartlagt og det ble rekruttert fagpersoner til å gjennomføre kartleggingen.¹⁹⁷ Kartleggingen ble verifisert og forankret av enhetsledere og avdelingsledere i de ulike tjenesteområdene. Trondheim kommune har hatt et hovedansvar for at den nye journalløsningen passer for alle typer kommuner. Det ble gjennomført møter med aktuelle opsjonskommuner og forankring av pasientløp¹⁹⁸ på tvers av kommuner.

I perioder var det 80-90 fagekspertgrupper med fagfolk fra både kommuner og helseforetak. Disse jobbet med hver sine oppgaver, for eksempel arbeidet en med saksbehandlingsløsningen, mens andre arbeidet med hjemmebaserte tjenester og legemidler. Trondheim kommune opplyser at de i noen tilfeller opprettet lokale fagekspertgrupper i tillegg, som jobbet med løsninger på behovene til kommunene.

Det fagekspertene ikke ble enige om, og det som ligger utenfor mandatet og beslutninger som vil utløse store endringer eller kostnader, løftes videre til felles beslutningsgruppe, der alle organisasjonene som har innført Helseplattformen deltar.¹⁹⁹ Generelt var Trondheim kommune god til å forankre beslutningene fagekspertene tok i sine fagmiljøer, mener Helseplattformen AS.

En av våre informanter som var med på bygge løsningen for hjemmetjenesten sier at de i starten fikk informasjon om hva Epic kunne tilby av løsninger. Så hadde de møter med en applikasjonsanalytiker fra Helseplattformen, og noen fra Epic. Det var så kommunens folk som måtte forklare og rette det de kom med. De fikk informasjon om at det var ganske mye begrensninger i systemet. De måtte bygge opp løsningen for hjemmetjenesten siden Epic ikke hadde erfaring med hjemmetjenester.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at helsetjenestenes beslutninger om utforming og Helseplattformen AS sine tilpasninger, manglet en helhetlig styring. Det var utfordringer med å få til avveininger mellom faglige behov og behov for et enkelt og fleksibelt arbeidsverktøy. Videre måtte man også ta hensyn til tekniske og økonomiske konsekvenser. Undersøkelsen viser at den manglende helhetlige styringen førte til at beslutningene fagekspertene tok i liten grad var koordinert. Dette ga en lite helhetlig utforming av Helseplattformen.²⁰⁰

Delprosjektledere i Trondheim kommune opplyser at de så utfordringene med at løsningen "kunne komme til å sprike". Det ble gjennomført hyppige møter der fagekspertene og ansatte i Helseplattformen AS deltok, med formål å koordinere beslutninger og bygging av løsningen på

¹⁹⁶ Det samme prinsippet ble brukt i anskaffelsesprosjektet, der helsepersonell fra hele regionen deltok i arbeidet med kravspesifikasjon og evaluering av tilbud i konkurransen om å levere journalløsningen.

¹⁹⁷ Kartleggingen omfattet pasientforløp, prosedyrer og rutiner i kvalitetssystem, papirskjema, telefonrutiner, kartleggingsverktøy, medisinsk teknisk utstyr, særskilte områder (arbeidslister, egenbetaling) og tidstyver.

¹⁹⁸ Institusjon, hjemmetjeneste, helsestasjon og døgnrehabilitering.

¹⁹⁹ I den faglige beslutningsstrukturen inngår også flere råd som er oppnevnt av Felles beslutningsgruppe. Det er etablert råd for leger og behandlere, sykepleie og helsefag, legemidler, kreftsykdommer, virksomhetsstyring, kunstig Intelligens, administrative funksjoner og oversettelse.

²⁰⁰ Riksrevisjonen (2024), Rapport - Helseplattformen i Midt-Norge, del 2

tvers av tjenesteområder. Manglende styring av prosessen og vanskelige arbeidsforhold under pandemien medvirket også til forsinkelser.²⁰¹

Noen av informantene i kommunen peker på utfordringer knyttet til at det er ulike arbeidsflater i Helseplattformen. En informant mener at Helseplattformen er bygd i "siloe", hvor de ulike tjenesteområdene har tenkt på hvordan de selv ønsker å ha systemet. Systemet er lite utbygd på tvers, og det er i liten grad tenkt på hvordan samarbeidet mellom enheter skal være. Det er ikke tatt utgangspunkt i pasientens behov for tjenester, og laget løsninger der de samarbeidende instansene har sømløse arbeidsflater. Det er først bygd løsninger for hver instans, og så prøver man i ettertid å sy disse sammen, med varierende hell. Dette oppfattes av informanten som utfordrende.

Et av helse- og velferdssentrene vi har snakket med har også omsorgsboliger. Der får vi opplyst at enheten må forholde seg til to versjoner av systemet, siden det er to ulike arbeidsflater for omsorgsboligene og sykehjemmet. Dette er utfordrende for ansatte som arbeider begge steder, og de oppfatter at de ikke har tid til å lære seg begge arbeidsflatene.

6.3 Innføringen i kommunen ble utsatt en gang

Kontrakten med leverandøren fastla at Trondheim kommune og St. Olavs hospital HF skulle ta i bruk løsningen samtidig i fjerde kvartal 2021.²⁰²

I august 2020 orienterte helse- og velferdsdirektøren formannskapet om en sannsynlig forsinkelse av innføringen. Vurderingene som var gjort viste at man ved å opprettholde opprinnelig plan ville få en uferdig og ikke godt nok testet løsning. En utsettelse kunne gi en kvalitativt god løsning, men ville gi andre konsekvenser og risikoforhold, herunder kontraktuelle forhold og økte kostnader jo lengre utsettelsen blir. Videre utvikling av pandemisituasjonen ble også ansett som en stor risikofaktor videre da det var krevende å innhente forsinkelsen under pandemien.²⁰³

Den 1. desember 2020 orienterte helse- og velferdsdirektøren formannskapet om et vedtak i styret til Helseplattformen om forsinkelse i byggingen av løsningen. Det fremgår av saken at det var utfordrende å gjennomføre all bygging og testing i en tid med pandemi hvor ikke alle kunne møtes på felles arena og diskutere løsninger. Det var også noen nasjonale avhengigheter, blant annet en nasjonal forskrivningsmodul som de på nasjonalt nivå ikke var ferdige med før høsten 2020, som skulle bygges inn i systemet. Styret i Helseplattformen AS anbefalte overfor eierne at innføringen i Trondheim kommune og ved St. Olavs hospital HF skulle utsettes med seks måneder.²⁰⁴ I januar 2021 la kommunedirektøren frem en sak til formannskapet om en utsettelse fra oktober 2021 til mai 2022. Formannskapet tok saken til orientering og støttet anbefalingen om seks måneders utsettelse. Bakgrunnen for forsinkelsen var at arbeidet hadde krevd større ressursbruk enn det leverandøren hadde beregnet. I tillegg hadde det tatt lengre tid enn forutsatt å etablere en god teknisk løsning for blant annet medisineringsområdet. Koronapandemien hadde også vært en utfordring.

²⁰¹ Riksrevisjonens rapport del 1, kapittel 4.4.3

²⁰² Helse Nord-Trøndelag HF skulle etter planen ta i bruk systemet høsten 2021 og Helse Møre og Romsdal HF første kvartal 2022. Kommunene i samme område skulle etter planen ta i bruk løsningen samtidig.

²⁰³ Formannskapet, 25.8.20, sak 155/20, Sak til eventuelt - Sannsynlig forsinkelse mht innføring av Helseplattformen i Trondheim og på St. Olavs hospital.

²⁰⁴ Formannskapet 1.12.20, sak 208/20

Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder vurderte at utsettelsen var nødvendig for at forskrivning av legemidler skulle fungere godt for alle aktører, at mer tid ville ivareta kvalitet i bygging og testing av den kommunale funksjonaliteten før idriftsetting og bedre tid til å forberede god opplæring. En konsekvens av utsettelsen var også at kommunens kostnader ville øke og at gevinstrealiseringen ville bli utsatt. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4.

Utsettelse av innføringen ved St. Olavs hospital

Styret ved St. Olavs hospital HF konkluderte 27. april 2022 med at innføringen ved sykehuset burde utsettes til midten av september. Bakgrunnen var at sykehuset mente det var pasientsikkerhetskritiske områder som fortsatt ikke var løst. Helseplattformen AS bekreftet overfor St. Olavs hospital HF at løsningen var klar for produksjonssetting fra 6. mai 2022.²⁰⁵

Da Trondheim kommune fikk vite at St. Olavs hospital HF utsatte innføringen, gjennomførte de en risikoanalyse og gikk gjennom alle felles funksjoner i systemet. Analysene viste at det ikke var store utfordringer med at kommunen tok i bruk løsningen selv om St. Olavs hospital HF ikke gjorde det. Etter analysen var anbefalingen at kommunen kunne gå videre med innføring av systemet til planlagt dato. Med bakgrunn i dette besluttet Trondheim kommune å ta i bruk Helseplattformen 7. mai 2022 som eneste aktør.

Den første tiden hadde kommunen et kommandosenter, der beslutninger om tiltak og endringer ble tatt fortløpende. I denne perioden hadde kommunen bistand fra Helseplattformen AS og Epic. De deltok i alle beslutningsmøter daglig. Delprosjektledere opplyser at som eneste bruker måtte kommunen håndtere mange "nyoppdagede" problemer med løsningen, for eksempel integrasjon med Folkeregisteret, tilgangsstyring og e-meldinger. Informantene opplyser at det var en stor fordel å få all oppmerksomhet fra Helseplattformen AS i denne perioden.²⁰⁶

Informantene opplyser til revisjonen at overgangen til nytt system i kommunen stort sett gikk bra. Flere uttaler at mye har gått bra ved innføring av Helseplattformen fordi de ansatte i kommunen kjenner pasientene godt. Enhetene vi intervjuet hadde informasjon om pasientene tilgjengelig på papir da de gikk live, som en støtte og informasjonskilde ved problemer i overgangen til nytt system.

6.4 Kommunen startet planleggingen tidlig

Kommunens forberedelser kan deles inn i modningsaktiviteter, forberedelsesaktiviteter og opplæring.

Modningsaktivitetene besto av lederforankring, kommunikasjon og fagdager for alle enheter. Dette arbeidet pågikk frem til de felles forberedelsesaktivitetene startet fra og med høsten 2021. Kommunen startet de interne forberedelsene til innføringen i 2018-2019, det vil si før bystyret fattet det formelle vedtaket om å utløse opsjonen og investere i det nye journalsystemet. Dette ble gjort fordi kommunens prosjektledere så at det var mye arbeid som skulle planlegges og gjennomføres for at de ansatte skulle være klar til å ta systemet i bruk.

Forberedelsesaktivitetene var omtalt i avtalen med leverandøren, og ble planlagt sammen med Helseplattformen AS og St. Olavs hospital. Trondheim kommune hadde blant annet ansvar for at systemet ble tilpasset til kommunene, mens Helseplattformen AS i hovedsak hadde ansvar for

²⁰⁵ Den 9.6.22 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF en ny innføringsplan for helseforetakene, der St. Olavs hospital HF skulle innføre løsningen 12.11.22.

²⁰⁶ Kilde: Intervjuer og presentasjon til revisjonen datert 25.8.23

innhold og kvalitet på gjennomføring. Vi får opplyst at hovedperioden for forberedelsesaktivitetene var fra september 2021 til mars/april 2022. Rekruttering av superbrukere var en av aktivitetene denne perioden.

Organisering av innføringsprosjektet

Arbeidet med innføring av løsningen ble organisert som et prosjekt i 2019.²⁰⁷ Det ble etablert fem delprosjekter (helse, omsorg, organisasjonsutvikling, IKT og data), ledet av hver sin delprosjektleder. Delprosjektlederne for helse og omsorg var faste representanter inn i beslutningsstrukturens øverste faglige nivå som ble kalt felles beslutningsgruppe.

Det ble etablert en ordning med faglige koordinatorene som fikk i oppgave å koordinere og følge opp aktiviteter og leveranser innenfor faglige, ressursmessige eller andre relevante områder på tvers av fagområdene. De skulle også identifisere og rapportere risiko.

Vi får opplyst at det i innføringsprosjektet var hyppige møter mellom prosjektlederne og med prosjekteier. Det var månedlige møter med intern styringsgruppe der det blant annet ble rapportert på økonomi, omfang og risiko. Innføringsprosjektet var sekretariat for eiermøtet, som var felles med Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS. Vi får opplyst at det ble holdt felles ukentlige koordineringsmøter med Helseplattformen AS, St. Olavs hospital, Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Omtrent et år før de skulle ta systemet i bruk ble det etablert en operativ styringsgruppe sammen med Helseplattformen AS og St. Olavs hospital.

Flere forberedelsesaktiviteter ble satt i gang

Vi får opplyst at Trondheim kommune benyttet Epics innføringsmetodikken. Det ble gjennomført en rekke forberedelsesaktiviteter blant ledere og medarbeidere i kommunen. Målet var å sikre at lederne og medarbeiderne hadde kjennskap til arbeidet, forståelse for og eierskap til satsingen. Det ble blant annet gjennomført demonstrasjoner²⁰⁸ og utprøvinger av systemet for de ansatte og det ble holdt digitale samlinger med enhetslederne. Hovedtillitsvalgte ble involvert i aktivitetene.²⁰⁹

Høsten 2021 ble det gjennomført fagdager for de ansatte. Det ble også gitt informasjon gjennom en prosjektnettside, intranett, nyhetsbrev og Helseplattformen AS sin nettside.

En del av innføringsmetodikken til leverandøren var systematiske vurderinger av om organisasjonen var moden nok til å ta i bruk løsningen.²¹⁰ Denne prosessen ble benyttet det siste halve året før kommunen tok i bruk løsningen. Vi får opplyst at det ble rapportert jevnlig på status for forberedelsene i samarbeidet mellom kommunen, Helseplattformen AS og leverandøren.

²⁰⁷ Helse- og velferdsdirektør var prosjekteier og enhetsleder for Enhet for service og internkontroll var prosjektleder. Innføringsprosjektet i Trondheim kommune, Prosjektplan, gjeldende fra 1.1.20.

²⁰⁸ Demonstrasjonene, eller konsepttester som det også ble kalt, ble utført av Helseplattformen og gjaldt utvalgte pasientforløp. Demonstrasjonene skulle godkjennes av fagekspertene. Dette var en milepæl i godkjenning av leveransen og skulle øke forståelsen og eierskap hos sluttbrukere.

²⁰⁹ Kilde: Presentasjon til revisjonen datert 25.8.23.

²¹⁰ Denne prosessen ble kalt «E' vi klar?».

Sentrale informanter i Helseplattformen AS mener at modningen av organisasjonen for endring av pasientforløp i flere tilfeller har vært raskere i Trondheim og de andre kommunene enn i spesialisthelsetjenesten.

Det ble utarbeidet et prosjektdirektiv for innføringsprosjektet med resultatmål.²¹¹
Prosjektdirektivet satte opp 11 effektmål og målsetninger for fremtidige effekter.²¹²

I innføringsprosjektet i kommunen skulle det utredes konkrete gevinster og etableres strategiske gevinstmål med tilhørende måleindikatorer (KPI). En detaljert plan for gevinstrealisering skulle legges frem for bystyret innen første kvartal 2021.

6.5 Testingen var begrenset

Helseplattformen AS hadde utarbeidet en testplan

Helseplattformen AS var hovedansvarlig for gjennomføring av testingen, og utarbeidet en testplan i samarbeid med leverandøren.²¹³ Testplanen er skrevet på engelsk og fremstår som vanskelig å forstå. Det er uklart hva som er Helseplattformen AS eller Epic sitt ansvar.

Det fremgår av testplanen at det var behov for å samkjøre testmetodene til Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge, fastleger og kommuner. Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge RHF og kommunene brukte en tilnærming basert på internasjonale, faglige anbefalinger fra ISTQB når løsningen skulle testes,²¹⁴ mens leverandøren Epic hadde sin egen måte å gjennomføre testingen på.

Epic skulle programmere og designe løsningen og planlegge og utføre tester av enkeltdeler og samhandlingen mellom ulike deler av programmet, mens Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune skulle planlegge og gjennomføre leveransetester, integrasjonstester, akseptansetester og tester av innføringen.²¹⁵

Kommunen testet blant annet integrasjoner og arbeidsflyter

Vi får opplyst at kommunen testet utstyr og integrasjoner mot Helseplattformen, tilgangsstyring og håndholdte enheter (Rovere) som brukes for oppgavehåndtering og arbeidsflyt. Kommunen kvalitetssikret også flytting av data fra eksisterende journalløsninger inn i Helseplattformen.

²¹¹ Prosjektdirektiv, revidert utgave, godkjent av prosjekteier 27.1.20. Prosjektet skulle sørge for at Trondheim kommune var godt forberedt og hadde en plan for nyttiggjøring av Helseplattformen, var beslutningsdyktig i møte med samarbeidspartnere og leverandør, at beslutningsstrukturen ble bemannet med ressurser med riktig kompetanse, hadde kartlagt og kvalitetssikret alle integrasjoner opp mot Helseplattformen og migrering av data fra eksisterende løsninger inn i Helseplattformen, hadde etablert teststrategi og testplaner, gjennomført tester og godkjent relevante deler av løsningen før opplæring av sluttbruker, hadde definert opplæringsbehov og etablert en plan for gjennomføring av opplæringen, hadde etablert en detaljert plan for gevinstrealisering og hadde etablert en løsning for dataforvaltning (styring, rapportering, analyse og forskning).

²¹² Prosjektdirektiv, revidert utgave, godkjent 27.1.20. Innen hjemmebaserte tjenester skulle løsningen legge til rette for at brukerrettet tid økte fra 51 (2020, revisjonens anmerkning) til 56 %, estimert til en årlig effekt på opptil 38 mill. kr frem mot 2040. De andre effektmålene er omtalt i kapittel 1.1.

²¹³ Dokumentet "Acceptance process and test strategy v1.0" datert 2019, side 5.

²¹⁴ ISTQB står for International Software Testing Board, et styre/faglig sammenslutning som utgir internasjonale anbefalinger for testing av IT-løsninger.

²¹⁵ Jf. dokumentet "Acceptance process and test strategy v1.0" datert 2019, side 7. Leveransetesten skulle dekke de samme punktene som ISTQB anbefalte. Kommunen testet integrasjoner mot Helseplattformen sammen med Helseplattformen, tjenesteforvaltere og IT-tjenesten. IT-tjenesten testet også teknisk utstyr.

Tilgangsstyring viste seg å være en utfordring den første tiden etter at kommunen tok i bruk systemet.²¹⁶ Flere informanter på enhetene opplyser også at det over tid har vært utfordringer med etikettskrivere og nettilgang og oppdatering av de mobile enhetene.

Informantene opplyser at testene av arbeidsflyter var svært detaljerte for sykehuset, men det som var foreslått for kommunene var til dels mangelfullt. Kommunen ga innspill til testscrip, men opplever at det var utfordrende å skape relevante test-script da løsningen ikke var ferdig bygget, og det ikke hadde vært opplæring.²¹⁷

Testteamet i kommunen besto av en ansatt med IT- og testbakgrunn, en sykepleier og en innleid konsulent. Trondheim kommune deltok i en såkalt ende til ende-test som testet arbeidsflyter og en sluttbrukerakseptansetest.²¹⁸

Trondheim var hovedansvarlig for gjennomføring av sluttbrukerakseptansetesten der omtrent 80 arbeidsflyter i kommunen ble testet og godkjent av sluttbrukere og fagekspert. I denne testen var det fokus på kritiske arbeidsflyter, for eksempel overflyttinger av pasienter fra en enhet til en annen, og mellom nivåer i helsetjenesten, mengdearbeidsflyter, det vil si arbeidsoppgaver som gjøres ofte av mange ansatte og spesialarbeidsflyter, for eksempel legevakt.

Tilganger, innhold, e-meldinger og eksterne meldinger ble ikke testet.²¹⁹

Rapporten etter sluttbrukerakseptansetesten ble lagt fram for den interne styringsgruppa til orientering. Rapporten anbefalte å godkjenne sluttbrukerakseptansetesten. Risikonivået ble ansett som akseptabelt, gitt at planlagte tiltak ble gjennomført. Anbefalingen om å godkjenne forutsatte at Helseplattformen AS rettet opp flere feil²²⁰ i løsningen innen gitte frister.²²¹

Utfordringer i testingen

Informanter i testteamet opplyser at fagekspert, superbrukere og sluttbrukere, blant annet fastleger, var med på testingen, men det var krevende for dem, da løsningen var alt for kompleks å forstå uten opplæring. Testteamet i kommunen savnet å teste en del arbeidsflyter.

Bygging av løsningen ble forsinket over en lengre periode.²²² Kommunen stod til slutt i en situasjon hvor bygging og testing, og etter hvert opplæring, foregikk parallelt. På slutten ble det gjort mange endringer i løsningen som ikke ble testet. Det var også overlapp mellom de ulike testperiodene. Våre informanter som var med på testingen, opplyser at man i forkant hadde tenkt å unngå dette, siden det var en lærdom fra Danmark og Finland. Likevel ble det slik, kommunen hadde ikke noe valg. Det var krevende for kommunen å stå i en situasjon med stadig replanlegging.

²¹⁶ Jf. saker meldt inn i verktøyet Service Now.

²¹⁷ Kilde: Presentasjon til revisjonen datert 25.8.23

²¹⁸ Dette var ikke en akseptansetest i tradisjonell forstand, men skulle være en lokal kvalitetssikring av løsningen. Dette inngikk i grunnlaget for godkjenning mot leverandøren Epic.

²¹⁹ Kilde: Presentasjon til revisjonen datert 25.8.23

²²⁰ Rapporten inneholder en oversikt over seks punkter med feil og utfordringer som Helseplattformen AS skulle rette. Vi ser for eksempel i punkt 6 at e-meldinger godkjennes under forutsetning av at en ny demonstrasjon godkjennes av koordinatorene og fagekspert, siden det var utestående feil og mangler knyttet til disse.

²²¹ Kilde: Testrapport Sluttbrukerakseptansetest Helseplattformen v0.9, 24.01.22

²²² Riksrevisjonens undersøkelse viser også at Helseplattformen var ferdig tilpasset betydelig senere enn planlagt (rapport del 2, kapittel 3.2.3, figur 12).

Informantene opplyser videre at det ikke ble gjennomført negativ testing, det vil si tester av hva som skjer hvis brukeren av systemet gjør feil. I etterkant ser kommunen at det var uheldig. Både kommunen og St. Olavs hospital HF var bekymret for dette, og bekymringen ble løftet til felles beslutningsgruppe.

