

Møteinnkalling - Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Arkivsak:	25/87
Møtedato/tid:	26.02.2025 kl. 10:00 – 15:00
Møtested:	Oppdal rådhus, møterom Kullsjøen. Virksomhetsbesøk på Helsesenteret

Virksomhetsbesøk på Helsesenteret fra kl 11 – 13 med lunsj.

Møtet avvikles for åpne dører, i tråd med kommuneloven § 11-5.

Eventuelle forfall, eller spørsmål om habilitet, meldes til Konsek Trøndelag IKS v/ Ragnhild Aashaug på telefon 970 40 929, eller e-post: ragnhild.aashaug@konsek.no

Varamedlemmer møter etter nærmere innkalling.

Os, 19.02.2025

Thorvald Storli (sign.)
Leder av kontrollutvalget

Ragnhild Aashaug
seniorrådgiver
Konsek Trøndelag

Kopi: Varamedlemmer, ordfører, kommunedirektør og Revisjon Midt-Norge SA

Sakliste

Saksnr.	Sakstittel
01/25	Oppfølging av forvaltningsrevisjon Implementering av eldrestrategi
02/25	Virksomhetsbesøk på Helsesenteret
03/25	Orientering om innvandrertjenesten
04/25	Behandling av prosjektplan for felles forvaltningsrevisjon og felles eierskapskontroll - TrønderEnergi AS med datterselskaper
05/25	Forespørsel om felles forvaltningsrevisjon og eventuell eierskapskontroll fra ReMidt IKS
06/25	Kontrollutvalgets årsmelding 2024
07/25	Opplæring av kontrollutvalget - 26.02.2025
08/25	Innspill til kontrollarbeidet
09/25	Referatsaker
10/25	Godkjenning av dagens møteprotokoll

Oppfølging av forvaltningsrevisjon Implementering av eldrestrategi

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

01/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-217, TI-&58

Arkivsaknr 23/122 - 14

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget tar informasjon om oppfølgingen av rapporten om implementering av eldrestrategien til orientering
2. Kontrollutvalget ber om at kommunedirektøren tallfester kapasitetsmanglene når det gjelder tilbud, bemanning og utviklingen i sykefravær slik det fremgår av kommunestyrets vedtak punkt 3. Dette legges frem til kontrollutvalgets neste møte, og leveres sekretariatet innen den 11. april 2025.

Vedlegg

Oppfølging av anbefalinger etter forvaltningsrevisjon om eldrestrategi

Uttrykt vedlegg

[Implementering av eldrestrategi](#)

Saksopplysninger

I denne saken skal kontrollutvalget vurdere om kommunedirektørens oppfølging av rapport om «Implementering av eldrestrategi» er gjennomført.

Kontrollutvalget skal se til at kommunen følger opp kommunestyrets vedtak i saker som kommer fra kontrollutvalget, for å sikre at kontrollaktiviteten bidrar til læring og forbedring.

Kommunestyret behandlet rapporten den 2. mai 2024 i sak 46/24, og gjorde dette vedtaket:

1. Kommunestyret tar rapport fra forvaltningsrevisjon av kommunens implementering av eldrestrategien til orientering.
2. Kommunestyret ber om at kommunedirektøren snarlig følger opp de svakheter som rapporten avdekker og sørger for å:
 - a. Sikre at brukernes behov for riktige tjenester blir ivaretatt ved kapasitetsmangel i enkelte tjenester. Kontrollutvalget mener det er uheldig å rokkere personell mellom de ulike tjenestene for å dekke opp hull i turnuser.
 - b. Sikre informasjonsflyt til alle eldre for å nå ut til aktuelle brukere og pårørende.
 - c. Sikre nødvendige fagressurser og tiltak slik at eldre mestrer hverdagen og kan bo lenger hjemme.
 - d. Sikre trygge og forutsigbare overgangssituasjoner i omsorgstrappa og mellom sykehus og kommune. Legge til rette for at vedtak om tjenester blir fulgt av et tilbud så raskt som mulig.
 - e. Ivareta pårørende ved å tilby bedre og mer fleksible dagtilbud og avlastningsordninger.
 - f. Oppdal kommune skal ha en helhetlig tilnærming til eldre og deres helse, noe som inkluderer fysisk, seksuell og mental helse.
3. Kommunestyret ber om at Kommunedirektøren tallfester kapasitetsmanglene som er påpekt både når det gjelder tilbud og bemanning.
Det samme gjelder også utviklingen i sykefraværet generelt og korttidssykefraværet spesielt, som rapporten påpeker som en hovedårsak til manglende måloppnåelse når

det gjelder færre ansatte å forholde seg til for tjenestemottakerne.

4. Kommunestyret ber om at kommunedirektøren rapporterer skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 15. oktober 2024.

Kommunestyret fulgte innstillingen til kontrollutvalget, men la til punkt 2f og 3. Dette kan også legges til at punkt 2a, siste setning ble vedtatt med 14 mot 11 stemmer i kommunestyrets behandling.

Kontrollutvalgets behandling av rapporten kan leses i kontrollutvalgets sak 9/24 den 8. april 2024. Rapporten kan leses i lenken i innledningen av saken.

Kommunedirektøren møter for en gjennomgang av oppfølgingen. Han kan svare på spørsmål i saken.

Kommunedirektørens oppfølging

2a. *Ivaretagelse av brukernes behov for riktige tjenester blir i ved kapasitetsmangel – uheldighet med rokkering av personell mellom tjenestene for å dekke opp hull i turnuser.*

Kommunedirektøren rapporterer at disse tiltakene er iverksatt:

- Etablering av heltidskultur ved de berørte enhetene
- Innføring av års turnus
- Ambulerende sykepleiertjenester og sykepleier i stab for å bedre ivareta riktig kompetanse og tilstrekkelig personell.
- Vurdering av opprettelse av vikarpool for å redusere ekstern innleie av tjenester.

2b. *Sikre informasjonsflyt til alle eldre for å nå ut til aktuelle brukere og pårørende.*

For å sikre en bedre informasjonsflyt til pårørende og brukere er det iverksatt:

- Seniorkafe
- Pårørendeskole for pårørende til personer med demens
- Fortløpende informasjon, råd og veiledning fra HVK
- Facebook-sider tilknyttet enhetene
- Inntakssamtaler og års samtaler på BOAS og OHS

2c. *Sikre nødvendige fagressurser og tiltak slik at eldre mestrer hverdagen og kan bo lenger hjemme.*

Dette gjøres bl.a. gjennom tjenesten hverdagsrehabilitering, det vil si medisinsk rehabilitering og hjemmetjenesten.

2d. *Sikre trygge og forutsigbare overgangssituasjoner i omsorgstrappa samt mellom sykehus og kommune. Legge til rette for at vedtak om tjenester blir fulgt av et tilbud så raskt som mulig.*

Kommunedirektøren melder at dette ivaretas på en god og effektiv måte. Det siste halvåret har det ikke vært pasienter som ikke har fått plass i kommunen ved behov. Det opprettes tjenester og/eller kartlegges ved hjemmebesøk ved behov.

2e. *Ivareta pårørende ved å tilby bedre og mer fleksible dagtilbud og avlastningsordninger.*

Kommunedirektøren melder at dette er ivaretatt gjennom:

- Utvidelse av dagtilbud for personer med demens
- Dagtilbud på BOAS
- Dagtilbud psykisk helse og rustjeneste
- Vi dekker behov for avlastning pr i dag- ingen ventelister pr. 31.12.24

2f. Helhetlig tilnærming til eldre og deres helse, noe som inkluderer fysisk, seksuell og mental helse.

Helse og omsorgsplanen skal revideres i løpet av 2025, og disse problemstillingene blir temaer i revideringen.

3. Kommunedirektøren tallfester kapasitetsmanglene som er påpekt både når det gjelder tilbud og bemanning. Det samme gjelder også utviklingen i sykefraværet generelt og korttidssykefraværet spesielt, som rapporten påpeker som en hovedårsak til manglende måloppnåelse når det gjelder færre ansatte å forholde seg til for tjenestemottakerne.

En av hovedutfordringene med kapasitetsmangel har vært det til dels høye sykefraværet spesielt på Oppdal Helsecenter. Det er iverksatt omfattende tiltak for å bedre denne situasjonen. Først og fremst har det vært et behov for å avdekke årsaken til fraværet, for så å gjøre nødvendige grep.

Dette er iverksatt:

- PWC har bistått med å avdekke utfordringene, og fasilitere arbeidet med å bedre arbeidsmiljøet.
- Det har vært høyt fokus på sykefravær fra både enhetsledere og kommunedirektør. Det er gjort personellmessige justeringer for å få på plass en stabil og effektive ledelse.
- Det har vært utstrakt samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og ansatte for å løse situasjonen.

Det har resultert i:

- Sykefraværet på OHS avdeling Tunet er redusert fra 27% ned til 11 %
- Det ses sammen med tillitsvalgte og ansatt på arbeidsprosesser for å redusere belastninger for den enkelte arbeidstaker.
- Ny ledelse ved OHS har som hovedoppgave å fokusere på videre utvikling av ansatte og av tjenestetilbudet.

Utover dette opplyser kommunedirektøren at resultatene og erfaringene fra dette arbeidet brukes som en mal på tvers av kommunen.

Vurdering

Anbefalingene er forholdsvis rundt formulert, noe som gjør det vanskelig å vurdere oppfølgingen av anbefalingene.

Kommunedirektøren har angitt hvordan tiltakene er fulgt opp, og kontrollutvalget kan be om en nærmere utdyping i møtet. Kontrollutvalgets mandat er å påpeke feil og mangler i administrasjonen. Kommunedirektøren har et stort handlingsrom for å finne konkrete løsninger på utfordringer som kommer frem i rapporten. Kontrollutvalget bør derfor ta de iverksatte løsningene til orientering så lenge de kan bidra til å løse kommunens problemer.

Når det gjelder punkt 2 a så svares det ikke direkte på kontrollutvalgets uttalelse om rokkering av personell, men kommunedirektøren har gjort vurderinger av ulike tiltak for å ivareta brukernes behov. Dette er også et punkt det var en delt politisk oppfatning om, så vår anbefaling er at kontrollutvalget ikke går videre med dette.

Kapasitetsmangler og utvikling i sykefravær i punkt 3 er ikke tallfestet slik kommunestyret ba om. Dette er et konkret vedtak fra kommunestyret som kontrollutvalget har et ansvar for å følge opp. Vår vurdering er at kommunedirektøren bør legge frem dette slik at kontrollutvalget kan bringe det videre til kommunestyret.

Konklusjon

Vår vurdering er at kommunedirektøren har fulgt opp kommunestyrets vedtak på en tilfredsstillende måte, med unntak av kommunestyrets vedtak i punkt 3 som ikke er oppfulgt. Kontrollutvalget kan på eget initiativ vurdere om det er nødvendig med presiseringer.

Rapport: Oppfølging av forvaltningsrevisjon "Implementering av eldrestrategien"

Kommunestyret behandlet den 2.mai 2024 forvaltningsrevisjonen «Implementering av eldrestrategien» i sak 43/2024. Følgende vedtak ble gjort:

Vedtak

1. Kommunestyret tar rapport fra forvaltningsrevisjon av kommunens implementering av eldrestrategien til orientering.
2. Kommunestyret ber om at kommunedirektøren snarlig følger opp de svakheter som rapporten avdekker og sørger for å:
 - a. Sikre at brukernes behov for riktige tjenester blir ivaretatt ved kapasitetsmangel i enkelte tjenester. Kontrollutvalget mener det er uheldig å rokkere personell mellom de ulike tjenestene for å dekke opp hull i turnuser.
 - b. Sikre informasjonsflyt til alle eldre for å nå ut til aktuelle brukere og pårørende.
 - c. Sikre nødvendige fagressurser og tiltak slik at eldre mestrer hverdagen og kan bo lenger hjemme.
 - d. Sikre trygge og forutsigbare overgangssituasjoner i omsorgstrappa og mellom sykehus og kommune. Legge til rette for at vedtak om tjenester blir fulgt av et tilbud så raskt som mulig.
 - e. Ivareta pårørende ved å tilby bedre og mer fleksible dagtilbud og avlastningsordninger.
 - f. Oppdal kommune skal ha en helhetlig tilnærming til eldre og deres helse, noe som inkluderer fysisk, seksuell og mental helse.
3. Kommunestyret ber om at Kommunedirektøren tallfester kapasitetsmanglene som er påpekt både når det gjelder tilbud og bemanning. Det samme gjelder også utviklingen i sykefraværet generelt og korttidssykefraværet spesielt, som rapporten påpeker som en hovedårsak til manglende måloppnåelse når det gjelder færre ansatte å forholde seg til for tjenestemottakerne.
4. Kommunestyret ber om at kommunedirektøren rapporterer skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 15. oktober 2024.

Følgende tiltak er iverksatt og under iverksettelse:

2. a)

Det arbeides med etablering av heltidskultur ved de berørte enhetene, samt innføring av års turnus, ambulerende sykepleiertjenester og sykepleier i stab for å bedre ivareta riktig kompetanse og tilstrekkelig personell. Likeledes planlegges og vurderes opprettelse av vikarpool for å redusere ekstern innleie av disse tjenestene.

2. b)

For å sikre informasjonsflyt er følgende iverksatt:

- Seniorkafè
- Pårørendeskole for pårørende til personer med demens
- Fortløpende informasjon, råd og veiledning fra HVK
- Facebook-sider tilknyttet enhetene
- Inntakssamtaler og års samtaler på BOAS og OHS

2. c)

Sikre nødvendige fagressurser og tiltak:

Dette gjøres bl.a. gjennom tjenesten hverdagsrehabilitering (medisinsk rehabilitering og hjemmetjenesten)

2. d)

Sikre trygge og forutsigbare overgangssituasjoner:

Dette ivaretas på en god og effektiv måte. Det siste halvåret har det ikke vært pasienter som ikke har fått plass i kommunen ved behov. Det opprettes tjenester og/eller kartlegges ved hjemmebesøk ved behov.

3.e)

Ivareta pårørende ved å tilby bedre og mer fleksible dagtilbud og avlastningsordninger

Ivaretagelse skjer på følgende måte:

- Utvidelse av dagtilbud for personer med demens
- Dagtilbud på BOAS
- Dagtilbud psykisk helse og rustjeneste
- Vi dekker behov for avlastning pr i dag – ingen ventelister pr. 31.12.24

2. f)

Oppdal kommune skal ha en helhetlig tilnærming:

Oppdal kommune skal revidere Helse og omsorgsplan i løpet av 2025. Disse problemstillingene vil være sentrale temaer i denne revideringen.

3.

Kapasitetsmangler:

En av hovedutfordringene med kapasitetsmangel har vært det til dels høye sykefraværet spesielt på OHS. Det er iverksatt omfattende tiltak for å bedre denne situasjonen. Først og fremst har det vært et behov for å avdekke årsaken til fraværet, for så å gjøre nødvendige grep.

Følgende er iverksatt:

- PWC har bistått med å avdekke utfordringene, samt å fasilitere arbeidet med å bedre arbeidsmiljøet.
- Det har vært høyt fokus på sykefravær fra både enhetsledere og kommunedirektør.
- Det er gjort personellmessige justeringer for å få på plass en stabil og effektive ledelse.
- Det har vært utstrakt samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og ansatte for å løse situasjonen.

Resultat så langt:

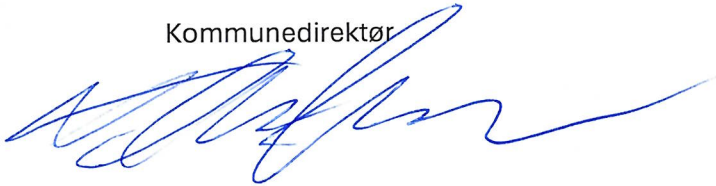
- Sykefraværet på OHS avdeling Tunet er redusert fra 27% ned til 11%
- Det ses sammen med tillitsvalgte og ansatt på arbeidsprosesser for å redusere belastninger for den enkelte arbeidstaker.
- Ny ledelse ved OHS har som hovedoppgave å fokusere på videre utvikling av ansatte og av tjenestetilbudet.

Sett i lys av resultatene som hittil er oppnådd vil erfaringene fra dette arbeidet brukes som en mal på tvers av kommunen.

13.02.2025

Morten J Johansen

Kommunedirektør



Virksomhetsbesøk på Helsesenteret

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

02/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 24/189 - 19

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar informasjonen som fremkom på virksomhetsbesøket på Helsesenteret til orientering.

Vedlegg

Informasjon i forbindelse med virksomhetsbesøk på Helsesenteret

Saksopplysninger

Kontrollutvalget vedtok i sak 32/24 den 9. september 2024, at de ønsket å gjennomføre virksomhetsbesøk på Helsesenteret i utvalgets møte i februar. Utvalget ønsker å høre om den generelle driften på Helsesenteret. Det er spesielt bedt med om informasjon om sykehjemmets funksjoner for utskrivningsklare pasienter, kortidsopphold, langtidsopphold og demensomsorgen. Det har på et senere møte kommet opp et ønske om å høre om utforming og utstyr på rommene til Helsesenteret er tilstrekkelig og hensiktsmessig.

Det er bedt om et skriftlig notat i forkant, som er vedlagt.

Nytilsatt leder for Helsesenteret, Snorre Noralf Johansen, vil møte kontrollutvalget sammen med kommunedirektøren. Utvalget vil også treffe avdelingsledere. Deltakere fra virksomheten orienterer om sin virksomhet og kontrollutvalgets medlemmer kan stille spørsmål underveis.

Virksomhetsbesøket gjennomføres fra kl. 11.00 - 13.00 på Helsesenteret, og det vil bli lunsj underveis.

Bakgrunn for kontrollutvalgets ønske om virksomhetsbesøk på Helsesenteret

I kontrollutvalgets arbeid med plan for forvaltningsrevisjoner våren 2024, kommer det gjennom risiko- og vesentlighetsvurderingen blant annet frem at det er:

- særlige utordringer innen helsesektoren med å rekruttere personer med rett kompetanse i vikariat og faste stillinger.
- økt press på eldreomsorg, skoleressurser og barn/unge med særlige behov som kan gi kommunen utfordringer med å gi innbyggerne de tjenestene de har krav på
- spørsmål om ressursinnsatsen knyttet til hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester er organisert på en hensiktsmessig måte og i tråd med kommunens målsettinger.

Det ble i 2024 gjennomført en forvaltningsrevisjon av implemeneteringen av eldrestrategien, og endel av anbefalingene faller sammen med det som beskrives som utfordringer i risiko- og vesentlighetsvurderingen. For mer informasjon om hvordan anbefalingene er gjennomført, så henvises det til sak 1/24 om oppfølginga av forvaltningsrevisjon "Implementering av eldrestrategi" i dagens møte.

Kontrollutvalget er kommunestyret sitt organ for å drive egenkontroll, og utvalget ønsker å bli bedre kjent med virksomheten og temaene som etterspørres.

Kontrollutvalget hverken kan eller skal, komme med pålegge eller forslag til forbedringer. Utvalget ønsker å danne seg et inntrykk av områder det kan være risiko for at kommunen

ikke når politisk vedtatte målsettinger, oppfyller lovkrav eller driver effektivt.

Et virksomhetsbesøk gir i tillegg kontrollutvalget en mulighet for at ansatte i kommunen skal bli bedre kjent med utvalgets arbeid. Utvalgets leder vil presentere kontrollutvalget og deres oppgave ved oppstart.

Vurdering og konklusjon

Hensikten med besøket er å bli mer kjent med driften på Helsenteret. Kontrollutvalgets rolle er å legge til grunn et overordnet kontrollperspektiv og ikke en partipolitisk eller personlig tilnærming. Selve gjennomføringen av besøket styres av utvalgets leder.

Vi har gjort en vurdering av informasjonen som er vedlagt, og kan ikke se at dette skal unntas offentlighet.

Kontrollutvalget kan ta informasjonen som fremkommer under besøket til orientering.



Oppdal kommune

Oppdal helsesenter

Deres ref: 2024/189
Vår ref: 2025/414 - 3
Dato: 12.02.2025
Org.nr.: 964 983 003

KONSEK TRØNDELAG IKS

Postboks 2564
7735 STEINKJER

Offl. § 13, jf. Fvl. § 13 1. ledd

Besøk av kontrollutvalget den 26. februar - Oppdal helsesenter

Viser til deres brev av 05.02.25 og vil herved redegjøre for status og drift ved Helsesentret.

Status for mottak av utskrivningsklare pasienter.

I 2024 hadde Oppdal kommune til sammen 301 overliggerdøgn på sykehus og 60 døgn i Værnesregionen. Til sammen 374 betalte døgn.

I januar -24 hadde kommunen 20 overliggerdøgn og i januar 2025 har vi hatt 6 overliggerdøgn.

De forbedrede tallene for januar 2025 skyldes i stor grad naturlig avgang av inneliggende pasienter på sykehjemmet, som har frigjort plasser slik at kapasiteten til å motta utskrivningsklare pasienter har økt.

I 2024 døde 22 pasienter ved helsesenteret.

Innvilgelse av korttidsopphold

Det ble i 2024 innvilget 46 vedtak på tidsbegrenset opphold i 2024.

Vurderer dere at tjenester ytes innenfor lovpålagte rammer og ut fra kommunens vedtatte strategi.

Oppdal kommune mener at de helsetjenester som ytes er godt innenfor de rammer som helse og omsorgs tjenesteloven beskriver og kommunens vedtatte strategier.

Pr d.d er det tre pasienter som venter på langtidsplass på helsesentret, og alle gis et forsvarlig tilbud i hjemmet med bruk av hjemmetjenester.

Demensomsorgen.

Helsesentret har til sammen 60 sengeplasser fordelt på to etasjer. I hver etasje er det 3 fløyer med 10 sengeplasser i hver fløy. I hver etasje er det en fløy der det bor mennesker med demens sykdom. Vi planlegger å flytte demensavdelingen i andre etasje ned i første etasje, slik at også disse pasientene kan bruke det tilrettelagte utearealet vi har ved helsesentret. Vi vil også ved en slik endring få muligheten til å samle personale med spesialkompetanse på demens i en etasje.