All testing ble gjort i et testmiljø som ikke inneholdt reelle data og integrasjoner med andre systemer. Skjermbildene og det meste ble derfor annerledes når kommunen tok i bruk systemet med reelle pasientdata. De fikk heller ikke testet rapporter i testmiljøet og den sentrale forskrivningsmodulen (SFM) før de var kommet i produksjonsfasen. Da kommunen tok i bruk systemet hadde ingen testet "skarpt" på reelle data.

Kommunens IT-sjef viser til kritikken som har fremkommet mot manglende testing av løsningen, og mener at kritikken er urettferdig. Han uttaler at man kan gjennomføre omfattende testing, men man kan aldri være sikker på at et system er uten feil. Det er forventet at det oppstår feil i et så stort og komplekst system som Helseplattformen. IT-sjefen aksepterte restrisiko etter testingen. Han opplyser at de hadde tester på sikkerhetssiden som viste et svært stort omfang av sikkerhetsproblematikk/sårbarheter. Det var såpass ille at kommunen ikke hadde tatt systemet i bruk under andre forutsetninger. Vurderingen var imidlertid at om kommunen tok systemet i bruk, med St. Olavs hospital, ville det være større sjanse for at kommunen fikk løst utfordringene enn om kommunen gikk på sammen med andre kommuner på et senere tidspunkt. IT-sjefen ga derfor kommunen anbefaling om at kommunen skulle vurdere risikoen som akseptabel. IT-sjefen har siden go-live etterspurt informasjon om hvorvidt sikkerhetsproblemene ble løst flere ganger, men ikke fått svar. Det har imidlertid ikke vært noen sikkerhetsbrudd etter det han vet.

En risikoanalyse som ble utført av fastleger som var involvert i arbeidet med fastlegeløsningen i november 2021 peker på manglende testing av en rekke funksjoner.²²³

6.6 Opplæringen oppleves ikke som god nok

Kommunen gjorde forberedelser til opplæringen av de ansatte

Helseplattformen AS var ansvarlig for å utvikle innholdet i opplæringen i samarbeid med kommunen og St. Olavs hospital. Kommunen og helseforetakene utarbeidet et policydokument²²⁴ for opplæringen i samarbeid med Helseplattformen AS. Det fremgår av dokumentet at Helseplattformen vurderte at det kunne være store konsekvenser ved mangler i opplæringen, for eksempel at:

- Sluttbrukere ikke finner nødvendig informasjon om pasienten
- Pasientbehandling tar lengre tid
- Viktig informasjon om pasienten ikke blir dokumentert korrekt
- Mye ressurser brukes til å navigere
- Superbrukere må bruke mye ressurser på veiledning i grunnleggende bruk
- Stjeler tid fra pasientkontakt

De overordnede føringene la opp til obligatorisk opplæring med en innledende del med e-læring, videoer eller teambaserte oppgaver, en oppmøtebasert opplæringsdel og egentrening.

²²³ ROS-analyse mottatt fra en informant.

²²⁴ Helseplattformen AS (2019): Førende prinsipper for opplæring. Training Policies Document, 27.11.19 v1.0.

Kommunen utarbeidet en opplæringsplan og rekrutterte et stort antall instruktører og superbrukere fra enhetene.²²⁵

Opplæringen av ansatte startet tre måneder før systemet ble tatt i bruk

Opplæringen av ansatte startet i februar 2022, og frem til påska samme år ble det gjennomført opplæring av nærmere 8000 ansatte. Kursene var tilpasset den ansattes rolle, det vil si at det var egne kurs for sykepleiere, helsefagarbeidere, leger og administrativt ansatte.

Utfordringer med opplæring ble vurdert som en risiko

Opplæring ble tidlig identifisert som en risiko ved innføring av det nye journalsystemet. I januar 2022 behandlet kommunens interne styringsgruppe en oppdatert risikovurdering knyttet til opplæringen.²²⁶ I saken kommer det frem utfordringer knyttet til gjennomføring av opplæringen under pandemien, med stort fravær i organisasjonen. Vi får opplyst at kommunen gjennomførte forskjellige tiltak for å håndtere dette. Kurskapasiteten ble økt, og det ble satt opp ekstraundervisning for superbrukere og forlenget opplæringsperiode for å ta høyde for sykdom.

En annen risiko det ble pekt på, var at det pågikk bygging i løsningen etter at opplæringen hadde startet. Vi får opplyst at flere av de planlagte aktivitetene ble opplevd som meningsløse fordi Helseplattformen AS ikke hadde kommet langt nok i arbeidet med løsningen. På grunn av forsinkelsene i byggingen skjedde det endringer i løsningen parallelt med at opplæringen foregikk. Ansatte kunne derfor bli møtt av andre skjermbilder og funksjonalitet enn de hadde fått opplæring i. Dette var helt siden prosjektstart vurdert som en uønsket situasjon fra alle parter. Kommunens risikovurdering pekte på at dette hadde gitt betydelige oppstartsproblemer i andre virksomheter, blant annet ved innføringen av Sundhetsplattformen i Danmark.

Det ble også vurdert som en risiko at leverandøren og Helseplattformen AS hadde liten kunnskap om primærhelsetjenesten, hvordan tjenesteområdene i kommunen jobber og samhandler og manglende rolleforståelse.

Risikovurderingen pekte også på utfordringer med kvaliteten på opplæringsmaterialet. Dette ble vurdert som en risiko gjennom hele prosjektperioden og handlet om at de fleste som hadde jobbet med opplæringsmaterialet hadde bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten.

Videre ble det opplevd som en utfordring å få til et gjenkjennbart kommunalt språk i opplæringsmaterialet. Instruktørene og fagekspertene opplevde ifølge risikovurderingen at de ikke hadde blitt godt nok involvert ved utarbeiding av opplæringsmaterialet. Mulige konsekvenser av dette kunne bli at medarbeiderne ikke fikk nødvendig læringsutbytte av opplæringen. For å håndtere dette tilbød kommunen fageekspertkapasitet for å bistå de opplæringsansvarlige i Helseplattformen AS. I tillegg skulle det etableres en kvalitetssikringsprosess for ferdigstilling av brukerveiledninger. Vi får opplyst at kommunen tok opp dette og at opplæringsmaterialet har blitt bedre etter oppstart.

²²⁵ I alt var det ca 100 instruktører fra Helseplattformen AS, St. Olavs hospital HF og Trondheim kommune. Kommunen rekrutterte ca 850 superbrukere som ble frikjøpt fra arbeidet sitt for å bidra med opplæring. Vi får opplyst at instruktørene var på plass rundt 1.12.21. Disse fikk opplæring, og var klare i uke 3 i 2022. Opplæringen av superbrukere startet i uke 3 2022.

²²⁶ Beslutningsnotat til kommunens interne styringsgruppe 31.1.22, sak 5/22. Den interne styringsgruppa ga noen innspill og tok for øvrig saken til orientering.

Opplæringen før systemet ble tatt i bruk oppleves ikke som god nok

Intervjuene revisjonen har gjennomført viser at opplæringen i praksis var en dag med klasseromsundervisning og litt egentrening. I tillegg var superbrukerne til stede og hjalp til. Ledere og ansatte er samstemte i at opplæringen de fikk før innføring av Helseplattformen ikke var god nok. Informantene opplever det som utfordrende at opplæringen ble gitt så lang tid i forkant at mye var glemt. Mange peker på at det var store endringer i systemet i perioden etter opplæringen og frem til systemet ble tatt i bruk. Flere informanter opplever opplæringen som bortkastet.

52 prosent av fastlegene arbeider på legevakta eller i annet arbeid i kommunen.²²⁷ Her bruker de Helseplattformen. I spørreundersøkelsen til fastlegene oppgir rundt 89 prosent at de fikk tilbud om opplæring før de tok i bruk Helseplattformen i enheter i Trondheim kommune (se tabell V4 i vedlegg). 65 prosent av disse mener imidlertid at opplæringen ikke var tilstrekkelig. 79 prosent mener det ikke er lett å få hjelp hvis de har spørsmål. Rundt halvparten av fastlegene mener de ikke har tilgang på en brukerveiledning de kan slå opp i ved behov.

Utfordringene i opplæringen førte til at enhetene ble veldig avhengig av superbrukerne. Mange informanter er fornøyd med superbrukerne og opplever at de har vært til stor hjelp.

Flere informanter opplever at det var utfordrende at testbasen som skulle brukes til egentrening hadde begrenset kapasitet. Denne kapasiteten er økt nå, men er fortsatt ikke optimal. Flere opplyser også at det ikke var tid til egentrening i en travel hverdag. De ansatte fikk ikke prøvd de håndholdte enhetene (Roverne) før de skulle ta i bruk løsningen. Delprosjektleder for organisasjonsutvikling uttaler at kommunen heller ikke fikk gitt god nok opplæring av ledere før systemet ble tatt i bruk.

Variierende kunnskap blant de ansatte og fortsatt behov for opplæring

Vi får opplyst fra delprosjektleder at de tok utgangspunkt i forskning som beskriver at det meste av læring foregår gjennom utførelse av jobben, og bare i liten grad gjennom kurs. Delprosjektleder opplyser videre at de ansatte nok hadde større forventninger til hvilken kompetanse de skulle få på oppstartstidspunktet enn det prosjektledelsen forventet. Han mener at dette ble kommunisert til de ansatte.

Da kommunen tok i bruk systemet ble det iverksatt spørretimer og digital undervisning for tjenesteområdene og på spesielle tema. Vi får opplyst at dette i de første ukene ble gjennomført i stort omfang og så redusert gradvis.

Delprosjektleder uttaler at de digitale opplæringspakkene ikke var spesielt gode i begynnelsen, men at de nå er utviklet slik at de dekker de fleste roller på alle tjenesteområder. Dette er en jobb kommunen har gjort og som de nå deler med de andre kommunene - i kraft av Trondheim kommunes regionale rolle i arbeidet med Helseplattformen.

Kommunedirektøren skriver i forslag til handlings- og økonomiplan for 2023-2026 at erfaringene i kommunen fra de tre første månedene etter oppstart har synliggjort et stort behov for opplæring, og for å forbedre de digitale løsningene i årene som kommer.²²⁸

²²⁷ Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse til fastlegene i 2024.

²²⁸ Kommunedirektørens forslag til handlings- og økonomiplan 2023-2026 - Budsjett 2023, side 150.

Fra juni 2022 har kommunen hatt en strategi på at læring skal skje på enhetene basert på kombinasjon av digital opplæring og støtte fra superbruker.²²⁹ Vi får opplyst at det er krevende for enhetene å sette av tid til opplæring.²³⁰

Intervjuene revisjonen har gjennomført viser at det er varierende grad av opplæring i enhetene etter systemet ble tatt i bruk. Det varierer også hvor mye kunnskap de ansatte har om forskjellige funksjoner i Helseplattformen: En avdelingsleder uttrykker det slik:

“Når det gjelder de ansatte sin kompetanse på HP, er det strekk i laget. Noen er veldig langt framme og bruker alle funksjonaliteter og synes HP er veldig effektivt og bra. Så har vi noen som synes det er vanskelig og ikke har tatt i bruk særlig mye av systemet.... Det er ikke greit, og noe av dette skyldes dårlig opplæring. Det igjen tar ikke bort ansvaret vi har for at vi skulle ha fulgt opp med egne tiltak for å sikre en enhetlig måte å gjøre ting på.”

En av hjemmetjenestene har etablert en stilling som controller som blant annet har ansvar for å veilede og lære opp de ansatte enkeltvis. Enhetsleder og ansatte i denne enheten gir uttrykk for at dette har vært veldig positivt med tanke på opplæring.

Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS uttaler at det var kjent for kommunen at Epic sin løsning var krevende for fagfolkene, og at den krevde lang opplæring for at det skulle fungere på en god måte. Systemet fungerer på mange områder ikke på en intuitiv måte, og brukergrensesnittet er krevende. Kommunen forsøkte å lage en god opplæringsplan, men han stiller spørsmål om kommunen undervurderte behovet for opplæring.

6.7 Evaluering og læringspunkter

Kommunen har ikke gjennomført en evaluering av arbeidet med planlegging og innføring av Helseplattformen.

Delprosjektleder for organisasjonsutvikling uttaler at kommunen ved oppstart hadde en begrenset fysisk tilstedeværende brukerhjelp fra Helseplattformen AS og Epic. Han mener kommunen burde hatt bedre plan for støtte til legevakta, Øya legesenter og Helse- og velferdskontorene da de tok i bruk systemet. Dette var en erfaring som de formidlet videre til kommunene som tok i bruk løsningen senere.

En oppsummering utarbeidet av sentrale ledere nevner noen læringspunkter, blant annet at det var vanskelig å se helhetsbildet da løsningen skulle bygges. De uttaler at kompleksiteten knyttet til tilgangsstyring ikke ble fanget opp, faktureringsdelen som ikke fungerte og at kommunen hadde for lite fokus på planlegging av perioden etter innføring av løsningen.²³¹ Lederne opplever det positivt at fagpersoner ble frikjøpt i store stillingsandeler slik at de kunne arbeide med temaet over tid og bidra til koordinering på sitt område. Lederne opplever at det ble gjennomført et grundig forankrings- og modningsarbeid. De opplever at medarbeiderne i kommunen var motiverte og at kommunen hadde god styring og kontroll på egne ressurser og aktiviteter.

²²⁹ Opplæringsplanene tildeles nå i KS-læring og dokumenteres på den enkelte ansatte. Det gjør at de kan følges opp av nærmeste leder.

²³⁰ Kilde: Intervju med representanter for Helsesupport i kommunen.

²³¹ Kilde: Presentasjon til revisjonen datert 25.8.23

Kommunen etablerte også et kommunalt endringsforum som møttes en gang i uka for å drøfte hva de foreslåtte løsningene fra fagekspertgruppene ville bety for kommunene.²³²

6.8 Revisjonens vurderinger

Revisjonen mener at kommunen involverte mange fagfolk i arbeidet med å beskrive arbeidsprosesser som grunnlag for leveransen av journalsystemet. Vi mener at kommunen startet forberedelsene til innføring av nytt pasientjournalsystem på et tidlig nok tidspunkt. Superbrukere og instruktører ble rekruttert og gitt opplæring og kommunen hadde fokus på brukerstøtte.

Vi mener det er kritikkverdig at testingen var begrenset og ikke avdekket viktige feil. Bygging av løsningen ble forsinket over en lengre periode, og bygging, testing og opplæring foregikk etter hvert parallelt. Det ble ikke gjennomført negativ testing. Testingen inneholdt ikke reelle data og integrasjoner med andre systemer og viktige elementer ble ikke testet, for eksempel e-meldinger og elementer ved fastlegeløsningen. Vi mener løsningen ble tatt i bruk for tidlig med tanke på at testingen ikke var god nok.

Revisjonen er kritisk til at det ikke ble gjennomført en tilfredsstillende opplæring. Undersøkelsen viser at samtlige informanter ved enhetene mener at opplæringen var for dårlig. Flere påpeker at det var utfordringer knyttet til at løsningen ikke var ferdig utviklet og at det ble gjennomført store endringer i systemet etter at opplæringen var gitt. Vi mener undersøkelsen viser at det fortsatt er behov for opplæring i enhetene.

²³² Dette forumet var organisert inn under organisasjonsutviklingsprosjektet i kommunen. Deltakerne var fagkoordinator, delprosjektleder/faglig leder, kommunikasjonsrådgiver, gevinstansvarlig/gevinstrådgiver og delprosjektleder for organisasjonsutvikling og gevinstrealisering.

7 Prosjekt- og risikostyring

I dette kapittelet undersøker vi om kommunen hadde en tilfredsstillende prosjekt- og risikostyring ved planlegging og innføring av Helseplattformen.

7.1 Revisjonskriterier²³³

- Styringen av IT-prosjekter bør gjenspeile organisasjonens etablerte styringsprinsipper.²³⁴
- Hvilke beslutningstakere og aktører som bør gi innspill i beslutningsprosessen bør identifiseres og fremgå tydelig av prosjektgjennomføringen.²³⁵
- Deltakere i arbeidet må ha god strategisk IT-kompetanse.²³⁶
- Det anbefales å følge Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser.²³⁷
- Risikostyringen bør være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem.²³⁸
- Kommunedirektøren skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene og pasient- og brukersikkerheten.²³⁹

7.2 Prosjekt- og risikostyring

Kommunen opplyser at de benyttet prosjektveiviseren fra Digitaliseringsdirektoratet og anerkjent prosjektmetodikk ved gjennomføring av anskaffelsesfasen, forberedelser og innføringsprosjektet.

Kommunen hadde en medarbeider med strategisk IT-kompetanse i organisasjonsdirektørens stab. Kommunen leide også inn en medarbeider med slik kompetanse fra et konsulentfirma. Mange medarbeidere med helsefaglig bakgrunn og IT-kompetanse deltok i ulike faser.

Kommunedirektøren har flere ganger informert politisk nivå om risiko knyttet til satsingen på en felles elektronisk journal. I formannskapssaker i 2015 og 2016 omtales utfordringer knyttet til målet om helhetlig informasjonsflyt mellom kommuner, sykehus og fastleger.²⁴⁰ Prosjektet Helseplattformen hadde til hensikt å realisere direkte digital samhandling mellom ulike aktører i helsesektoren, noe som ble ansett som betydelig mer krevende organisatorisk og teknisk å gjennomføre enn det som hadde vært gjennomført tidligere. Det ble påpekt at risikoen i slike prosjekter er høyere enn ved prosjekter på lavere nivå.²⁴¹

²³³ For utdypende beskrivelser av revisjonskriteriene, se vedlegg.

²³⁴ Ross, Weill, Robertson (2006) Enterprise Architecture as Strategy, Harvard Business School Press

²³⁵ Ross, Weill, Robertson (2006) Enterprise Architecture as Strategy, Harvard Business School Press

²³⁶ Meld. St. 27 2015–2016 Digital agenda for Norge jf. Innst. 84 S (2016–2017)

²³⁷ [Prosjektveiviseren \(digdir.no\)](#)

²³⁸ Helsedirektoratet: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Veileder til lov og forskrift, oppdatert 29.10.18, § 1

²³⁹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, § 6d

²⁴⁰ Formannskapet, sak 225/15 Samarbeidsavtale med Helse-Midt RHF - anskaffelse av felles pasientjournal for sykehus, kommuner og fastleger, 20.10.15

²⁴¹ Formannskapet, sak 57/16 Helseplattformen - revidert samarbeidsavtale med Helse Midt- Norge RHF om anskaffelse av felles pasientjournalssystem, 8.3.16.

I januar-april 2017 gjennomførte kommunen en omfattende risiko- og sårbarhetsanalyse vedrørende et nytt pasientjournalssystem i kommunen.²⁴² Analysen viste 68 hovedpunkter og en middels til høy samlet risiko i prosjektet.²⁴³ Områder som ble vurdert med høy risiko var:²⁴⁴

- størrelsen, kostnadene og kompleksiteten til prosjektet
- ubalanse i antall deltakere mellom kommunen og Helse Midt-Norge
- for lav involvering av den kommunale styringslinjen
- mulighet for manglende enighet med Helse Midt-Norge RHF om kostnadsfordelingsmodell
- uklare rammer for driftsmodeller
- at fastlegene ikke fikk dekket sine behov og kunne trekke seg ut
- at innføringen skulle ta for lang tid og gi et stort produksjonstap med tilhørende økonomiske konsekvenser
- vanskeligheter med å frigjøre nøkkelpersoner for å sikre at kommunen skulle få en god løsning og
- at kravspesifikasjonen ikke ivaretok kommunens behov godt nok.

Risikoanalysen ble jevnlig behandlet av den interne styringsgruppen. Risikovurderingene ble oppdatert og fulgt opp med tiltak for å redusere risiko.²⁴⁵ Noen av tiltakene som ble satt i verk var økt involvering av den kommunale styringslinjen, å sette av tid for nøkkelpersonell og gjennomføring av forhandlinger om avtaler og kostnadsfordelingsmodell.

Det fremgår av risikovurderingen at det var planlagt tiltak for å sikre at fastlegene ble involvert. Det ble lagt vekt på etablering av effektiv kommunikasjon og å sikre at det ble tatt hensyn til fastlegenes behov for at de skulle oppleve gevinster med deltakelsen.

Også investeringssaken, som ble behandlet av bystyret i august 2019, inneholdt informasjon om og vurderinger av risikoer i satsingen.²⁴⁶ Arbeidet med å sette opp løsningen og utvikle tilleggsmoduler for norske forhold og teste den ble vurdert som den mest kritiske og risikofylte delen av prosjektet i investeringssaken i bystyret i 2019. Risikoen ble vurdert som noe høyere enn vanlig da løsningen var ny i Norge og mange kunder var involvert. Kommunedirektøren la til grunn et særlig behov for styring og kontroll med denne delen av prosjektet.²⁴⁷

I bystyresaken om investeringen omtalte kommunedirektøren ulike alternativer og risikoer. Kommunedirektøren vurderte at Helseplattformen var det alternativet som ville redusere risikoen mest for at det oppsto tekniske og organisatoriske hindre med å få samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten til å fungere. Kommunedirektøren vurderte kommunens evne til å styre og følge opp prosjektet, økonomisk risiko og evne til måloppnåelse.²⁴⁸

I saken var kommunedirektøren tydelig på at risikoen i gjennomføringen av den neste delen av prosjektet var stor. Han viste til erfaringer fra den danske Sundhedsplattformen, som blant annet viste dette. Det fremgikk at Trondheim kommune ville bli vesentlig mer eksponert for risiko i form av kostnadsoverskridelser, interessemotsetninger med spesialisthelsetjenesten, evnen til å stille

²⁴² På denne tiden leide kommunen inn en konsulent som skulle bistå i arbeidet.

²⁴³ Kilde: Risikoanalyse 2017 med tiltak

²⁴⁴ Her nevnes de fleste punktene som ble vurdert til å ha både høy sannsynlighet og høy konsekvens.

²⁴⁵ Kilde: Saksdokumenter til intern styringsgruppe.

²⁴⁶ Bystyret, sak 103/19 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, 29.8.19.

²⁴⁷ Bystyret, sak 103/19 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling.

²⁴⁸ Bystyret, sak 103/19 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling.

faglige ressurser til veie fremover og kontrollere omfanget av utviklingsarbeidet. Videre ville selve innføringen i organisasjonen være krevende og bety endringer for mange ansatte. Han viste til at det var flere prosjekter i offentlig sektor som hadde opplevd slike utfordringer. For å bøte på dette la han til grunn at prosjektet skulle gjennomføres i tråd med beste praksis for prosjekt- og eierstyring av store prosjekter og med en tydelig styringslinje. Prosjektet og linjestrukturen skulle bemannes med dedikerte ressurser, særlig i de to første årene, for å sikre at kommunale behov ble ivaretatt og at kommunen var tett på den løpende styringen av prosjektet. Omfanget av ressurser, faglige ledere og fagekspertter som inngår i den kommunale styringslinjen, ville bli svært omfattende, men dette ble vurdert som nødvendig for å sikre at løsningen skulle fylle kommunens behov. Dette for å unngå de feil som ble gjort i Danmark på dette området.²⁴⁹

7.3 Revisjonens vurderinger

Kommunen har benyttet anbefalt verktøy for prosjektstyring. Revisjonen mener kommunens interne styring av prosjektet i stor grad gjenspeilet kommunens etablerte styringsprinsipper. Kommunen etablerte en intern styringsgruppe som ble ledet av helse- og velferdsdirektøren, med organisasjonsdirektør, finansdirektør og oppvekst- og utdanningsdirektør som medlemmer. I anskaffelsesperioden deltok kommunedirektøren selv i styringsgruppen.

Det var bred helsefaglig kompetanse blant delprosjektlederne og sentrale aktører. Videre har kommunen involvert strategisk IT-kompetanse i de ulike fasene av arbeidet.

Undersøkelsen viser at risikostyringen har vært en del av kommunens styringssystem. Kommunen gjennomførte en omfattende risiko- og sårbarhetsanalyse, og denne ble fulgt opp av styringsgruppa og risikoreduserende tiltak ble iverksatt. Kommunedirektøren har hatt oversikt over risikoer i prosjektet, og har informert politisk nivå om risikoer. Vi konstaterer at mange av risikoforholdene som ble identifisert inntraff, og mener at de risikoreduserende tiltakene ikke har hatt god nok effekt.

²⁴⁹ Bystyret, sak 103/2019 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, 29.8.19.

8 Organisering og beslutningsstruktur²⁵⁰

I dette kapittelet undersøker vi om samarbeidet om Helseplattformen i helseregionen har vært godt organisert og styrt, og om beslutningsstrukturen har vært god.

8.1 Revisjonskriterier²⁵¹

- Kommunen bør som eier sørge for en selskapsform som er tilpasset virksomhetens formål og oppgaver, og behov for eierstyring.²⁵²
- Det er behov for tiltak for å redusere risiko og kompleksitet i IT-prosjekter, det må legges vekt på å sikre riktig organisering med presise ansvarlinjer og at ledelsen er involvert og forelegges sentrale beslutninger.
- Kommunedirektøren må sikre en sammenhengende styringslinje fra kommunestyret.²⁵³

8.2 Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune har styrt Helseplattformen AS i fellesskap

Tidligere evalueringer har konkludert med at Helseplattform-prosjektet har hatt en for komplisert beslutningsstruktur.²⁵⁴

Aksjeselskap ble vurdert som eneste mulige organisasjonsform og fungerer godt

Selskapet Helseplattformen ble stiftet som et aksjeselskap i 2019. Ifølge kommuneledelsen²⁵⁵ var det viktig at selskapet ble organisert som et selvstendig rettssubjekt. De opplyser at de fikk råd om å velge aksjeselskap som organisasjons- og selskapsform. Dette var begrunnet i anskaffelseslovgivningen og behovet for å signere en avtale som likeverdige parter. Det var viktig å legge til rette for at alle skulle få et eierskap til løsningen. Ved å velge aksjeselskap som organisasjonsform la man til rette for et aktivt eierskap og medvirkning. Alternativet var å etablere et helseforetak. Det hadde i så fall blitt en del av Helse Midt-Norge RHF sine foretak, noe som ikke var ønskelig fra kommunen sin side. Kommuneledelsen viser også til at kommuneloven krever en uavbrutt styringslinje på området og at aksjeselskapsformen derfor var å foretrekke. Gjennom generalforsamlingen i et aksjeselskap har kommunene større mulighet for styring enn i et helseforetak underlagt Helse Midt-Norge. Ifølge daværende helse- og velferdsdirektør var regjeringsadvokaten og ulike advokatfirmaer involvert i vurdering av løsning. Kommuneledelsen hadde også dialog med kommuneadvokaten i Trondheim om valget.

Kommunens finansdirektør påpeker i denne sammenheng at aksjeselskapsformen sørger for ryddighet mellom aktørene. Organisasjonsformen er ryddig og aksjeloven er velprøvd. Juridisk status til aksjonæravtaler er også godt forankret i rettspraksis. Den er også egnet til å ta i bruk for å operasjonalisere forholdet mellom en stor eier og mange små eiere.

²⁵⁰ Dette kapittelet er delvis basert på informasjon innhentet i samarbeid med Riksrevisjonen.

²⁵¹ For utdypende beskrivelser av revisjonskriteriene, se vedlegg.

²⁵² [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

²⁵³ Kommunestyret er kommunens øverste organ, jf. kommuneloven § 5-3

²⁵⁴ For eksempel Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre – august 2023.*

²⁵⁵ Vektlagt av både tidligere helse- og velferdsdirektør og kommunens finansdirektør.

I samarbeid med Riksrevisjonen har vi også undersøkt hva Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs hospital HF mener om organisasjonsformen. Flertallet av aktørene som er intervjuet mener at organiseringen med aksjeselskap har fungert godt.²⁵⁶ Samtidig uttaler tidligere administrerende direktør i Helseplattformen AS og en tidligere styreleder ved St. Olavs hospital HF at å forholde seg til helseforetaksmodellen samtidig med å styre Helseplattformen AS etter aksjeloven med flere eiere kan være utfordrende i styringssammenheng.

Det øverste organet i styringen av aksjeselskapet Helseplattformen er generalforsamlingen, der alle eiere er representert. Det er kun aksjeeiere som har rett til å få behandlet spørsmål på generalforsamlingen.²⁵⁷ Dette innebærer at den største brukeren av Helseplattformen, St. Olavs hospital, må henvende seg til Helse Midt-Norge RHF for å få fremmet en sak på generalforsamlingen i Helseplattformen AS. St. Olavs hospital HF viser til at en liten kommune med en liten eierandel kan gjøre dette direkte. Det at helseforetakene må gå via sin eier Helse Midt-Norge, for å fremme en sak på generalforsamlingen har etter St. Olavs hospitals oppfatning skapt problemer.²⁵⁸

Første styreleder i Helseplattformen AS viser til at prosjektet er et offentlig-offentlig samarbeid, men organisert som et kunde-leverandørforhold, noe som kan være utfordrende. Den andre styrelederen peker på at det kan være knyttet utfordringer til at styringen både skjer etter den formelle beslutningsstrukturen og en faglig beslutningsstruktur.

Styring av selskapet

Dokumentasjonen viser at eierne årlig utformer styringskrav og rammer hvor de formidler ulike forventninger til selskapet. Styringskravene er blitt mindre detaljert etterhvert som selskapet mer og mer er i drifts- og forvaltningsfase.²⁵⁹

Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF har vært representert i styret i Helseplattformen AS i hele perioden.

Det har vært fem ulike styreledere i selskapet. Helseforetakene var representert i styret i Helseplattformen AS med administrerende direktør ved St. Olavs hospital HF fra mars 2019 til oktober 2019.²⁶⁰ Deretter ble helseforetakene representert i eiermøte i den faglige beslutningsstrukturen.

Tidligere helse- og velferdsdirektør i Trondheim kommune har vært styremedlem, nestleder og senere styreleder. Finansdirektøren ble valgt inn i styret i mai 2020. I perioden 22. april 2021 til og med 9. januar 2022 var han ikke styremedlem, men ble valgt inn igjen 10. januar 2022. I desember 2023 ble han nestleder i styret, og denne rollen hadde han til 26. september 2024. Andre kommuner har vært representert i styret i perioder.

²⁵⁶ Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon, felles rapport om forvaltningsrevisjon av Helseplattformen i Midt-Norge, 2024

²⁵⁷ Aksjeloven § 5-11. *Aksjeeiernes rett til å få saker behandlet på generalforsamlingen.*

²⁵⁸ Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon, felles rapport fra forvaltningsrevisjon av Helseplattformen i Midt-Norge, 2024, kapittel 4.1.1

²⁵⁹ *Helseplattformen AS – styringskrav og rammer 2023* vedtatt på generalforsamling i Helseplattformen AS 27.4.23.

²⁶⁰ Dagens direktør ved St. Olavs hospital HF er medlem styret i Helseplattformen AS.

Arbeidet til styret

Det er avholdt jevnlig styremøter i Helseplattformen AS. Det fremgår av felles rapport fra Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon at styret har jobbet med å endre Helseplattformen og gjøre den til en mer robust organisasjon. Målet har vært at Helseplattformen skulle gå fra å være en prosjektorganisasjon til å bli en tjenesteleverandør med evne til å jobbe både med optimalisering og feilretting.²⁶¹ Her har selskapet også søkt ekstern bistand.²⁶²

Dokumentgjennomgangen viser at styrene i Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune har blitt løpende informert om fremdriften og risikoene i prosjektet. Administrasjonen har utarbeidet månedlige statusrapporter.

Informasjonen til styret fra administrerende direktør i Helseplattformen AS har utviklet seg over tid:

- En tidligere styreleder uttalte at han opplevde at styret var aktivt, men at det var svært krevende å få full oversikt over og ta tak i alle utfordringene. Administrasjonen hadde en kultur for å unnta mye informasjon fra offentligheten, og selv for styret kunne det være krevende å få tilgang til informasjon. Styrelederen opplevde ikke alltid å få klare eller forståelige svar på spørsmålene han stilte.
- En annen styreleder viser til at administrasjonen la fram detaljerte rapporter på hvert styremøte med beskrivelse av risiko og tiltak. Styret fikk god informasjon på de fleste områdene, men det ble rapportert mye risiko på rødt nivå og noe kan ha «glippet» for styret i det store bildet. E-meldinger er eksempel på et område hvor styret ikke fikk god nok informasjon etter innføringen i Trondheim kommune.
- Styrelederen våren 2024 opplever at styret fungerer godt og har god kompetanse på flere fagfelt, slik som økonomi, IKT, helsefag, kommune, og spesialisthelsetjeneste. Endringene i sammensetning av styret fra november 2023 har fungert godt. Styrelederen understreker at selskapet er ungt, og at styret framover vil legge særlig vekt på blant annet intern kontroll, økonomisk rapportering, gjennomsiktighet, timeføring og en bedre oppfølging av kostnadsdeling mellom aktørene.

8.3 Arbeidet ble organisert i et program

Da den første samarbeidsavtalen ble undertegnet av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune i oktober 2015 ble det etablert en programorganisasjon som ble ledet av en programdirektør og en programleder.²⁶³ Programdirektøren kom fra Helse Midt-Norge, og rapporterte til en styringsgruppe (et programstyre) som besto av 14 representanter, tre fra Helse Midt-Norge, tre fra helseforetak under Helse Midt-Norge, en tillitsvalgt fra Helse Midt-Norge RHF og seks representanter og en tillitsvalgt fra kommunene.²⁶⁴

Figur 6 nedenfor viser organiseringen av programmet. Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune var samarbeidspartnere og programeiere. Arbeidet ble ledet av et programstyre med representanter fra Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune.

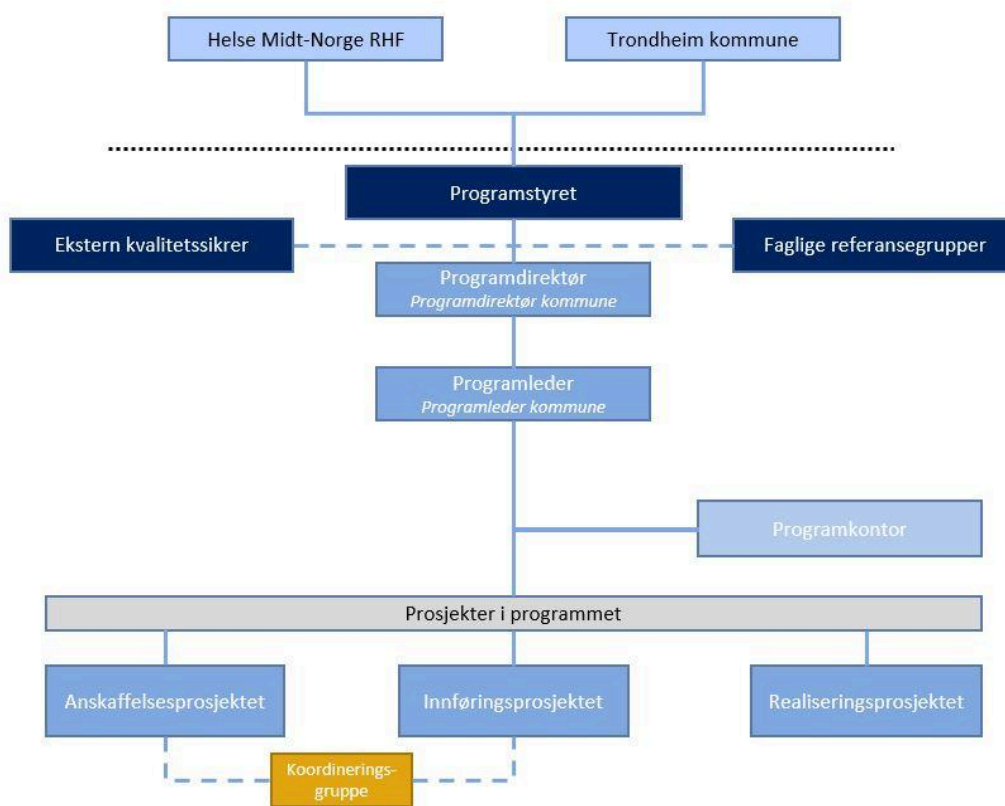
²⁶¹ Flere saker i styremøtene omhandler dette, for eksempel protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 31.5.23, sak 56/23.

²⁶² Protokoll fra ekstraordinært styremøte 3.10.23, 94/23 Konkurransegrunnlag for en minikonkurranse for å få etablert ekstern bistand for å videreutvikle Helseplattformen AS som organisasjon.

²⁶³ Et program består av flere prosjekter.

²⁶⁴ Samarbeidsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og kommunen, oktober 2015.

Figur 6 Organiseringsen av programmet Helseplattformen fra høsten 2015 - februar 2019²⁶⁵



Programstyret besto av administrerende direktør i Helse Midt-Norge, kommunedirektør og finansdirektør i Trondheim kommune, økonomidirektør i Helse Midt-Norge, spesialrådgiver i Den norske legeförening og IT-leder i Helse Nord. Divisjonsdirektør for strategi i Direktoratet for e-helse, KS, Kristiansand kommune og Lierne kommune deltok som observatører.

Programstyret ble støttet av en helsefaglig referansegruppe, en IKT-faglig referansegruppe og samarbeidsrådet for opsjonskommunene.²⁶⁶

Som figuren viser, var det to programdirektører, en overordnet fra Helse Midt-Norge,²⁶⁷ og en programdirektør fra Trondheim kommune (helse- og velferdsdirektør). Helse Midt-Norge RHF og kommunen hadde hver sin programleder. Tillitsvalgte hadde møte- og talerett i styringsgruppen.²⁶⁸

Programmet besto av tre hovedprosjekter; anskaffelsesprosjektet, innføringsprosjektet²⁶⁹ og realiseringsprosjektet.

Samarbeidsavtalen fra 2016 slo fast at for beslutninger av stor betydning skulle programstyrets beslutning legges frem for etterfølgende behandling hos partene. Programstyrets beslutning i disse

²⁶⁵ Jf. samarbeidsavtaler mellom Helse Midt-Norge RHF og kommunen, 2015 og 2016.

²⁶⁶ Referansegruppene hadde en veiledende rolle overfor programstyret, men vi får opplyst at de ble tillagt stor vekt.

²⁶⁷ Programdirektøren ble administrerende direktør i Helseplattformen AS ved etablering av selskapet i februar 2019.

²⁶⁸ Jf. samarbeidsavtale oktober 2015, punkt 4.3.

²⁶⁹ Det ble etablert et felles innføringsprosjekt og lokale innføringsprosjekter i de enkelte organisasjonene som skulle ta i bruk Helseplattformen.

tilfellene skulle ikke iverksettes uten en slik behandling. Det ble avtalt hvilke beslutninger som alltid ble ansett for å være av stor betydning.²⁷⁰ Arbeidet var basert på konsensus, og fremlegging av saker for partene ble brukt hyppig som lokal forankring.

8.4 Kommunen er fornøyd med den faglige beslutningsstrukturen

Flere separate styringslinjer

Systemet som var anskaffet måtte tilpasses til virksomhetene. I den forbindelse ble det etablert en felles faglig beslutningsstruktur mellom partene som var involvert i innføring og etablering av løsningen. Arbeidet med innføring av løsningen ble derfor styrt i tre separate styringslinjer:

- selskapsstyring gjennom aksjelovgivningen, se punkt 8.2 over.
- den ordinære styringslinjen i organisasjonene som skulle bruke løsningen.
- en felles faglig beslutningsstruktur regulert gjennom samarbeidsavtalen, som omtales i dette kapitlet.

Bakgrunnen for beslutningsstrukturen var konseptrapporten, avtalen med Epic, selskapets stiftelsesprotokoll, samarbeidsavtalen, aksjonæravtalen, tjenesteavtalen, samlet plan for innføringen av Helseplattformen og et prosjekt- og styringsdirektiv.²⁷¹

Beslutninger i samarbeidet fattes innenfor rammene av samarbeidsavtalen, tjenesteavtalen og i det felles organet Helseplattformen AS ved styret og generalforsamling.

Det ble etterhvert etablert en felles faglig beslutningsstruktur

Figur 7 illustrerer den faglige beslutningsstrukturen i begynnelsen av prosjektet.

Figur 7 Opprinnelig felles faglig beslutningsstruktur



Kilde: Utarbeidet av Riksrevisjonen basert på informasjon fra Helseplattformen AS

²⁷⁰ Det ble utarbeidet et programansvarskart og en beslutnings- og informasjonsplan som beskrev hvordan ansvaret var fordelt og hvordan beslutninger skulle fattes, jf. Samarbeidsavtale 2016, vedlegg 3.

²⁷¹ Formålet med prosjekt- og styringsdirektivet var å gi rammer og føringer for Felles innføringsprosjekt, samt å beskrive prosjektets styringsstruktur.

Den felles faglige beslutningsstrukturen ble etablert for å ta felles beslutninger om hvordan løsningen skulle settes opp og brukes. Eierne la vekt på å etablere en faglig beslutningsstruktur som sikret en bred involvering av faggrupper og brukere. De fleste fagekspertene var helsepersonell, men det var også egne team for data og IKT, administrative oppgaver og så videre.

Kommunens interne styringsgruppe ble ledet av helse- og velferdsdirektøren, med organisasjonsdirektør, finansdirektør og oppvekst- og utdanningsdirektør som medlemmer. Styringsgruppen hadde hyppige møter gjennom hele perioden.

Det øverste nivået i den faglige beslutningsstrukturen var eiermøtet. Her satt representanter fra eierne Helse Midt-Norge, Trondheim kommune, andre kommuner, og Helseplattformen AS. I tillegg har St. Olavs hospital HF vært representert i deler av perioden.²⁷²

Prinsippet var at alle beslutninger om faglig innhold i løsningen skulle fattes av riktig nivå i denne strukturen, bygge på konsensus (enighet), og dersom partene ikke blir enige, skulle saken løftes opp til det neste nivået i strukturen.²⁷³

Det fagekspertene ikke ble enige om, skulle løftes videre til felles beslutningsgruppe. Dette var en faglig ledergruppe med møter annenhver uke, der alle virksomhetene som skal ta i bruk løsningen er representert. Denne strukturen fatter også beslutninger om videreutvikling av løsningen.²⁷⁴

Ulike erfaringer med beslutningsstrukturen

Riksrevisjonens undersøkelse viser at mye av kritikken mot beslutningsstrukturen retter seg mot den delen som er spesialisthelsetjenestens ansvar.²⁷⁵ Evalueringen til Boston Consulting Group påpeker blant annet at:²⁷⁶

- Den komplekse styringsstrukturen har ført til fragmentert beslutningsmyndighet for tid, kostnad og kvalitet/omfang, utydelig rolleforståelse og ansvarspulverisering.
- Helseforetakene har hatt begrenset beslutningsmyndighet knyttet til milepæler, tid og kostnader underveis, særlig før juni 2022.

Avgjørelser om Helseplattformen er konsensusbasert der alle aktører er delaktige i beslutninger som tas. Vedtak om saker som løftes til det høyeste nivå krever konsensus mellom eierne, det vil si Helse Midt-Norge RHF og kommunene. Etter St. Olavs hospitals oppfatning skapte dette lange og byråkratiske beslutningsprosesser som fikk konsekvenser for sykehuset.

Både Helsetilsynet og Statens strålevern har i sine tilsynsrapporter påpekt utfordringer med beslutningsstrukturen.²⁷⁷

²⁷² Først i en tidlig fase av prosjektet, så fra sommeren 2023.

²⁷³ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 1.4.20, sak 12/20, vedlegg 1 Samlet plan for innføring av Helseplattformen.

²⁷⁴ I den faglige beslutningsstrukturen inngår også flere råd som er oppnevnt av Felles beslutningsgruppe.

²⁷⁵ Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon, 2024, felles rapport, kapittel 4.2.2

²⁷⁶ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

²⁷⁷ Statens helsetilsyn. (2024, 17. april). *Statens strålevern – Hendelsesbasert tilsyn ved St. Olavs Hospital HF i relasjon til innføring av Helseplattformen 10.1.24. Se også Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon, felles rapport, kapittel 4.2.2*

Tre delprosjektledere i kommunen opplyser at to saker var særlig utfordrende i samarbeidet: håndtering av legemiddelsamstemming og samtidighetskonflikter i journalen. Dette utfordret også den avtalte beslutningsstrukturen.

Den ene saken gjaldt legemiddellisten i HelsaMi. Informantene i kommunen viser til at sykehuset ikke ønsket at kommunen skulle dele legemiddellisten med pasientene. St. Olavs hospital HF skal ha bedt om at HelsaMi sluttet å dele informasjonen, noe kommunen og brukerutvalget i HelsaMi var uenige i. Informanter i kommunen opplever at saken handler om at St. Olavs hospital HF ikke ønsket å samstemme legemiddellisten fordi det var for tidkrevende og fordi det ble synlig for pasienten at legemiddellista ikke var samstemt. Saken ble løftet til Eiermøtet. På dette tidspunktet hadde ikke St. Olavs hospital en plass i Eiermøtet. Eiermøtet bestemte enstemmig at legemiddellisten skulle deles med pasientene.