Bemanning og rekrutering

Rekrutteringssituasjonen for helsepersonell er krevende. Pr d.d har vi 9 sykepleiere fra byrå pleiere fra byrå i daglig drift.

Det vil i løpet av våren bli gjort en endring i organiseringen av sykepleierne ved helsesentret. Alle sykepleierne vil bli organisert i en turnus, og man vil rydde i arbeidsoppgavene til sykepleierne slik at man ikke trenger like mange i daglig drift. Sykepleiere skal i en ny organisering jobbe med faglige sykepleieroppgaver og ikke alt mulig annet. Dette vil medføre en stor reduksjon i bruken av pleiere fra byrå.

ansatte greier å stå i stillingene over tid. Det vil også bli igangsatt en opplæringspakke for helsefagarbeidergruppen for å styrke denne gruppen sin generelle fagkunnskap, dette må ses i sammenheng med endret bruk av sykepleierne.

Det vurderes å iverksette tiltak for å i større grad greie å beholde og å rekruttere kvalifisert arbeidskraft. Det jobbes godt i organisasjonen med utarbeidelse av tilrettelagte turnuser som i større grad tar hensyn til den enkelte ansattes behov, slik at

Med hilsen

Snorre Noralf Johansen
Enhetsleder Oppdal helsesenter

Dokumentet er elektronisk og sendes derfor uten signatur.

Du kan svare direkte fra din digitale postkasse.

Orientering om innvandrertjenesten

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

03/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 24/189 - 18

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar informasjonen om innvandrertjenesten til orientering.

Vedlegg

Notat til kontrollutvalget om innvandrertjenesten

Saksopplysninger

Hensikten med denne orienteringen er å bli bedre kjent med hvordan det arbeides i innvandrertjenesten i Oppdal kommune.

I sak 32/24 den 9. september behandlet utvalget hvilke virksomheter de ønsket å besøke. Det kom frem at kontrollutvalget ønsket en orientering om innvandrertjenesten, hvordan de arbeider og hva de opplever som utfordringer. Bakgrunnen er at kommunen, som i likhet med andre kommuner, opplever økt press på tjenesten.

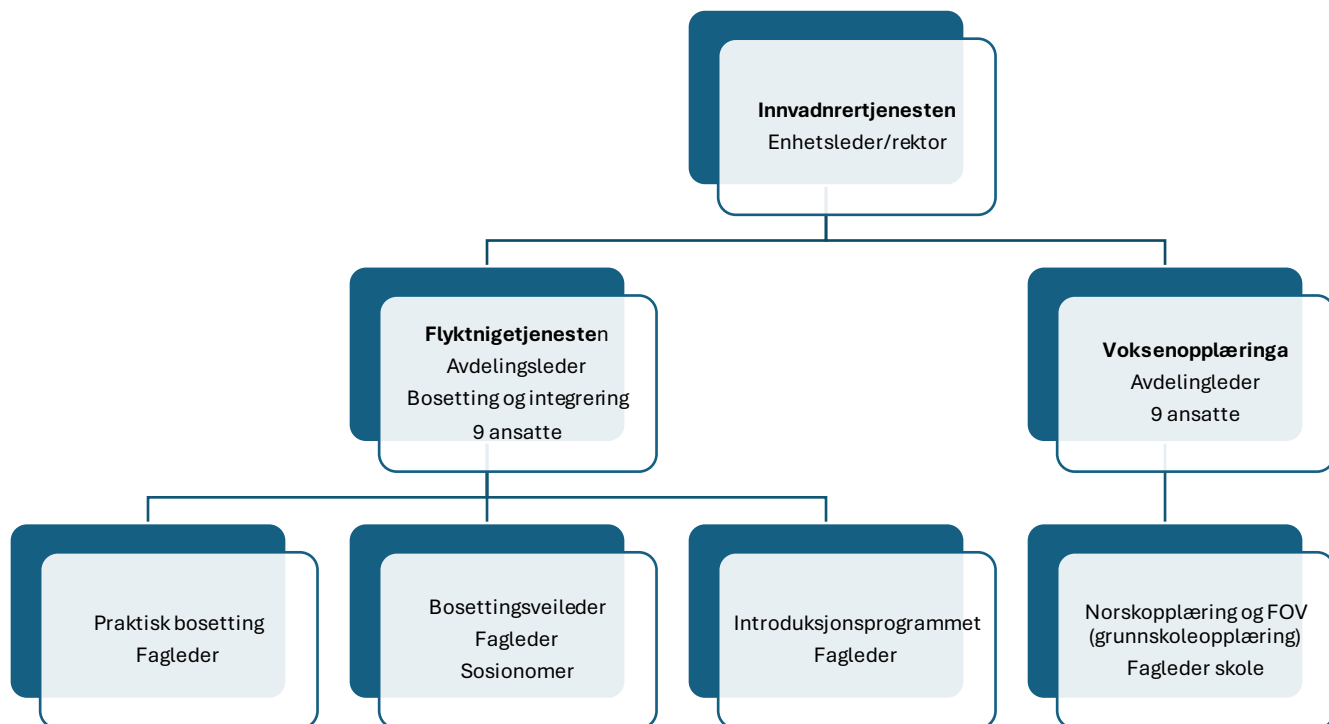
Sekretariatet har bedt om et notat i forkant av orienteringen, slik at utvalget kan få en bedre oversikt før gjennomgangen. Notatet er vedlagt.

Det er satt av ½ time til orienteringen inkludert spørsmål fra utvalget.

Vurdering og konklusjon

Kontrollutvalget kan i denne saken ta informasjonen til orientering dersom det ikke fremkommer informasjon som utvalget ønsker å vite mer om.

Flyktningetjenesten i Oppdal kommune er en del av **Innvandrertjenesten**, og er organisert på følgende måte



Oppdal kommune har bosatt flyktninger siden på 80-tallet, det har variert mellom 10-30 personer årlig. Siden 2015 har bosettingarbeidet gjennomgått en vesentlig endring i måten å jobbe på, inspirert av bl.a. Sunndal kommune, og hvordan de har organisert og drevet arbeidet. Dette førte til at resultatene etter avslutning av introduksjonsprogrammet hevet seg mye, og har stort sett vært over landssnittet de siste 8 årene.

Da invasjonen av Ukraina startet i februar 2022 ble alle norsk kommuner bedt om å ta imot mange flere flyktninger enn tidligere, for Oppdal del ble vi forspurt om å bosette 140 flyktninger i 2022. Dette ble vedtatt politisk, og Innvandrertjenesten fikk myndighet til å oppbemanne og organisere slik at dette kunne gjennomføres. I 2023 ble det bosatt 129 flyktninger, og i 2024 80 flyktninger. Majoriteten av bosatte disse årene har vært ukrainere, men det har også vært bosatte fra andre land.

Statistikk over bosatte i 2022-2024

Opprinnelsesland	2022	2023	2024
Ukraina	110	110	61
Syria	12	17	15
Afghanistan	10	0	4
Kongo	11	0	0
Eritrea	0	1	0
Statsløs	0	1	0

Alder	2022	2023	2024
Barnehage	23	16	12
Barneskole	31	19	11
Ungdomsskole	14	11	2
Videregående	7	5	6
Intro-alder 18-55	60	66	42
55+	8	12	7

Innvandrer-tjenesten tenker at vi har lykket med:

- Bosetting av et høyt antall
- Lovpålagte tjenester til alle bosatte
- Velfungerende språkopplæring
- God overgang til utdanning og arbeid
- Samarbeid med næringsliv
- Bidrag til positiv folketallsutvikling i kommunen

Utfordringer framover:

- Opprettholde høy sysselsetting
- Hindre uforholdsmessig høye utgifter hos nav
- Hindre utenforskap

Behandling av prosjektplan for felles forvaltningsrevisjon og felles eierskapskontroll - TrønderEnergi AS med datterselskaper

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

04/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-217, TI-&58

Arkivsaknr 24/277 - 4

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget slutter seg til prosjektplan for forvaltningsrevisjon av TrønderEnergi AS med datterselskap, og stadfester med dette sin deltakelse for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen av TrønderEnergi AS med datterselskaper.
2. Kontrollutvalget bestiller en eierskapskontroll om eierstyringen i Oppdal av Trønderenergi AS med datterselskaper skjer i samsvar med gitte føringer og anbefalinger. I dette inngår det om:
 - a. eierskapsmeldingen og eierens styringsdokumenter er i tråd med gitte føringer.
 - b. folkevalgte gis tilstrekkelig opplæring om eierstyring.
 - c. kommunikasjonen mellom eierrepresentant og kommunestyret skjer som en aktiv dialog.
 - d. eierrepresentanten utøver eierstyringen i tråd med kommunestyrets føringer og rollefordelingen i et aksjeselskap.
3. Det bes i tillegg om at det beskrives hvordan Oppdal sine interesser ble ivaretatt i selskapsomdannelser dersom det ikke beskrives på annen måte i prosjektet.
4. Prosjektplan til eierskapskontrollen leveres til sekretariatet før igangsettelse slik at den kan legges frem for kontrollutvalget for godkjenning.

Vedlegg

Oversendelse av prosjektplan for felles forvaltningsrevisjon og eierkontroll av TrønderEnergi AS med datterselskap

Fordeling av timer til forvaltningsrevisjon av Trønderenergi AS

Prosjektplan TrønderEnergi AS

Saksprotokoll Malvik kontrollutvalg behandling av prosjektplan for forvaltningsrevisjon TrønderEnergi AS med datterselskaper

Saksopplysninger

Kontrollutvalget i Malvik kommune bestilte den 28.11.2024, sak 60/24, en forvaltningsrevisjon av TrønderEnergi AS med datterselskap. Revisjonen skal gjennomføres i samarbeid med andre eierkommuner og utføres av Revisjon Midt-Norge og Trondheim kommunerevisjon. Vedlagte prosjektplan er ment som en felles plan for de kommunene som ønsker å delta.

Oppdal kontrollutvalg fikk forelagt invitasjon fra Malvik kontrollutvalg i sitt møte den 8. april 2024 under referatsaker. I sak 14/24 i samme møte vedtok kontrollutvalget følgende: «Kontrollutvalget stiller seg positivt til å delta i en forvaltningsrevisjon av Trønderenergi under forutsetning av at tilstrekkelig antall kommuner vil delta.»

Samtlige eierkommunene, med ett unntak, er positive til en revisjon. Timeforbruk belastes i henhold til eierandel i TrønderEnergi AS. Det er beregnet 1000 timer til revisjonen, med levering til sekretær i mars 2026. En oversikt over timer per eierkommune er vedlagt. Fordelingen av timer tar høyde for at KLP, som eier 13,328 %, ikke deltar i revisjonen. Fordelingen er basert på kommunenes eierandel og forutsetter at alle kontrollutvalgene

deltar. Hvis noen ikke ønsker å delta, må deres timer fordeles på de gjenværende. Oppdals andel av timene vil være 46 timer, forutsatt at alle eierkommunene blir med.

Formålet med revisjonen er å belyse eierstyringen og konsekvensene for eierne ved konserndannelsen i TrønderEnergi AS. Revisjonen omfatter TrønderEnergi AS, TrønderEnergi Kraft Holding AS og TrønderEnergi Vekst Holding AS.

Revisor skal undersøke følgende:

1. Utøver eierne i fellesskap eierstyring i tråd med anbefalte prinsipper for god eierstyring?
2. Hvordan har endringer i konsernstrukturen og etableringen av Aneo AS påvirket kommunenes styringsmuligheter?
3. I hvilken grad har konsernledelsen i TrønderEnergi AS etablert styringslinjer og informasjonsrutiner som bidrar til god informasjonsflyt?
4. I hvilken grad følges utbyttepolitikken opp i konsernet?
5. I hvilken grad sikrer styret forsvarlig organisering av selskapet?

Revisor beskriver metodene som vil bli brukt for å samle inn data. I selskaper som er helt offentlig eid, har revisjonene innsyn. Siden Aneo AS eier 9,99 % av TrønderEnergi Kraft Holding AS, er det ikke automatisk innsyn i dette selskapet. Revisor vil undersøke muligheten for innsyn. Ledelsen i Aneo AS er ikke forpliktet til å stille til intervju, men muligheten vil bli undersøkt.

Plan for forvaltningsrevisjon for Oppdal

I plan for forvaltningsrevisjon har Oppdal satt dette prosjektet som nummer seks. I planen er en forvaltningsrevisjon av Trønderenergi med datterselskaper beskrevet slik:

Trønderenergi gir en viktig kontantstrøm til kommunen. Et sentralt spørsmål er store endringer i konsernstrukturen. Er lovnader som ble gitt ved salg av e-verk oppfulgt? Mulig innretninger(ikke uttømmende):

- Er kommunes sine interesser ivaretatt i selskapsomdannelser?
- Skjer transaksjoner mellom kommunen og konsernet til markedsmessige vilkår?
- Er det etablert en hensiktsmessig rapportering mellom mor- og datterselskap?

Plan for eierskapskontroll for Oppdal

I plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll har Oppdal satt dette som sitt første prosjekt. I planen er dette beskrevet slik:

Det er risiko knyttet til kompleks organisasjonsstruktur og om kommunen har en god nok eierstyring. Mulige innfallsvinkler (ikke uttømmende):

- Har kommunen etablert god kommunikasjon og forankring mellom kommunestyret og eierorganene (eierrepresentantene)
- Har kommunen systemer og rutiner som sikrer god sammensetning og nødvendig kompetanse i styrene?

Videre fremgår det at dette kan kombineres med en forvaltningsrevisjon.

I dette prosjektet gjennomføres det ikke en eierskapskontroll for Oppdal, men det inngår det en kontroll av hvordan eierskapet ivaretas i fellesskap av eierne.

Vurdering og konklusjon

Som der fremgår av timefordelingen så vil en felles forvaltningsrevisjon gi en effektiv ressursutnyttelse i forhold til gjennomføring av egne forvaltningsrevisjoner og eierskapskontroller.

Kontrollutvalget i Oppdal har ikke hatt mulighet til å komme med egne innspill til problemstillinger. De kommunene som tok forbehold om utbyttestrategi har fått med dette, og

Trondheim kommunes forutsetning om at tilblivelsen av Aneo AS blir en del av bestillingen, er imøtekommet.

Oppdal sine forslag til innretninger i plan for forvaltningsrevisjon er formulert på en litt annen måte enn problemstillingene i prosjektplanen. Spørsmålene har litt ulik inngang, men har samme formål. Sekretariatet mener at Oppdal vil få svar på sine spørsmål med unntak av om kommunens interesser er ivaretatt gjennom selskapsdannelser. Dette bør kunne tas inn i som en beskrivende del i en eierskapskontroll, og forvaltningsrevisor vil kunne svare nærmere på det. Vi anbefaler at kontrollutvalget bestiller en eierskapskontroll for Oppdal i tillegg til forvaltningsrevisjonen siden en eierskapskontroll er prioritert som nummer en i plan for eierskapskontroll.

Sekretariatet mener at de problemstillingene som vil bli undersøkt vil gi alle eierkommunene verdifull kunnskap som kan brukes ved videre oppfølging av eierskapet i TrønderEnergi AS. Sekretariatet anbefaler derfor at utvalget slutter seg til den vedtatte prosjektplanen, og at det bestilles en eierskapskontroll.

Mottakere ifølge liste

Prosjektplan - Felles forvaltningsrevisjon og eierkontroll - TrønderEnergi AS med datterselskap

Konsek viser til tidligere henvendelse fra kontrollutvalget i Malvik kommune, om felles forvaltningsrevisjon av TrønderEnergi AS. I all hovedsak har eierkommunene vært positive til å være med på den felles forvaltningsrevisjonen. Det er tatt hensyn til de innspill som kom inn.

KLP, som er eier av ca. 13 % av andelene i TrønderEnergi AS, ønsker ikke å være med.

Malvik kommune behandlet i sak 8/25, den 5. februar 2025 forslag til prosjektplan for revisjonen. Det ble fattet slikt vedtak:

1. Kontrollutvalget slutter seg til revisors forslag til prosjektplan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll av TrønderEnergi AS med datterselskap, med levering som foreslått i planen.
2. Vedtatt prosjektplan sendes de andre eierkommunene, med invitasjon til å slutte seg til prosjektplanen.
3. Prosjektplanen må aksepteres slik den er vedtatt av kontrollutvalget i Malvik kommune.

Utvalget hadde noen kommentarer, gjengitt under «Behandling». Disse er ikke tatt inn i vedtaket.

Konsek gjør oppmerksom på at den felles eierskapskontrollen prosjektplanen beskriver, er en overordnet eierskapskontroll av hva eierkommunene gjør i fellesskap.

Hvis den enkelte kommunen ønsker en egen eierskapskontroll, må dette bestilles særskilt hos revisjonen.

Konsek gjør også oppmerksom på at fordelingen av timer, jf. vedlegg til prosjektplanen, kun dekker timene som går med til å utarbeide rapporten. Dersom eierkommunene ønsker at revisjonen skal presentere rapporten osv., må dette bestilles av den enkelte eierkommunen hos revisjonen.

Det er antatt at revisjonen vil ta 1000 timer. Disse foredeles etter eierkommunenes eierandeler i morselskapet TrønderEnergi AS. Timefordeling er vedlagt denne saken, og forutsetter at alle blir med.

Forvaltningsrevisjonen utføres i samarbeid mellom Trondheim kommunerevisjon og Revisjon Midt-Norge SA.

Hovedfokuset for revisjonen vil være TrønderEnergi AS, slik at kommunenes salg av direkteide aksjer i datterselskapet TrønderEnergi Vekst Holding AS ikke får betydning for revisjonen.

På vegne av kontrollutvalget i Malvik ber vi om eierkommunenes tilslutning til prosjektplanen slik den er vedtatt av Malvik kommune.

Det bes om skriftlig tilbakemelding etter at saken er behandlet i kontrollutvalget.

Utskrift av saken, prosjektplanen og fordeling av timer er lagt.

Med hilsen
Konsek Trøndelag IKS

Ragnhild Torsdatter Grønvold
seniorrådgiver

Dette brevet er elektronisk godkjent og har derfor ikke signatur.

Kopi til:
Revisjon Midt-Norge SA Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Mottakere:

Kontrollutvalget i Frøya kommune
Kontrollutvalget i Heim kommune
Kontrollutvalget i Hitra kommune
Kontrollutvalget i Holtålen
kommune
Kontrollutvalget i Indre Fosen
Kontrollutvalget i Melhus kommune
Kontrollutvalget i Midtre Gauldal
kommune
Kontrollutvalget i Oppdal
kommune
Kontrollutvalget i Orkland
kommune
Kontrollutvalget i Osen kommune
Kontrollutvalget i Rennebu
kommune
Kontrollutvalget i Selbu kommune
Kontrollutvalget i Skaun kommune
Kontrollutvalget i Stjørdal
kommune
Kontrollutvalget i Trondheim
kommune
Kontrollutvalget i Tydal kommune
Kontrollutvalget i Ørland
kommune
Kontrollutvalget i Åfjord kommune

Fordeling av timer til forvaltningsrevisjon av Trønderenergi

Eier	Samlet eierandel	Timeandel	Timer pr. kontrollutvalg
Orkland kommune	16,940%	0,195	195
Melhus kommune	13,344%	0,154	154
Trondheim kommune	9,125%	0,105	105
Indre Fosen kommune	8,003%	0,092	92
Ørland kommune	7,689%	0,089	89
Åfjord kommune	5,036%	0,058	58
Heim kommune	4,855%	0,056	56
Oppdal kommune	3,950%	0,046	46
Midtre Gauldal kommune	3,173%	0,037	37
Malvik kommune	2,957%	0,034	34
Hitra kommune	2,689%	0,031	31
Frøya kommune	2,489%	0,029	29
Skaun kommune	2,201%	0,025	25
Selbu kommune	1,431%	0,017	17
Holtålen kommune	1,341%	0,015	15
Osen kommune	1,044%	0,012	12
Stjørdal kommune	0,180%	0,002	2
Tydal kommune	0,162%	0,002	2
Rennebu kommune	0,065%	0,001	1
Sum	86,674 %	1,000	1000

Fordelingen av timer tar høyde for at KLP, som eier 13,328 %, ikke deltar i forvaltningsrevisjonen. Fordelingen er laget med utgangspunkt i kommunenes eierandel, og forutsatt at alle kontrollutvalgene deltar. Hvis noen ikke vil delta, må deres timer fordeles på de gjenværende .

Trønderenergi AS

Deltakende kommuner

Prosjektplan felles eierskapskontroll og forvaltningsrevisjon



SK1039

2025

1 FAKTA OM OPPDRAGET

FORMÅL

Formålet med prosjektet er å belyse eierstyringen og konsekvenser for eierne ved konserndannelsen i TrønderEnergi AS.

PROBLEMSTILLINGER

1. Utøver eierne i fellesskap eierstyring i tråd med anbefalte prinsipper for god eierstyring?
2. Hvordan har endringer i konsernstrukturen og etableringen av Aneo AS påvirket kommunenes styringsmuligheter?
3. I hvilken grad har konsernledelsen i TrønderEnergi AS etablert styringslinjer og informasjonsrutiner som bidrar til god informasjonsflyt?
4. I hvilken grad følges utbyttepolitikken opp i konsernet?
5. I hvilken grad sikrer styret forsvarlig organisering av selskapet?

TIDS- OG RESSURSBRUK

Timeforbruk: 1000 timer.

Rapport til sekretær: Mars 2026

OPPDRAGSANSVARLIG REVISOR

Margrete Haugum, forvaltningsrevisor Revisjon Midt-Norge SA

mha@revisjonmidtnorge.no

Mobil: 95233007

2 MANDAT

2.1 Bestilling

Kontrollutvalget i Malvik kommune bestilte den 28.11.2024, sak 60/24 en forvaltningsrevisjon av TrønderEnergi AS med datterselskap. Forvaltningsrevisjonen skal gjennomføres som en felles forvaltningsrevisjon sammen med andre eierkommuner. Denne bestillingen utløste arbeidet med en prosjektplan som er ment å være en felles plan for de kommuner som ønsker å være med i prosjektet.

Kontrollutvalget i Trondheim kommune vedtok den 6.5.2024, at de er positive til å gjennomføre en forvaltningsrevisjon av TrønderEnergi AS i samarbeid med de andre eierkommunene. Trondheim kommunes forutsetning om at etableringen av Aneo AS blir berørt i forvaltningsrevisjonen tas inn i prosjektet.