I den andre saken var det uenighet mellom kommunen og St. Olavs hospital HF om håndteringen av en samtidighetskonflikt i løsningen. Det er ikke mulig at flere fagpersoner er inne på samme sted i en pasientjournal samtidig. Kommunen mente at denne saken skulle vært tatt opp i felles beslutningsstruktur. St. Olavs hospital HF bestemte at Hemit HF²⁷⁸ skulle få mulighet til å sperre tilgangen til helsepersonell som var inne i journalen hvis det hastet for noen i spesialisthelsetjenesten å få tilgang til journalen. Informanter i kommunen opplyser at kommunen ikke fikk informasjon om denne endringen før etter et par uker. Kommunen mener at saken burde vært tatt opp i felles beslutningsstruktur.²⁷⁹

Trondheim kommune har ivaretatt sine interesser i styringslinjene

En viktig forutsetning for Trondheim kommune ved inngåelse av samarbeidsavtale og aksjonæravtale med Helse Midt-Norge RHF i 2019 var at kommunen var sikret forsvarlig styring og kontroll gjennom en ubrutt styringslinje fra bystyret for å ivareta kommunelovens krav om dette.²⁸⁰ Trondheim kommune har både vært representert i styringslinjen i selskapet og i den faglige beslutningsstrukturen. Informantene i kommunen opplever at beslutningsstrukturen har fungert godt, sikret en balanse mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og gjorde det mulig for kommunen å ivareta sine interesser. Informantene i Trondheim kommune opplever at de ulike deltakerne har blitt hørt, og at partene jobbet godt sammen. Tidligere helse- og velferdsdirektør mener beslutningsstrukturen som ble valgt var helt nødvendig, og at strukturen må fungere enda bedre i fremtiden. Hun uttaler videre at det er behov for stor grad av samordning mellom kommunene opp mot Helseplattformen AS. Direktøren opplever at det er et godt samarbeid på kommunesida.

Delprosjektledere i Trondheim kommune trekker frem frikjøp av fagfolk i store stillingsandeler, stor grad av koordinering av fagekspertenes arbeid og samarbeid på tvers av fagekspertgruppene som viktige grep for kommunens arbeid med den nye journalløsningen for kommuner.

Delprosjektledere i Trondheim kommune opplever at det var positivt at fagpersoner ble frikjøpt i store stillingsandeler slik at de kunne arbeide med temaet over tid og bidra til koordinering på sitt område. Lederne opplever at det ble gjennomført et grundig forankrings- og modningsarbeid. De opplever at medarbeiderne i kommunen var motiverte og at kommunen hadde god styring og

²⁷⁸ Hemit HF (helseforetak) er tjenesteleverandør og bindeledd til alle sykehus og helseforetak i Helse Midt-Norge innen teknologi og IKT-tjenester. Virksomheten har ansvar for sentral drift og forvaltning av felles IKT-systemer for alle sykehusene i helseregionen.

²⁷⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 21.6.23, sak 69/23.

²⁸⁰ Trondheim kommune. (2019). Sak [103/19](#) i bystyret 29.8.19.

kontroll på egne ressurser og aktiviteter.²⁸¹ Kommunen etablerte et kommunalt endringsforum som møttes en gang i uka for å drøfte hva de foreslåtte løsningene fra fagekspertgruppene ville bety for kommunene.

Som beskrevet i felles rapport fra Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon, kapittel 3, var det lite koordinering av fagekspertenes arbeid ved forberedelsene til innføringen i helseforetakene. Fagekspertene ved sykehuset hadde også små stillingsandeler og fikk dermed ikke det samme fokuset, og de fikk ikke tilstrekkelig sikring av at løsningene var felles som i Trondheim kommune.

Tre delprosjektledere trekker frem at de la vekt på å ansvarliggjøre de enkelte bidragsyterne ved utviklingen av systemet. De trekker også fram at de hadde drøftet hva som var best for kommunene før saken skulle behandles av felles beslutningsgruppe.

Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS opplever ikke at beslutningsstrukturen var for kompleks. Han viser til at leverandørene som var involvert i den siste fasen av anskaffelsen mente det var viktig å ha et eskaleringsnivå for beslutninger. Beslutningsstrukturen kan ha blitt opplevd som kompleks fordi det var mange eiere og ulike faglige oppfatninger både internt i sykehusene og mellom sykehus og kommuner. Et valg en aktør tar, vil også ha konsekvenser for andre brukere av løsningen.

Den felles beslutningsgruppa skulle behandle faglige saker man ikke hadde blitt enig om på et lavere nivå. Hvis den felles beslutningsgruppa ikke ble enig, kunne de eskalere saken videre til eiermøtet.

I felles rapport går det frem at få spørsmål ble løftet høyt opp i beslutningsstrukturen. Konsekvensen var at de mest kritiske utfordringene ikke ble tatt tak i på et tidligere tidspunkt. En annen konsekvens var at man ikke i tilstrekkelig grad fikk vurdert beslutningene i sammenheng og i et helhetsbilde. Fagekspertgruppens beslutninger nederst i beslutningsstrukturen har dermed gitt en mer fragmentert utforming av de ulike løsningene enn ønskelig. En av kommunens delprosjektledere opplyser at disse problemene ikke er noe som er tatt opp fra kommunal side.

Det er gjennomført flere tiltak for å løse utfordringene i den faglige beslutningsstrukturen.²⁸² Den faglige beslutningsstrukturen ble for eksempel justert våren 2023²⁸³ ved at det ble etablert en rekke utviklingsgrupper,²⁸⁴ som består av fageeksperter fra kommunene, helseforetak, fastleger, avtalespesialister og Helseplattformen AS.

Våren 2024 foregår det et arbeid med å etablere et kommunalt samarbeidsforum, som skal være en regional kommunal prioriteringsgruppe med fageeksperter fra kommunene. Videre arbeides det med å opprette et strategisk nivå på kommunal side med helseledere som skal kunne gi strategiske føringer for prioritering til fagklynger og være et eskaleringspunkt i kommunalt samarbeidsforum. Det vurderes også om det skal opprettes et samarbeidsforum for fastleger.²⁸⁵

²⁸¹ Kommunen valgte ganske tidlig å øke stillingsandelen til de sentrale fagekspertene som fikk en koordinerende rolle. Disse bidro i ulike fagekspertgrupper, for eksempel hjemmebaserte tjenester og legemidler. Det ble holdt ukentlige koordineringsmøter, og andre grupper ble invitert inn ved behov, for eksempel fysioterapi-gruppen.

²⁸² Se felles rapport fra Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon, kapittel 4.2.5.

²⁸³ Helseplattformens felles faglige beslutningsstruktur - Trondheim, mars 2023.

²⁸⁴ Presentasjon til revisjonen om felles faglig beslutningsstruktur.

²⁸⁵ Delprosjektledere/faglige ledere for primærhelsetjenesten i Helseplattformen i Trondheim kommune.

8.5 Tillit og samarbeid mellom sentrale aktører

Trondheim kommune opplever ikke at det har vært tillitsutfordringer mellom kommunen og de andre partene i samarbeidet. Flere informanter har påpekt at kommunikasjonen mellom Helseplattformen AS og Trondheim kommune har vært god gjennom innføringsløpet.

Kommunen observerer at det har vært ulike forventninger til Helseplattformen AS fra de ulike aktørene. Trondheim kommune opplever at St. Olavs hospital HF og Helse Midt-Norge RHF forventet at Helseplattformen AS skulle hjelpe St. Olavs hospital HF med å motta den nye journalløsningen. Kommunen forventet ikke dette, men arbeidet på egen hånd med forberedelser til innføring av løsningen.

Tidligere helse- og velferdsdirektør opplever at det har vært en viss energilekkasje på grunn av tillitsutfordringer mellom parter i spesialisthelsetjenesten, og hun tror de hadde oppnådd mer hvis det ikke hadde vært slike utfordringer. Trondheim kommune har prøvd å ha åpen dialog i prosessen.

8.6 Revisjonens vurderinger

Organiseringen og beslutningsstrukturen går frem av prosjektdirektiv og samarbeidsavtaler med Helse Midt-Norge. Arbeidet med innføring av løsningen ble styrt i tre separate styringslinjer; selskapsstyring av Helseplattformen AS, de samarbeidende organisasjonenes egne interne styringslinjer og en felles faglig beslutningsstruktur. I tillegg har det vært en programstruktur med flere prosjekter. Undersøkelsen viser at en viktig forutsetning for Trondheim kommune var å sikre forsvarlig styring og kontroll gjennom en ubrutt styringslinje fra bystyret. Som eier er kommunen representert både i den faglige beslutningslinjen og i styringen av Helseplattformen AS. Undersøkelsen viser at kommunen forhandlet om samarbeidsavtalene og sikret at kommunen fikk innflytelse i sentrale organer og grupper.

Revisjonen mener beslutningsstrukturen i samarbeidet mellom Helse Midt-Norge, Helseplattformen AS og kommunene er omfattende og kompleks. Beslutningsstrukturen sikret imidlertid at kommunen deltok i de sentrale besluttende organer, og på den måten sikret at kommunen hadde mulighet til å ivareta sine interesser og behov.

Vi mener kommunen sørget for involvering av egen organisasjon og fagfolk, fastlegene og de andre kommunene i helseregionen i arbeidet med planlegging, anskaffelse og innføring av løsningen. Undersøkelsen har imidlertid vist at få spørsmål ble løftet høyt opp i beslutningsstrukturen. Konsekvensen var at de mest kritiske utfordringene ikke ble tatt tak i på et tidligere tidspunkt, og man fikk ikke et tilstrekkelig helhetlig bilde av utfordringene. Revisjonen mener dette er uheldig.

9 Kommunens roller som eier og kunde av Helseplattformen

Dette kapittelet omhandler kommunens forhold til Helseplattformen AS som kunde og eier. I fellesrapporten utarbeidet av Trondheim kommunerevisjon og Riksrevisjonen omtaler vi Helseplattformen AS sitt arbeid med drift og utvikling av løsningen.²⁸⁶

9.1 Revisjonskriterier²⁸⁷

- Kommunedirektøren skal sørge for forsvarlig utredning av saker.²⁸⁸
- Kommunen skal ha en aktiv eierstyring, følge opp og fremme sine eierinteresser i dialogmøter, eiermøter og generalforsamlinger.²⁸⁹
- Kommunen skal medvirke til at styret er komplementært med hensyn til kompetanse.²⁹⁰
- Kommunedirektøren selv skal som hovedregel ikke sitte i styret der kommunen har en betydelig eierandel.²⁹¹
- Kommunen som eier bør sikre god sammensetning og kompetanse i styret²⁹²
- Habilitetsreglene må overholdes.²⁹³

9.2 Håndtering av eier- og kunderollen

Med organiseringen av Helseplattformen som aksjeselskap der kommunen er en av flere eiere, får kommunen et tosidig forhold til selskapet, et kunde- og et eierforhold som skal håndteres.

På spørsmål om hvordan kommunen utøver eierrollen, viser finansdirektøren til at de har et eierforum som består av to representanter fra Helse Midt-Norge, helse- og velferdsdirektøren i Trondheim og kommundirektøren for Ørland kommune²⁹⁴ som ivaretar eierrollen, mens finansdirektøren i Trondheim kommune er observatør i dette forumet. Den formelle eierstyringen foregår i generalforsamlingen, hvor alle stiller i henhold til sine aksjeandeler og der avstemming skjer i henhold til aksjelovent og bestemmelsene i aksjonæravtalen. Det fremgår av generalforsamlingen i 2021 at kommundirektøren i Trondheim kommune og administrerende direktør for Helse Midt-Norge RHF stilte som eierrepresentant i generalforsamlingen. Per 1. juli 2024 har 28 kommuner tatt Helseplattformen i bruk og er medeier med stemmerett i generalforsamlingen. Flere kommuner vil komme til etterhvert som de tar løsningen i bruk og blir medeiere.

²⁸⁶ Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon, Forvaltningsrevisjon av Helseplattformen i Midt-Norge, rapport

²⁸⁷ For utdypende beskrivelser av revisjonskriteriene, se vedlegg.

²⁸⁸ Kommuneloven § 13-1

²⁸⁹ Jf. kommunens prinsipper for eierstyring av kommunale selskaper, vedtatt av bystyret 19.5.22, sak 23/22 Eierskapsmelding del 1 - revidering

²⁹⁰ Jf. kommunens prinsipper for eierstyring av kommunale selskaper, vedtatt av bystyret 19.5.22, sak 23/22

²⁹¹ Jf. kommunens prinsipper for eierstyring av kommunale selskaper, vedtatt av bystyret 19.5.22, sak 23/22.

²⁹² [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll 2020. Anbefaling nr 9.](#)

²⁹³ Forvaltningsloven § 6

²⁹⁴ Ørland kommune tok i bruk Helseplattformen 22.11.22.

Finansdirektøren i Trondheim kommune gir uttrykk for at det kan bli en krevende konstruksjon å få 67 kommuner²⁹⁵ og helseforetaket til å samordne seg og samhandle. Den største styringsutfordringen er når målkonflikter oppstår, og han ser ikke bort fra at det vil oppstå noe de må jobbe seg gjennom. For eksempel at den største eieren Helse Midt-Norge RHF ønsker å prioritere annerledes enn kommunene.

Finansdirektøren påpeker at kundeforholdet er regulert i tjenesteavtalen, mens eierforholdet er regulert i aksjonær- og samarbeidsavtalen. Hvis kommunen ikke hadde hatt eierskap, ville man som kunde kunne vært mer kravstor og søke suboptimaliseringer overfor selskapet. Med rollen som både kunde og eier, kan ikke kommunen sette seg selv først på en måte som setter selskapet i fare. Samtidig kan man som eier påvirke selskapets beslutninger.

Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder viser til at valgte organisering gjør at kommunen som eier har muligheter til å ta opp saker gjennom eierorganene. Blir man ikke enig med Helseplattformen i en sak, kan man løfte problemstillingen opp til eierne i generalforsamlingen. Eierne har mulighet til å følge opp og instruere styret, noe som var ansett som viktig. Fra kommunen sin side var aksjeselskapsformen derfor å foretrekke fordi det gir større mulighet til å løfte opp saker til eierorganene. Han tror ikke kommunen har utnyttet eierrollen godt nok. Ved valg av organisasjonsform var det de formelle sidene som ble vektlagt, at anskaffelsen skulle være lovlig når stat og kommune skulle gjøre en felles anskaffelse. For kommunen var innflytelsen i tillegg viktig for valg av løsning.

Dokumentasjonen²⁹⁶ viser at kommunen har vært aktiv som kunde og eier, og har tatt opp ulike utfordringer i både eiermøter og direkte med Helseplattformen AS.

9.3 Styrets kompetanse

Ved opprettelsen av Helseplattformen AS var det staten/Helse Midt-Norge RHF som eneeier som stod for den første styresammensetningen. I Riksrevisjonens delrapport II er det opplyst at departementet startet i 2018 med å lage kompetanseprofil fram mot styrevalget til de regionale helseforetakenes styrer i 2020. De ville styrke digitalisering og prioritere solid IT-kompetanse til styrene. Rapporten fra Boston Consulting Group²⁹⁷ viser imidlertid til at flere har pekt på begrenset erfaring fra store IKT- og endringsprosjekter i styrene, og da særlig i styret i Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge. Boston Consulting Group var ikke kjent med styremedlemmer som har erfaring fra tidligere Epic-prosjekter.

Gjennomgangen av styresammensetningen viser at styret i Helseplattformen har vært og er godt besatt med helsefaglig, økonomisk, ledelses- og styringskompetanse. Enkelte av styremedlemmene har i tillegg bakgrunn i IKT/digitalisering, men styret er vurdert blant annet av Boston Consulting Group til ikke å ha tung IT-kompetanse. Det er opplyst at IT-kompetansen i styret er styrket etter at Boston Consulting Group leverte sin rapport.

²⁹⁵ Opprinnelig hadde 67 kommuner opsjon på å ta løsningen i bruk. Per 17. oktober 2024 har 28 kommuner innført Helseplattformen og ytterligere 6 kommuner tar den i bruk 9. november 2024. Dette tilsvarer en dekning på 71 prosent av innbyggerne. Til nå har 5 kommuner sagt nei til å ta i bruk Helseplattformen, 24 har vedtatt utsettelse og 4 kommuner har ikke tatt beslutning ennå.

²⁹⁶ Blant annet via kundemøter mellom kommunen og HP AS.

²⁹⁷ Ekstern evaluering av Helseplattformen. Boston Consulting Group, 27.4.23.

9.4 Håndtering av habilitetsutfordringer

Trondheim kommune har utnevnt kommunens finansdirektør i styret for Helseplattformen AS.²⁹⁸ Dette gir habilitetsutfordringer for kommunens finansavdeling i håndteringen av alle saker som berører Helseplattformen AS. Kommunedirektøren ba kommuneadvokaten om å gjøre en juridisk vurdering av habilitetsutfordringer knyttet til at finansdirektøren gikk inn i styrevervet.

Kommuneadvokaten viser til at etter forvaltningslovens § 6 første ledd er en offentlig tjenestemann automatisk inhabil til å tilrettelegge grunnlaget for en avgjørelse eller å treffe en avgjørelse i en sak som omhandler et selskap hvor han er styremedlem.²⁹⁹ Kommuneadvokaten vurderte at styrevervet medførte at finansdirektøren var inhabil til å tilrettelegge eller treffe avgjørelser på kommunens vegne i alle saker hvor Helseplattformen AS er part.³⁰⁰

Kommuneadvokaten bemerket også at i saker hvor Helseplattformen AS ikke er part vil finansdirektørens styreverv, eventuelt i kombinasjon med andre forhold, kunne anses for et særegent forhold som er egnet til å innvirke på hans habilitet.³⁰¹ Finansdirektørens styreverv og lojalitetsplikten til Helseplattformen AS kan ifølge kommuneadvokaten utgjøre et særegent forhold som svekker tilliten til hans habilitet i saker hvor Helseplattformen AS ikke er part, men har en mer indirekte interesse i utfallet av saken. Kommuneadvokaten anbefalte derfor at kommunen og finansdirektøren måtte ha et særlig fokus på habilitet også i slike saker.

I de tilfeller hvor en offentlig tjenestemann er inhabil, vil dette få betydning for habiliteten til hans underordnede.³⁰²

Kommuneadvokaten anbefalte at alle avgjørelser i saker som vedrører Helseplattformen ble tatt av kommunedirektøren eller av personer i linjer til en av de andre områdedirektørene. Dette gjaldt også saksframlegg til folkevalgte organer. Kommuneadvokaten mente at finansdirektørens underordnede kan delta i saksbehandlingen og tilrettelegging av avgjørelsesgrunnlaget, så lenge de ikke deltok i noen avgjørelser. Dersom kommunedirektøren selv skulle håndtere saker vedrørende Helseplattformen kunne dette gjøres ved å avgrense videre delegasjonen til finansdirektøren mot alle saker som direkte eller indirekte gjelder kommunens forhold til Helseplattformen AS. Kommunedirektøren kunne benytte ansatte i finansforvaltningen til rene saksbehandlingsoppgaver, og selv treffe alle avgjørelser.

Avslutningsvis i sin vurdering, fremhevet kommuneadvokaten de prinsipielt problematiske sidene ved at kommunalt ansatte, og særlig ledere, påtar seg ledende verv i andre rettssubjekter. Han påpekte at konsekvensen ofte blir at den aktuelle ansattes kompetanse ikke lenger er tilgjengelig i kommunens saksbehandling på grunn av inhabilitet. I tillegg skapes gjerne interessekonflikter som kan være uoversiktlige og krevende å håndtere innenfor kommunens ordinære styringssystem. Alternativet til å utpeke kommunalt ansatte til ledende verv i selskaper, vil normalt være å utøve eierstyringen gjennom generalforsamlingen i kombinasjon med utpeking av profesjonelle

²⁹⁸ Finansdirektøren ble valgt inn i styret i mai 2020. I perioden 22.4.21 til og med 9.1.22 var han ikke styremedlem. Han ble valgt inn igjen i styret 10.1.22. I desember 2023 ble han nestleder i styret, og denne rollen har han fortsatt.

²⁹⁹ Reglene for habilitet på området ble innskjerpet av Stortinget våren 2009, med virkning fra 1. november 2011. [Kommunal- og regionaldepartementet, Veileder - Habilitet i kommuner og fylkeskommuner](#)

³⁰⁰ Dette vil eksempelvis også kunne omfatte kommunale låneopptak som skal sikre finansiering av selskapet. Helseplattformen AS vil også trolig være part i saker hvor kommunen skal treffe avgjørelser som får direkte ikke-ubetydelig økonomisk virkning for Helseplattformen AS, hva enten dette gjelder anskaffelser av tjenester fra selskapet, konkurranter eller omorganiseringer som direkte påvirker kommunens bruk av selskapets tjenester.

³⁰¹ Jf. forvaltningsloven § 6 andre ledd

³⁰² Det ble her vist til reglene om avledet inhabilitet i forvaltningsloven § 6 tredje ledd.

styremedlemmer. Dette bidrar ifølge kommuneadvokaten til å tydeliggjøre det prinsipielle skillet mellom aksjonærens eierstyring av selskaper på den ene siden og styrets ansvar for forvaltningen av selskapet på den andre siden. Kommuneadvokaten anbefalte at kommunen skulle foreta en prinsipiell gjennomgang av bl.a. dette spørsmålet som ledd i behandling av kommunens prinsipper for eierstyring.

Kommunedirektøren håndterte situasjonen med å avgrense finansdirektørens delegering mot alle saker som direkte eller indirekte gjelder Helseplattformen AS så lenge finansdirektøren er styremedlem. Revisjonens gjennomgang viser at bystyresakene som berører Helseplattformen er håndtert av andre enn finansdirektøren sin stab og enheter. Dokumentasjonen viser at alle politiske saker er saksbehandlet på helse- og velferdsområdet. Finansområdet har håndtert de ordinære regnskapsmessige sidene og ordinære låneopptak, men sakene som berører videreutlån er håndtert av helse- og velferdsområdet. Finansdirektøren har imidlertid deltatt jevnlig i kommunens interne styringsgruppemøter for innføringen av Helseplattformen, som blant annet har hatt økonomiske saker til drøfting og vurdering. Det fremgår av møteprotokollene at finansdirektøren har vært meldt inhabil i ett av rundt 20 møter i den perioden han var styremedlem.

Finansdirektøren fremhever overfor revisjonen at utfordringen som eier og kunde må sees i sammenheng med at Helseplattformen er organisert som et offentlig samarbeid basert på samarbeidsavtale, aksjonæravtale og tjenesteavtale som regulerer eier- og kundeforholdet. Han mener at de internt i kommunen har tydelige skiller mellom de ulike rollene. Han viser til at Trondheim kommune etter en konkret avveining kom frem til at de var mest tjent med å være representert i styret ved finansdirektøren. Dette fordi Helse Midt-Norge RHF hadde oppnevnt representanter fra ledelsen i styret, og det var nødvendig å ha en sammensetning av styret som balanserte interessene mellom eierne.

9.5 Kommunen har fulgt opp tjenesteavtalen med Helseplattformen

Kommunens tjenesteavtale med Helseplattformen AS om bruk av felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal ble inngått i februar 2022, det vil si et par måneder før man tok i bruk Helseplattformen. Avtalen omfatter blant annet kundens ansvar for medvirkning og deltakelse i samarbeidet om Helseplattformen. Kommunen opplyser at de følger opp tjenesteavtalen jevnlig overfor Helseplattformen AS. Det holdes månedlige strategiske og taktiske kundemøter i samarbeid med de øvrige kommunene der oppfølging av tjenesteavtalen er tema. Vi får opplyst at Trondheim kommune i lengre tid også har bidratt med innspill til innhold i kundeportalen som er under utarbeidelse av Helseplattformen AS.

Trondheim kommune fasiliterer møter for alle kommuner der kundeansvarlig fra Helseplattformen AS deltar. Også dette er møtepunkt der oppfølging av Tjenesteavtalen er et tema.

Oppfølging av restanser og endringsønsker

Trondheim kommune opplyser at de har samlet en oversikt over restanser og endringsønsker siden de tok i bruk systemet. Per mai 2024 hadde kommunen en restanseliste på 48 punkter og en liste på cirka 70 prioriterte endringsønsker.

Kommunen selv mener at ingen av endringsønskene eller sakene på restanselisten er kritiske med tanke på pasientsikkerheten. Flere av sakene har imidlertid konsekvenser for effektiviteten, og kommunens mulighet til å hente ut alle gevinster i løsningen. De opplever også at det er krevende å ikke kunne gi de tjenesteområdene som trenger bedre funksjonalitet en plan for når en løsning vil være på plass. Mangler i faktureringsløsningen har ført til mye ekstraarbeid for å rette feil, og at for eksempel legevakta har hatt et betydelig merkostnader.³⁰³

Oppfølging av samarbeidet med opsjonskommunene

Kommunen arbeider med å få på plass en avtale med de andre deltakerkommunene for utvikling og optimalisering av kommuneløsningen.

9.6 Kapasitetsutfordringer i Helseplattformen AS har vært utfordrende for kommunen

Etter at Trondheim kommune tok i bruk Helseplattformen ble det som beskrevet foran avdekket flere feil og mangler i systemet. Flere av disse feilene, for eksempel faktureringsystemet, er fortsatt ikke rettet to år etter at man tok i bruk løsningen. Utfordringen for kommunen har vært at Helseplattformen har hatt begrenset kapasitet til å rette opp feil i kommuneløsningen.

Forholdene rundt manglende kapasitet er påpekt i rapporten fra Boston Consulting Group og fellesrapporten fra Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon.³⁰⁴ Det pekes blant annet på at Helseplattformen AS i liten grad har hatt kapasitet til å utforme det faglige innholdet slik det var avtalt med fagekspertene. Overfor St. Olavs hospital HF bekreftet Helseplattformen at for utvikling og testing, var det ikke et strukturert testløp og at de hadde liten testaktivitet i perioden april-august 2022. Det forklarer Helseplattformen AS med at de hadde liten kapasitet utover det å følge opp Trondheim kommune, som på dette tidspunktet hadde innført løsningen.

I fellesrapporten viser vi til at utfordringene med fastsetting av kapasiteten til Helseplattformen AS også var tema i eiermøter. I et eiermøte i mai 2020 fremgår det i en sak at samarbeidsrådet for kommunene var bekymret for kostnadene med hensyn til dimensjoneringen av selskapet. I eiermøte 23. april 2021 ble det lagt føringer for dimensjoneringen av Helseplattformen AS. Det fremgår at det var forskjell i vurderingen av behov for årsverk mellom eiermøtet og administrasjonen i Helseplattformen AS. Selskapets utredning tilsa et behov for 271 årsverk, mens rammen i eiermøtet ble satt til 200 - 240 årsverk³⁰⁵. Styret i Helseplattformen AS uttalte da at de ikke anser at et forsvarlig tjenestenivå for løsningen kan oppnås uten tilleggskjøp fra eierne, og at det må forankres gjennom langsiktige rammeavtaler for tilleggskjøp.

Helseplattformen har hatt og har utfordringer med kapasiteten. Kommunen har utarbeidet en restanseliste over det som ikke er levert etter avtalen og en liste over endringsønsker. Kapasitetsutfordringer i Helseplattformen AS har ført til at kommunen ikke har fått bistand til å rette opp avvikene og forbedre løsningen raskt nok, noe som har vært frustrerende for kommunen og de ansatte vi har intervjuet, dette er også omtalt i rapportens kapittel 2.

³⁰³ Samlet 30 millioner kroner i merkostnader, se kap.4.6

³⁰⁴ Fellesrapport fra Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon

³⁰⁵ Det er lagt opp til en basisorganisasjon med 200 årsverk med en planlagt oppskalering til 240 årsverk når alle aktørene har tatt i bruk løsningen. Bystyresak 101/2021, 16.06.2021.

Tidligere helse- og velferdsdirektør viser til at det mest utfordrende har vært prioritering av feilretting og optimalisering av Trondheim kommunes løsninger. Kommunen opplever at St. Olavs hospital HF har fått mye fokus på sine utfordringer, og at kommunen har måttet vente på utbedringer. Videre legger hun til at Helseplattformen AS ikke har hatt mulighet til å prioritere feilretting og optimalisering av både kommunen og sykehusets behov. Trondheim kommune formidlet til selskapet at det var OK at St. Olavs hospital HF ble prioritert, fordi kommunen så at St. Olavs hospital HF trengte hjelp. Nå mener imidlertid Trondheim kommune at de kommunale løsningene må prioriteres høyere.

Helse- og velferdsdirektøren vurderer at det er et godt samarbeid med Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS. Hun mener det har vært noen utfordringer i samarbeidet med St. Olavs hospital HF, men gir samtidig uttrykk for at det nå er positiv utvikling.

9.7 Revisjonens vurderinger

Helseplattformen er et offentlig-offentlig samarbeid, organisert i et aksjeselskap der eierrollene er regulert i aksjonær- og samarbeidsavtalen, mens kundeforholdet er regulert i tjenesteavtalen. Eierrollen ivaretas i generalforsamlingen, og kommunedirektøren har representert Trondheim kommune i alle generalforsamlingene. Eierne har også et eierforum der saker kan drøftes utenom generalforsamlingene. Kommunens helse- og velferdsdirektør møter i eierforum, mens kommunens finansdirektør møter som observatør. Revisjonen vurderer at eierrollen er avklart og ivaretatt fra kommunen sin side med aktiv involvering fra kommunens ledelse.

Dokumentasjonen viser at kommunen har vært aktiv som kunde og at utfordringer med løsningen er tatt opp med Helseplattformen i kundemøter. Samtidig er det gitt uttrykk for at hadde ikke kommunen vært eier, kunne man som kunde vært mer "kravstor" overfor selskapet. Revisjonen mener det kan være grunn til å stille spørsmål om eierrollen medfører at kommunen blir for tilbakeholden med å stille krav til selskapet. Vi mener kommunen bør ha økt fokus på kunderollen og leveranser fremover.

Styret i Helseplattformen AS har vært og er godt besatt med helsefaglig, økonomisk, ledelses- og styringskompetanse. Det er positivt at IT-kompetansen i styret ble styrket etter at Boston Consulting Group vurderte at styret ikke hadde tung IT-kompetanse.

Revisjonen registrerer at kommunens finansdirektør er kommunens representant i styret, til tross for at dette medfører at han da får en dobbeltrolle som både eier og kunde. Dette kan medføre habilitetsutfordringer, noe kommuneadvokaten også viser til. Er saksbehandling i strid med habilitetskravene medfører det normalt at avgjørelser blir ugyldige. Vervet kan i tillegg medføre interessekonflikter som kan være krevende å håndtere innenfor kommunens ordinære styringssystem.

Kommunedirektøren har valgt å håndtere habilitetsutfordringen ved å avgrense finansdirektørens videredelegasjon mot alle saker som direkte eller indirekte gjelder kommunens forhold til Helseplattformen AS. Saksbehandlingen på området ble delegert til helse- og velferdsdirektøren.

Etter revisjonens vurdering er finansdirektørens habilitetsutfordringer vurdert og søkt håndtert i samsvar med habilitetsbestemmelsene. Formelt kan han sitte i styret, men det vil ikke være i samsvar med anbefalt praksis for god eierstyring.

Undersøkelsen viser at kommunen har fulgt opp tjenesteavtalen med Helseplattformen jevnlig. Det avholdes månedlig strategisk og taktisk kundemøte i samarbeid med de øvrige kommunene der oppfølging av tjenesteavtalen er tema. I tillegg har kommunen ofte møter med de kommunene som har tatt løsningen i bruk der temaet er tjenesteavtalen. Revisjonen mener det er positivt at kommunen har en aktiv oppfølging av tjenesteavtalen i samarbeid med de øvrige kommunene som har tatt løsningen i bruk.

Helseplattformen AS har hatt begrenset kapasitet til å rette feil som har vært i kommuneløsningen. Kommunen har utarbeidet en restanseliste over det som ikke er levert etter avtalen og en liste over endringsønsker. Ifølge kommuneledelsen har det vært utfordrende å få prioritert feilretting og optimalisering av kommuneløsningen. Kommunen opplever at St. Olavs hospital HF har fått mye fokus på sine utfordringer, og at kommunen har måttet vente på utbedringer. Tidligere helse- og velferdsdirektør uttaler at kommuneløsningen må prioriteres høyere fremover. Revisjonen er enig i dette. Vi mener det er positivt at Trondheim søker å få en avtale med de andre kommunene for utvikling og optimalisering av kommuneløsningen.

10 Konklusjon

Pasientbehandling og samhandling

Innføringen av Helseplattformen har ført til at kommunen og sykehuset nå har samme journalsystem, og dette innebærer at forholdene ligger til rette for samhandling. Med felles journalsystem deles informasjon i sanntid. Et av de viktigste målene med Helseplattformen er en felles journal, som også inkluderer fastlegene og avtalefysioterapeutene. Bortsett fra ett kommunalt fastlegekontor, har ikke fastlegene tatt i bruk Helseplattformen. Fastlegene mener at løsningen ikke er god nok. Utfordringene med e-meldinger har gått ut over samhandlingen mellom kommunen, sykehuset og fastleger.

De ansatte oppgir at de må lete etter informasjon og oppfatter systemet som lite intuitivt, komplekst og tidkrevende å bruke. Innføringen har ført til økt ressursbruk knyttet til legemiddelhåndtering og planlegging i hjemmetjenesten. Innføringen har ført til konsekvenser for pasientene. Flere av de ansatte mener de bruker mer tid på å journalføre og mindre tid på pasientene. Hjemmetjenesten har opplevd at gjøremål har forsvunnet fra arbeidslistene og at pasienter har fått feil medisin fordi legemiddellistene er lite oversiktlige eller ikke oppdaterte. Flere av fastlegene opplyser i spørreundersøkelsen at innføringen av Helseplattformen har gått ut over deres pasienter. Samlet sett har utfordringene truet pasientsikkerheten.

Økonomisk styring

Det ble lagt realistiske budsjettplaner og tilstrekkelige risikoavsetninger har sørget for at kommunen har holdt seg innenfor vedtatt budsjetttramme for investeringsprosjektet. Den økonomiske styringen og oppfølgingen av kommunens kostnader med anskaffelsen har vært tilfredsstillende.

Driftskostnadene med Helseplattformen kommer imidlertid til å bli høyere enn planlagt. Kommunen har betydelige uforutsette merkostnader. Det er også økonomisk risiko knyttet til hvor mange som kommer til å ta i bruk systemet.

Kommunen har beregnet et potensial for gevinstrealisering, men hvor store gevinster som kan realiseres er usikkert og forventes først tatt ut fra og med 2025.

Hva er de viktigste forklaringene på problemene?

Kommunes rolle og involvering i anskaffelsesprosessen

Trondheim kommune sikret at kommunens interesser ble ivaretatt i planleggingen og anskaffelsen av det nye journalsystemet. Viktige innspill i slutfasen ble ikke tilstrekkelig utredet og vurdert.

Forberedelser

Kommunen startet forberedelsene til innføring av nytt pasientjournalsystem på et tidlig tidspunkt, men bygging, testing og opplæring foregikk etter hvert parallelt, fordi byggingen av Helseplattformen ble forsinket. Testingen var begrenset og avdekket ikke viktige feil. Opplæringen var for dårlig.

Helseplattformen AS' ansvar for drift og utvikling

Helseplattformen AS har foreløpig ikke levert alt av løsninger i samsvar med bestillingen. Kommunen har utarbeidet en restanseliste over det som ikke er levert etter avtalen og en liste over endringsønsker.

Kommunen opplever at St. Olavs hospital HF har fått mye fokus på sine utfordringer etter at de tok i bruk løsningen. Dette har ført til at kommunen har måttet vente på å få løst sine utfordringer.

Prosjekt- og risikostyring

Kommunen har hatt en tilstrekkelig prosjektstyring. Risikostyringen var en del av kommunens styringssystem, men de risikoreducerende tiltakene har ikke hatt god nok effekt, siden mange av risikoene har inntruffet.

Organisering og beslutningsstruktur

Trondheim kommunes arbeid med Helseplattformen har vært organisert på en tilfredsstillende måte og la til rette for at kommunen kunne ha forsvarlig styring og kontroll. Det var tydelige ansvarslinjer, kommunens ledelse var involvert og ble forelagt sentrale beslutninger.

Beslutningsstrukturen i samarbeidet med Helse-Midt-Norge og de andre kommunene er omfattende og kompleks. Få spørsmål ble løftet høyt opp i beslutningsstrukturen. Konsekvensen var at de mest kritiske utfordringene ikke ble tatt tak i på et tidlig tidspunkt.

Trondheim kommune som eier og kunde

Eierrollen er avklart og ivaretatt fra kommunens side med aktiv involvering fra kommunens ledelse. Kommunen har vært en aktiv kunde, men eierrollen legger begrensninger på kunderollen.

Finansdirektøren er kommunens representant i styret i Helseplattformen AS, noe som medfører en dobbeltrolle som eier og kunde. Dette kan føre til habilitetsutfordringer, og er ikke i samsvar med anbefalt praksis for god eierstyring. Kommunedirektøren har håndtert dette ved å delegere saker på finansområdet som gjelder Helseplattformen AS til helse- og velferdsdirektøren.

11 Uttalelse fra byråd for helse og omsorg



TRONDHEIM KOMMUNEREVISJON
Postboks 2300 Torgarden
7004 TRONDHEIM

Vår saksbehandler
Wenche P. Dehli

Vår ref.
2024/28487
oppgis ved alle henvendelser

Deres ref.

Dato
17.10.2024

Uttalelse vedrørende revisjonsrapport Helseplattformen - rapport 12/2024-F

Viser til brev datert 25. september 2024. Nedenfor fremkommer vår uttalelse vedrørende revisjonsrapporten.

Byrådet tar revisjonens rapport til etterretning, og deler særlig bekymringen knyttet til pasientsikkerhet. Kvaliteten og brukervennligheten i journalløsningen må forbedres. Det er i tillegg behov for mer veiledning og opplæring i bruk av systemet. Det er videre viktig at det settes fokus på at løsningen tilfredsstiller fastlegenes ønsker og behov, slik at de kan ta systemet i bruk så snart som mulig.

Byrådet i Trondheim skal fortsette å jobbe for at vi skal nå visjonen om "En innbygger, en journal". Vi arbeider for å oppnå de planlagte gevinstene ved innføring av Helseplattformen. For å møte fremtidens utfordringer innenfor helse- og omsorgssektoren, er vi avhengig av bedre samhandling, høyere effektivitet og bedre kvalitet. Helseplattformen er et viktig verktøy for å oppnå dette. Vi vil legge revisjonens funn og konklusjoner til grunn for vår videre oppfølging av Helseplattformen som eier og bruker av systemet.

Med hilsen

Merethe Baustad Ranum

Byråd, helse og omsorg, Trondheim kommune

Merethe Baustad Ranum
byråd helse og omsorg

Postadresse:
Trondheim kommune
Byrådsavdeling for helse og
omsorg
Postboks 2300 Torgarden
7004 TRONDHEIM

Besøksadresse:
Munkegata 1

Telefon:
72 54 61 20

Organisasjonsnummer:
NO 942 110 464

E-postadresse: byradsleder.postmottak@trondheim.kommune.no
www.trondheim.kommune.no

Dette er et digitalt dokument og har derfor ingen signatur

12 Litteraturliste

Aksjeloven, (LOV-1997-06-13-44): Lov om aksjeselskaper

<https://lovdata.no/lov/1997-06-13-44>

Altinn, Om styringsrett og medbestemmelsesrett

<https://info.altinn.no/starte-drive/arbeidsforhold/ansettelse/styringsrett-og-medbestemmelsesrett/>

Arbeidsmiljøloven, (LOV-2005-06-17-62): Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.

<https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>

Boston Consulting Group (2023), *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

Digitaliseringsdirektoratet, [Prosjektveiviseren \(digdir.no\)](https://prosjektveiviseren.digdir.no)

Bakgrunnen for veiviseren, se <https://prosjektveiviseren.digdir.no/media/20/download>

Direktoratet for e-helse, Krav til elektronisk meldingsutveksling.

<https://www.ehelse.no/Standardisering/standarder/krav-til-elektronisk-meldingsutveksling#4%3A%20Test%20av%20meldingstrafikk>

Endringer i pasientjournalloven mv. (nasjonal digital samhandling Prop. 91 L (2021–2022) jf. Innst. 414 L (2021–2022))

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-91-l-20212022/id2907937/>

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2021-2022/inns-202122-414/?all=true>

Forvaltningsloven, (LOV-1967-02-10): Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker

<https://lovdata.no/lov/1967-02-10>

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene, (FOR-2012-08-29-842).

<https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, (FOR-2016-10-28-1250)

<https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Helsedirektoratet (2017), Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Veileder til lov og forskrift, sist faglig oppdatert 29.10.18

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune (2016), Samarbeidsavtale mellom om Forberedelse og gjennomføring av anskaffelse, samt innføring av nytt pasientadministrativt system (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ), 27.9.16.

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune (2019), Samarbeidsavtale om et helhetlig og samordnet helsetilbud (Helseplattformen) i region Midt-Norge, 18.11.19.

Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjoner.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/statsbudsjett/id1437/>

Helse- og omsorgstjenesteloven, (LOV-2011-06-24-30): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven, (LOV-1999-07-02-64): Lov om helsepersonell m.v.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Helseplattformen (2015) Anskaffelsesstrategi for prosjektet.

Helseplattformen AS, Informasjon om HelsaMi

<https://www.helseplattformen.no/helsami/hva-er-helsami/>

Helseplattformen AS <https://www.helseplattformen.no/pasient-og-innbygger/>

Helsetilsynet (2023). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse.* 18.4.23.

<https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2023/tilsynsrapport-fra-innfoering-av-helseplattformen-ved-st-olavs-hospital/>

Helseplattformen AS og Trondheim kommune (2022), Avtale om bruk av felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (Tjenesteavtalen). Februar 2022.

Holte Consulting (2022), *Gjennomgang og kvalitetssikring av gevinstberegningene på Helseplattformen.* Utarbeidet for Trondheim kommune. 31.1.22.

Innst. 255 S – 2019–2020 om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-255s?all=true>

Innst. 224 S (2012-2013), jf. Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal

<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/inns-201213-224.pdf>

Innst. 206 S (2015-2016), jf. Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-206/?lvl=0>

Innst. 84 S (2016–2017), jf. Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2016-2017/inns-201617-084s/?all=true>

Innst. 11 S (2017-2018), jf. Prop. 1 S (2017-2018) Helse- og omsorgsdepartementet

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2017-2018/inns-201718-011s/?all=true>

Finansdepartementet (2020), *Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell*.
[Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell - Veileder \(regjeringen.no\)](#)

Jansen, Thorleif (2024), Videreutvikling av fastlegeløsningen, Innlegg på Plattformdagene 4.6.24
<https://ehin.no/plattformdagene2024/program/>

Kommunal- og regionaldepartementet (2011), [Veileder - Habilitet i kommuner og fylkeskommuner](#), 26.08.2011

Kommuneloven, (LOV-2018-06-22-83): Lov om kommuner og fylkeskommuner
<https://lovdata.no/lov/2018-06-22-83>

Kommunesektorens organisasjon, KS (2020), [Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#).

KPMG og NEO Consulting (2023). *Revisjon av løsning – Helseplattformen*, 29.8.23.

Lovdata (2023), Regler om habilitet. Artikkel 7.3.23.
https://lovdata.no/artikkel/regler_om_habilitet/55

Meld. St. 16 (2010–2011) Melding til Stortinget - Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 12 (2011–2012) Stat og kommune – styring og samspel, jf. Innst. 270 S (2011–2012).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20112012/id671829/>

Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet, jf. Innst. 84 S (2016–2017)
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/>

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020-2023, jf. Innst. 255 S (2019–2020).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-255s?all=true>

Meld. St. 30 (2019–2020) En innovativ offentlig sektor – Kultur, ledelse og kompetanse, jf. Innst. 191 S (2020–2021)
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20192020/id2715113/>

Nielsen Norman Group - Usability 101: Introduction to Usability.
<https://www.nngroup.com/articles/usability-101-introduction-to-usability/>

NS-ISO 31000:2018 Risikostyring

Ot.prp. nr. 51 (2008–2009) Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-51-2008-2009-/id553804/>

Pasientjournalforskriften, (FOR-2019-03-01-168): Forskrift om pasientjournal,
<https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>

Pasientjournalloven, (LOV-2014-06-20-42): Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp. <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-42>

Pasient- og brukerrettighetsloven, (LOV-1999-07-02-63): Lov om pasient- og brukerrettigheter
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Prop. 1 S (2022–2023) Helse- og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2931020/>

Regjeringen, [Digitaliseringsrundskrivet](#)

Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon (2024), Forvaltningsrevisjon av Helseplattformen i Midt-Norge

Ross, J. W., Weill P. og Robertson D. C. (2006) *Enterprise Architecture as Strategy*, Harvard Business School Press.