TrønderEnergi AS eies av flere kommuner og det er to revisjonsselskap som reviderer disse kommunene. Derfor er denne forvaltningsrevisjonen og felles eierskapskontroll et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommunerevisjon og Revisjon Midt-Norge. Prosjektplanen er utarbeidet av Revisjon Midt-Norge SA og Trondheim kommunerevisjon i fellesskap.

2.2 Bakgrunnsinformasjon

Utgangspunktet er en forvaltningsrevisjon av selskapet TrønderEnergi AS med datterselskap. Et datterselskap er et selskap som TrønderEnergi AS kontrollerer, som igjen betyr at TrønderEnergi AS eier mer enn halvparten av aksjene. TrønderEnergi AS sine to datterselskaper er TrønderEnergi Kraft Holding AS og TrønderEnergi Vekst Holding AS.

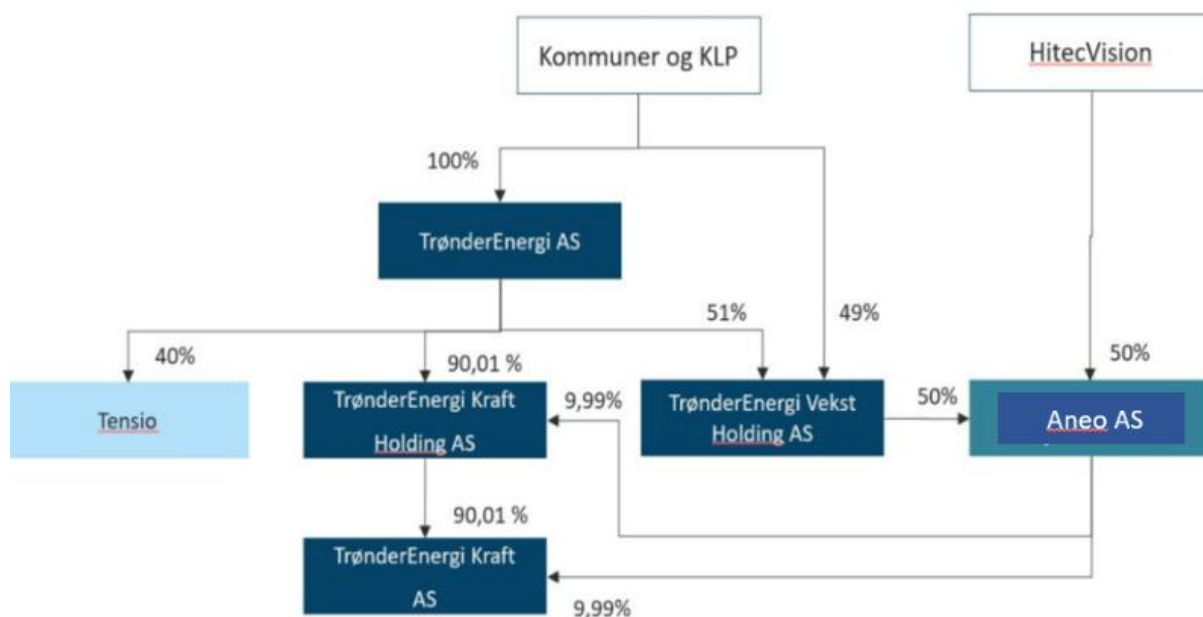
Ettersom bestillingen omhandler TrønderEnergi AS med datterselskap er det relevant å se på problemstillinger som er nært knyttet til utøvelsen av kommunens eierskap. Revisor har avgrenset eierskapsproblemstillinger til å gjelde forhold som er felles for eierne, og ikke en eierskapskontroll av den enkelte kommunes utøvelse av eierskapet med mindre det er spesifikt bestilt.

2.3 TrønderEnergi AS

TrønderEnergi AS er morselskapet i konsernet. TrønderEnergi AS eies av 19 kommuner i Trøndelag og KLP (Kommunal Landspensjonskasse gjensidig forsikrings-selskap). Orkland kommune har den største aksjeposten på 16,94 prosent, deretter følger Melhus 13,344 prosent, KLP 13,328 prosent og Trondheim kommune 9,125 prosent (se vedlegg for liste over eierkommuner).

Morselskapet TrønderEnergi AS hadde tidligere en bedriftsforsamling, men er avviklet. Aksjelovens krav om bedriftsforsamling gjelder for selskapet med mer enn 200 ansatte.

I figur en er det laget en oversikt over selskapene som TrønderEnergi AS har eierinteresser i. I tillegg til de eierskapene som framgår av figuren har Tensio AS, TrønderEnergi Kraft Holding AS og Aneo AS sine datterselskaper og eierinteresser i selskaper.



Kilde: Byrådssak 38-2024, Trondheim kommune

Figur 1. Eierinteresser for TrønderEnergi AS

TrønderEnergi Kraft Holding AS er eid av TrønderEnergi AS med 90 prosent.

Vedtektsfestet formål med virksomheten er å eie aksjer i TrønderEnergi Kraft AS, og å drive på kommersiell basis med mål om å maksimere langsiktig aksjonærverdi for aksjonærene. Daglig leder og styreleder i holdingselskapet er konsernsjef Ståle Gjersvold. Aneo Holding AS eier de øvrige 10 prosentene av holdingselskapet.

Selskapet **TrønderEnergi Kraft AS** omtales på deres hjemmesider som konsernets kjernevirksomhet. Selskapet eier, driver og vedlikeholder 17 vannkraftverk. Det fremgår at selskapet i 2023 hadde 34 ansatte. Daglig leder i selskapet er Ann Cathrine Holmen. Ståle Gjersvold er styreleder for selskapet.

TrønderEnergi Vekst Holding AS er eid av TrønderEnergi AS med 51 prosent og av 19 trønderske kommuner med en samlet andel på 42,47 prosent og KLP med en eierandel på

6,53 prosent. Selskapet ble etablert 22. juni 2022 ved at det ble fisjonert ut av TrønderEnergi AS. Formålet med selskapet er å eie aksjer i fornybarselskapet Aneo AS.

Aneo AS ble etablert av TrønderEnergi AS og det stavangerbaserte investeringselskapet HitecVision AS i 2022 med like store eierandeler (50 prosent hver). Ved etableringen av det nye selskapet ble 6 milliarder kroner flyttet ut av TrønderEnergi AS og inn i Aneo AS. HitecVision AS skulle gå inn med tilsvarende andel, det vil si 6 milliarder kroner. Det fremgår av informasjonen rundt etableringen av Aneo AS at HitecVision AS gikk inn med 1,5 milliarder kroner og at resten av kapitalen skulle betales inn i løpet av 5 år, alternativt 9 år hvis kapitalbehovet ble mindre. Ubalansen i innskuddet skulle TrønderEnergi AS kompenseres med renteinntekter ved at HitecVision AS ble gitt en selgerkreditt.¹

Bakgrunnen for omorganiseringen av TrønderEnergi AS er at styret i selskapet så betydelig potensial for vekst og lønnsomhet i det grønne skifte med utbygging av fornybar energiproduksjon, energiforvaltning, elektrifisering og energieffektivisering. TrønderEnergi AS ønsket med etableringen av Aneo AS å ta del i den veksten og lønnsomheten som ligger i det grønne skiftet. Nedslagsfeltet for Aneo AS er ifølge TrønderEnergi AS sin årsrapport de nordiske landene, men også andre deler av Europa kan være aktuelt. Det fremgår av TrønderEnergi AS sine prognoser for strømpriser i årene fremover at utbytteneivået i 2022 med 200 millioner kroner kan opprettholdes etter etableringen av Aneo AS.

TrønderEnergi AS eier i tillegg 40 prosent av nettselskapet Tensio AS sammen med NTE (40%) og KLP (20%). Det felles nettselskapet ble dannet i 2018/2019 som et konsern. Selskapet vil operere med to adskilte tariffier i sør (Tensio Ts AS) og nord (Tensio Tn AS)². Det er opplyst at NVE planlegger tilsyn av Tensio Ts AS og Tensio Tn AS i 2025.

TrønderEnergi AS eier også 40 prosent av **Hogst AS** sammen med Aneo Renewables Holding AS (20%) og Røde Kors eierskap AS (40%). Selskapet driver med rydding og sikring av kraftforsyningen ved å rydde kraftlinjer. Selskapet tilbyr blant annet arbeid til personer rekruttert gjennom kriminalomsorgen.

Nærmere om etableringen av Aneo

I årsrapporten for Aneo AS for 2023 redegjøres det for selskapsstrukturen. Der står det at styret i Aneo Holding AS er toppledelsen i Aneo-gruppen. Det er i tillegg en revisjonskomite

¹ Kilde: Bystyresak 130_2022, 15.6.2022. Trondheim kommune

² Nettfusjonen er omtalt i en orientering til formannskap i sak FO 0165/18, Trondheim kommune.

og en kompensasjonskomite. Daglig leder (CEO) er øverste ansvarlige og rapporterer til styret. Aneo-gruppen er organiserte i områdene:

- Fire sentraliserte funksjoner (teknologi og utvikling, finans, strategi og forretningsstøtte og markedsføring, kommunikasjon og public relations)
- Fornybarportefølje og vekst
- Fornybar operasjoner (teknologi og utvikling)
- Energiledelse
- Nedstrøms aktiviteter i Norden

Aneo Holding AS sitt formål er.

Foreta investeringer i fornybar energi-sektoren, med særlig fokus på ny fornybar energi aktiva, energiteknologi, lagring og teknologier, energiforvaltning, teknologidrevne tjenester i energimarkedene, "energy as a service"-konsept, inkludert energiinfrastruktur fokusert på B2B-markedene, i samsvar med forretningsplanen som er fastsatt fra tid til annen, (ii) effektivt eie og forvalte egne aktiva og alle nye aktiva som er anskaffet eller utviklet, (iii) yte tjenester knyttet til drift, vedlikehold, energiforvaltning og annet under langsiktige avtaler med TrønderEnergi Kraft AS, andre konsernselskaper og tredjeparter, (iv) eie en minoritetsandel i TrønderEnergi Kraft AS, og (v) handel og utvikling. Selskapet skal drives på forretningsmessig basis og med mål om å maksimere aksjonærværdien for aksjonærene. Selskapets virksomhet skal drives i samsvar med de til enhver tid gjeldende lover og selskapets forretningsplan og budsjett som er fastsatt fra tid til annen.

Aneo Holding AS eier alene Aneo Holding 2 AS. Aneo Holding AS eier 9,99 prosent av TrønderEnergi Kraft Holding AS og 9,99 prosent av TrønderEnergi Kraft AS.

Styret i Aneo Holding AS består av styreleder Therese Log Bergjord, styremedlemmer Jon Vatnaland, Hanne Høie Grøttum, Ståle Gjersvold, Peder Christian Ingstad Ursin-Smith og Hilde Bakken.

Aneo Holding 2 AS har følgende formål:

Produksjon og omsetning av elektrisk energi og annen virksomhet som hører naturlig sammen med dette. Virksomheten kan også drives i samarbeid med, eller ved deltagelse i andre foretak med tilsvarende eller lignende formål. Selskapet skal drives på forretningsmessig basis innenfor rammen av gjeldene energilovgivning med vekt på langsiktig verdiskapning.

Styret i Aneo Holding 2 AS består av styreleder Gunnar Hovland.

Aneo Holding 2 AS to heleide datterselskap.

- Aneo Production Holding AS (som har to heleide datterselskap og en heleid datterdatter, samt 51 prosent eierskap i Aneo Roan Vind Holding AS). Styret består av styreleder Gunnar Hovland.
- Aneo Renewables Holding AS (som har 12 heleide datterselskap, 80 prosent eierandel i datterdatter Aneo Retail International AS og 51 prosent eierskap i Aneo Vind AS.) Styret består av styreleder Gunnar Hovland.

3 PROSJEKTDESIGN

Dette kapittelet redegjør for revisors forslag til løsning av oppdraget.

Prosjektet planlegges gjennomført som en forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll. Utgangspunktet er at eierkommunene har ansvaret for oppfølging av selskapet. Selskapet oppgir at de følger prinsippene i NUES (Norsk utvalg for eierstyring og selskapsledelse) anbefalinger for god eierstyring. Prinsipper for god eierstyring tilsier at eierne har en klar og tydelig målsetting med sitt eierskap i selskapet. Videre er det sentralt at disse målsettingene ligger til grunn for hvordan eierkommunen utøver sitt eierskap, og at eierrepresentantene er kjent med de styringssystemene som gjelder for den aktuelle selskapsformen. Eierutøvelsen skal skje i rette fora, formell generalforsamling og uformelle eiermøter, og ikke ved påvirkning av styremedlemmer. Offentlige eiere kan sies å ha et særlig ansvar for å påse at selskapet ivaretar sitt samfunnsansvar, og at selskapene har et bevisst forhold til etiske problemstillinger i driften. Dette er forhold vi vil belyse ved intervju med eierrepresentanter og selskapets ledelse, og gjennomgang av protokoller og dokumentasjon.

TrønderEnergi konsernet har vært igjennom en stor omstilling og omorganisering av virksomheten med etablering av datterselskaper. De oppgir i sin årsmelding 2024 at de forbereder seg for fremtiden hvor det er stort behov for privat vekstkraft for å klare omstillingen samfunnet må igjennom. De skriver i årsmeldingen:

“Gjennom å skille ut investeringene som er gjort de senere årene i vindkraft og elektrifisering, samt overføre en stor del av organisasjonen, etablerte vi, ved å invitere HitecVision inn som likeverdig medeier, i 2022 Aneo. Hovedformålet med etableringen var å realisere verdiskapningen TrønderEnergi har skapt de siste årene.”

TrønderEnergi AS oppgir i årsmelding 2023 at med etableringen av de to datterselskapene og Aneo AS har TrønderEnergi AS blitt et rendyrket holdingselskap. Et relevant spørsmål er hvor godt denne omorganiseringen og ekspansjonen med innhenting av privat kapital er forankret hos eierne, og ikke minst på hvilket beslutningsgrunnlag ekspansjonsstrategiene er vedtatt på. Har eierkommunene tatt aktivt stilling til om de ønsker denne utviklingen for selskapet? Har omorganiseringen og ekspansjonen gått ut over selskapets avkastning, og er i så fall det i forståelse med eierne? Det kan også være aktuelt å vurdere om TrønderEnergi AS har etablert de nødvendige styringssystemene på overordna nivå for å sikre at konsernets aktivitet er hensiktsmessig for å nå de kravene og forventningene eierne stiller til selskapet.

Etter denne omorganisering er kommunene eiere både i morselskapet i konsernet, TrønderEnergi AS og de er både direkte og indirekte eiere i TrønderEnergi Vekst Holding AS. Kommunene utøver derfor eierskap i begge disse selskapene.

3.1 Problemstillinger

Revisor har utarbeidet følgende problemstillinger.

Problemstilling 1. Utøver eierne i fellesskap eierstyring i tråd med anbefalte prinsipper for god eierstyring.

- a. Har eierkommunene tydeligere målsettinger med sitt eierskap i TrønderEnergi AS og TrønderEnergi Vekst Holding AS?
- b. Hvordan sørger eierne og selskapet for at virksomheten ivaretar sitt samfunnsansvar?
- c. Hvordan sørger eierne for at valg av styrene skjer i samsvar med anbefalte prinsipper for god eierstyring og aksjeloven?
- d. Blir generalforsamlingen gjennomført i samsvar med aksjelovens bestemmelser?

Problemstilling 2. Hvordan har endringer i konsernstrukturen og etableringen av Aneo AS påvirket kommunenes styringsmuligheter?

Problemstilling 3. I hvilken grad har konsernledelsen i TrønderEnergi AS etablert styringslinjer og informasjonsrutiner som bidrar til god informasjonsflyt?

- a. Er det etablert hensiktsmessig rapportering mellom mor og datterselskap?
- b. I hvilken grad gjøres det habilitetsvurderingen i konsernstrukturen?
- c. I hvilken grad sikrer konsernledelsen at eierne blir likebehandlet?

Problemstilling 4. I hvilken grad følges utbyttepolitikken opp i konsernet?

- a. Hvordan har Aneo påvirket konsernets utbyttepolitikk?
- b. Hvilke forventinger har eierne til utbyttepolitikken fremover?

Problemstilling 5. I hvilken grad sikrer styret forsvarlig organisering av selskapet?

- a. I hvilken grad holder styret seg orientert om selskapets økonomiske stilling?
- b. I hvilken grad ivaretar styret sitt påseansvar overfor selskapet med hensyn til å sikre tilfredsstillende internkontroll og risikohåndtering?

3.2 Avgrensning

Problemstillingen om eierskapskontroll avgrenses til å omfatte den eierstyringen eierne utøver i fellesskap.

Forvaltningsrevisjonen avgrenses til TrønderEnergi AS med datterselskap, som betyr TrønderEnergi Kraft Holding AS og TrønderEnergi Vekst Holding AS.

Problemstilling to vil i utgangspunktet besvares gjennom en beskrivelse av prosessen med endringer i konsernstrukturen og etableringen av Aneo AS.

3.3 Kilder til kriterier

Aktuelle kilder til revisjonskriterier er:

- Aksjeloven
- KS anbefalinger
- NUES (2021) Norsk anbefaling Eierstyring og selskapsledelse
- Kommunens føringer på eierutøvelse

Anbefalingene fra NUES gir føringer for styrets arbeid, slik som å utarbeide klare mål, strategier og risikoprofil for virksomheten, slik at selskapet skaper verdier for aksjonærene på en bærekraftig måte. Anbefalingene underbygger styrets påse-ansvar som går fram av aksjeloven. På samme måte følger NUES anbefalingene opp flere av bestemmelsene i aksjeloven.

3.4 Metoder for innsamling av data

Forvaltningsrevisjonen følger standarden for forvaltningsrevisjon RSK001 og standarden for eierskapskontroll RSK 002. Sentralt i standardene er å sikre et godt datagrunnlag for revisjon og kontroll.

Skriftlige dokumenter i form av politiske saker, vedtekter, stiftelsesdokumenter, protokoller fra generalforsamlinger og styremøter er sentral dokumentasjon. Det er relevant å innhente annen dokumentasjon som eierne får, eksempelvis informasjon fra eiermøter og direkte informasjon fra selskapet til eierne. I tillegg er det relevant innhente dokumentasjon på andre styringsdokumenter eksempelvis økonomiplaner, strategier, utbyttepolitikk, årsmeldinger, rapporteringer til styret og annet. Revisjonen har innsyn i selskaper som er offentlig eid. Det betyr at det ikke er automatisk innsyn i TrønderEnergi Kraft Holding AS hvor Aneo AS eier 9,99 prosent. Revisor vil undersøke muligheten for innsyn i dette selskapet. Det skriftlige dokumentasjonen har stor verdi som data i revisjonen fordi det er den offisielle kommunikasjonen fra selskapet til eierne.

Revisor planlegger å gjennomføre en spørreundersøkelse til eierkommunene, for å innhente data fra dem. I forkant av spørreundersøkelsen vil det bli gjennomført 3-6 intervjuer med utvalgte eierrepresentanter for å få en nærmere innsikt i hva eierne er opptatt av. Dette gjør det mulig å målrette spørreundersøkelsen til de mest relevante tema. De kommunene som bestiller en egen eierskapskontroll i tillegg til den felles forvaltningsrevisjonen vil bli intervjuet separat med utgangspunkt i eierskapskontrollen.

Når TrønderEnergi AS konsernet skal revideres er ledelsen i selskapet en viktig kilde til data. Det vil derfor bli gjennomført intervjuer med ansatte i konsernledelsen og lederne i datterselskapene i første runde. Underveis blir det vurdert å gjennomføre flere intervju for ytterligere å belyse problemstillingene.

Foruten ansatte i konsernet er det aktuelt å intervju styret og eventuelt valgkomiteen i TrønderEnergi AS og TrønderEnergi Vekst Holding AS. Revisor håper å kunne intervju ledelsen i Aneo AS selv om selskapet ikke er forpliktet til å stille opp.

Revisor er klar over at denne revisjonen kan berøre forretningsmessige hemmeligheter, noe som ikke vil bli berørt. Mulig sensitive forhold vil avklares underveis med intervjuobjekter og i forbindelse med godkjenning av intervjureferater.

4 PROSJEKTORGANISERING

4.1 Prosjektteam

Oppdragsansvarlig revisor	Margrete Haugum, Revisjon Midt-Norge SA
Prosjektmedarbeider	Magnar Andersen, Trondheim kommunerevisjon
Prosjektmedarbeider	Sunniva Tusvik Sæter, Revisjon Midt-Norge SA
Kvalitetssikrer	Arve Gausen, Revisjon Midt-Norge SA
Kvalitetssikrer	Kathrine Moen Bratteng, Trondheim kommunerevisjon

4.2 Styringsgruppe

Daglig leder Revisjon Midt-Norge SA	Arnt Robert Haugan
Revisjonsdirektør Trondheim kommunerevisjon	Per Olav Nilsen

4.3 Milepælsplan

Bestillingsdato	28.11.2024
Prosjektplan til sekretær	01.02.2025
Oppstartsmøte	Juni 2025
Datainnsamling ferdig	Desember 2025
Rapport til uttalelse	Februar 2026
Rapport til sekretær	Mars 2026

Steinkjer 29.01.2025

Margrete Haugum

Oppdragsansvarlig revisor

VEDLEGG 1 EIERKOMMUNER

Eier	Andel A-aksjer	Andel B-aksjer	Andel C-aksjer
Orkland kommune	15,486%		1,454%
KLP		13,328%	
Melhus kommune	12,185%		1,159%
Trondheim kommune	8,332%		0,793%
Indre Fosen kommune	7,314%		0,689%
Ørland kommune	7,031%		0,658%
Åfjord kommune	4,629%		0,407%
Heim kommune	4,335%	0,114%	0,406%
Oppdal kommune	3,689%		0,261%
Midtre Gauldal kommune	2,891%		0,282%
Malvik kommune	2,706%		0,251%
Hitra kommune	2,451%		0,238%
Frøya kommune	2,27%		0,219%
Skaun kommune	2,003%		0,198%
Selbu kommune	1,306%		0,125%
Holtålen kommune	1,226%		0,115%
Osen kommune	0,96%		0,084%
Stjørdal kommune	0,18%		
Tydal kommune	0,141%		0,021%
Rennebu kommune	0,055%		0,01%

Kilde: www.proff.no

VEDLEGG 2

UAVHENGIGHETSERKLÆRING

Riv Revisjon
Midt-Norge

Bidrar til forbedring

Vurdering av uavhengighet.