Schaefer, Hans: Systematisk Testing av Software (ISTQB Norge)
<https://www.istqb-norge.no/wp/wp-content/uploads/2014/02/Systematisk-Testing-av-Software-in-tro.pdf>

Spesialisthelsetjenesteloven, (LOV-1999-07-02-61): Lov om spesialisthelsetjenesten
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Torvatn, H., Kløve, B. og Landmark, A.D. (2017) *Ansattes syn på digitalisering - En nasjonal kartlegging av digitale forhold som skaper stress og opplevd produktivitet*. Sintef.
<https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2490540>

Trondheim kommune, *Økonomireglementet*. Kvaliteket.

Trondheim kommune - [Kommunens handlings- og økonomiplaner](#) (samleside)

Trondheim kommune - [Eldreplanen 2016-2026](#)

Trondheim kommune (2015), *Samarbeidsavtale med Helse-Midt RHF - anskaffelse av felles pasientjournal for sykehus, kommuner og fastleger*, Formannskapet, sak 225/2015, 20.10.15.
<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/1003363719/sak/1003370108>

Trondheim kommune (2016), *Revidert samarbeidsavtale med Helse Midt- Norge RHF om anskaffelse av felles pasientjournalssystem*, Formannskapet, sak 57/16 8.3.16.
<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/1003371801/sak/1003374284>

Trondheim kommune (2019), *Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten*, Bystyret 29.8.2019, sak 103/2019.

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/1003390374/sak/1003392614>

Trondheim kommune (2019 b), *Videreutlån til Helseplattformen AS*, Bystyret 12.12.19, sak 180/2019.

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/1003390378/sak/1003394541>

Trondheim kommune (2019 c), *Eventuelt - Orientering utløsning av opsjon - Helseplattformen*, Formannskapet sak 156/2019, 26.11.2019

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/1003390429/sak/1003395141>

Trondheim kommune (2020), *Prosjektdirektiv lokalt innføringsprosjekt i Trondheim kommune*, godkjent av prosjekteier 27.1.20

Trondheim kommune (2020 b), *Rapportering på skjønnsmidler innvilget for 2019 - Helseplattformen*, 28.5.20.

Trondheim kommune (2020 c), *Vedlegg til innsendt søknad om prosjektskjønn for 2021 Helseplattformen*. 14.9.20.

Trondheim kommune (2020 d), *Handlings- og økonomiplan 2021-2024, budsjett 2021*, Bystyret, sak 246/2020, 17.12.2020

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/50015/sak/5009713>

Trondheim kommune (2021), *Innføring, drift og forvaltning av Helseplattformen - økonomiske konsekvenser*, Bystyret, sak 101/2021, 16.6.2021, arkivsak 21/15103.

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/50012983/sak/50012619>

Trondheim kommune (2022), *Forlengelse av låneavtale med Helseplattformen AS og finansiering av merverdiavgift*, Bystyret, sak 213/22, 17.11.22.

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/50014664/sak/50017609>

Trondheim kommune (2022 b), *Handlings- og økonomiplan 2023-2026, budsjett 2023*, Bystyret sak 253/2022, 15.12.2022.

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/50014666/sak/50017899>

Trondheim kommune (2023), *Mandat for felles undersøkelse av Helseplattformen*, Kontrollutvalget, sak 12/23, 25.4.23

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/50019959>

Trondheim kommunerevisjon (2024), *Rapport 10/2024-F Kvalitet i hjemmetjenesten*

<https://trondheim.kommune.no/tema/politikk-og-planer/styrer-rad-og-utvalg/trondheim-kommunerevisjon/revisjonsrapporter/kvalitet-i-hjemmetjenesten2/>

Trondheim kommune (2022), *Eierskapsmelding del 1 - revidering*, Bystyret sak 23/22, 19.5.22

<https://innsyn.trondheim.kommune.no/motekalender/motedag/50014657/sak/50016249>

13 Vedlegg

13.1 Tabell- og figurliste

Figur 1 Viktige milepæler i arbeidet med Helseplattformen

Figur 2 Antall meldte avvik på legemiddelhåndtering per halvår på helse- og velferdsområdet i Trondheim kommune, før og etter innføringen av Helseplattformen 7. mai 2022 (1. halvår 2022)

Figur 3 Antall meldte avvik på samhandling per halvår etter samarbeidsinstanser, 2019- 1. halvår 2024

Figur 4 Andel fastleger som har svart på spørsmålet: Ut fra dine erfaringer som fastlege, hvordan har informasjonsdelingen med følgende instanser blitt påvirket av innføringen av Helseplattformen?

Figur 5 Andel fastleger som har opplevd at meldinger eller henvisninger ikke kom frem til riktig sted etter at Helseplattformen ble innført, N=127

Figur 6 Organiseringen av programmet Helseplattformen fra høsten 2015 - februar 2019

Figur 7 Opprinnelig felles faglig beslutningsstruktur

Tabell 1 Saker meldt inn fra Trondheim kommune via Service Now til Helseplattformen AS per 18. august 2024

Tabell 2 Andel fastleger som oppgir at innføringen av Helseplattformen har ført til negative konsekvenser for deres pasienter. N=127

Tabell 3 Analyse av fastlegenes svar på åpne spørsmål som omhandler konsekvenser for pasienter.

Tabell 4 Andel fastleger som oppgir hvor enige eller uenige de er om pasientsikkerheten har blitt bedre etter innføringen av Helseplattformen, med utgangspunkt i egne erfaringer som fastlege de siste to månedene

Tabell 5 Andel fastleger som bruker Helseplattformen som svarer på hvor enig eller uenig de er i ulike utsagn om Helseplattformen, N=66

Tabell 6 Kommunens kostnader i anskaffelsesfasen, ført som driftsutgifter

Tabell 7 Drifts- og investeringskostnader i innføringsfasen

Tabell 8 Driftsrelaterte kostnader med Helseplattformen. Regnskap og budsjett. Tall i millioner kroner

Tabell 9 Potensial for gevinstrealisering

13.2 Revisjonskriterier

Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling ved innføring av Helseplattformen

Helsepersonell som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient.³⁰⁶ Journal- og informasjonssystemer³⁰⁷ skal inneholde viktige opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp.³⁰⁸ Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.³⁰⁹ For at helsepersonell skal kunne overholde sine lovpålagte plikter og utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte er det viktig at journal- og informasjonssystemer legger til rette for dette ved å understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og å finne frem i.³¹⁰ I henhold til pasientjournalforskriften skal journalen gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp.³¹¹

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at de er forsvarlige. Det er et krav om at den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, et verdig tjenestetilbud, at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.³¹²

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.³¹³

Behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell, det vil si at helsepersonell har tilgang til rett informasjon til rett tid.³¹⁴

³⁰⁶ Helsepersonelloven (1999) § 39. Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp.

³⁰⁷ Med journal i medisinsk sammenheng menes samling eller sammenstilling av nedtegnelser/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, herunder for eksempel opplysninger om den enkelte pasients tilstand, iverksatte behandlingstiltak, informasjon om legemidler/legemiddelbehandling, kritisk informasjon om for eksempel alvorlige reaksjoner på legemidler m.m. Også dokumentasjon som røntgenbilder, prøvesvar m.m. regnes som del av journalen. Forskrift om pasientjournal. Forskriften gjelder alle former for behandling av helseopplysninger som dokumenteres etter helsepersonelloven § 39 og § 40, dvs. både helseforetak og kommuner.

³⁰⁸ Helsepersonelloven § 40 og forskrift om pasientjournal

³⁰⁹ Helsepersonelloven (1999) § 45

³¹⁰ Pasientjournalloven (2014) *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp*. § 7. Krav til behandlingsrettede helseregistre og § 8 Virksomheters plikt til å sørge for behandlingsrettede helseregistre. Loven gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner, jf. § 3.

³¹¹ Forskrift om pasientjournal § 4

³¹² Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* §§ 4-1 og 5-10

³¹³ Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10

³¹⁴ Pasientjournalloven (2014) *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* § 1. Loven gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner, det vil si både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse, og bruk av blant annet teknologi skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige psykiske belastninger og slik at sikkerhetshensyn ivaretas.³¹⁵

Ut fra dette utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen har ansvar for at helsetjenester er forsvarlige. Dette innebærer blant annet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.
- Kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige.
- Behandling av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte blir tilgjengelige for helsepersonell, det vil si at helsepersonell har tilgang til rett informasjon til rett tid.
- For at helsepersonell skal kunne overholde sine lovpålagte plikter og utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte er det viktig at journal- og informasjonssystemer legger til rette for dette ved å understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og å finne frem i.
- Arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse, og bruk av blant annet teknologi skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige psykiske belastninger.

Samhandling

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene skal gi den enkelte pasient eller bruker et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.³¹⁶ For å oppnå dette skal de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.³¹⁷

Et helhetlig helsetilbud forutsetter god samhandling mellom de ulike tjenestene og nivåene. Dette gjelder særlig for pasientgrupper med sammensatte sykdomsbilder og helseutfordringer. Det er en forutsetning for å kunne yte helsehjelp av god kvalitet at nødvendig og relevant pasientinformasjon er tilgjengelig på en betryggende måte for helsepersonell når pasienter skal gis eller tilbys helsehjelp.³¹⁸

Et hovedmål for helse- og omsorgspolitikken er gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester.³¹⁹ Digitale løsninger og bedre digital samhandling skal bidra til at innbyggere får gode, sammenhengende og tilgjengelige tjenester. Bruk av digitale løsninger skal gjøre det enklere å være pasient og ansatt i helsetjenesten. At informasjonen er tilgjengelig og følger pasienten, er en sentral forutsetning for å kunne tilby helhetlige og sammenhengende helsetjenester på tvers av aktører og ansvarsnivå.³²⁰

³¹⁵ Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) § 4-1

³¹⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1

³¹⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e. Med tjenesteytere menes kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenesteytere og private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av slike tjenesteytere.

³¹⁸ Ot.prp. nr. 51 (2008–2009) Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven.

³¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjoner.

³²⁰ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020-2023*, jf. Innst. 255 S (2019–2020).

Innbyggenes tilgang på informasjon og mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp gjennom digitale tjenester

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasient og bruker rett til å medvirke i utforming av tilbudet og i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasient- og brukerrettighetsloven stiller krav om at det kommunale tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren.³²¹

I Meld. St. 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester* Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten beskriver regjeringens mål om å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Dette betyr at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak. Pasient og bruker skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt. Begrepet «brukerorientering» innebærer også en mer likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre siden. Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem. De skal bli møtt med empati og bli behandlet med verdighet og respekt, og deres verdier og preferanser skal vektlegges i utforming av tilbudet.

Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte til egenomsorg og mestring. Større grad av egenomsorg er viktig for å gi den enkelte bedre helse og livskvalitet, men er også en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Pasient- og brukerorientering har stor betydning for pasientsikkerhet. Feil kan forebygges gjennom pasientmedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter og helse- og omsorgspersonell.

Noen av de viktigste virkemidlene for å bidra til en mer aktiv pasient- og brukerrolle er ifølge stortingsmeldingen å utvikle selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon og beslutningsstøtteverktøy.³²²

I Meld. St. 9 (2012-2013) EIEJ er ett av målene at innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester. Data skal videre være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

I nasjonal helse og omsorgsplan slås det fast at «Brukerne skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltagere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak».³²³

Digitale tjenester på nett skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig, jf. Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*, jf. Innst. 206 S (2015-2016). Ledere, helsepersonell og myndigheter har behov for tilgang til helsedata og statistikk av god kvalitet for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. For å sikre best mulig behandling og pasientsikkerhet, må helsepersonell ha rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige helseopplysninger. Dette gjelder gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i behandlingsforløpet eller i landet pasienten blir syk eller får behandling.

³²¹ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

³²² [Meld. St. \(2012-2013\) God kvalitet – trygge tjenester](#) Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, kapittel 4, side 47

³²³ [Nasjonal helse- og omsorgsplan](#)

Ett av målene for Helseplattformen er at innbyggerne skal få enklere tilgang til egen journal og at de skal ha større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp. I tillegg skal ett felles system for helsetjenesten sikre at journalen oppdateres fortløpende. Det vil ifølge Helseplattformen lette arbeidsvilkårene for helsepersonell, øke kvaliteten på behandlingen og bedre pasientsikkerheten.³²⁴

Et av gevinstmålene kommunen har identifisert i arbeidet med Helseplattformen er medvirkning med innbyggerne. Det er et mål å aktivere brukerens egne ressurser gjennom innsyn, tilgang, samvalg og selvhjelpsløsninger. Videre er det et mål å kunne få til bedre oppfølging av brukeren hjemme.³²⁵

To av målene i Trondheim kommunes handlings- og økonomiplan fra 2019-2022³²⁶ og kommunens eldreplan³²⁷ er at innbyggerne får støtte til å mestre egen hverdag og fremme egen helse på et tidlig stadium og at innbyggerne skal betjene seg selv gjennom digitale tjenester.

Hensynet til samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av journalsystemer

Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer (§ 3-2). Det samme kravet gjelder for kommunene.³²⁸ Bruk av standardisert kodeverk, terminologi og strukturert informasjon i pasientjournalen vil tilrettelegge for bedre kommunikasjon på tvers i helse- og omsorgssektoren og gi bedre grunnlag for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016-2019*, jf. Innst. 206 S (2015-2016).

Helseplattformen er regional utprøvsarena for det nasjonale målbildet definert i Meld. St. 9 (2012–2013) – Én innbygger – én journal hvor³²⁹

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Helse- og omsorgskomiteen har ved flere anledninger uttrykt at det er behov for bedre organisering og koordinering og en sterkere nasjonal styring av IT-feltet i helse- og omsorgssektoren for å styrke gjennomføringsevnen for nasjonale IT-tiltak.³³⁰ Ved behandlingen av endringer i pasientjournalloven mv. (nasjonal digital samhandling Prop. 91 L (2021–2022) jf. Innst. 414 L (2021–2022)) forutsatte flertallet i Helse- og omsorgskomiteen³³¹ at det må være tydeligere avklaring av roller og ansvar mellom staten og kommunene i arbeidet med å få bedre journalløsninger i kommunene og at det settes inn tilstrekkelige tiltak for å sikre en bærekraftig fremdrift.

³²⁴ <https://www.helseplattformen.no/pasient-og-innbygger/>

³²⁵ Bystyresak 103/19 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, behandlet 29.8.19.

³²⁶ [Kommunens handlings- og økonomiplaner](#)

³²⁷ [Eldreplanen 2016-2026](#)

³²⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 5-10

³²⁹ Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjoner.

³³⁰ Innst. 224 S (2012-2013), jf. Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger - én journal*, side 7; Innst. 206 S (2015-2016), jf. Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, side 22.

³³¹ Medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt.

En forutsetning for en helhetlig helsesektor er et velfungerende samarbeid mellom statlig og kommunal sektor, jf. Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*, jf. Innst. 84 S (2016–2017). Når det gjelder oppgaver som løses på tvers av statlig og kommunal sektor, skal statlige virksomheter ta et større ansvar for at det utvikles helhetlige digitale løsninger som også kommunesektoren kan bruke, Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel*, jf. Innst. 270 S (2011–2012).

Felles standarder og arkitekturstyring er et sentralt virkemiddel for å oppnå samhandling mellom systemer og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Målet er at tydelige rammebetingelser med standarder, krav og prinsipper for digitalisering vil bidra til en mer helhetlig utvikling, og stimulere til innovasjon og næringsutvikling.³³² I Innst. 11 S (2017–2018) uttalte helse- og omsorgskomiteen at nasjonal koordinering og styring på IT-feltet i sektoren er nødvendig, samtidig som det er viktig at arbeidet organiseres på en måte som sikrer tett kobling med Helsedirektoratet som fagetat.³³³ I behandlingen av Digital agenda for Norge registrerte transport- og kommunikasjonskomiteen at meldingen pekte på behovet for samordning og sektorovergripende tiltak.³³⁴ Komiteen sa seg enig i at det var viktig med sterkere styring og samordning der oppgaveutførelsen involverer flere virksomheter, forvaltningsnivåer eller sektorer.

Av Prop. 72 L (2013–2014) Pasientjournalloven og helseregisterloven fremgår det at en helhetlig IT-arkitektur er en sentral forutsetning for å nå målene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste og et godt samarbeid mellom aktørene i sektoren. Alle IT-systemer bør benytte kompatible og standardiserte løsninger, og kunne kommunisere helseopplysninger effektivt og sikkert, slik at pasienter og helsepersonell til enhver tid kan stole på at opplysningene er korrekte og oppdaterte. En helhetlig IT-arkitektur legger til rette for sikker og smidig samhandling både innenfor og på tvers av virksomhetsgrenser og profesjoner, og bidrar til å understøtte felles behov ved å legge til rette for gjenbruk av felleskomponenter. Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper skal legges til grunn for alt arbeid med IT i offentlig sektor. IT-arkitekturprinsippene er obligatoriske for statlige virksomheter og anbefalt for kommunene.³³⁵

Kommunens ansvar for fastlegeordningen

Fastlegeordningen inngår som en del av kommunens overordnede ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til dem som oppholder seg i kommunen.³³⁶

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud.³³⁷

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene sier at kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.³³⁸

Fastlegene kan enten være ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende. Det foreligger ikke rettslig grunnlag for at kommunen kan pålegge selvstendig næringsdrivende fastleger å bruke

³³² Prop. 1 S (2022–2023) Helse- og omsorgsdepartementet

³³³ Innst. 11 S (2017–2018), jf. Prop. 1 S (2017–2018) Helse- og omsorgsdepartementet, side 45

³³⁴ Innst. 84 S (2016–2017), jf. Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge, side 8

³³⁵ Digdir (2021) Overordnede IT-arkitekturprinsipper

³³⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 og forskrift om fastlegeordningen i kommunene.

³³⁷ Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (2012) §§ 4 og 8

³³⁸ Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 7

et bestemt journalsystem. I de tilfeller fastlegekontoret er en kommunal virksomhet har imidlertid kommunene rett til å fatte avgjørelser om driften, blant annet å avgjøre hvilket journalsystem som skal brukes. Dette følger av bestemmelser om arbeidsgivers styringsrett.³³⁹

Ut fra dette utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunene skal gi den enkelte pasient eller bruker et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- De kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud
- Et helhetlig helsetilbud forutsetter god samhandling mellom de ulike tjenestene og nivåene
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Innbyggerne skal oppleve helse- og omsorgstjenestene som tilgjengelige og helhetlige
- Innbyggerne skal få enklere tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp
- Brukerens egne ressurser skal aktiveres gjennom innsyn, tilgang, samvalg og selvhjelpsløsninger.

Budsjettering, økonomirapportering, gevinstrealisering og styringsinformasjon

I henhold til kommuneloven skal kommunedirektøren påse at saker som legges fram for folkevalgte organer er forsvarlig utredet.³⁴⁰ Kommuneloven stiller krav til at det utarbeides realistiske planer for egen virksomhet og økonomi.³⁴¹ Trondheim kommunes økonomireglement stiller også krav til budsjettrealisme, fullstendighet og krav til økonomirapportering.

Kommunedirektøren har i bystyresak 103/19 identifisert flere gevinstområder knyttet til Helseplattformen. Et av gevinstområdene er avansert bruk av data til kvalitetsforbedring, aktiv læring, styring og beslutningsstøtte. Gevinstene skal gi et potensial for økonomiske gevinster.³⁴² Programdirektivet omtaler også mål og gevinster.³⁴³

Det fremgår av Meld. St. 9 (2012-2013) En innbygger, en journal, at et sentralt mål er at journalsystemer bør sikre at data skal være tilgjengelige for kvalitetsforbedring, aktiv læring, styring og beslutningsstøtte. To av effektmålene i programdirektivet er bedre styringsinformasjon

³³⁹ Altinn. (2023, 22. mai). Styringsrett og medbestemmelsesrett: Arbeidsgivers styringsrett. «Arbeidsgivers styringsrett er retten til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet samt å ansette og si opp arbeidstakere. Styringsretten er ikke lovfestet, men ligger til grunn i alle arbeidsforhold og er akseptert i rettspraksis. Styringsretten er begrenset av arbeidsavtalen, eventuelle tariffavtaler, praksis og en rekke lover, som for eksempel arbeidsmiljøloven, ferieloven, likestillingsloven og folketrygdloven. Styringsretten begrenses også av mer allmenne saklighetsnormer. Ved utøvelse av styringsretten må det blant annet legges vekt på sedvaner i bransjen, praksis i det aktuelle arbeidsforhold og hva som finnes rimelig i lys av samfunnsutviklingen. Avgjørelser må ha et forsvarlig grunnlag, og må ikke være vilkårlige eller basert på utenforliggende hensyn.» [Kilde: Altinn](#)

³⁴⁰ Kommuneloven § 13-1

³⁴¹ Kommuneloven § 14-1

³⁴² Bystyret, sak 103/19 Ny løsning for pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, behandlet 29.8.19.

³⁴³ Programdirektiv for Helseplattformen, 2.11.16 og prosjektdirektiv for lokalt innføringsprosjekt i Trondheim kommune, godkjent av prosjekteier 27.1.20.

som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift og bedre data- og informasjonsgrunnlag for forskning og innovasjon.³⁴⁴

Ut fra dette utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunedirektøren skal sørge for forsvarlig utredning av saker
- Kommunedirektøren skal sørge for realistiske budsjetter
- Kommunedirektøren skal sørge for at økonomirapporteringen er i tråd med økonomireglementet
- Kommunedirektøren skal ha identifisert og vurdert mulighetene for gevinstrealisering
- Data skal være tilgjengelige for kvalitetsforbedring, aktiv læring, styring og beslutningsstøtte.

Kommunens rolle og involvering i planlegging og anskaffelsen

Kommuneloven stiller krav om at kommunedirektøren skal påse at saker som legges fram for folkevalgte organer er forsvarlig utredet.³⁴⁵ I kommunens økonomireglement stilles det krav til saksbehandling og politisk vedtak i større investeringer.³⁴⁶

Ved samarbeid med eksterne aktører er det viktig at kommunedirektøren sørger for at kommunens interesser og føringer fra politisk nivå blir ivaretatt. Samarbeidsavtalen mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune fra 2016, kapittel 2, regulerer samarbeidet mellom partene om anskaffelse av nytt pasientjournalssystem.

Ut fra dette utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Saker som legges fram for folkevalgte organer skal være forsvarlig utredet
- Kommunen bør sikre at kommunens interesser blir ivaretatt i anskaffelsesprosessen.

Kommunens forberedelser før innføring av løsningen

Testing av programvare

Testing av programvare gjennomføres for å finne feil og demonstrere kvalitet.³⁴⁷ Kvalitet omfatter to aspekter: at produktet oppfyller spesifikke krav og at det oppfyller kundens og brukerens behov. Kriteriene for når en kan avslutte testing bør være beskrevet i testplan, godkjent av prosjektledelsen og inkludere for eksempel oppnådd dekningsgrad for testingen, om testplan er fullført og om testingen avdekker få eller ingen feil. Bransjeorganisasjonen ISTQB³⁴⁸ har gjennom sertifiseringsordninger for testere angitt en rekke anbefalinger for gjennomføring av testing.³⁴⁹

³⁴⁴ Programdirektiv for Helseplattformen, 2.11.16 og prosjektdirektiv for lokalt innføringsprosjekt i Trondheim kommune, godkjent av prosjekteier 27.1.20.

³⁴⁵ Kommuneloven § 13-1

³⁴⁶ Prosjekter med kostnadsramme fra og med 40 mill. kr skal legges frem for bystyret som egen sak. Bystyret skal også vedta endringer i investeringsbudsjettet.

³⁴⁷ Hans Schaefer: Systematisk Testing av Software (ISTQB Norge), side 3-4

³⁴⁸ International Software Testing Qualifications Board

³⁴⁹ International Software Testing Qualifications Board: Sertifisert tester – pensum for grunnnivå (Norsk versjon basert på CTFL 2018 v. 1.0)

I krav til elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren er et punkt at virksomheter skal sørge for at det gjennomføres testing som sikrer at meldingstrafikken fungerer som forventet. Dette er spesielt viktig ved blant annet oppgradering av systemer for elektroniske pasientjournaler.³⁵⁰

Ut fra dette har vi utledet følgende revisjonskriterium:

- Virksomheter i helsesektoren skal sørge for at det gjennomføres testing som sikrer at meldingstrafikken fungerer som forventet. Dette er ifølge kravene spesielt viktig ved blant annet oppgradering av systemer for elektroniske pasientjournaler.

Krav til opplæring

Ved innføring av nye IT-systemer i helse- og omsorgssektoren er det viktig at alle som skal bruke systemene får tilstrekkelig opplæring.³⁵¹

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene sørge for at egne ansatte får videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste etter loven har plikt til å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde egne kvalifikasjoner ved like.³⁵²

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav om at virksomhetens ledelse skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.³⁵³ Videre skal ledelsen sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.³⁵⁴

Ut fra dette har vi utledet følgende revisjonskriterium:

- Ved innføring av nye IT-systemer i helse- og omsorgssektoren er det viktig at alle som skal bruke systemene får tilstrekkelig opplæring.

Prosjekt- og risikostyring

Beste praksis innen styring av IT-prosjekter tilsier at styringen skal gjenspeile organisasjonens etablerte styringsprinsipper i sin tilrettelegging for ledelsen og bruken av IT for å oppnå fastsatte mål.³⁵⁵ Videre innebærer IT-styring å identifisere beslutningstakere og hvilke aktører som bør gi innspill i beslutningsprosessen.

Videre krever digitalisering god strategisk IT-kompetanse. Digitalt modne virksomheter kjennetegnes gjerne ved at de har³⁵⁶:

- En ledelse med høy digital kompetanse og god IT-strategisk forståelse.
- En god IT-strategi som følges opp regelmessig.
- Et velutviklet system for styring og oppfølging av digitaliseringsprosjektene.
- Brukernes behov i sentrum.
- Tatt hensyn til andre virksomheters behov for data.

³⁵⁰ [Direktoratet for e-helse, \(2021\): Krav til elektronisk meldingsutveksling, punkt 4.](#)

³⁵¹ Meld. St. 9. (2012–2013). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.*

³⁵² Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2

³⁵³ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 f

³⁵⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 b

³⁵⁵ Ross, Weill og Robertson (2006): *Enterprise Architecture as Strategy*, Harvard Business School Press.

³⁵⁶ Meld. St. 27 2015–2016 Digital agenda for Norge jf. Innst. 84 S (2016–2017)

- En god dialog med sine leverandører.

Vi legger til grunn at det er god praksis å følge prosjektveiviseren, som er en prosjektmodell for styring av digitaliseringsprosjekter i offentlige virksomheter basert på den internasjonalt anerkjente prosjektledelsesmodellen PRINCE2.³⁵⁷ Dette følger av Digitaliseringsrundskrivet.³⁵⁸ Modellen dekker hele prosjektprosessen fra konseptvalg til avslutning av et prosjekt. Det er anbefalt å følge sjekklistene i modellen. Modellen legger også vekt på organisasjonsutvikling gjennom endrede arbeidsprosesser og organisatoriske endringer. Modellen legger også vekt på smidig metodikk, der løsningen ikke blir fastsatt i konseptfasen.

Det er utgitt en veileder for å støtte arbeidet med å utrede, planlegge og kvalitetssikre digitaliseringsprosjekter etter statens prosjektmodell.³⁵⁹ Veilederen fremhever noen generelle anbefalinger for utredning og kvalitetssikring av digitaliseringsprosjekter. Digitaliseringsprosjekter er virksomhets- og forvaltningsutvikling. Dette påvirker organisering og arbeidsprosesser, noe som krever tverrfaglig kompetanse, og forankring hos ledelsen. Tverrfaglig kompetanse bør derfor inngå i planlegging av digitaliseringsprosjekter. Løsninger bør løpende optimaliseres, men innenfor den konseptuelle avgrensningen. Det bør legges til rette for å kunne utnytte muligheter som oppstår underveis i utrednings- og planleggingsfasen. Verdien av å detaljere mye må avveies mot verdien av fleksibilitet og aktualitet i prosjektet.

Enhver som yter helsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.³⁶⁰ Denne plikten er nærmere utdypet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kommunene skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.³⁶¹

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter.³⁶²

Det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at risikostyringen skal være integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem.³⁶³ I NS-ISO 31000:2018 Risikostyring fremgår det at det skal etableres et rammeverk for risikostyring. Formålet med rammeverket er å integrere risikostyring i viktige aktiviteter og funksjoner. Utvikling av rammeverket omfatter å integrere, utforme, iverksette, evaluere og forbedre risikostyringen gjennom hele organisasjonen.

Når det gjelder risikoidentifisering er det også i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* vist til at lederen i planleggingen skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og

³⁵⁷ [Prosjektveiviseren \(digdir.no\)](https://prosjektveiviseren.digdir.no) Den første versjonen av prosjektveiviseren kom i 2009, og har senere blitt oppdatert.

For mer informasjon om bakgrunnen for veiviseren, se <https://prosjektveiviseren.digdir.no/media/20/download>

³⁵⁸ [Digitaliseringsrundskrivet - regjeringen.no](https://regjeringen.no)

³⁵⁹ Finansdepartementet (2020) [Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell - Veileder \(regjeringen.no\)](https://regjeringen.no)

³⁶⁰ Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-4-a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2

³⁶¹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

³⁶² Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). Ansvaret for styringssystem § 3

³⁶³ Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Veileder til lov og forskrift, sist faglig oppdatert 29.10.18, § 1

områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene og pasient- og brukersikkerheten.³⁶⁴

Gjennomgangen skal identifisere aktiviteter eller prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Øverste leder må sørge for at risikonivået defineres og risikoer identifiseres i virksomheten.³⁶⁵

Ut fra dette utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Styringen av IT-prosjekter bør gjenspeile organisasjonens etablerte styringsprinsipper.³⁶⁶
- Hvilke beslutningstakere og aktører som bør gi innspill i beslutningsprosessen bør identifiseres og fremgå tydelig av prosjektgjennomføringen.³⁶⁷
- Deltakere i arbeidet må ha god strategisk IT-kompetanse.³⁶⁸
- Det anbefales å følge Digitaliseringsdirektoratets prosjektveiviser.³⁶⁹
- Risikostyringen bør være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem.³⁷⁰
- Kommunedirektøren skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav, og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenestene og pasient- og brukersikkerheten.³⁷¹

Organisering og beslutningsstruktur

Kommuneloven § 5-3 slår fast at kommunestyret er det øverste organet i kommunen.

Kommunestyret treffer vedtak på vegne av kommunen, hvis ikke noe annet følger av lov.

Kommunestyret kan delegerer myndighet til å treffe vedtak til andre folkevalgte organer, ordføreren eller kommunedirektøren innenfor rammene av denne loven eller annen lov.

Kommuner har stor frihet til å velge hvordan tjenestene og virksomheten skal organiseres. Når kommunen organiserer tjenesteproduksjonen innenfor kommunen som organisasjon, gjelder det styringssystemet som følger av kommuneloven: Kommunestyret har i utgangspunktet all beslutningsmyndighet.³⁷²

Når kommunestyret velger å organisere en del av kommunens virksomhet i aksjeselskaper eller interkommunale selskaper, endres imidlertid betingelsene for folkevalgt styring og kontroll. Kommunestyret får da en eierrolle og må styre selskapet gjennom selskapets eierorgan.³⁷³

Kommunesektorens organisasjon, KS, har gitt anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og

³⁶⁴ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, § 6d

³⁶⁵ Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – Veileder til lov og forskrift, Helsedirektoratet, side 16

³⁶⁶ Ross, Weill, Robertson (2006) Enterprise Architecture as Strategy, Harvard Business School Press

³⁶⁷ Ross, Weill, Robertson (2006) Enterprise Architecture as Strategy, Harvard Business School Press

³⁶⁸ Meld. St. 27 2015–2016 Digital agenda for Norge jf. Innst. 84 S (2016–2017)

³⁶⁹ [Prosjektveiviseren \(digdir.no\)](https://digdir.no/prosjektveiviseren)

³⁷⁰ Helsedirektoratet: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Veileder til lov og forskrift, oppdatert 29.10.18, § 1

³⁷¹ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, § 6 d

³⁷² Kommuneloven § 5-3, [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

³⁷³ [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

kontroll. Det fremgår her at kommunen bør som eier sørge for en selskapsform som er tilpasset virksomhetens formål og oppgaver, og behov for eierstyring.³⁷⁴

Det fremgår av kommuneloven at kommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren er ansvarlig for internkontrollen. Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.³⁷⁵

Det er utarbeidet flere rapporter om årsaker til utfordringer i store offentlige IT-prosjekter, både i Norge og internasjonalt. I 2015 oppsummerte Simula og Scienta forskningsbasert kunnskap i Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak.³⁷⁶ Store offentlige IT-prosjekter mislykkes ofte, mens smidige utviklingsprosjekter øker sannsynligheten for å lykkes.

Vi legger til grunn at store offentlige IT-utviklingsprosjekter må ha kunnskap om og ta hensyn til forskningsbasert kunnskap om suksesskriterier og utfordringer i slike prosjekter.

Det er nødvendig å redusere størrelsen og kompleksiteten i det enkelte digitaliseringsprosjekt og heller legge vekt på kontinuerlig å lage bedre og mer brukervennlige tjenester.³⁷⁷

Stortingsmeldingen etablerer prinsipper for å redusere risiko og sikre større gevinster fra digitaliseringsprosjekter i offentlig forvaltning. Disse prinsippene er blant annet å tenke stort, men starte smått, å velge riktig samarbeidspartner, å ha hyppige leveranser og å skape nytte hele veien.

Prosjektveiviseren omtaler betydningen av tydelig organisering, roller og ansvar.³⁷⁸

Basert på det ovenstående legger vi til grunn at det er behov for tiltak for å redusere risiko og kompleksitet i IT-prosjekter, og at det må legges vekt på å sikre riktig organisering med presise ansvarslinjer og at ledelsen er involvert og forelegges sentrale beslutninger.

Ut fra dette utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunedirektøren må sikre en sammenhengende styringslinje fra kommunestyret.³⁷⁹
- Kommunen bør som eier sørge for en selskapsform som er tilpasset virksomhetens formål og oppgaver, og behov for eierstyring³⁸⁰
- Det er behov for tiltak for å redusere risiko og kompleksitet i IT-prosjekter, det må legges vekt på å sikre riktig organisering med presise ansvarslinjer og at ledelsen er involvert og forelegges sentrale beslutninger.³⁸¹

³⁷⁴ [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

³⁷⁵ Kommuneloven § 25-1

³⁷⁶ Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015, 16. juni). Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak.

³⁷⁷ Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet, jf. Innst. 84 S (2016–2017)

³⁷⁸ <https://prosjektveiviseren.digdir.no/>

³⁷⁹ Kommunestyret er kommunens øverste organ, jf. kommuneloven § 5-3

³⁸⁰ [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

³⁸¹ Meld. St. 27 (2015–2016). Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet, jf. Innst. 84 S (2016–2017) og Prosjektveiviseren

Kommunens rolle som eier og kunde i Helseplattformen AS

Bystyret vedtok 19. mai 2022 følgende prinsipper for eierstyring av kommunale selskaper:³⁸²

1. Kommunen skal gjennom aktiv eierstyring etablere og gjennomføre eierskapspolitikken og de selskapsspesifikke eierskapsstrategier, samt følge opp eierskapet gjennom dialogmøter, eierberetning og eiermøter.
2. Kommunen gir som eier langsiktige mål for selskapene og foretakene gjennom selskapsvise eierstrategier. Styret er ansvarlig for realisering av målene.
3. Trondheim kommune skal som hovedregel delta i og fremme eierinteressene i generalforsamling, representantskap og eiermøter.
4. Kommunen har forventninger til avkastning, utbytte og effektiv drift til selskap som opererer i et marked. For foretak eller selskap der det foreligger andre spesifikt definerte mål, vil forventninger til utbytte suppleres eller erstattes av andre mål.
5. Kommunen skal medvirke til at styret sørger for effektiv virksomhetsstyring og internkontroll.
6. Kommunen skal medvirke til at styret er komplementært med hensyn til kompetanse, kapasitet og mangfold ut fra selskapets/foretakets egenart og kommunens formål med eierskapet.
7. Alle kommunens selskap med mer enn en ansatt ha minst en ansattrepresentant i styret.
8. Kommunedirektøren selv og revisjonsdirektør skal som hovedregel ikke sitte i styret der kommunen har en betydelig eierandel. Det er i kommunelovens kapittel 7 gitt bestemmelser om hvem som ikke kan sitte i styret for kommunale foretak, jf §§ 7-2 og 7-3.
9. Kommunen skal medvirke til at styrets godtgjøring er på moderat nivå, men fremme verdiskapningen i selskapene og fremstå som rimelig ut i fra styrets ansvar, kompetanse, tidsbruk og arbeidets kompleksitet.
10. Kommunen skal medvirke til å hindre kryssubsidiering.
11. Kommunens eierskap skal fremme samfunnsansvarlig forretningsdrift og bærekraftig samfunnsutvikling.

Det er generalforsamlingene i selskapene sitt ansvar å sørge for at kommunens eierskapsmelding bekjentgjøres for styre og daglig ledelse, og innarbeides i selskapene.³⁸³

Når kommunestyret velger å organisere en del av kommunens virksomhet i aksjeselskaper eller interkommunale selskaper, endres som nevnt betingelsene for folkevalgt styring og kontroll. Kommunestyret får da en eierrolle og må styre selskapet gjennom selskapets eierorgan.³⁸⁴

Både kommunen og eierorganet må definere hva slags kompetanse og kapasitet som forventes av styremedlemmene. Et godt utgangspunkt for denne vurderingen kan være selskapets formålsparagraf, de langsiktige strategiene som er lagt for selskapet og situasjonsbestemte forhold de nærmeste årene (omstillingsbehov, markedstilpasning, lovendringer, etc.). Det bør tilstrebes en sammensetning med komplementær kompetanse og erfaring. Det er viktig å oppnevne styremedlemmer som kan sikre styrets tilsyns- og kontrollfunksjon overfor daglig leder.³⁸⁵

³⁸² Bystyret 19.5.22, sak 23/22 Eierskapsmelding del 1 - revidering

³⁸³ Jf. aksjeloven § 5-1

³⁸⁴ [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

³⁸⁵ [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

Styret skal gjenspeile og representere selskapets behov og bør ha forskjellig og supplerende kompetanse innen blant annet økonomi, organisasjon og om det markedet som selskapet opererer i. Videre bør styret inneha faglig innsikt og god kjennskap til selskapets formål.³⁸⁶

KS anbefaler å sørge for god sammensetning og kompetanse i styret. Eier bør gjennom selskapets eierorgan sørge for at styrets kompetanse samlet sett er tilpasset det enkelte selskapets formål og virksomhet.³⁸⁷

Styreverv i selskaper er et personlig verv. Medlemmer av styret representerer bare seg selv, ikke noen av eierne, og skal ivareta selskapets interesser til det beste for alle eierne. Det betyr at man ikke representerer verken politiske partier, kommunen, fylkeskommunen eller andre interessenter eller særlige interesser, men ivaretar selskapets interesser og eierne kollektivt på best mulig måte, ut fra selskapets formål og innenfor lovens rammer.³⁸⁸

Habilitet

Forvaltningsloven § 6 (habilitetskrav) sier følgende:

“En offentlig tjenestemann er ugild til å tilrettelegge grunnlaget for en avgjørelse eller til å treffe avgjørelse i en forvaltningssak

- a. når han selv er part i saken;*
- b. når han er i slekt eller svogerskap med en part i opp- eller nedstigende linje eller i sidelinje så nær som søsken;*
- c. når han er eller har vært gift med eller er forlovet med eller er fosterfar, fostermor eller fosterbarn til en part;*
- d. når han er verge eller fullmektig for en part i saken eller har vært verge eller fullmektig for en part etter at saken begynte;*
- e. når han leder eller har ledende stilling i, eller er medlem av styret eller bedriftsforsamling for*
 - 1. et samvirkeforetak, eller en forening, sparebank eller stiftelse som er part i saken, eller*
 - 2. et selskap som er part i saken. Dette gjelder likevel ikke for person som utfører tjeneste eller arbeid for et selskap som er fullt ut offentlig eid og dette selskapet, alene eller sammen med andre tilsvarende selskaper eller det offentlige, fullt ut eier selskapet som er part i saken.*

Likeså er han ugild når andre særegne forhold foreligger som er egnet til å svekke tilliten til hans upartiskhet; blant annet skal legges vekt på om avgjørelsen i saken kan innebære særlig fordel, tap eller ulempe for ham selv eller noen som han har nær personlig tilknytning til. Det skal også legges vekt på om ugildhetsinnsigelse er reist av en part.

Er den overordnede tjenestemann ugild, kan avgjørelse i saken heller ikke treffes av en direkte underordnet tjenestemann i samme forvaltningsorgan.

³⁸⁶ [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

³⁸⁷ [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

³⁸⁸ [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll](#) 2020

Ugildhetsreglene får ikke anvendelse dersom det er åpenbart at tjenstemannens tilknytning til saken eller partene ikke vil kunne påvirke hans standpunkt og verken offentlige eller private interesser tilsier at han viker sete.”³⁸⁹

Forvaltningslovens habilitetsregler kommer til anvendelse både når kommunen opptrer som privatrettslig aktør og som myndighetsutøver.

Ordlyden i forvaltningslovens § 6 andre punktum om selskap som er part i saken kom inn etter en endring i 2009 hvor loven ble skjerpet på dette punktet. I Kommunal- og regionaldepartementets veileder om habilitet i kommuner og fylkeskommuner H-2266 presiseres det følgende på side 22 og 23:³⁹⁰

«På bakgrunn av den ovennevnte lovendringen vil inhabilitet inntre automatisk for en tjenstemann eller folkevalgt som også er leder eller medlem av styre eller bedriftsforsamling i offentlig heleide selskaper, når saker hvor selskapet er part skal behandles i folkevalgte organer eller administrasjonen i kommunen.»

Hovedbegrunnelsen for lovendringen er å bidra til større klarhet om hvilke roller en tjenstemann og folkevalgt utøver i en bestemt situasjon, når vedkommende også er leder, styremedlem eller medlem av bedriftsforsamlingen i et offentlig heleid selskap. Klarhet med hensyn til hvilke interesser en person representerer i en gitt situasjon, vil bidra til å redusere risikoen for uheldige rollekombinasjoner. Regelendringen skal ikke bare hindre interessekonflikter, men også bidra til å vise utad at det er ryddige og klare ansvarsforhold internt. Slik kan lovendringen bidra til å opprettholde allmennhetens tillit til forvaltningen.³⁹¹

I KS sin anbefaling for god eierstyring bør kommunen som eier også vurdere spørsmål om habilitet i valg av styremedlemmer. Ifølge anbefalingen er ikke hensiktsmessig å velge en person som i mange sammenhenger likevel må fratre som inhabil fordi han eller hun kommer i en dobbeltrolle. Typisk gjelder dette der det er snakk om at sentrale folkevalgte eller ansatte i kommunale lederstillinger ønskes valgt inn i styret i et kommunalt eid selskap. Om ulempene ved å velge slike personer til styremedlemmer overstiger behovet for å ha den aktuelle personen i styret er en vurdering som kommunestyret eller fylkestinget selv bør gjøre.³⁹²

Ut fra dette utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunedirektøren skal sørge for forsvarlig utredning av saker
- Kommunen skal ha en aktiv eierstyring, følge opp og fremme sine eierinteresser i dialogmøter, eiermøter og generalforsamlinger
- Kommunen skal medvirke til at styret er komplementært med hensyn til kompetanse
- Kommunedirektøren selv skal som hovedregel ikke sitte i styret der kommunen har en betydelig eierandel
- Kommunen som eier bør sikre god sammensetning og kompetanse i styret
- Habilitetsreglene må overholdes.