Revisors egenvurdering i forbindelse med forvaltningsrevisjonsprosjekt:

Prosjekt SK1039	Selskap: TrønderEnergi AS
-----------------	---------------------------

Hovedreferanse:

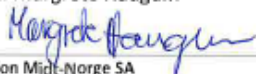
Kommuneloven § 24-4
Forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3
ISA 200 - Formål og generelle prinsipper for revisjon av regnskaper pkt. 4
ISA 220 - Vilkår for revisjonsoppdrag pkt. 4, 12-13
ISA 300 - Planlegging av revisjon av regnskaper pkt. 6
Standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 pkt. 8
Standard for eierskapskontroll RSK 002 pkt. 3

Ansettelsesforhold:	Undertegnede har ikke ansettelsesforhold i andre stillinger enn Revisjon Midt-Norge SA
Medlem i styrende organer	Undertegnede er ikke medlem av styrende organ i noen virksomhet som ovenfor nevnte selskap deltar i.
Delta eller inneha funksjoner i annen virksomhet, som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit	Undertegnede deltar ikke i eller innehar funksjoner i annen virksomhet som kan føre til interessekonflikt eller svekket tillit til rollen som revisor.
Nærstående	Undertegnede har ikke nærstående som har tilknytning til ovenfor nevnte selskap som har betydning for uavhengighet og objektivitet.
Rådgivnings- eller andre tjenester som er egnet til å påvirke revisors habilitet	Før slike tjenester utføres foretas en vurdering av rådgivningens eller tjenestens art i forhold til revisors uavhengighet og objektivitet. Dersom vurderingen konkluderer med at utøvelse av slik tjeneste kommer i konflikt med bestemmelsen i forskriften § 18, skal revisor ikke utføre tjenesten. Hvert enkelt tilfelle må vurderes særskilt. Revisor besvarer løpende spørsmål/henvendelser som er å betrakte som veiledning og bistand og ikke revisjon. Paragrafen sier at også slike veiledninger må skje med varsomhet og på en måte som ikke binder opp revisors senere revisjons- og kontrollvurderinger. Undertegnede har ikke ytet rådgivnings- eller andre tjenester overfor ovenfor nevnte selskap som kommer i konflikt med denne bestemmelsen.
Tjenesten under selskaps egne ledelses- og kontrolloppgaver	Undertegnede har ikke ytet tjenester overfor ovenfor nevnte selskap som hører inn under selskaps egne ledelses- og kontrolloppgaver.
Opptre som fullmektig for den revisjonspliktige	Undertegnede opptre ikke som fullmektig for ovenfor nevnte selskap.
Andre særegne forhold	Undertegnede kjenner ikke til andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til uavhengighet og objektivitet.

Sted: Steinkjer Dato: 29.01.25

Rolle: Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Navn: Margrete Haugum



Revisjon Midt-Norge SA

Brugata 2
7716 Steinkjer

post@revisjonmidt norge.no
907 30 300

www.revisjonmidt norge.no
Kontonummer: 4270.18.38658
Org.nr: 919 90 2310 MVA



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - www.revisjonmidt norge.no

Behandling av prosjektplan for forvaltningsrevisjon TrønderEnergi AS med datterselskaper

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Malvik kommune

Møtedato

05.02.2025

Saknr

08/25

Saksbehandler Ragnhild Torsdatter Grønvold

Arkivkode FE-217, TI-&58

Arkivsaknr 24/250 - 21

Forslag til vedtak

1. Kontrollutvalget slutter seg til revisors forslag til prosjektplan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll av TrønderEnergi AS med datterselskap, med levering som foreslått i planen.
2. Vedtatt prosjektplan sendes de andre eierkommunene, med invitasjon til å slutte seg til prosjektplanen.
3. Prosjektplanen må aksepteres slik den er vedtatt av kontrollutvalget i Malvik kommune.

Behandling:

Revisor redegjorde for prosjektplanen. Utvalget hadde følgende kommentarer:

I hvilken grad følges utbyttepolitikken opp i konsernet?

Dette må ha en tydeligere tekst; forslag:

Hva er den økonomiske konsekvensen av etableringen av Aneo og Trønder Energi Vekst Holding?

Hva er konsekvensen av avtalen med HitecVision?

Forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Kontrollutvalget slutter seg til revisors forslag til prosjektplan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll av TrønderEnergi AS med datterselskap, med levering som foreslått i planen.
2. Vedtatt prosjektplan sendes de andre eierkommunene, med invitasjon til å slutte seg til prosjektplanen.
3. Prosjektplanen må aksepteres slik den er vedtatt av kontrollutvalget i Malvik kommune.

Vedlegg

Prosjektplan TrønderEnergi AS

Fordeling av timer til forvaltningsrevisjon av Trønderenergi AS

Saksopplysninger

Kontrollutvalget i Malvik kommune bestilte den 28.11.2024, sak 60/24 en forvaltningsrevisjon av TrønderEnergi AS med datterselskap. Forvaltningsrevisjonen skal gjennomføres som en felles forvaltningsrevisjon sammen med andre eierkommuner. Eierkommunene revideres av to revisjonsselskap, som sammen gjennomfører denne forvaltningsrevisjonen, Revisjon Midt-Norge og Trondheim kommunerevisjon. Vedlagte prosjektplan er ment å være en felles plan for de kommunene som ønsker å være med i prosjektet.

Eierkommunene er i all hovedsak positive til revisjonen, og forutsettes å belastes timebruk etter eierandel i TrønderEnergi AS. Det er beregnet 1000 timer til revisjonen, med levering til sekretær i mars 2026. En oversikt over timer per eierkommune er lagt ved.

Fordelingen av timer tar høyde for at KLP, som eier 13,328 %, ikke deltar i forvaltningsrevisjonen. Fordelingen er laget med utgangspunkt i kommunenes eierandel, og

forutsetter at alle kontrollutvalgene deltar. Hvis noen ikke vil delta, må deres timer fordeles på de gjenværende.

Malviks andel av timene vil være 34 timer, forutsatt at alle eierkommunene blir med.

Formålet med revisjonen er å belyse eierstyringen og konsekvenser for eierne ved konserndannelsen i TrønderEnergi AS. Bestillingen gjelder TrønderEnergi AS med datterselskap, og revisor har derfor avgrenset eierskapsproblemstillingene til å gjelde forhold som er felles for eierne. Forvaltningsrevisjonene omfatter etter dette TrønderEnergi AS, TrønderEnergi Kraft Holding AS og TrønderEnergi Vekst Holding AS. Problemstilling 2 nedenfor vil i utgangspunktet besvares gjennom en beskrivelse av prosessen med endringer i konsernstrukturen og etableringen av Aneo AS.

Revisor skal undersøke dette:

1. Utøver eierne i fellesskap eierstyring i tråd med anbefalte prinsipper for god eierstyring?
2. Hvordan har endringer i konsernstrukturen og etableringen av Aneo AS påvirket kommunenes styringsmuligheter?
3. I hvilken grad har konsernledelsen i TrønderEnergi AS etablert styringslinjer og informasjonsrutiner som bidrar til god informasjonsflyt?
4. I hvilken grad følges utbyttepolitikken opp i konsernet?
5. I hvilken grad sikrer styret forsvarlig organisering av selskapet?

Revisor beskriver metoder som vil bli brukt for å samle inn data. I selskap som er helt ut offentlig eid har revisjonene innsyn. I og med at Aneo AS eier 9,99 % av TrønderEnergi Kraft Holding AS er det ikke automatisk innsyn i TrønderEnergi Kraft Holding AS. Revisor vil undersøke muligheten for innsyn i dette selskapet. Av samme årsak er ledelsen i Aneo AS ikke forpliktet til å stille til intervju, men muligheten blir likevel undersøkt.

Konseks vurdering og konklusjon

Etter Konsek sitt syn vil forslag til problemstillinger gi svar på kontrollutvalget i Malvik sitt formål med bestillingen. Trondheim kommunes forutsetning om at tilblivelsen av Aneo AS blir en del av bestillingen anses imøtekommet. Det samme gjelder de tilbakemeldingene som gjaldt utbyttestrategien i selskapet. Konsek vurderer at utvalget kan vedta forslag til prosjektplan, med levering som foreslått. Sekretariatet vil sørge for at saken med endelig invitasjon oversendes eierkommunenes kontrollutvalg så raskt som mulig.

Forespørsel om felles forvaltningsrevisjon og eventuell eierskapskontroll fra ReMidt IKS

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

05/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-217, TI-&58

Arkivsaknr 25/5 - 2

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget i Oppdal er interessert i å delta i en felles forvaltningsrevisjon av ReMidt IKS dersom det gjennomføres innen denne planperioden. Det forventes at det blir mulig å komme med innspill til prosjektplan, løsning for gjennomføring og omfang.

Endelig avklaring gjøres på et senere tidspunkt.

Vedlegg

Mulig samarbeid om forvaltningsrevisjon (og evt. eierskapskontroll) i ReMidt IKS

Saksopplysninger

Kontrollutvalget har mottatt en forespørsel fra kontrollutvalget i Sunndal om deltagelse i felles forvaltningsrevisjon og eventuelt eierskapskontroll av ReMidt IKS.

Kontrollutvalget i Oppdal har en forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll av ReMidt IKS i plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll.

Forvaltningsrevisjon av ReMidt IKS er satt opp på uprioritert liste hvor det er beskrevet at det er risiko knyttet til nylig fusjonering av flere selskaper, samhandling/eierpåvirkning med kommunene og tjenestekvalitet for brukere. Det er listet opp flere mulige innretninger:

- Ivaretar selskapet behovet for kildesortering, gjenbruk og materialgjenvinning?
- Er renovasjonen effektivt organisert?
- Er praksis for beregning av renovasjonsgebyr i tråd med selvkostprinsippet?
- I hvilken grad utnyttes selvkostprinsippet for å nå lokale og nasjonale klima- og miljømål?
- I hvilken grad arbeider selskapet målrettet for å begrense forurensningen og utnytte avfallet som ressurs?
- Er informasjonen som gis til brukerne målrettet og god?
- Er informasjon og samhandling til og med relevante virksomheter i kommunen hensiktsmessig innrettet?

En eierskapskontroll av ReMidt IKS er satt opp som prosjekt nummer to, og det er beskrevet at det er risiko knyttet til fusjonering og om kommunen har en god nok eierstyring. Det er foreslått at eierskapskontrollen ser på om eierstyringen skjer i samsvar med lover og forskrifter, kommunestyrets vedtak og anerkjente prinsipper for eierstyring.

I henvendelsen er det bedt om en tilbakemelding om hvilke kontrollutvalg som ønsker å delta i et slikt prosjekt og hvilket år det er ønskelig å gjennomføre. Hvordan prosjektet organiseres, aktuelle problemstillinger og hvilket revisjonsselskap som gjennomfører prosjektet, kommer de tilbake til når det er avklart hvem som er aktuelle for å delta i et slikt prosjekt.

Vurdering og konklusjon

Siden kontrollutvalget har dette på sin plan, så vil det være fornuftig å delta i et felles prosjekt siden det sparer utvalget for mange ressurser. En felles forvaltningsrevisjon bør gjennomføres i samarbeid med kommunens revisjonsselskap, Revisjon Midt-Norge SA, siden flere kontrollutvalg i Trøndelag er forespurt. Kontrollutvalget har ikke satt av midler i

budsjettet til kjøp av revisjonstjenester. En eierskapskontroll gjennomføres vanligvis av den enkelte kommune dersom det ikke er gevinster å hente ved en felles gjennomføring.

Vi mener det er av mindre betydning når prosjektet igangsettes såfremt det gjennomføres innen denne planperioden.

Etter vår vurdering så bør Oppdal kontrollutvalg melde at de er interessert i et felles prosjekt, og at tidspunkt ikke har noen betydning såfremt det gjennomføres innenfor denne planperioden. Ytterligere avklaringer kan tas om det blir klart om det er interesse for en felles revisjon.

Fra: [Aspen, Jane Anita](#)
Til: Knut.Evandt@kristiansund.kommune.no; [Eva J Bekkavik](#); [Ragnhild Aashaug](#)
Kopi: [Post](#)
Emne: Er det interesse for å samarbeid om forvaltningsrevisjon (og evt. eierskapskontroll) i ReMidt IKS?
Dato: 3. januar 2025 13:45:29

Hei

Godt nytt år! Håper dere har hatt en fin julefeiring.

Jeg er sekretær for kontrollutvalget i Sunndal kommune. Dette er den eneste av kommunene «våre» som er medier i ReMidt IKS.

Sunndal kommune har ReMidt IKS både på sin Plan for forvaltningsrevisjon og sin Plan for eierskapskontroll 2024-2027.

Jeg ser at alle kommunene på Nordmøre er medeier i ReMidt IKS, og jeg kjenner til at flere av disse har ReMidt IKS på sin Plan for forvaltningsrevisjon.

Jeg ser de fleste eierkommuner i ReMidt IKS er kommuner i Trøndelag, men det ser ut til at bare 3 av disse har selskapet på sin Plan for forvaltningsrevisjon. (Hitra, Orkland og Oppdal)

Det er Kristiansund (18,9 %), Orkland (14,%) og Melhus (12,8%) som er størst av de 17 eierne. Sunndal kommune eier 5,5%

Kontrollutvalget i Sunndal bestilte 24.10.2024 sitt første forvaltningsrevisjonsprosjekt denne valgperioden, som var Personalforvaltning. I forbindelse med denne bestillingene ble det også vedtatt dette punktet:

Kontrollutvalget ønsker i løpet av valgperioden å bestille en forvaltningsrevisjon av ReMidt IKS. Sekretariatet bes om å sende en forespørsel til kontrollutvalgene i ReMidt IKS sine eierkommuner, for å avklare om det er aktuelt å samarbeide om å gjennomføre en forvaltningsrevisjon av selskapet i 2025-2026.

Vi ber derfor om tilbakemelding om hvilke kontrollutvalg som ønsker å delta i et slikt prosjekt og hvilket år det er ønskelig å gjennomføre.

Hvordan prosjektet organiseres, aktuelle problemstillinger og hvilket revisjonsselskap som gjennomfører prosjektet, får vi komme tilbake til når vi ser hvem som er aktuelle for å delta i et slikt prosjekt.

Kontrollutvalgsekretariatet for Romsdal KO

Rådhusplassen 1
6413 MOLDE

Jane Anita Aspen
daglig leder

Tlf: 91 37 11 12
e-post: postmottak@kontrollutvalgromsdal.no

Hjemmeside: jane.anita.aspen@kontrollutvalgromsdal.no
<https://www.kontrollutvalgromsdal.no/>

Kontrollutvalgets årsmelding 2024

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

06/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-033, TI-&14

Arkivsaknr 24/192 - 8

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget slutter seg til forslag til årsmelding 2024 og legger saken frem for kommunestyret med følgende innstilling:

Kommunestyret tar kontrollutvalgets årsmelding 2024 til orientering.

Vedlegg

Utkast til årsrapport 2024 for Oppdal

Saksopplysninger

Kontrollutvalgets sekretariat har utarbeidet forslag til årsmelding for kontrollutvalget i Oppdal kommune, der vi har oppsummert aktiviteten i kontrollutvalget i 2024. Kontrollutvalget vedtar sin endelige årsmelding på bakgrunn av utsendt administrativt forslag, samt eventuelle egne innspill i møtet den 26.02.2025.

Kontrollutvalget er kommunestyrets eget kontrollorgan og skal forestå den løpende kontrollen med kommunen og kommunens virksomhet på vegne av kommunestyret. Utvalget rapporterer sine saker til kommunestyret løpende gjennom året, men for å oppsummere foregående års aktivitet og for å gi kommunestyret et innblikk i kontrollutvalgets virksomhet, utarbeider kontrollutvalget sin egen årsmelding som legges frem for kommunestyret til orientering.

Kommunestyret har til enhver tid, men kanskje særlig i tilknytning til behandlingen av årsmeldingen, anledning til å komme med synspunkter knyttet til kontrollarbeidet i kommunen. Kontrollutvalgets arbeid krever et nært og godt samarbeid med kommunestyret, administrasjonen, revisjonen og sekretariatet, og formålet er å bidra til en velfungerende forvaltning og tillit til kommunen.

Konklusjon

Kontrollutvalgets sekretariat anbefaler kontrollutvalget å oversende årsmeldingen til kommunestyret til orientering.



Konsek
TRØNDELAG IKS Kontrollutvalgenes sekretariat

**Kontrollutvalgets
årsmelding
2024**

**Oppdal
kommune**



1. Innholdsfortegnelse

1.	Innholdsfortegnelse.....	1
2.	Om kontrollutvalget, mandat og sammensetning	2
2.1	Kontrollutvalgets sammensetning 2024.....	2
2.2	Rammer for utvalgets arbeid.....	2
2.3	Kontrollutvalgets ressurser	3
2.3.1	Sekretariatet.....	3
2.3.2	Revisjon	3
2.3.3	Økonomi	3
3.	Lovpålagte oppgaver	4
3.1	Regnskapsrevisjon	4
3.1.1	Årsregnskap	4
3.1.2	Forenklet etterlevelseskontroll	5
3.2	Plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll.....	5
3.3	Forvaltningsrevisjon	5
3.4	Eierskapskontroll	6
3.5	Påse-ansvaret overfor revisor	6
4.	Annet arbeid i utvalget.....	6
4.1	Møter.....	6
4.2	Henvendelser.....	6
4.3	Orientering fra kommunedirektør.....	6
4.4	Virksomhetsbesøk	7
4.5	Rapporter fra statlige tilsyn.....	7
4.6	Opplæring og faglig samarbeid	7
5.	Avslutning.....	7
6.	Vedlegg; Sakliste 2024	8

Årsrapporten gir en oversikt over medlemmer og varamedlemmer i kontrollutvalget, utvalgets arbeid og økonomi i 2024.

2. Om kontrollutvalget, mandat og sammensetning

Alle kommuner skal ha et kontrollutvalg valgt av kommunestyret¹. Kontrollutvalget er kommunestyrets kontrollorgan, og skal føre løpende kontroll med den kommunale forvaltning.

2.1 Kontrollutvalgets sammensetning 2024

Det er strenge krav til hvilke roller kontrollutvalgets medlemmer kan ha når de er medlem av utvalget. De kan blant annet ikke være ansatt i kommunen eller ha en ledende rolle (for eksempel styremedlem) i selskaper om kommunen eier.

Medlemmene er de samme som ble valgt på konstituerende møte²

Medlemmer			Varamedlemmer i henhold til liste
Thorvald Storli	H	Leder	1.vara: Erik Skjøtskift, H
Torbjørn G. Mikkelsen	Sp	Nestleder	1.vara: Ingrid Sønsterud Myren, Sp
Monica Flor Ola Tor Vagnildhaug Inger Lise Toftaker	Ap KrF V	Medlem Medlem Medlem	1.vara: Frode Haarstad, Ap 2.vara: Arne Opdahl, SV 3.vara: Ingrid Hegdal, KrF

Kommunestyrets representant(er) i kontrollutvalget er Thorvald Storli

2.2 Rammer for utvalgets arbeid

Kommuneloven og kontrollutvalgets reglement³ utgjør rammen for kontrollutvalgets arbeid. Kontrollutvalget skal bidra til god tjenestekvalitet, effektiv ressursutnyttelse og å sikre at politiske vedtak blir fulgt opp.

¹ Jf. kommuneloven § 23.1

² Sak 129/23 den 26.10.2023

³[Reglement for kontrollutvalget](#)

Kontrollutvalget skal sørge for at følgende oppgaver blir utført:

- Påse at regnskapsrevisjonen gjennomføres etter gjeldende lover og forskrifter.
- Kontroll med den økonomiske forvaltningen skal skje etter gjeldene bestemmelser og vedtak.
- Forvaltningsrevisjoner – bestilling, gjennomføring og oppfølging.
- Eierskapskontroll – bestilling, gjennomføring og oppfølging.
- Påse at vedtak som kommunestyret treffer ved behandlingen av revisjonsrapporter blir fulgt opp.
- Utarbeide forslag til budsjett for kontrollarbeidet i kommunen.
- Kontrollutvalget innstiller til kommunestyret for om valg av revisjonsordning og sekretariatsordning.

I tillegg kan kontrollutvalget på eget initiativ ta opp forhold som kan oppfattes som uønskede eller i strid med en effektiv og forsvarlig forvaltning av kommunens ressurser.

Kommunestyret kan be kontrollutvalget om å utføre konkrete
kontrolloppgaver.

2.3 Kontrollutvalgets ressurser

2.3.1 Sekretariatet

Kontrollutvalget har hatt sekretariatsbistand fra Konsek Trøndelag IKS. Oppdal kommune er en av deltagerne/eierne sammen med 47 andre kommuner.

2.3.2. Revisjon

Kommunen er medeier i Revisjon Midt-Norge SA. Revisjon Midt-Norge har avtale om levering av revisjonstjenestene.

2.3.3. Økonomi

Kontrollutvalget utarbeider årlig forslag til budsjett for kontroll og revisjon. Dette skal følge innstillingen til årsbudsjettet til kommunestyret⁴. I 2024 fikk kontrollutvalget rammen de ba om.

⁴ Sak 30/22, 26.09.2022

Kontrollutvalgets regnskap

Arts-gruppe	Tekst	Regnskap 2024	Budsjett 2024
000 – 099	Godtgjørelser og sosiale utgifter	74 698	152 400
100 – 499	Driftsutgifter, kurs og reiser	36 244	106 500
	SUM	259 108	258 900

Leders godtgjørelser er ført på kommunestyret, og godtgjørelser er derfor lavere enn budsjettet. For driftsutgifter ble kursutgiftene 42 000 lavere enn budsjettet.

Art	Tekst	Regnskap 2024	Budsjett 2024
375	Sekretariat og revisjon	1 209 000	1 176 000
	SUM DRIFTUTGIFTER	1 394 111	1 434 900

Utgiftene til revisjon ble kr 33 000 høyere enn budsjettet fordi kontrollutvalgets budsjettforslag ble vedtatt før årsmøtet i revisjonsselskapet. I årsmøtet ble honoraret til revisjon økt og vedtatt til kr 900 000.

Kontrollutvalget hadde et underforbruk på ca 40 000. Utgiftene til sekretariat og revisjon var i 2024 henholdsvis kr 309 000 og kr 900 000

3. Lovpålagte oppgaver

3.1 Regnskapsrevisjon

Kontrollutvalget behandler saker om regnskapsrevisjon på flere møter gjennom året. Det er etablert rutiner for orienteringer fra oppdragsansvarlig regnskapsrevisor i forbindelse med avleggelse av revisjonsberetning, samt informasjon om planlegging og status for finansiell revisjon og eventuelle områder det arbeides spesielt med.

3.1.1. Årsregnskap

Kontrollutvalget skal uttale seg om de kommunale årsregnskapene. I 2024 avga kontrollutvalget uttalelse om kommunekassen, Oppdal kulturhus KF samt konsolidert årsregnskap.

Kontrollutvalgets uttalelse er lagt fram for kommunestyret og inngikk som beslutningsgrunnlag ved kommunens behandling av årsregnskap og årsberetning for 2024⁵.

Kontrollutvalget hadde ingen merknader til årsregnskapene.

⁵ Kommunestyrets vedtak sak 60/24 og 61/24.

3.1.2 Forenklet etterlevelseskontroll

Regnskapsrevisor gjennomfører årlig en enkel kontroll, det vil si stikkprøver, av den økonomiske forvaltningen. Kontrollen gjennomføres ut fra en risiko – og vesentlighetsvurdering av hvor revisor mener det kan være risiko for at kommunen ikke etterlever sentrale bestemmelser og vedtak på økonomiområdet.

I 2024 ble regelverket for offentlige anskaffelser valgt ut, og det ble undersøkt om⁶

1. regelverket for offentlige anskaffelser blir fulgt.
2. det foreligger det dokumentasjon iht. kravene i regelverket.

Revisor konkluderte med at Oppdal kommune ikke har fulgt regelverket i to av de sju anskaffelsene som ble undersøkt. Kontrollutvalget mottok et nummerert brev som beskrev feilene som må rettes opp. Kontrollutvalget har gitt kommunedirektøren en frist for å rette opp feilene.

En kontroll i økonomiforvaltningen hvor revisor finner vesentlige feil, resulterer i et nummerert brev til kontrollutvalget. Kommunedirektøren får beskjed om hva kommunen må korrigere for å tilfredstille loven. Kontrollutvalget følger med på at administrasjonen retter seg etter påleggene.

3.2 Plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll

Kontrollutvalget skal utrede behovet for, planlegge og bestille forvaltningsrevisjoner i kommunen og kommunens selskaper. Det samme gjelder for eierskapskontroller.

Arbeidet baseres på en fireårig plan som skal vedtas av kommunestyret. Kontrollutvalget har gjennom en prosess over flere møter utarbeidet en plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll for 2024 – 2028.⁷ Både Revisjon Midt-Norge, administrasjon, tillitsvalgte og politikere kom med innspill til planen.

3.3 Forvaltningsrevisjon

Følgende forvaltningsrevisjoner er behandlet av kommunestyret i 2024:

- Implementering av eldrestrategien⁸

Etter at kommunestyret har behandlet en forvaltningsrevisjon følger kontrollutvalget opp denne etter ca. et halvt år til 1 år etter kommunestyrets behandling.

Det har ikke vært noe forvaltningsrevisjoner å følge opp i 2024.

⁶ Kontrollutvalgets sak 26/24

⁷ Kommunestyrets 65/24 [Plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll](#)

⁸ Kommunestyrets vedtak sak 43/24

3.4 Eierskapskontroll

Kontrollutvalget skal føre kontroll med at formålet med eierskapet blir ivaretatt og at eierstyringen er god.

Det er ikke gjennomført noen eierskapskontroll i 2024.

3.5 Påse-ansvaret overfor revisor

Kontrollutvalget skal påse at de formelle kravene til revisorene blir overholdt. Det kan for eksempel være krav til utdanning, vandel, uavhengighet og objektivitet. Revisor har dokumentert dette overfor kontrollutvalget.

Kontrollutvalget hatt en god dialog med revisorene og fått løpende informasjon om revisjonsarbeidet. For regnskapsrevisjon orienterer oppdragsansvarlig revisor rutinemessig i utvalgets møter.

Når det gjelder forvaltningsrevisjon og eierskapskontroller er dialogen knyttet til de enkelte undersøkelsene.

4. Annet arbeid i utvalget

4.1 Møter

Kontrollutvalget har i 2023 avholdt 5 møter og behandlet 46 saker. 6 av sakene gikk videre til kommunestyret for endelig behandling. En fullstendig oversikt er vedlagt.

4.2 Henvendelser

Kontrollutvalget har ikke mottatt noen henvendelser i 2024.

4.3 Orientering fra kommunedirektør

Kontrollutvalget kan på eget initiativ be om orienteringer i fra administrasjonen for å ivareta det løpende kontrollansvaret. Kontrollutvalget har benyttet seg av dette flere ganger.

Tema har vært:

- Orientering om kommunedirektørens internkontroll⁹
- Dialogmøte med ordfører¹⁰
- Orientering om overforbruk i legetjenesten 2023¹¹

4.4 Virksomhetsbesøk

Kontrollutvalget har gjennomført virksomhetsbesøk hos Aune barneskole¹²

4.5 Rapporter fra statlige tilsyn

Kontrollutvalget blir orientert om resultatene av statlige tilsyn i kommunen og hva kommunedirektøren/direktøren gjør for å korrigere feil og mangler¹³.

4.6 Opplæring og faglig samarbeid

Medlemmene i kontrollutvalget har gjennom fjoråret fått tilbud om å delta i opplæring og faglig samarbeid via KONSEK Trøndelag, NKRF og Forum for kontroll og tilsyn (FKT).

Utvalget har vært representert på:

- NKRF sin samling for kontrollutvalg
- FKT sin kontrollutvalgskonferanse
- KONSEK sin samling for kontrollutvalg

5. Avslutning

Årsrapporten er en oppsummering av årets virksomhet i kontrollutvalget, og utvalgets saker ligger åpent på konsek.no/kontrollutvalg/oppdal-kommune

Utvalget håper at fjorårets virksomhet har bidratt til å styrke tilliten til lokaldemokratiet. Vi vil takke kommunestyret, administrasjonen og Revisjon Midt-Norge for samarbeidet.

Kontrollutvalget, 26.02. februar 2025

⁹ Kontrollutvalgets sak 3/24

¹⁰ Kontrollutvalgets sak 4/24

¹¹ Kontrollutvalgets sak 21/24

¹² Kontrollutvalgets sak 40/24

¹³ Kontrollutvalgets sak 38/24

6. Vedlegg; Sakliste 2024

Møtedato	Saksnr	Sakstittel
26.02.2024	01/24	Innspill til kontrollarbeidet
	02/24	Intro om forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll - planprosessen med risiko- og vesentlighetsvurdering
	03/24	Orientering om kommunedirektørens internkontroll
	04/24	Dialogmøte med ordfører
	05/24	Kontrollutvalgets årsmelding for 2023
	06/24	Opplæring av kontrollutvalget - 26.02.2024
	07/24	Referatsaker
	08/24	Godkjenning av møteprotokoll
08.04.2024	09/24	Rapport - Implementering av eldrestrategien
	10/24	Kontrollutvalgets arbeid med risiko- og vesentlighetsvurderinger - forvaltningsrevisjon
	11/24	Kontrollutvalgets arbeid med risiko- og vesentlighetsvurderinger - eierskapskontroll
	12/24	Opplæring av kontrollutvalget - 08.04.2024
	13/24	Referatsaker
	14/24	Innspill til kontrollarbeidet
	15/24	Godkjenning av protokoll fra dagens møte
06.05.2024	16/24	Plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll 2024 - 2028
	17/24	Kontrollutvalgets uttalelse om årsberetning og årsregnskap for Oppdal kulturhus KF
	18/24	Revisjonsnotat til Oppdal kulturhus KF
	19/24	Kontrollutvalgets uttalelse om årsberetning og årsregnskapene for 2023 for Oppdal kommune
	20/24	Revisjonsnotat til Oppdal kommune
	21/24	Orientering om overforbruk i legetjenesten 2023
	22/24	Opplæring av kontrollutvalget - 06.05.2024
	23/24	Referatsaker
	24/24	Innspill til kontrollarbeidet
	25/24	Godkjenning av protokoll fra dagens møte
09.09.2024	26/24	Forenklet etterlevelseskontroll - kjøp av helse- og sosialtjeneste
	27/24	Bestilling av forvaltningsrevisjon
	28/24	Budsjettkontroll per 21.08.2024
	29/24	Forslag til budsjett 2025 med økonomiplan 2025–2028 for kontrollarbeidet
	30/24	Oppfølging etter kommunekassens årsrevisjon 2023 - orientering til kontrollutvalget
	31/24	Oppfølging etter årsrevisjonen 2023 for Oppdal kulturhus - orientering til kontrollutvalget
	32/24	Planlegging av virksomhetsbesøk
	33/24	Mottak av henvendelser
	34/24	Opplæring av kontrollutvalget - 09.09.2024
	35/24	Referatsaker
	36/24	Innspill til kontrollarbeidet
	37/24	Godkjenning av protokoll fra dagens møte

Fortsettelse neste side.

Møtedato	Saksnr	Sakstittel
11.11.2024	38/24	Oversikt over gjennomføre tilsyn i 2023
	39/24	Oppfølging av forenklet etterlevelseskontroll med innkjøp
	40/24	Virksomhetsbesøk Aune barneskole
	41/24	Prosjektplan for forvaltningsrevisjon om økonomisk bærekraft, virksomhetsstyring og endring i kommuneorganisasjonen
	42/24	Revisjonsstrategi 2024
	43/24	Kontrollutvalgets års- og møteplan for 2025
	44/24	Opplæring av kontrollutvalget - 11.11.2024
	45/24	Innspill til kontrollarbeidet
	46/24	Godkjenning av dagens møteprotokoll

Opplæring av kontrollutvalget - 26.02.2025

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

07/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-033

Arkivsaknr 24/191 - 9

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar opplæringssakene til orientering.

Vedlegg

Bernt svarer - habilitetsreglene gjelder ved alle typer saksbehandling i kommunestyret.pdf

Utfordringer for styrer i boligstiftelser som er opprettet av kommuner.pdf

Nye tolkninger fra departementet om valgbarhet til kontrollutvalget.pdf

Sammendrag - Rapport-statlig-tilsyn-med-kommunene 2020- 2024.pdf

Sammendrag NTNU-rapport Selvkost i kommunene - avskrivningstid, kalkylrente og framføringsperiode.pdf

Riksrevisjonens rapport om Helseplattformen.pdf

Rapport Helseplattformen i Trondheim kommune.pdf

Program FKT fagkonferansen 2025.pdf

Saksopplysninger

Kontrollutvalget har fått følgende dokumenter som del av sin opplæring:

- Bernt Svarer - Habilitetsregler
Spørsmål om i hvilke typer saker habilitetsreglene kommer til anvending i kommunestyret
- Styrer i boligstiftelser som er opprette av kommuner
Saken viser hvordan kommuner bør opptre i forhold til stiftelser
- Nye tolkninger fra departementet om valgbarhetsreglene i kommuneloven for kontrollutvalgsmedlemmer
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring har gitt ut en rapport om erfaringer med statlige tilsyn i kommunene i tidsperioden 2020 - 2024.
- NTNU, Sintef og BDO har gitt ut en rapport om selvkotstjenestene i kommunene, med anbefalinger til kommunene.
- Riksrevisjonen og kommunerevisjonen i Trondheim gjennomførte en felles undersøkelse av Helseplattformen. Resultatet ble offentliggjort den 24. oktober 2024. Sakene er hentet fra nettsiden til Helseplattformen den 14.februar 2025.
- Sekretariatet har mottatt invitasjon til Forum og kontroll (FKT sin fagkonferanse. Programmet er vedlagt.

Sekretariatet tar en kort gjennomgang av sakene. Kontrollutvalget kan ta sakene til orientering for sitt videre arbeid.

Bernt svarer: – Habilitetsreglene gjelder ved alle typer saksbehandling i kommunestyret

Kan en inhabil ordfører skrive saksframlegg til kommunestyret, når kommunestyret bare skal komme med en henstilling?

Kommunal rapport 18.11.2024

SPØRSMÅL: Under behandling av en sak i kommunestyret om parkering i kommunens sentrum tok ett av medlemmene opp spørsmålet om ordførerens habilitet. Det ble vist til at ved tidligere behandling av samme saksforhold hadde formannskapet lagt til grunn at ordføreren var inhabil. Begrunnelsen for dette var at ordførers ektefelle hadde eierinteresser i et lokalt eiendomsselskap som har private parkeringsplasser i kommunens sentrum, og som også hadde etablert et lokalt parkeringsselskap i kommunen.

Til møtet i kommunestyret hadde ordfører skrevet en uttalelse med forslag til vedtak i saken. Det ble her foreslått at kommunestyret henstilte til alle private grunneiere i kommunens sentrum at man planlegger videre i samarbeid med kommunen for en felles parkeringspolitikk, basert på prinsipper som kommunen tidligere hadde vedtatt, og ba om at kommunedirektøren tok initiativ til en dialog med grunneierne om dette.

Ordføreren fremholdt at dette var en sak der ikke skulle treffes noe realitetsvedtak, men bare en oppfordring til private aktører om samarbeide med kommunen om gjennomføringen av en vedtatt parkeringspolitikk, og til kommunedirektøren om å følge opp dette. Og i alle fall måtte ordføreren kunne skrive et slikt innlegg der hen oppfordret til lojalitet og samarbeid.

Var ordføreren på denne bakgrunn inhabil ved behandlingen av saken i kommunestyret, og også til å utarbeide og legge fram et slikt vedtak i kommunestyret?

SVAR: En uttalelse av den typen det er tale om, her, vil ikke i seg selv skape inhabilitet. Utgangspunktet er at ordfører kan, på linje med andre folkevalgte, engasjere seg i eller uttale seg om saker som er eller kan komme til å bli gjenstand for kommunal saksbehandling, uten å bli inhabil, så lenge hen ikke har personlige – private – interesser i saken, slik at hen av denne grunn er inhabil. Deltakelse i offentlig debatt om et saksforhold skaper ikke i seg selv inhabilitet for en folkevalgt.

Men hvis en ordfører er inhabil av andre grunner, må hen han avstå fra alle typer medvirkning i kommunestyrets saksbehandling av denne saken. Den som er inhabil, er det på alle trinn ved behandlingen av en sak der det skal eller kan treffes en «avgjørelse». Og habilitetsreglene gjelder ved alle typer saksbehandling i kommunestyret. De gjelder også der det bare vedtas meningsyttringer eller oppfordringer, og i rene orienterings- og referatsaker. Hvis ordfører var inhabil i sak om parkeringsordningen i kommunen, var det derfor et brudd på inhabilitetsreglene både at hen deltok ved behandlingen av denne saken i kommunestyret, og at hen som ordfører utarbeidet og la fram forslag til et vedtak i saken.

Utfordringer for styrer i boligstiftelser som er opprettet av kommuner

Boligstiftelser · 28. mai 2020

Vi ser at det dukker opp situasjoner i kommuner som har opprettet stiftelser, særlig boligstiftelser, hvor politikere og kommuneadministrasjon ikke har den nødvendige avstand til stiftelsen. Kommunens representanter ser på stiftelsen som en del av kommunens virksomhet og forholder seg som om man var eier. De mangler blant annet forståelse for lovgivningen som regulerer stiftelser, og rammene for styrets ansvar og ledelse av en stiftelse.

STIFTELSEN EIES AV FORMÅLET

Stiftelser er som kjent selveiende, og har ingen eiere som kontrollerer at formålet etterlevs, eller som påser at driften er forsvarlig. Det er formålet som eier stiftelsen, og styret skal sørge for at stiftelsens formål gjennomføres. Styret har «eierens» rolle, og skal sammen med daglig leder forvalte stiftelsens oppgaver og formål, samt påse at regnskap og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

Det er viktig å være klar over at utdelingsbegrepet i stiftelser omfatter i utgangspunktet enhver disponering av stiftelsens midler, og må sees i forhold hva som er stiftelsens formål.

KOMMUNEN HAR GITT FRA SEG KONTROLL

Når en kommune har opprettet en stiftelse som skal løse kommunale oppgaver, har kommunen dermed gitt fra seg direkte kontroll over virksomheten, og kapitalen. Kommunen får nå et kontraktsmessig forhold til stiftelsen for oppgavene stiftelsen skal løse, og boligstiftelsens virksomhet ligger derfor utenfor kommunens direkte forvaltning og budsjetter.

Oppgavene kommunen har etter opprettelsen av en boligstiftelse er gjerne å utpeke styremedlemmer og sørge for gode samarbeidsforhold mellom partene, slik at stiftelsens oppgaver løses på en god måte for begge parter.

Når det oppstår interessestrid mellom kommunen og stiftelsen er det viktig at styremedlemmene i stiftelsen er seg bevisst hvilken «hatt» man har på seg i behandlingen av en sak (habilitet).

STYREMEDLEMMENES OPPGAVER OG ANSVAR

Styrets verktøy i driftene av stiftelsen er stiftelsesloven, vedtektene, planer, instruksjoner og budsjetter.

I lov om stiftelser § 30, styrets myndighet og ansvar står det: *«Styret er stiftelsens øverste organ. Forvaltningen av stiftelsen hører under styret. Styret skal sørge for at stiftelsens formål ivaretas, og at utdelinger foretas i samsvar med vedtektene. Styret skal påse at regnskap og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.»*

I § 19 om utdeling fremgår det at: *«Utdeling av stiftelsens midler vedtas av styret. Utdelingene skal være i samsvar med stiftelsens formål»* og i § 18 om forvaltning av stiftelsens kapital fremgår det at: *«Stiftelsens kapital skal forvaltes på en forsvarlig måte, slik at det til enhver tid tas tilstrekkelig hensyn til sikkerheten og mulighetene for å oppnå en tilfredsstillende avkastning for å ivareta stiftelsens formål.»*

Det er viktig å påpeke at et styremedlem i en stiftelse plikter å holde seg løpende orientert om driften, herunder formålsrealiseringen, økonomisk forvaltning (også i datterselskaper) som innebærer å påse at formuesverdiene ivaretas på en betryggende måte. Loven pålegger også styremedlemmene et økonomisk ansvar, som kan innebære erstatning for økonomiske tap som stiftelsen påføres på grunn av forsettlig eller uaktsom saksbehandling. Styrets adgang til å foreta risikopregede disposisjoner er betydelig snevrere i stiftelser enn i for eksempel aksjeselskaper.

Styret i en stiftelse av en viss størrelse og med spesifikt formål bør ha styremedlemmer med kompetanse på området. For boligstiftelser vil det si kompetanse innenfor eiendomsforvaltning, det byggetekniske, juss og økonomi.

Et styreverv i en stiftelse (som i andre virksomheter) er et personlig verv - styremedlemmet representerer bare seg selv og stiftelsen (oppdragsgiver), man representerer hverken partier, kommunen eller andre interesser. Styremedlemmets lojalitetsplikt følger av at oppdragstaker skal ivareta oppdragsgivers interesser under utførelsen av oppdraget.

God virksomhetsstyring i en boligstiftelse handler blant annet om å sikre at styret opptrer uavhengig av kommunen.

Ta gjerne kontakt for eventuell bistand.

Advokat Bjørn O. Øiulfstad



f t in e t @ ♥

FORRIGE

Lave renter – en utfordring for mindre stiftelser

NESTE

Kommunal eiendomsskatt og allmennyttige stiftelser

© ADV. ØIULFSTAD

TA KONTAKT

Bygdøy Allé 2
0257 Oslo

+47 947 81 560

bjorn@advoiuulfstad.no

INFO

Tjenester

Erfaring

Om stiftelser

Blogg

BA2ADVOKATENE

Nye tolkninger fra departementet om valgbarhetsreglene for kontrollutvalg

Tolkningene er svar på henvendelse fra fra NKRF – kontroll og revisjon i kommunene. Henvendelsen dreier seg om valgbarhetsreglene i kommuneloven § 23-1 tredje ledd.

12.12.2024

Svar på spørsmål om valgbarhetsreglene for kontrollutvalg (002)

Departementets konklusjoner

Oppdragstakere og oppdragstakeravtaler (§ 23-1 tredje ledd bokstav f)

Departementet mener begrepet ansatte må tolkes som at det omfatter alle som har et slikt forhold til kommunen at de kan regnes som arbeidstaker og har kommunen som arbeidsgiver. Om ansettelsesavtalen kalles oppdragstakeravtale har ikke selvstendig betydning. Dersom personen anses som arbeidstaker vil personen være ansatt i kommunen og utelukket fra valg i kontrollutvalget, jf. kommuneloven § 23-1 tredje ledd bokstav f.

Fjellstyrer og nasjonalpark- og verneområdestyrer (§ 23-1 tredje ledd bokstav c)

Departementet antar at fjellstyrer er statlige og ikke kommunale organer. Statlige organer er ikke folkevalgte organer etter kommuneloven, selv om medlemmene av organet velges av kommunestyret. Departementet legger dermed til grunn at å være medlem av et fjellstyre eller nasjonalpark- og verneområdestyre ikke gjør at vedkommende er utelukket fra valg til kontrollutvalget etter § 23-1 tredje ledd bokstav c.

Samvirkeforetak (§ 23-1 tredje ledd bokstav g)

Samlet mener departementet det må legges til grunn samvirkeforetak ikke kan anses som et selskap som kommunen har eierinteresser i etter § 23-1 tredje ledd bokstav g. Personer med ledende stilling og medlemmer/varamedlemmer av styret, er dermed ikke utelukket fra å bli valgt inn i kontrollutvalget. Departementet understreker likevel at personer med sentrale verv i samvirkeforetak regelmessig kan komme i situasjoner hvor det blir stilt spørsmål om vedkommende er inhabil.