³⁸⁹ Forvaltningsloven § 6

³⁹⁰ [Kommunal- og regionaldepartementet \(2009\): Veileder. Habilitet i kommuner og fylkeskommuner. Om inhabilitetsreglene i forvaltningsloven og kommuneloven](#), side 22-23

³⁹¹ [Kommunal- og regionaldepartementet \(2009\): Veileder. Habilitet i kommuner og fylkeskommuner. Om inhabilitetsreglene i forvaltningsloven og kommuneloven](#), side 23

³⁹² [KS Anbefalinger om eierskap, selskapsledelse og kontroll 2020. Anbefaling nr 9.](#)

13.3 Metode

Intervjuer

Vi har gjennomført intervju med følgende informanter:

- Tidligere helse- og velferdsdirektør/tidligere styreleder i Helseplattformen AS
- Tidligere helse- og velferdsdirektør, nå kommunaldirektør for helse og omsorg
- Finansdirektør/nestleder i styret i Helseplattformen AS
- Programleder kommune
- IT-sjef
- Flere delprosjektledere, nå faglige ledere for arbeidet med Helseplattformen i kommunen
- Flere fagekspertter
- En fagkoordinator i ESIKT, Enhet for service og internkontroll
- Rådgiver i kommunedirektørens fagstab
- Enhetsledere, avdelingsledere, flere sykepleiere og helsefagarbeidere i to helse- og velferdssenter og to hjemmetjenester. Vi har også intervjuet ansatte som arbeider med administrative oppgaver i hjemmetjenestene.
- En avdelingsleder og en sykepleier ved et helsehus
- Enhetsleder, en overlege, en avdelingsleder og en sykepleier ved legevakta
- En enhetsleder ved et av Bo- og aktivitetstilbudene
- En avdelingsleder i Barne- og familietjenesten
- To avdelingsledere i Enhet for fysioterapitjenester
- En rådgiver ved et av helse- og velferdskontorene
- Fastlege/Tillitsvalgt i allmennlegeutvalget i Trondheim kommune
- Representanter for Helsesupport i Enhet for service og internkontroll og IT-brukerhjelp
- Representant for testteamet i kommunen

Vedr. de strukturerte samtalene med enheter fra St. Olavs hospital HF og Trondheim kommune

Vi besøkte følgende enheter:

- Klinikk for akutt- og mottaksmedisin, Mottaksavdelingen – Akutten
- Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, Ortopedisk avdeling, Dagkirurgisk enhet for ortopedi og plastikkirurgi/Sengeområde for elektiv ortopedi
- Øya helsehus
- Trondheim interkommunale legevakt

I de strukturerte samtalene stilte vi spørsmål om funksjonaliteten i Helseplattformen med utgangspunkt i deres rolle og arbeidshverdag. Samtalene gjaldt blant annet deling av informasjon om pasientene, framstilling av relevant informasjon og tilrettelegging for helhetlige pasientforløp. De ansatte kunne også vise oss funksjonaliteten i forbindelse med spørsmålene vi stilte. Ettersom Helseplattformen er et omfattende journal- og fagsystem, avgrenset vi spørsmålene om funksjonalitet til journaldokumenter, felles legemiddelliste og prøveresultater fra bildediagnostikk og laboratorium. Dette reduserer risikoen for at vi fikk informasjon om deres oppfatninger av Helseplattformen eller synspunkter om brukervennlighet, som vi har undersøkt på andre måter.

Riksrevisjonen innhentet tilbakemeldinger på analyseskjemaet fra tillitsvalgt lege, sykepleier og helsefagarbeider ved St. Olavs hospital HF før gjennomføringen.

Analyse av saker i ServiceNow og avviksmeldinger

Vi har analysert alle saker som er meldt inn fra ansatte i kommunens saksbehandlingsverktøy for problemer knyttet til IT-systemer i perioden 7. mai 2022 til og med 7. desember 2023. Sakene er analysert med tanke på å finne ut hvilke feil og problemer de ansatte opplevde når de brukte Helseplattformen. Vi har sett på antall meldinger, tema/type feil, alvorlighetsgrad og annen relevant informasjon som gjelder feil og problemer.

Vi har innhentet og gjennomgått alle avviksmeldinger knyttet til pasientbehandlingen som ansatte meldte i kommunens kvalitetssystem (TQM) i perioden 7. mai 2022 til og med 14. desember 2023. Det ble tatt et uttrekk av saker basert på søkeordene "Helseplattformen" og "HP" i perioden.

Vi har også analysert utviklingen i meldte avvik knyttet til legemiddelhåndtering og samhandling. Dette gjorde vi ved å ta ut alle avvik på helse- og velferdsområdet fra 1. januar 2019 til 30. juni 2024. Totalt er det rundt 65 296 avvik for hele perioden. Dataene har vi analysert og bearbeidet i regneark og laget nye variabler for halvår og tjenesteområde. Avvikene om legemiddelhåndtering og samhandling er basert på ferdige kategorier som ansatte har krysset av for, men noe bearbeidet av oss. Vi har slått sammen noen kategorier om samhandling (samarbeidspartnere, samarbeidsrutiner, samhandling internt/andre, samhandling med St. Olavs hospital) til en felles samhandlingskategori. Det vil kunne være flere innmeldte avvik for legemiddelhåndtering og samhandling enn det som ansatte har krysset av for.

Vedr. spørreundersøkelsen til fastleger

Vi mottok lister med e-postadresser til alle fastlegene fra Trondheim kommune. Tema i undersøkelsen var informasjonsdeling med Trondheim kommune og St. Olavs hospital HF og konsekvenser for pasientene etter innføring av Helseplattformen. Vi stilte også spørsmål om fastlegenes egne erfaringer med opplæring og bruk av Helseplattformen enten på fastlegekontor, ved legevakta eller i arbeid ved St. Olavs hospital.³⁹³ Vi innhentet innspill fra kommunedirektørens kontaktperson og en fastlege som bruker Helseplattformen.

Vi mottok svar fra 63 prosent av fastlegene. 52 prosent av disse er også brukere av Helseplattformen. Som alltid er det en risiko for at det er de som har mest engasjement som svarer på spørreundersøkelser. Siden svarprosenten er ganske høy og svarene er såpass entydige, mener revisjonen at undersøkelsen er representativ og viser hvilke erfaringer fastlegene har med Helseplattformen.

³⁹³ Fastleger arbeider ofte på legevakta, og mange er i spesialisering og arbeider da i kommunale enheter, som helsestasjoner, sykehjem og lignende, eller i spesialisthelsetjenesten, for eksempel St. Olavs hospital.

13.4 Tabeller og figurer

Økonomiområdet

Tabell V1 Fordelingsnøkler for kostnader som berører primærhelsetjenesten i forbindelse med Helseplattformen AS sin bygging av journaløsning for kommuner og fastleger

Nøkkelfordeling	Trondheim kommune	Øvrige kommuner	Fastleger
Migrering Gericas HsPro	50 %	50 %	
Migrering System X	50 %		50 %
Integrasjon	partsspesifikke		
Sertifiserte instruktører	partsspesifikke		
Fagekspert kommuner	25 %	75 %	
Fagekspert fastleger			100 %
Lokalt innføringsprosjekt (med unntak av EUD)	85 %	15 %	
Lokalt innføringsprosjekt fastleger			100 %
Utvikling av opplæringsmateriell. Felles informasjonsforvaltning. Rapportering. Test. Utvikling og kravoppfølging. IAM innføring. Administrasjon og prosjektkontor. Selskapskostnader. Applikasjoner, IAM leverandørutgifter	7,53 %	19,47 %	3 %
Forprosjekt opsjonsaktører		90 %	10 %
Epic leverandør utgift	Iht kontrakt		

Kilde: Helseplattformen, notat. Dokumentasjon av Trondheim kommunes kostnader for Helseplattformen

Tabell V2 Finansiering av investeringene i Helseplattformen. Kommunebudsjetter. Mill. kr

	Kostnadsoverslag	Benyttet	1.år	2.år	3.år	4.år
2017/2018	100	0	0	35	35	30
2019	155	0	35	30	20	70
2020	354	35	100	140	79	0,0
2021	373,5	134	150	88,5	0	0
2022	418	235	183	0	0	0
2023	460,3	311,7	148,6	0	0	0

Kilde: Trondheim kommune. Handlings- og økonomiplaner 2017-2023

Tabell V3 Samlede investeringer i Helseplattformen, 2019-2023. Fordelte kostnader er per aktør

	Helse Midt-Norge	Trondheim kommune	Øvrige kommuner/fastleger	Totalt
Ledelse, administrasjon og drift EHR-prosjekt	492,3	77,1	213,8	783,2
Selskapskostnader HP AS	5,6	0,6	1,8	8,0
Lisenser og tjenestekjøp Epic	909,2	56,6	154,2	1120,0
Løsningsdesign	500,1	52,4	157,1	709,6
Teknisk design og oppsett	509,2	57,9	61,8	628,9
Informasjonsforvaltning og utvikling	73,0	7,7	23,5	104,2
Database- og rapportutvikling	36,5	3,9	11,8	52,2
Testing	22,3	2,4	7,2	31,9
Opplæring og forberedelse	145,7	22,9	31,4	200,0
IAM løsning	71,0	7,1	22,9	101,0
Sum bokførte prosjektkostnader	2765,0	288,6	685,3	3738,9
Ramme for aktørene	2811,0	311,0	775,0	3897,0
Mindreforbruk	-46,0	-22,4	-89,7	-158,1

Kilde: Helseplattformen, notat. Dokumentasjon av Trondheim kommunes kostnader for Helseplattformen

Spørreundersøkelse til fastleger

Tabell V4 Andel fastleger som oppgir hvor enig eller uenig de er i utsagn om opplæring, hjelp og brukerveiledning, N=66

	Helt enig	Ganske enig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt
Jeg fikk tilbud om opplæring før jeg tok i bruk Helseplattformen	62	27	6	5	0	100
Jeg har fått tilstrekkelig opplæring	11	17	32	33	8	100
Det er lett å få hjelp hvis jeg har spørsmål	0	15	27	52	6	100
Jeg har tilgang på en brukerveiledning jeg kan slå opp i ved behov	6	27	24	23	20	100

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Tabell V5 Fastleger som oppgir hvor enige eller uenige de er om pasientsikkerheten har blitt bedre etter innføringen av Helseplattformen, med utgangspunkt i egne erfaringer som fastlege de siste to månedene

	Helt enig	Ganske enig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt	N
Jeg opplever at pasientsikkerheten har blitt bedre etter innføringen av Helseplattformen	0	0	13	83	5	100	127

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Tabell V6 Andel fastleger som svarer på følgende om informasjonsdeling med Trondheim kommune: Hvor enig eller uenig er du i disse utsagnene? Ta utgangspunkt i dine egne erfaringer som fastlege de siste to månedene

	Helt enig	Ganske enig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt	N
Jeg er trygg på at jeg mottar informasjon som blir sendt via Helseplattformen fra Trondheim kommune	2	29	25	37	7	100	126
Jeg bruker mindre tid på å etterspørre informasjon fra Trondheim kommune enn tidligere	2	9	35	32	22	100	127
Jeg opplever at det tar lengre tid å få svar fra Trondheim kommune etter innføringen av Helseplattformen	19	22	26	3	30	100	127

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Tabell V7 Andel fastleger som svarer på følgende om informasjonsdeling med St. Olavs hospital: Hvor enig eller uenig er du i disse utsagnene? Ta utgangspunkt i dine egne erfaringer som fastlege de siste to månedene

	Helt enig	Ganske enig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt	N
Jeg er trygg på at jeg mottar informasjon som blir sendt via Helseplattformen fra St. Olavs hospital	0	9	21	69	2	100	127
Jeg bruker mindre tid på å etterspørre informasjon fra St. Olavs hospital enn tidligere	2	4	16	74	4	100	127
Jeg opplever at det tar lengre tid å få svar fra St. Olavs hospital etter innføringen av Helseplattformen	64	19	6	2	9	100	127

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Tabell V8 Andel av alle fastleger som har opplevd at meldinger eller henvisninger ikke har kommet frem de siste to månedene? N=127

	Andel av alle fastleger i undersøkelsen som har opplevd dette	Antall av alle fastleger i undersøkelsen som har opplevd dette
Ja	69	88
Nei, eller husker ikke	31	39
Totalt	100	127

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Tabell V9 Andel fastleger som oppgir hvor ofte de har opplevd at meldinger eller henvisninger ikke kom frem til riktig sted etter at Helseplattformen ble innført, N=127

	Ja, mange ganger	Ja, flere ganger	Ja, noen ganger	Ja, en gang	Nei, aldri opplevd	Vet ikke	Totalt
Jeg har opplevd at meldinger eller henvisninger til eller fra enheter i Trondheim kommune ikke kom fram til riktig sted	18	20	28	6	13	15	100
Jeg har opplevd at meldinger eller henvisninger til eller fra St. Olavs hospital ikke kom fram til riktig sted	54	22	15	3	5	2	100

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Tabell V10 Kommentarer fra fastlegene om konsekvenser av Helseplattformen for informasjonsdeling og samhandling, revisjonens kategoriseringer av åpne spørsmål i undersøkelsen

	Antall fastleger som sier dette
Dårligere kommunikasjon med sykehuset	28
Stoler ikke på info i HP eller usikker om info mottas	9
Ikke fått epikrise	53
Henvisninger forsvinner eller kommer aldri	26
Ikke mottatt svar på prøver og undersøkelser fra St. Olavs	10
Epikriser sendes i feil format som dialogmeldinger	23
Problemer med e-meldinger og dialogmeldinger til/med St. Olavs	8
Rotete eller mangelfulle epikriser	31
Ødeleggende for pasientjournal/ fastlegejournal	10
Økt tidsbruk hos fastleger og sykehus	29
Arbeidsoppgaver flyttes til fastleger	4
Manglende kontroll og oversikt, uro, usikkerhet, frustrasjon, håløshet, mentalt utslitt for fastleger	22
Desillusjonerte, resignerte eller slitne sykehusleger	6
Kritikk til ledelsen	5

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Tabell V11 Andel fastleger som har svart på hvor enig eller uenig de er i følgende utsagnene med utgangspunkt i egne erfaringer som fastlege de siste to månedene

	Helt enig	Ganske enig	Ganske uenig	Helt uenig	Vet ikke	Totalt	N
Jeg er positiv til at det gjøres et arbeid med å utvikle et felles journalsystem for fastleger, sykehus og kommunehelsetjenester	18	24	18	33	8	100	126
Jeg er positiv til å ta i bruk Helseplattformen som journalsystem i min fastlegepraksis slik systemet er nå	0	0	2	97	1	100	126
Jeg er positiv til å ta i bruk Helseplattformen som journalsystem i min fastlegepraksis i fremtiden hvis det blir forbedret og blir konkurransedyktig med journalsystemet jeg har i dag	7	21	22	40	10	100	127
Jeg er positiv til å dele journalopplysninger med helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten	18	27	32	15	8	100	127

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Tabell V12 Andel fastleger som bruker Helseplattformen i sitt arbeid som lege (inkludert legevakt og eventuell kommunal bistilling) og i tilfelle hvor ofte, N=127

	Prosent
Bruker ikke Helseplattformen	48
Sjeldnere enn en gang hver måned	14
En eller flere ganger i måneden	23
En eller flere ganger i uka	13
Daglig	2

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

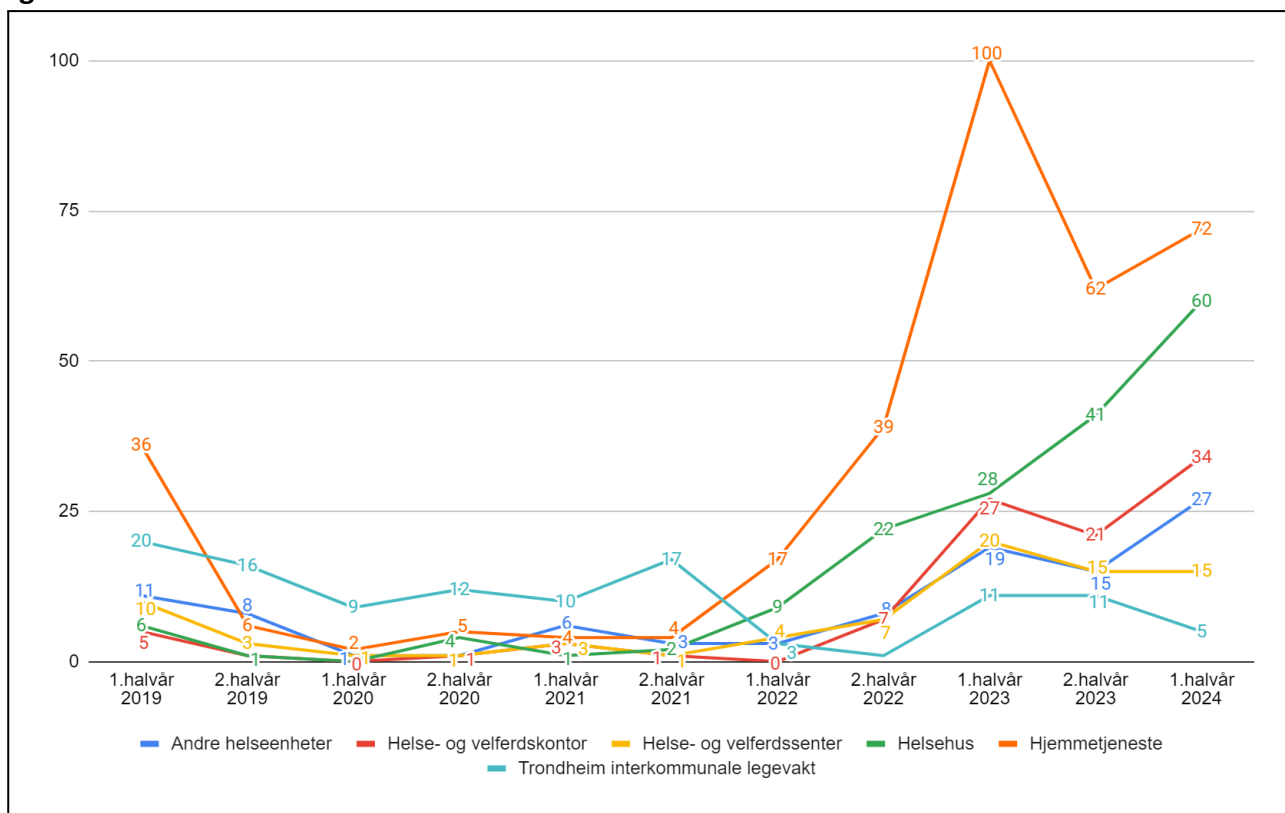
Tabell V13 Andel fastleger som oppgir hvor de har brukt Helseplattformen, N=66

	Prosent
Legevakt og/eller fastlegekontor	76
Helsehus, helse- og velferdssenter, sykehjem eller omsorgsbolig	17
Helsestasjon eller skolehelsetjenesten	8
Annen kommunal enhet	5
St. Olavs hospital	15
Ønsker ikke å svare	3
Annet sted	0

Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse i 2024 til fastleger

Meldte avvik som gjelder samhandling og legemiddelhåndtering

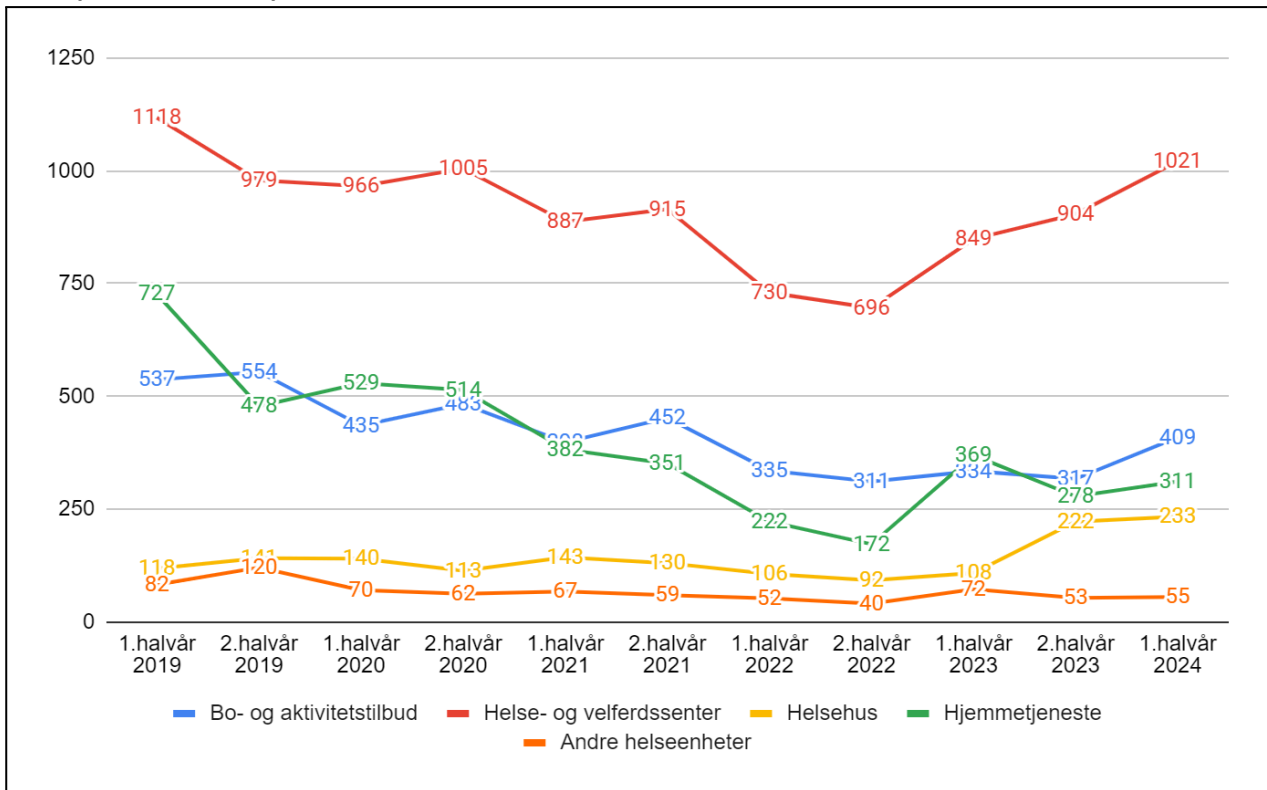
Figur V1 Antall meldte samhandlingsavvik som gjelder St. Olavs hospital HF per tjenesteområde og halvår³⁹⁴



Kilde: Avvik hentet fra kommunens avvikssystem, bearbejdet av Trondheim kommunerevisjon

³⁹⁴ Andre helseenheter innbefatter disse: Aktivitetstilbud for hjemmeboende, bo- og aktivitetstilbud, Botiltak og treffsted for psykisk helse, Enhet for ergoterapitjeneste, Enhet for legetjenester og smittevernarbeid, Enhet for psykisk helse og rus, Enhet for rustjenester, Enhet for service og internkontroll, Hjemmehjelpstjenesten og Trygghetspatroljen.

Figur V2 Antall meldte avvik på legemiddelhåndtering per halvår etter tjenesteområde på helse- og velferdsområdet i Trondheim kommune, før og etter innføringen av Helseplattformen 7. mai 2022 (1. halvår 2022)



Kilde: Avvik hentet fra kommunens avvikssystem, bearbejdet av Trondheim kommunerevisjon

Trondheim kommunerevisjon
Postboks 2300 Torgarden
7004 Trondheim

www.trondheim.kommune.no/revisjon

Oktober 2024
Forsidefoto: Carl-Erik Eriksson
Layout: Kommunikasjonsenheten, ghl