Representantskap til kommunalt oppgavefelleskap og interkommunale politiske råd (§ 23-1 tredje ledd bokstav h)

Departementets konklusjon er at representantskapsmedlemmer i interkommunale politiske råd og kommunale oppgavefelleskap ikke er utelukket fra verv i kontrollutvalget. En slik forståelse er også lagt til grunn i juridisk teori, se Roald Hopsnes i Karnov lovkommentar (note 15 til § 23-1 tredje ledd bokstav h, à jour 20. oktober 2023) og Bent Devik i Juridika (lovkommentar til § 23-1 tredje ledd, à jour per 1. juli 2023).

DFØ-rapport 2024:14

Statlig tilsyn med kommunene 2020-2024

Kartlegging av utvikling i omfang, nytte, styring og samordning

Sammendrag

I løpet av de siste fem årene har omfanget av statlig tilsyn med kommunene endret seg lite. Likevel opplever kommunene i økende grad tidsbruken ved tilsyn som en belastning. Iverksatte tiltak for samordning av statlige tilsyn har gitt positive resultater, men det er fortsatt behov for bedre koordinering.

DFØ har på oppdrag fra Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) kartlagt omfanget og utviklingen av statlig tilsyn med kommunene i perioden 2020-2024. En tilsvarende undersøkelse ble gjennomført i 2020. Undersøkelsen er basert på dokumentanalyse, nøkkeltall og statistikk, spørreundersøkelser til alle kommuner og statsforvalterembeter, samt intervjuer med kommuner, statsforvaltere og statlige tilsynsmyndigheter.

Omfanget av statlig tilsyn holder seg relativt stabilt over tid, men kommunene opplever tidsbruken ved tilsyn som en belastning

Tilsynsmyndighetenes rapportering viser at antall tilsyn isolert sett ikke øker vesentlig over tid, men varierer fra år til år og mellom ulike sektorområder. Fra 2019 til 2023 synker andelen tilsyn fra statsforvalterne, mens andelen tilsyn fra Arbeidstilsynet øker. Samtidig opplever kommunene at omfanget av statlige tilsyn har økt, og at tidsbruken er en belastning.

Kommunene er generelt fornøyde med hvordan statlige tilsyn blir gjennomført, og ser tilsyn som et viktig virkemiddel for bedre kommunale tjenester

Kommunene opplever at statlige tilsyn er godt forberedt og blir gjennomført på en god måte. Kommunene er stort sett enige med statsforvalterne i tolkning av regelverket ved tilsyn. Dokumentasjonsinnhenting tar mye tid, men kommunene har god dialog om hva som kreves, selv om flere mener tilsynsmyndighetene ber om for mange opplysninger. Kommunene og statsforvalterne ser mer nytte av tilsyn, som virkemiddel for bedre tjenester og økt regeletterlevelse. Statsforvalternes egeninitierte tilsyn oppleves som mest nyttige, og veiledning og aktiviteter som gir læring vurderes som stadig viktigere for effekten av tilsyn. Kommunene ønsker også flere læringsaktiviteter, særlig i etterkant av tilsyn.

Statens tilsynsvirksomhet er mer koordinert, samtidig er det rom for forbedringer

Nasjonale tilsynsmyndigheter har en mer risikobasert tilnærming i styringen av tilsynsarbeidet, og statsforvalteren har fått større handlingsrom. Samordningen er styrket ved at statens samtlende tilsynsvirksomhet er mer koordinert, også med kommunenes forvaltningsrevisjoner. Det er imidlertid fortsatt rom for forbedringer ved økt bruk av verktøy som tilsynskalenderen og styrket dialog med kontrollutvalgssekretariatene.

DFØ oppfordrer Kommunal- og distriktsdepartementet til å bruke etablerte arenaer til drøfting av ambisjonsnivå og forventninger til samordning av statlig tilsyn den neste fireårsperioden. Vi mener det kan være behov for å tenke annerledes om bruken av statlig tilsyn framover, i lys av de utfordringene som kommunene står overfor de kommende årene. Videre reiser vi spørsmål ved om det er behov for å se nærmere på det gjeldende målet om at omfanget av tilsyn ikke skal øke, og at det i større grad bør legges vekt på effekten av tilsyn, og hvordan tilsyn fører til bedre regeletterlevelse og kvalitet i tjenestene.



Selvkost i kommunene – avskrivningstid, kalkylerente og framføringsperiode

Marianne Haraldsvik, Irmelin Slettemoen Helgesen, Stein Kittelsen
Stian Bruaset, Ole Henning Nyhus, Morten Thuve, Øyvind Sunde

SØF-RAPPORT NR. 06/24



Senter for økonomisk forskning



NTNU | Samfunnsforskning AS

Innhold

Forord.....	4
1. Innledning og sammendrag.....	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Sammendrag av hovedfunn og anbefalinger	11
2. Datagrunnlag.....	19
2.1 Intervjuundersøkelse.....	19
2.2 Spørreundersøkelse	20
2.3 Analyser	23
3. Vurdering av levetid på anleggsmidler i kommunen	24
3.1 Litteraturgjennomgang	24
3.2 Vurdering av anleggsmidler innenfor VA	33
3.3 Informasjon fra kommunene.....	40
3.4 Mulige konsekvenser ved en endring i maksimal avskrivningstid	41
3.5 Oppsummering.....	48
4. Bruk av faktisk levetid og regnskapsmessig avskrivningstid i kommunenes selvkostberegninger	49
4.1 Kartlegging av kommunenes praksis for avskrivningstid i selvkostberegningene.....	49
4.2 Hvordan påvirker ulik praksis for selvkostberegninger gebyrnivå og samlet selvkost?.....	57
4.3 Oppsummering	71

5. Kalkylerenten i selvkostforskriften	72
5.1 Selvkostmodellen og kalkylerenten.....	72
5.2 Definisjoner og vurderinger av ulike renter.....	74
5.3 Historisk utvikling.....	80
5.4 Informasjon fra kommunene og markedsaktører.....	92
5.5 Variasjonen i kommuners rentesatser.....	95
5.6 Alternative modeller for kalkylerente.....	101
5.7 Oppsummering.....	108
6. Framføringsperioden for under-skudd og overskudd i selvkostforskriften	112
6.1 Fremføringsperioden og generasjonsprinsippet.....	112
6.2 Informasjon fra kommunene.....	114
6.3 Vurdering av selvkostforskriftens øvre grense på fem år for fram og tilbakeføring av under- og overskudd.....	116
6.4 Oppsummering.....	119
7. Anbefalinger	121
7.1 Avskrivningstid i regnskapsforskriften.....	121
7.2 Kalkylerenten	123
7.3 Fremføringsperiode for over-/underskudd i selvkost.....	124
8. Referanser	126

15 prosent av kommunens inntekter, mens de frie inntektene utgjør ca. 70 prosent. I flere tilfeller der kommuner gjennom lovverket har hjemmel til å kreve gebyrer, men hvor nivået på gebyrene ikke kan overstige kostnaden ved å yte tjenesten, gjelder selvkostforskriften (Lovdata, 2020). Selvkost skal reflektere den merkostnaden en kommune har ved å produsere en bestemt tjeneste.

Kommunale betalingstjenester som er underlagt selvkost, omtales gjerne som selvkostområder. Tabell 1 gir oversikt over de mest sentrale selvkostområdene med tilhørende hjemler. For selvkostområdene renovasjon og slamtømming er det krav om full kostnadsdekning, mens gebyrene for de øvrige selvkostområdene bare er regulert ved at de ikke kan overstige selvkost. Blant selvkostområdene er vann, avløp og renovasjon (VAR) det største tjenesteområdet. En rapport fra Norsk Vann peker på store investeringsbehov innenfor vann og avløp (VA) for å sikre god leveranse av drikkevann og forsvarlig rensing av avløpsvann. Det er beregnet at det må investeres ca. 320 milliarder kroner innen 2040 (Bruaset, Becker, Reksten, & Baade-Mathiesen, 2021). Siden kommunale vann- og avløpstjenester er underlagt selvkost, innebærer de store investeringsbehovene at gebyrene også forventes å øke. I rapporten er det beregnet en forventet årlig gebyrøkning på 7 prosent frem til 2030.

Tabell 1: Selvkostområder

Tjeneste	Hjemmel
Renovasjon	Forurensingsloven § 34 Avfallsforskriften kapittel 15
Vannforsyning	Lov om kommunale vass- og avløpsanlegg §§ 3 til 5 Forurensingsforskriften kapittel 16
Avløpshåndtering	Lov om kommunale vass- og avløpsanlegg §§ 3 til 5 Forurensingsforskriften kapittel 16
Slamtømming	Forurensingsloven § 26, jf. § 34
Plan- og byggesaksbehandling	Plan- og bygningsloven § 33-1
Oppmåling og matrikkelføring	Matrikkellova § 32
Feiing og tilsyn med fyringsanlegg	Brann- og eksplosjonsvernloven § 28
Havn (farvannsavgifter)	Havne- og farvannsloven § 36 Forskrift om kommunenes beregning og innkreving av farvannsavgift (farvannsavgiftforeskriften)
Skolefritidsordning (SFO)	Opplæringslova § 13-7 Forskrift til opplæringslova kapittel 1B

Kilde: Notat fra GKRS (2012)

innebåret en overkapasitet. Da bør det fremførbare underskuddet knyttet til denne overkapasiteten fordeles over flere år frem til overkapasiteten er eliminert. Dette fremførbare underskuddet må skilles fra et selvkostresultat (fond/fremførbart underskudd) på den utnyttede kapasiteten. Det beregnes kapitalkostnader på investering i overkapasitet, og disse tas inn i den ordinære selvkostkalkylen etter hvert som overkapasiteten bygges ned.

Hovedanbefalinger

En grundigere drøfting rundt anbefalingene gis i kapittel 7. Vi oppsummerer hovedpunktene i kulepunkter:

- Avskrivningstid for ledningsnett foreslås økt til minst 80 år. 100 år er også et reelt alternativ, men vår vurdering er at økt usikkerhet ved lengre avskrivningstid tilsvarer at det kan være fornuftig å legge til grunn et konservativt levetidsanslag. Ved lengre avskrivningstid stiller det også økt krav til kommunene om å gjøre aktive vurderinger av usikkerheten når man velger avskrivningstid.
- Avskrivningstider for bygg kan også vurderes utvidet, men for denne gruppen er ikke avviket like stort, mens usikkerheten øker ved økt avskrivningstid. Vårt forslag er å samle alle bygg i en kategori med felles avskrivningstid. Det konservative forslaget er 50 år, mens forslaget som ligger nærmere litteraturen tilsier 60 år.
- For kalkylerenten anbefaler vi en overgang til en kalkylerente basert på faktiske lånekostnader i kommunen. Som et alternativ forslår vi en modifisering av dagens modell basert på årlig gjennomsnittlig 3 måneders Nibor + et kredittpåslag fastsatt av KDD. Hovedargumentet for vårt forslag er at kalkylerenten innenfor selvkostområder i større grad bør reflektere de faktiske kostnadene.
- Fremføringsperioden for over-/underskudd foreslås endret til to år, det vil si at man tar konsekvensen av selvkostresultatet allerede ved første budsjettbehandling og gebyrfastsetting.

Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt- Norge

Dokument 3:3 (2024–2025)



Forsidebilde: Tyler Olson/Scanstockphoto
ISBN 978-82-8229-602-1

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:3 (2024–2025) Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge

Dokumentet har følgende inndeling:

- Riksrevisjonens konklusjoner, utdyping av konklusjoner, anbefalinger, statsrådets svar og Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar
- Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden
- Vedlegg 2: Statsrådets svar
- Vedlegg 3: Innledning, metode, revisjonskriterier og Riksrevisjonens vurderinger
- Vedlegg 4: Faktaundersøkelsen til Riksrevisjonen
- Vedlegg 5: Fakta fra felles undersøkelse Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon
- Vedlegg 6: Rapport fra undersøkelsen til Trondheim kommunerevisjon

Riksrevisjonen, 23. oktober 2024

For riksrevisorkollegiet

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	7
2	Konklusjoner	10
3	Overordnet vurdering	11
4	Utdyping av konklusjoner	12
4.1	Implementeringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune har truet pasientsikkerheten og reduserer effektiviteten i pasientbehandlingen.....	12
4.2	Innføringen av Helseplattformen har blitt dyrere enn forutsatt, og de framtidige kostnadene er usikre.....	15
4.3	Samhandlingsgevinstene reduseres betydelig fordi fastleger, avtalespesialister og flere kommuner ikke bruker Helseplattformen	17
4.4	Det er flere forklaringer på problemene som har oppstått	18
4.4.1	Helse Midt-Norge RHF's grunnlag for valget av konsept var mangelfullt, og konseptet innebar svært høy risiko	19
4.4.2	Brukskvaliteten ble ikke godt nok vurdert i en ellers grundig anskaffelsesprosess	20
4.4.3	Verken Helseplattformen AS eller St. Olavs hospital HF var godt nok forberedt på å innføre Helseplattformen	21
4.4.4	Eierne har ikke lagt godt nok til rette for at Helseplattformen AS har bygget opp en drifts- og forvaltningsorganisasjon som er tilpasset behovet	24
4.4.5	Helse Midt-Norge RHF har hatt for svak styring av arbeidet med Helseplattformen	25
4.4.6	Helse- og omsorgsdepartementet har hatt for svak oppfølging av arbeidet med Helseplattformen og har ikke sørget for et tett nok samarbeid med utviklingsprosjekter i de andre helseregionene	28
5	Anbefalinger	30
6	Statsrådets svar	31
7	Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar	31
	Vedlegg	35
	Vedlegg 1 Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet	
	Vedlegg 2 Statsrådets svar	
	Vedlegg 3 Innledning, metode, revisjonskriterier og Riksrevisjonens vurderinger	
	Vedlegg 4 Faktaundersøkelsen til Riksrevisjonen	
	Vedlegg 5 Fakta fra felles undersøkelse Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon	
	Vedlegg 6 Rapport fra undersøkelsen til Trondheim kommunerevisjon	

Figuroversikt

Figur 1	Hendelser meldt inn til kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital HF i perioden 1. januar 2019–31. juli 2024	12
Figur 2	Leger og sykepleieres oppfatning om Helseplattformens bidrag til pasientsikkerheten i 2023 og 2024	13

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Samarbeidet mellom Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon	8
--	---

Riksrevisjonen kan gi kritikk etter disse tre alvorlighetsgradene:

1. **Sterkt kritikkverdlig** er Riksrevisjonens sterkeste kritikk. Vi bruker dette kritikknivået når vi finner alvorlige svakheter, feil og mangler. Ofte vil disse kunne få svært store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
2. **Kritikkverdlig** bruker vi når vi finner betydelige svakheter, feil og mangler som ofte vil kunne få moderate til store konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.
3. **Ikke tilfredsstillende** bruker vi når vi finner svakheter, feil og mangler, men som i mindre grad får direkte konsekvenser for enkeltmennesker eller samfunnet.

1 Innledning

Helseplattformen er et nytt felles pasientjournalssystem og en samhandlingsløsning for kommuner, sykehus, fastleger og avtalespesialister i Midt-Norge.¹ Helseplattformen skal bidra til å øke kvaliteten i pasientbehandlingen, forbedre pasientsikkerheten, gjøre systemene mer brukervennlige og sette helsepersonell i stand til å utføre oppgavene sine på en bedre og mer effektiv måte.²

Bakgrunnen for undersøkelsen er alvorlige problemer med blant annet informasjonsflyten etter at Helseplattformen ble tatt i bruk av Trondheim kommune og St. Olavs hospital HF i 2022.³ Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag anser flere av forholdene som ble avdekket under tilsynet med St. Olavs hospital HF i april 2023, som alvorlige. Videre manglet foretaket viktige styringsdata etter innføringen, blant annet ventelister og fristbrudd.

Forsinkelser og feilrettinger har gjort det dyrere å innføre systemet. Helseplattformen kan også føre til indirekte kostnader som følge av at helsepersonellet opplever systemet som tidkrevende og lite brukervennlig, og fordi risiko for feil fører til at helsepersonell må gjøre ekstra kvalitetssikring.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. stiller krav om samarbeid mellom tjenesteytere for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Et viktig mål med Helseplattformen er at informasjon deles på tvers av pasientforløp og organisatoriske nivåer.⁴ En sentral forutsetning for at løsningen skal være samfunnsmessig nyttig, er at flest mulige aktører i regionen tar den i bruk.

Helseplattformen er et ambisiøst og komplekst IT-system som er forbundet med høy risiko. Selskapet Helseplattformen AS har ansvaret for innføring og framtidig forvaltning av journalløsningen Helseplattformen. Selskapet er eid av Helse Midt-Norge RHF og flere av kommunene i regionen. En ekstern evaluering har påpekt at det har vært en kompleks styringsstruktur med utydelig beslutningsmyndighet og ansvarspulverisering.⁵

Helse- og omsorgsdepartementet har, som ansvarlig departement, et overordnet ansvar for å styre og koordinere IT-utviklingen innenfor sektoren.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om Helseplattformen i Midt-Norge leverer en helhetlig løsning som bidrar til effektiv og forsvarlig pasientbehandling, og hva som er de viktigste forklaringene på problemene.

Undersøkelsen bygger på intervjuer med alle sentrale aktører på overordnet nivå. Vi har også gjennomført strukturerte samtaler med helsepersonell. Vi har videre analysert aktuelle dokumenter, statistikk over innmeldte avvik og



Om Helseplattformen

Begrepet Helseplattformen brukes både om IT-systemet, prosjektet som innfører dette, og selskapet Helseplattformen AS.

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2019 en kontrakt med Epic Systems Corporation (omtalt som Epic) om leveranse og vedlikehold av IT-systemet Helseplattformen.

Selskapet Helseplattformen AS ble etablert i 2019 og har ansvaret for innføring og framtidig forvaltning av den nye felles journaløsningen (Helseplattformen) for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Helseplattformen AS har også ansvaret for kontraktoppfølging med leverandøren. Selskapet eies av Helse Midt-Norge RHF (60 prosent), Trondheim kommune (22,3 prosent) og 33 kommuner.

¹ Fylkene Trøndelag og Møre og Romsdal.

² Prop. 1 S (2021–2022). *For budsjettåret 2022*. Helse- og omsorgsdepartementet.

³ Helsetilsynet. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen*.

⁴ *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. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen*.

⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Konseptrapport*, versjon 1.0 vedtatt 30. november.

⁶ Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen*

budsjett og regnskapstall for ulike deler av prosjektet. Vi har blant annet gått igjennom kontrakten med Epic, som er nærmere omtalt i rapportens faktagrunnlag. Vi har sendt en spørreundersøkelse til leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital HF. Spørreundersøkelsen gjentok noen av spørsmålene vi stilte til det samme utvalget i 2023⁶, og inneholdt også noen nye spørsmål.

Undersøkellesperioden er i hovedsak fra 2022 til september 2024. Undersøkelsen av konseptvalg, anskaffelse og økonomisk styring har et lengre tidsperspektiv.

Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Trondheim kommunerevisjon, se faktaboks 1.

Faktaboks 1 Samarbeidet mellom Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon

Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon har samarbeidet om å undersøke følgende:

- Budsjettering og utgifter til anskaffelse, innføring, drift og videreutvikling av Helseplattformen
- Samhandling mellom stat og kommune
- Helseplattformen AS' arbeid med drift og utvikling
- Organisering, styring og beslutningsstruktur

Riksrevisjonen har undersøkt følgende problemstillinger alene:

- Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling ved innføring i helseforetakene
- Helse Midt-Norge RHF's arbeid med å planlegge og anskaffe løsningen
- Forberedelsene til innføringen ved St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF
- Risikostyring
- Helse- og omsorgsdepartementets styring, tilrettelegging og oppfølging

Trondheim kommunerevisjon har undersøkt følgende problemstillinger alene:

- Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling ved innføring i Trondheim kommune
- Samhandling internt i kommunen, med fastleger og med St. Olavs hospital HF
- Om Trondheim kommune har hatt en god økonomisk styring av Helseplattformen
- Om Trondheim kommune gjorde tilstrekkelige forberedelser før innføringen

Riksrevisjonens rapport, kommunerevisjonens rapport og rapporten fra den felles undersøkelsen er vedlagt dette dokumentet.

⁶ Dokument 3:6 (2023–2024) *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus.*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 21. juni 2024. Departementet har i brev 20. august 2024 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 20. september 2024 og statsrådets svar 7. oktober 2024 følger som vedlegg.

2 Konklusjoner



- Implementeringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune har truet pasientsikkerheten og reduserer effektiviteten i pasientbehandlingen
- Innføringen av Helseplattformen har blitt dyrere enn forutsatt, og de framtidige kostnadene er usikre
- Samhandlingsgevinstene reduseres betydelig fordi fastleger, avtalespesialister og flere kommuner ikke bruker Helseplattformen
- Det er flere forklaringer på problemene som har oppstått
 - Helse Midt-Norge RHF's grunnlag for valget av konsept var mangelfullt, og konseptet innebar svært høy risiko.
 - Brukskvaliteten ble ikke godt nok vurdert i en ellers grundig anskaffelsesprosess
 - Verken Helseplattformen AS eller St. Olavs hospital HF var godt nok forberedt på å innføre Helseplattformen
 - Eierne har ikke lagt godt nok til rette for at Helseplattformen AS har bygget opp en drifts- og forvaltningsorganisasjon som er tilpasset behovet
 - Helse Midt-Norge RHF har hatt for svak styring av arbeidet med Helseplattformen
 - Helse- og omsorgsdepartementet har hatt for svak oppfølging av Helseplattformen og har ikke sørget for et tett nok samarbeid med utviklingsprosjekter i de andre helseregionene

3 Overordnet vurdering

Sterkt kritikkverdig



Riksrevisjonen mener det har vært betydelige svakheter i arbeidet med å planlegge, organisere og innføre Helseplattformen i Midt-Norge. Det var kjente, alvorlige feil i løsningen som ikke ble løftet opp i styringslinjen før St. Olavs hospital HF tok Helseplattformen i bruk i november 2022. Svakheterne har truet pasientsikkerheten. Svakheterne har også ført til at drift og videreutvikling av systemet har blitt mer kostnadskrevende, noe som kan innebære at det økonomiske handlingsrommet til andre prioriterte områder i helseregionen blir mindre.

Samtidig har Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Midt-Norge RHF gjennomført og igangsatt flere tiltak for å utbedre svakhetene. Det er for tidlig å vurdere den samlede effekten av disse tiltakene på pasientsikkerheten og effektiv drift, og om de er tilstrekkelige.

Riksrevisjonen merker seg at det har vært færre problemer etter innføringen av Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal HF. St. Olav hospital HF har overført sine erfaringer. Testingen av løsningen, opplæringen og risikovurderingene er forbedret.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgspolitikken og er eier av Helse Midt-Norge RHF. Riksrevisjonen vurderer samlet sett at planleggingen, organiseringen og innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge er sterkt kritikkverdig.

4 Utdyping av konklusjoner

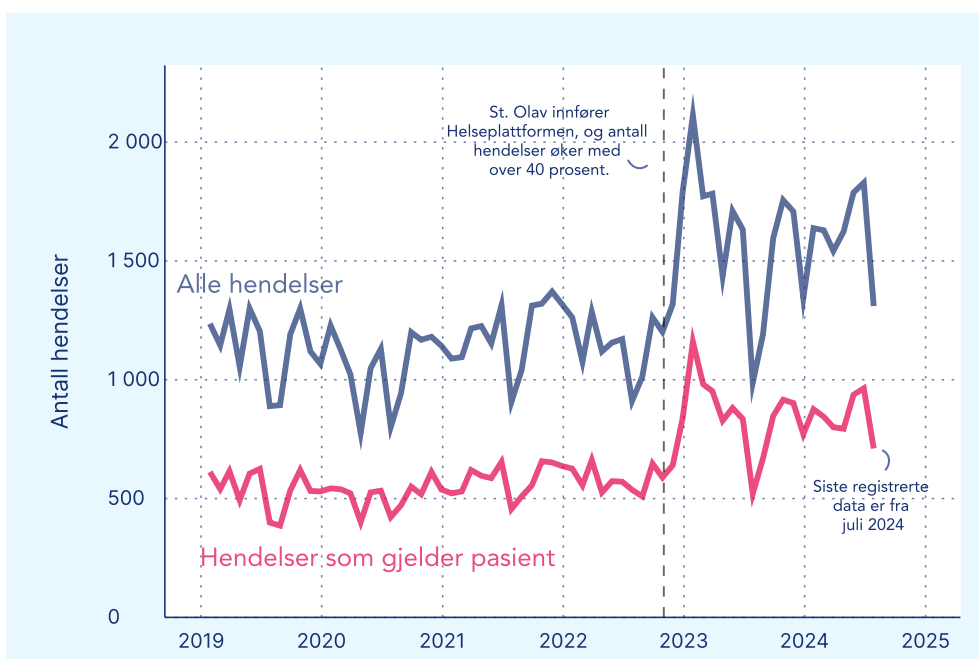
4.1 Implementeringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune har truet pasientsikkerheten og reduserer effektiviteten i pasientbehandlingen

Helseforetakene har ansvar for at helsetjenestene er forsvarlige. Det innebærer blant annet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Helseforetakene skal også sørge for at journalsystemene ved institusjonen er forsvarlige.

Helseplattformen ble innført ved St. Olavs hospital HF 12. november 2022. Systemet de tok i bruk, hadde mange feil som de oppdaget de første månedene. De viktigste feilene var at epikriser, henvisninger og andre meldinger ikke kom fram eller manglet innhold, at problemer med radiologiløsningen gjorde at svar ikke ble fulgt opp, og at funksjonaliteten for å administrere legemidler fungerte dårlig. Det ble oppdaget nye feil fram til januar 2024.

Etter at Helseplattformen ble satt i drift, ble det sendt inn flere meldinger om avvik i kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital HF. Figur 1 viser meldinger om avvik ved St. Olavs hospital HF før og etter at Helseplattformen ble innført.

Figur 1 Hendelser meldt inn til kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital HF i perioden 1. januar 2019–31. juli 2024



Kilde: Oversikt mottatt fra St. Olavs hospital HF.

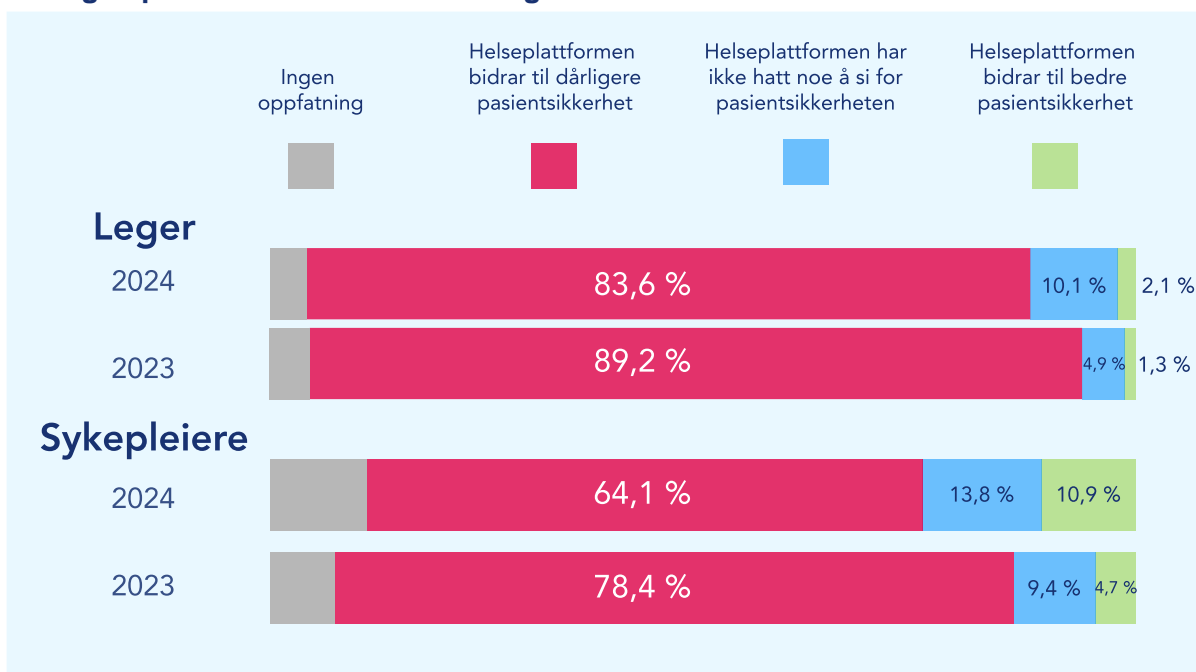
Ved St. Olavs hospital HF var det månedlige gjennomsnittlige antallet innmeldte avvik og andre uønskede hendelser som gjaldt pasienter, 40

prosent høyere etter innføring enn i årene før. Det har også vært meldt inn flere avvik i første halvdel av 2024 enn i tilsvarende periode før Helseplattformen ble tatt i bruk. De fleste har ikke hatt alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten.

Også varsler om alvorlige hendelser til Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag økte etter at Helseplattformen ble satt i drift. Helsetilsynet har mottatt 43 varsler om alvorlige hendelser der Helseplattformen kan være årsaken eller en del av årsak til feilen. Statsforvalteren melder om at det var en markant økning i bekymringsmeldinger fra helsepersonell etter at de tok i bruk Helseplattformen. Helsetilsynet og statsforvalteren i Trøndelag konkluderte i april 2023 med at innføringen av Helseplattformen har ført til økt risiko for svikt i pasientbehandlingen. Feilene i den nye IT-løsningen truer pasientsikkerheten internt ved St. Olavs hospital HF og ved virksomheter helseforetaket utveksler elektronisk informasjon med.

En spørreundersøkelse Riksrevisjonen gjennomførte i april 2024, viser at 84 prosent av legene og 64 prosent av sykepleierne ved St. Olavs hospital HF mener at Helseplattformen bidrar til dårligere pasientsikkerhet, se figur 2.

Figur 2 Leger og sykepleieres oppfatning om Helseplattformens bidrag til pasientsikkerheten i 2023 og 2024



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital HF i 2023 og 2024. Utvalget for leger inkluderer ikke LIS 2 og LIS 3.

Undersøkelsen til kommunerevisjonen konkluderer med at innføringen av Helseplattformen har truet pasientsikkerheten i Trondheim kommune. Undersøkelsen viser at gjøremål har forsvunnet fra arbeidslistene i hjemmetjenesten, og at pasienter har fått feil legemiddel. Noen pasienter har fått forsinket oppstart av tjenester og helsehjelp som følge av e-meldinger som ikke kom fram til mottakeren.

Helseplattformen AS har ansvaret for å innføre og forvalte IT-systemet Helseplattformen i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester i Midt-Norge. Etter at feilene i Helseplattformen ved St. Olavs hospital ble avdekket, satte selskapet i gang et arbeid med å rette feil og forbedre IT-systemet.

Dokumentgjennomgangen viser at dette arbeidet har tatt lengre tid enn forutsatt, og fristene har blitt skjøvet på. IT-systemet er forbedret på flere områder, men det er fortsatt behov for å gjøre det bedre. Konsekvensene av feilene og at det har tatt tid å gjøre systemet bedre, har vært at oppfølgingen av enkelte berørte pasienter har blitt forsinket. Enkelte pasienter har også feilaktig gjennomgått samme radiologiundersøkelser to ganger.

Etter Riksrevisjonens vurdering har implementeringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF dermed truet pasientsikkerheten. St. Olavs hospital HF har satt inn risikoreduserende tiltak. Dette har ført til økt ressursbruk fordi helsepersonell har måttet kontrollere informasjonen manuelt. I tillegg jobber Helseplattformen AS med tiltak for å forbedre IT-systemet, blant annet når det gjelder meldingsflyt, legemidler, radiologi og brukervennlighet.

St. Olavs hospital informerte i september 2024 Statens helsetilsyn om at risikoen for pasientsikkerheten etter deres vurdering er på samme nivå som før Helseplattformen ble tatt i bruk. Dette er oppnådd gjennom feilretting og forbedringer i verktøyet Helseplattformen, overvåkning av risiko og iverksettelse av avbøtende tiltak.

Journalssystemer bør være lette å lære og bruke. Undersøkelsen viser at Helseplattformen er et komplekst IT-system, og brukerne opplever at det er tungvint og lite intuitivt å jobbe med. Dermed er det lett å gjøre feil.

Spørreundersøkelsen viser at et flertall av legene ved St. Olavs hospital HF mener at Helseplattformen fungerer nokså dårlig eller svært dårlig. Bare 2,7 prosent av legene og 2,6 prosent av sykepleierne mener i 2024 at IT-systemet fungerer svært godt. Sykepleierne er imidlertid mer fornøyd med Helseplattformen enn det legene er. Begge gruppene er generelt noe mer fornøyd med Helseplattformen i april 2024 enn i mars 2023.

Helseopplysninger skal behandles på en måte som gir pasienter helsehjelp av god kvalitet ved at relevante og nødvendige opplysninger raskt og effektivt blir tilgjengelige for helsepersonell. Spørreundersøkelsen viser at et flertall av både leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital HF opplever at det er tidkrevende å legge inn og finne fram informasjon i Helseplattformen. Et stort flertall av både leger og sykepleiere opplever også at Helseplattformen gir mindre tid til pasienten.

Undersøkelsen til kommunerevisjonen viser at også brukerne av Helseplattformen i Trondheim kommune opplever at systemet er tungvint og tidkrevende, og at det er vanskelig å finne igjen informasjon som er lagt inn. Dette fører til økt ressursbruk og gir mindre tid til pasientene.

Målet var at St. Olavs hospital HF skulle være i full drift fire uker etter innføringen. Helseforetaket opplever per september 2024 fortsatt at

Helseplattformen gir betydelig merarbeid for flere yrkesgrupper. Selv om helsepersonellet opplever at Helseplattformen fungerer bedre i 2024 enn i 2023, er Riksrevisjonens vurdering at IT-systemet må bli vesentlig enklere å bruke for de ansatte for å understøtte effektiv pasientbehandling.

Helse Møre og Romsdal HF innførte Helseplattformen 27. april 2024. Det har kommet fram færre problemer den første tiden etter Helseplattformen ble innført ved Helse Møre og Romsdal HF, enn da den ble innført ved St. Olavs hospital HF.

4.2 Innføringen av Helseplattformen har blitt dyrere enn forutsatt, og de framtidige kostnadene er usikre

Helse- og omsorgsdepartementet ba i 2012 Helse Midt-Norge RHF om å sikre realistisk budsjettering. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med sykehusene. Styret skal fastsette budsjettet og planene for foretakets virksomhet og holde seg orientert om foretakets økonomiske stilling. Ressursene skal utnyttes best mulig.

De samlede kostnadene til forberedelser, utvikling og innføring av Helseplattformen i helseforetak, kommuner og fastleger er så langt anslått til om lag 6,7 milliarder kroner.

Kostnadene ved å innføre og bruke Helseplattformen går til å dekke:

- det sentrale innføringsprosjektet (betaling til leverandøren og sentrale forberedelser)
- lokal innføring i helseforetak og kommuner
- driftskostnader (betaling av lisens til leverandøren og driftskostnader i Helse Midt-Norge)

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok investeringen i Helseplattformen 8. februar 2019. Styringsrammen for det sentrale innføringsprosjektet ble satt til 4,1 milliarder kroner (2023-kroner).⁷

Helseplattformen AS avsluttet det sentrale innføringsprosjektet regnskapsmessig 30. juni 2023. Med avsetning for resterende kjente kostnader utgjorde dette 3,8 milliarder kroner.

Det gjensto imidlertid en del arbeid av det som skulle inngå i det sentrale innføringsprosjektet, blant annet å utvikle funksjonalitet for fastlegene og avtalespesialistene, å innføre IT-systemet for disse gruppene og å innføre IT-systemet i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Finansiering av innføring av IT-systemet i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF er hensyntatt gjennom avsetninger i Helse Midt-Norge RHF ved bruk av usikkerhetsavsetning fra investeringsvedtaket i 2019. Når det gjelder utvikling av funksjonalitet for fastleger og



Fordeling av kostnader

Hovedprinsippet for kostnadsfordelingen mellom staten og primærhelsetjenesten (kommune/fastlege) er at staten ved Helse Midt-Norge RHF tar 70 prosent av felleskostnadene og primærhelsetjenesten tar 30 prosent.

Mellom aktørene i primærhelsetjenesten fordeles kostnadene med 10 prosent til fastlegene og 90 prosent til kommunene. Kommunekostnaden fordeles etter antallet innbyggere i den enkelte kommune. Eventuelle partspesifikke kostnader belastes den enkelte kunde.

Det enkelte helseforetaket og kommunene skal bære kostnadene for egen ressursinnsats ved lokale innføringsprosjekter.

⁷ Dette omfatter utvikling av løsningen for spesialist- og primærhelsetjenesten og innføring i de tre helseforetakene i Midt-Norge, i Trondheim kommune og på to fastlegekontor. Beløpet omfatter også frikjøp av noen ressurser fra helseforetakene.

avtalespesialister er det ikke avsatt midler utover de opprinnelige rammene i det sentrale innføringsprosjektet. Det er usikkerhet om størrelsen på disse kostnadene.

Løsningen for fastlegene er ikke ferdig utviklet. Avsetningen som er gjort, er ikke tilstrekkelig. Det er uavklart hvordan dette skal finansieres. Helse Midt-Norge RHF har heller ikke avsatt midler til å finansiere en løsning for avtalespesialister.

Helseplattformen AS er i tillegg avhengig av at Epic utvikler IT-systemet videre. Også størrelsen på disse kostnadene er usikre.

Helseforetakene har hatt lokale kostnader til innføring av Helseplattformen, blant annet til opplæring av egne ansatte og superbrukere og lokale innføringsprosjekter. St. Olavs hospital HF har ikke ført et eget prosjektrengskap for innføring av Helseplattformen, og de faktiske kostnadene er derfor ikke kjent.

Undersøkelsen viser at St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF har måttet styrke bemanningen med ekstra innleie, overtid og stimuleringsstiltak. Utsettelsene av innføringen i de tre helseforetakene i regionen har bidratt til høyere lokale kostnader. Videre har St. Olavs hospital HF hatt en lavere aktivitetsvekst i en lengre periode enn forutsatt.

Helse Midt-Norge RHF har gitt helseforetakene en kompensasjon på om lag 1,9 milliarder kroner i forbindelse med innføringen av Helseplattformen.

Alle helseforetakene begynte å betale drifts- og forvaltningskostnader til Helseplattformen AS i 2022. Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF i 2019 beregnet at helseforetakene samlet skulle betale om lag 280 millioner kroner (333 millioner kroner i 2023-kroner) årlig i driftskostnader til Helseplattformen AS fra da IT-systemet var i full drift. Beløpet som ble lagt til grunn i 2019, inkluderte ikke alle relevante kostnader.

Helse Midt-Norge RHF har imidlertid senere estimert at de årlige kostnadene vil bli høyere. I året 2023 har de tre helseforetakene samlet betalt i underkant av 500 millioner kroner i driftskostnader. På grunn av forsinkelser i innføringen har helseforetakene i tillegg betalt for de gamle systemene fram til Helseplattformen ble satt i drift. Hvis man tar hensyn til årlige prisjusteringer betalte helseforetakene i 2023 om lag 160 millioner kroner mer i driftskostnader enn det som ble beregnet i 2019.

For å finansiere Helseplattformen AS og kostnader til leverandør, har Helse Midt-Norge RHF antydnet at helseforetakene framover vil få en samlet årlig kostnad på om lag 800 millioner kroner. Dette indikerer at helseforetakenes driftskostnader til Helseplattformen vil fortsette å øke i årene som kommer. Helseforetakene må dekke disse økte driftskostnadene gjennom sitt ordinære budsjett og er bekymret for at de økte kostnadene får konsekvenser for helseforetakenes behandlingstilbud og investeringer.

Undersøkelsen viser at det er en pågående diskusjon mellom Helseplattformen AS og kundene om hva som dekkes av tjenesteavtalene.

Derfor er det usikkert hvor mye kundene må betale, for eksempel ved behov for videreutvikling av Helseplattformen.

Helseplattformen AS har hatt negative årsresultater og negativ egenkapital i store deler av perioden. Selskapet har inntekter gjennom styringsrammen for prosjektet, tjenesteavtaler og tilleggstjenester for brukerne, men inntektene kommer etter at de største investeringene er gjennomført. Ifølge den felles tjenesteavtalen skal eierne dekke underskuddet fram til systemet er i full drift. Riksrevisjonen merker seg at revisor har avgitt ren revisjonsberetning siden selskapet ble opprettet. For at selskapet skal gå i balanse i fremtiden, må enten selskapet nedskalere organisasjonen eller brukerne (helseforetakene og kommunene) betale mer gjennom tjenesteavtalen og tilleggsoppdrag, se punkt 4.4.4. Dette er i dag ikke avklart.

Det er også risiko for at brukerne kan få høyere driftskostnader fordi ikke alle kommunene i regionen planlegger å ta Helseplattformen i bruk slik Helse Midt-Norge RHF hadde forventet. Dermed kan det bli færre parter å fordele de faste kostnadene på.

Undersøkelsen viser at det har vært vanskelig for både Helseplattformen AS og helseforetakene å ha en god oversikt over økonomien. Helse Midt-Norge RHF har stilt krav om at Helseplattformen AS skal følge opp og rapportere økonomisk status og prognoser i samsvar med prosedyrene som er etablert i helseregionen. Styret i Helse Midt RHF har blitt informert om utviklingen i de sentrale innføringskostnadene, men det har vært mindre oppmerksomhet på framtidige utviklings- og driftskostnader. Per august 2024 er det stor usikkerhet om framtidige kostnader for å videreutvikle og drifte Helseplattformen.

Riksrevisjonens vurdering er at Helse Midt-Norge RHF som overordnet ansvarlig for innføringen av Helseplattformen ikke har hatt en tilstrekkelig realistisk budsjettering av de samlede kostnadene til innføring, utvikling og drift av Helseplattformen. Riksrevisjonen merker seg at det er stor usikkerhet om hva brukerne må betale for å benytte Helseplattformen framover.

4.3 Samhandlingsgevinstene reduseres betydelig fordi fastleger, avtalespesialister og flere kommuner ikke bruker Helseplattformen

Et hovedmål for helse- og omsorgspolitikken er gode pasientforløp og digital samhandling. Tjenesteytere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal samarbeide for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Et viktig mål med Helseplattformen er helhetlige behandlingsforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Helseplattformen samler pasientopplysninger fra kommuner og sykehus som helsepersonell trenger, i én database. Informasjonen som legges inn i Helseplattformen, blir delt umiddelbart og kan derfor gjenbrukes av alle som bruker Helseplattformen.

Mange leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune oppgir likevel at de fortsatt må registrere informasjonen flere ganger, og de opplever at arbeidet med strukturert pasientjournal ikke gir bedre kvalitet eller effektivitet. Brukergrensesnittet gjør det også vanskelig å finne informasjon som ligger i Helseplattformen. Leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune opplever at Helseplattformen ikke gir god nok oversikt over hvilke legemidler pasientene bruker.

Trondheim kommunerevisjons undersøkelse viser at kommunehelsetjenesten i Trondheim opplever at Helseplattformen har lagt til rette for bedre samhandling med sykehusene. Helseplattformen gir dem mer informasjon om pasientene og gjør kommunikasjonen med spesialistene ved sykehusene enklere. Helseplattformen legger også til rette for dialog med pasienter og pårørende gjennom innbyggerportalen HelsaMi.

Det er to kommunale fastlegekontorer som bruker Helseplattformen i dag, og ett av dem er i Trondheim kommune. Undersøkelsen viser at fastlegene i Trondheim kommune ikke ønsker å ta i bruk Helseplattformen. Fastlegene bruker i dag systemer fra andre leverandører, som de mener fungerer godt.

Det er viktig for helseforetakene å samhandle med fastlegene, og St. Olavs hospital HF mener at de trenger flere opplysninger fra fastlegene enn de har i dag. Helseplattformen AS jobber med å forbedre løsningen for fastlegene. Det er i dag ingen avtalespesialister som bruker Helseplattformen. Utvikling og innføring av Helseplattformen for avtalespesialister er foreløpig ikke prioritert.

28 kommuner har innført Helseplattformen og ytterligere 6 har vedtatt å ta den i bruk. Det er per oktober 2024 5 kommuner som har sagt nei til å ta i bruk Helseplattformen og 24 som har vedtatt en utsettelse, mens 4 kommuner ikke har tatt en politisk beslutning. Samhandlingsgevinstene blir mindre dersom kommunene velger andre løsninger enn Helseplattformen.

Etter Riksrevisjonens vurdering legger Helseplattformen til rette for bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Svakhetene i IT-systemet reduserer imidlertid samhandlingsgevinstene og den samfunnsmessige nytten. Helseplattformen legger også til rette for å gjøre det enklere for pasientene å ha kontakt med helsevesenet. At fastleger, avtalespesialister og mange kommuner ikke tar systemet i bruk, vil etter Riksrevisjonens oppfatning redusere gevinstene fra Helseplattformen betydelig.

4.4 Det er flere forklaringer på problemene som har oppstått

Helse Midt-Norge RHF har hatt det overordnede ansvaret for å innføre Helseplattformen i Midt-Norge. Det regionale helseforetaket har ansvar for å styre helseforetakene i regionen og er majoritetsseier i Helseplattformen AS.

Det er flere forhold som bidrar til å forklare at det har vært problemer med å innføre Helseplattformen, og at kostnadene har blitt høyere enn forutsatt.

Helse Midt-Norge RHF har kjøpt inn et komplekst journalsystem som har blitt tilpasset helsepersonellens behov på en lite enhetlig måte. Helseplattformen AS, som utvikler og drifter IT-systemet, var et nyetablert selskap som ikke hadde nok ressurser, kompetanse og rutiner. Videre har innføringen blitt utsatt flere ganger. Prosjektet hadde høy gjennomføringsrisiko og Helse Midt-Norge RHF har ikke styrt det godt nok. St. Olavs hospital HF var ikke godt nok forberedt før innføringen.

Riksrevisjonen merker seg at Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS og helseforetakene har iverksatt flere tiltak for å utbedre kjente svakheter. Dette omfatter blant annet:

- Meldingsflyt (avsluttet)
- Tiltakspakke for å forbedre brukervennlighet og opplæring i spesialisthelsetjenesten (pågående)
- Bedre prosesser for drift og utvikling i Helseplattformen AS (pågående)
- Utvikling av en bedre løsning for fastleger (pågående)
- Endringer i styring og koordinering

4.4.1 Helse Midt-Norge RHF's grunnlag for valget av konsept var mangelfullt, og konseptet innebar svært høy risiko

Helse Midt-Norge RHF hadde et behov for å skifte ut journalsystemet sitt. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i juni 2015 at regionen skulle anskaffe et nytt journalsystem som skulle være felles for helsetjenestene i Midt-Norge. Konseptet var basert på en strategi og handlingsplan, involvering av aktører og et forberedende prosjekts anbefaling om å innføre et IT-system for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF ikke sørget for ekstern kvalitetssikring av konseptvalget før de tok beslutningen.

Senere samme år, i 2015, leverte Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet sin analyse av alternativer for realisering av det nasjonale målet om «én innbygger – én journal». De vurderte at ett regionalt system, som har store fellestrekk med Helse Midt-Norges valgte konsept, var mindre samfunnsøkonomisk lønnsomt enn et nasjonalt alternativ. Blant annet derfor anbefalte de ikke denne tilnærmingen.

Helse Midt-Norge RHF mente at konseptet de hadde valgt for Helseplattformen, hadde svært høy gjennomføringsrisiko fordi løsningen var kompleks, omfattet mange aktører og ville være krevende å gjennomføre. Foretaket ville håndtere den svært høye risikoen gjennom god planlegging og styring. Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet påpekte i 2015 at fastleger og kommuner trolig ville motsette seg å ta i bruk en slik helhetlig løsning.

Helse Midt-Norge RHF vurderte i 2016 risikoen ved å anskaffe ett helhetlig system gjennom én anskaffelse framfor å anskaffe flere av de beste systemene for ulike fagområder og koble disse sammen. De valgte å inngå én kontrakt med én leverandør, men åpnet for at flere leverandører kunne gå sammen i konsortier. For å redusere risikoen valgte det regionale helseforetaket å anskaffe et eksisterende system som skulle ha begrenset behov for utvikling og tilpasning.

Helse- og omsorgsdepartementet krevde i 2017 at alternative konsepter skulle utredes fordi Helse Midt-Norge RHF hadde behov for å finansiere deler av anskaffelsen med lån fra departementet. Utredningen til Helse Midt-Norge RHF inkluderte bare alternativer med en regional løsning i Helse Midt-Norge og inneholdt ikke samfunnsøkonomiske analyser. Utredningen ble kvalitetssikret eksternt, men var ikke en del av Helse Midt-Norge RHF's beslutningsgrunnlag for valg av konsept. Helse- og omsorgsdepartementet innvilget i 2019 Helse Midt-Norge RHF's søknad om lån.

God praksis tilsier at det bør foreligge et godt beslutningsgrunnlag før det besluttes en økonomisk og samfunnsmessig viktig investering. Etter Riksrevisjonens vurdering var det flere svakheter ved Helse Midt-Norge RHF's beslutningsgrunnlag for valg av konsept for Helseplattformen. Helse Midt-Norge RHF vurderte ikke de samfunnsøkonomiske virkningene ved å anskaffe ett regionalt system, og konseptvalget ble ikke kvalitetssikret eksternt. En grundigere kvalitetssikring kunne vært et verdifullt grunnlag for beslutningen om det valgte konseptet. Selv om det var Helse Midt-Norge RHF som tok beslutningen, mener Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet burde gjort en grundigere vurdering av den samfunnsmessige nytten og kostnaden ved et regionalt system i Midt-Norge.

4.4.2 Brukskvaliteten ble ikke godt nok vurdert i en ellers grundig anskaffelsesprosess

For å fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser, skal oppdragsgivere i offentlige anskaffelser følge grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet.

Helse Midt-Norge RHF gjennomførte anskaffelsen, i samarbeid med Trondheim kommune. Anskaffelsen hadde en omfattende kravspesifikasjon. Helse Midt-Norge RHF var klar over at dette ville begrense hvor mange leverandører som ville kunne delta i konkurransen.

Etter en prekvalifisering ble fem leverandører kvalifisert til å delta i konkurransen. Helse Midt-Norge RHF gjennomførte anskaffelsen som en konkurransepreget dialog. Etter flere faser hvor leverandørene kunne levere nye tilbud, var det to leverandører igjen, og en av disse valgte til slutt å trekke seg fra konkurransen. Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF, etter å ha vurdert implikasjonene av en situasjon med bare én leverandørvalgte å slutføre anskaffelsen og tildele kontrakten til Epic i 2019.

Etter Riksrevisjonens vurdering var anskaffelsesprosessen grundig, og den er godt dokumentert og kvalitetssikret.

Behandlingsrettede helseregistre skal være lette å bruke og å finne fram i. Brukskvalitet var et av evalueringskriteriene, og evalueringen av Epics system var udelt positiv på dette punktet. Helse Midt-Norge RHF innhentet også erfaringer fra sluttbrukere av Epic-systemer i Danmark og Finland underveis i anskaffelsen. Det har vært betydelige utfordringer med dette systemet også der. Riksrevisjonen viser forøvrig til at revisjonen sendte et brev til Helse Midt Norge RHF i 2018 som framhevet at den danske riksrevisjonen har utarbeidet en kritisk rapport om anskaffelse av et lignende system levert av Epic i Danmark.

Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF likevel ikke vurderte brukskvaliteten godt nok. Anskaffelsesprosjektet hadde ikke god nok kompetanse til å vurdere brukskvaliteten, og prosjektet benyttet ikke ekstern kompetanse. Det ble heller ikke gjort noen referansesjekk gjennom anskaffelsen.

4.4.3 Verken Helseplattformen AS eller St. Olavs hospital HF var godt nok forberedt på å innføre Helseplattformen

Etter at grunnsystemet fra Epic var anskaffet, tilpasset Helseplattformen AS det til behovene til helseforetakene og kommunene i Midt-Norge. Helseplattformen AS og helsepersonell testet systemet og gjennomførte opplæring.

Urealistiske tidsplaner har gitt mange utsettelse

Den opprinnelige planen var å innføre Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune i november 2021 og deretter innføre den ved de to andre helseforetakene i 2022. Undersøkelsen viser at innføringen i helseforetakene har blitt utsatt flere ganger.

Allerede vinteren 2020 kom det fram at forberedelsene var forsinket, og senere ble forsinkelsene lengre. Tilpassingen av systemet til helsepersonellens behov og innføringen krevde mer ressurser enn Helseplattformen AS og Epic hadde tilgjengelig. Koronapandemien gjorde arbeidet mer krevende. Videre var det kulturforskjeller mellom Helseplattformen AS og leverandøren Epic. Epic var ikke godt nok kjent med norsk arbeidslivskultur og arbeidstidsbestemmelser. Innføringsmetodikken til Epic tok heller ikke hensyn til at det norske helsevesenet bygger vesentlig mer på samhandling og tverrfaglighet enn det amerikanske helsevesenet.

Kort tid før St. Olavs hospital HF etter den reviderte planen skulle ta i bruk Helseplattformen i april 2022, anbefalte styret å utsette innføringen. På dette tidspunktet var helseforetaket, Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF ikke enige om systemet var ferdig utviklet og testet. Helse Midt-Norge RHF besluttet likevel å utsette innføringen.

Helseplattformen ble satt i drift ved St. Olavs hospital HF 12. november 2022 og i Helse Møre og Romsdal HF 27. april 2024, og den skal etter planen innføres i Helse Nord-Trøndelag i november 2024. Videre utsettelse av innføringen i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF skyldes at Helseplattformen AS har måttet prioritere å rette feil og andre forbedringer etter innføringen ved St. Olavs hospital HF, og innføring i flere kommuner.

Etter Riksrevisjonens vurdering har Helse Midt-Norge RHF hatt for dårlig forståelse av kompleksiteten i løsningen og risikoen ved de opprinnelige og reviderte innføringsplanene. Foretaket vurderte ikke i tilstrekkelig grad den samlede risikoen ved å innføre et så komplekst system som Helseplattformen samtidig ved det største sykehuset, St. Olavs hospital HF, og i Trondheim kommune i lys av den begrensede kapasiteten som Helseplattformen AS hadde tilgjengelig.

Helseforetakenes og Helseplattformen AS' arbeid med å standardisere pasientforløp gjennom Helseplattformen har vært preget av lite helhetlig styring

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.

Prosjektmodellen for styring av digitaliseringsprosjekter i offentlig sektor legger vekt på å utvikle organisasjonen gjennom endrede arbeidsprosesser og organisatoriske endringer. Helse Midt-Norge RHF ba helseforetakene, ledet av St. Olavs hospital HF, om å standardisere pasientforløpene sine og forberede innføringen av Helseplattformen. Epics grunnsystem skulle tilpasses til de standardiserte arbeidsprosessene og pasientforløpene. Det var helsetjenestene selv, gjennom det som ble kalt fagekspertene, som skulle beslutte hvordan Helseplattformen skulle være utformet.

Undersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger om resultatet av dette arbeidet:

- *Helseforetakene* opplever at de ikke har fått et IT-system som støtter opp om en felles arbeidsmåte som de har blitt enige om i helseforetakene, slik at målene med Helseplattformen kan oppnås. I tillegg opplevde helseforetakene beslutningsprosessen som fragmentert og preget av mangelfulle beslutningsgrunnlag fra Helseplattformen AS og Epic.
- *Helseplattformen AS* mener at systemet i stor grad er preget av helsetjenestens tradisjonelle arbeidsmåter, og at helsetjenestene ikke har tilpasset seg mulighetene som strukturert journal og Epics funksjonalitet gir dem.
- *Det regionale helseforetaket* mener at St. Olavs hospital, Helseplattformen AS og de andre helseforetakene har tilpasset systemet på en for lite helhetlig måte, og at det i større grad burde vært bygget på Epics grunnsystem.

Etter Riksrevisjonens vurdering har beslutninger om utforming og tilpasninger av Helseplattformen AS manglet en helhetlig styring fra Helse Midt-Norge RHF. Ambisjonsnivået og beslutningsstrukturen for standardisering av pasientforløp og utformingen av systemet fra det regionale helseforetaket har ikke vært tilstrekkelig tydelige for helseforetakene og Helseplattformen AS. Mangelen på helhetlig styring førte til at beslutningene helsepersonellens representanter, fagekspertene, tok, i var lite koordinerte. Dette gjorde at utforming av Helseplattformen ble lite helhetlig, noe som ga dårligere brukskvalitet, og kan dermed også ha bidratt til økte kostnader til utvikling og drift.

Helseplattformen ble ikke godt nok testet før den ble innført ved St. Olavs hospital HF – testingen ble forbedret før innføringen i Møre og Romsdal HF

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.

Helseplattformen AS hadde hovedansvar for testingen. St. Olavs hospital, Trondheim kommune og Epic hadde også viktige roller i dette arbeidet.

Våren 2022, før planlagt innføring ved St. Olavs hospital, hevdet Helseplattformen AS at alle feil var rettet. Undersøkelsen viser at testingen av løsningen ikke var god nok.

Siden Helseplattformen AS' arbeid med å tilpasse løsningen var forsinket, ble det gjort endringer parallelt med at den ble testet. Forsinkelsene innebar også at det ble gjennomført færre tester enn planlagt. Videre var det svakheter ved måten testene ble gjennomført på, slik at testene ikke fanget opp flere vesentlige feil og mangler. Det var store svakheter i testingen av meldingsutveksling. Testingen fanget heller ikke opp utfordringene med brukskvalitet.

Etter Riksrevisjonens vurdering har ikke Helseplattformen AS testet Helseplattformen godt nok før den ble innført ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune. Riksrevisjonen merker seg at Helseplattformen AS har forbedret testingen før Helseplattformen ble tatt i bruk i Helse Møre og Romsdal HF i april 2024.

St. Olavs hospital HF var ikke godt nok forberedt før innføringen

Undersøkelsen viser at St. Olavs hospital HF ikke var godt nok forberedt på innføringen når det gjelder

- å forankre nye regionalt, besluttede arbeidsprosesser i egen organisasjon
- opplæring av brukere

Ansvar for tverrfaglige arbeidsprosesser har vært fragmentert i den helsefaglige beslutningsstrukturen. Spørreundersøkelsen vi har gjennomført i 2024 viser at nesten 70 prosent av legene og 53 prosent av sykepleierne opplever at avdelingen ikke har gjennomgått de nye arbeidsprosessene i tilstrekkelig grad før og etter innføring av Helseplattformen, slik som nye rutiner og rollefordeling.

Trondheim kommune var bedre forberedt på dette området, og kommunerevisjonens undersøkelse viser at innføringen gikk bedre i Trondheim kommune enn ved St. Olavs hospital HF.

Når et nytt IT-systemer skal innføres i helse- og omsorgssektoren, er det viktig at alle som skal bruke systemet, får tilstrekkelig opplæring. Undersøkelsen viser at opplæringen ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune startet før systemet var ferdig tilpasset og testet, noe som gjorde opplæringen mindre relevant. Opplæringen ble også gjennomført før innføringen ved St. Olavs hospital HF ble utsatt. Dermed gikk det lang tid fra opplæringen til bruken av systemet, og i sum bidro dette til at de ansatte ikke hadde de nødvendige ferdighetene. Opplæringen hadde heller ikke tilstrekkelig omfang og kvalitet for å sikre at helsepersonellet behersket det nye systemet.

Undersøkelsen viser at St. Olavs hospital HF har iverksatt flere tiltak for å styrke opplæringen. Resultater fra spørreundersøkelsen som vi har gjennomført ved St. Olavs hospital HF i 2024, viser at et flertall av både legene og sykepleierne likevel mener at de har behov for bedre opplæring i Helseplattformen.

Riksrevisjonen merker seg at Helse Møre og Romsdal HF har forbedret opplæringen basert på erfaringene fra St. Olavs hospital HF.

4.4.4 Eierne har ikke lagt godt nok til rette for at Helseplattformen AS har bygget opp en drifts- og forvaltningsorganisasjon som er tilpasset behovet

Helse Midt-Norge RHF stiftet Helseplattformen AS 20. februar 2019. Helse Midt-Norge RHF eier i dag 60 prosent av selskapet. Trondheim kommune og andre kommuner eier resten.

Aksjeselskap ble vurdert som eneste organisasjonsform som gjør det mulig for Helse Midt-Norge RHF og kommunene å eie Helseplattformen sammen. Undersøkelsen viser at denne organisasjonsformen i hovedsak har fungert godt. I et ordinært Epic-prosjekt sitter utviklerne sammen med brukerne på sykehuset. Leverandøren Epic advarte tidlig mot å ha et mellomledd, som Helseplattformen AS, mellom kunden og leverandøren. Helseforetakene opplever at å ha Helseplattformen AS som et mellomledd, har hatt negative konsekvenser for innføringen.

Selskapet var nyetablert da det fikk ansvaret for arbeidet med å innføre Helseplattformen. Undersøkelsen viser at kapasiteten i Helseplattformen AS har vært en utfordring i fasen med å tilpasse, innføre og drifte Helseplattformen. Selskapet har prioritert feilretting og innføring i nye kommuner og helseforetak. Undersøkelsen til kommunerevisjonen viser at selskapet for eksempel ikke har hatt kapasitet til å rette feil og videreutvikle funksjonalitet for kommunene.

Antallet ansatte i Helseplattformen AS ble besluttet av eierne blant annet basert på Epic-erfaringstall, men behovet har vært betydelig høyere. Selskapet og eierne har hele tiden hatt grunnleggende ulikt syn på bemanningsbehovet. Eierne har fastsatt en øvre grense for årsverk i selskapet til drift og forvaltning. Eierne har lagt vekt på å begrense disse kostnadene for å tilrettelegge for at flest mulig nye kommuner beslutter å ta i bruk Helseplattformen. Helseplattformen AS har ment at bemanningsbehovet er høyere, blant annet basert på erfaringer fra Danmark og Finland. Systemet er også mer komplekst å drifte og forvalte enn det som opprinnelig ble lagt til grunn.

Undersøkelsen viser at avklaringer og oppbygging av drifts- og forvaltningsorganisasjonen kom sent i gang. Selskapet har ikke hatt tilstrekkelig IT-kompetanse til å drifte og utvikle Helseplattformen. Dette har bidratt til at selskapet har vært svært avhengig av eksterne konsulenter.

Undersøkelsen viser at Helseplattformen AS var dårlig forberedt på en drifts- og forvaltningsfase og ikke fullt ut har implementert prosesser og rutiner i

tråd med god praksis. Selskapet har hatt et stort etterslep på å rette feil som helsepersonellet har meldt inn.

Videre vil konklusjoner i den pågående diskusjonen mellom Helseplattformen AS og kundene om hva som dekkes av tjenesteavtalene, kunne ha konsekvenser for selskapets kapasitet til å levere på områder som oppleves som viktige av kundene.

Undersøkelsen viser at det har vært lite samarbeid mellom Helseplattformen AS og Hemit HF. Det betyr at Hemit HFs kompetanse på drift og testing ikke har blitt godt nok utnyttet ved innføringen av Helseplattformen.

Foretaksrådet høsten 2023 ba Helse Midt-Norge RHF om å utrede en samling av ressursene i Helseplattformen AS og Hemit HF. Formålet var å styrke kapasiteten og kompetansen hos Helseplattformen AS og sikre best mulig ressursutnyttelse. Det jobbes nå med et forslag som generalforsamlingen i Helseplattformen skal behandle.

Etter Riksrevisjonens vurdering har ikke Helse Midt-Norge RHF, som største eier, lagt godt nok til rette for at selskapet kan ivareta både innføring, drift og forvaltning av Helseplattformen. Helse Midt-Norge RHF har heller ikke sørget for at kompetansen til Hemit HF har vært godt nok utnyttet fra selskapet ble opprettet.

Riksrevisjonen merker seg at Helseplattformen AS jobber med å forbedre svakhetene. Det pågående arbeidet med å forbedre og iverksette prosesser og rutiner kan bidra til å gjøre driften og utviklingen av Helseplattformen mer effektiv og bedre kvaliteten på løsningen. Selskapet jobber også med å styrke samarbeidet med kundene. Ledelsen ved St. Olavs hospital HF opplever at dialogen med selskapet har blitt god.

4.4.5 Helse Midt-Norge RHF har hatt for svak styring av arbeidet med Helseplattformen

Helse Midt-Norge RHF har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen og har et helhetlig og overordnet ansvar for innføringen av Helseplattformen. Helse Midt-Norge RHF skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.

Helse Midt-Norge RHF har tatt alle viktige beslutninger i Helseplattform-prosjektet, blant annet om konseptvalg, økonomiske rammer, anskaffelsen, organiseringen av arbeidet og innføringsplanene i helseforetakene. De har også hatt et overordnet ansvar for å følge opp økonomien.

Undersøkelsen viser at Helse-Midt Norge RHF har kommunisert forventningene sine til St. Olavs hospital HF om forberedelsene til Helseplattformen. Styret har blitt orientert om status underveis.

Det har samtidig etter Riksrevisjonens oppfatning vært flere svakheter i Helse Midt-Norge RHFes styring av prosjektet:

- Tiltakene for å redusere risikoen i prosjektet har ikke vært tilstrekkelige og har vært for lite helhetlige.
- Styrene har ikke hatt tilstrekkelig digitaliseringskompetanse.



Hemit HF

Hemit HF er tjenesteleverandør for IT i helseforetakene i Helse Midt-Norge.

Foretaket er eid av Helse Midt-Norge RHF.

- Helse Midt-Norge RHF har ikke sørget for en god koordinering av beslutninger.
- Beslutningstakerne har hatt lav tillit til hverandre.

Styret i Helse Midt-Norge RHF tok i 2023 initiativ til to evalueringer etter at det oppsto problemer med innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF. I evalueringene framkom det flere svakheter, og de kom også med flere anbefalinger. Det regionale helseforetaket har også bedt helseforetakene følge opp den ene evalueringen.

Tiltakene for å redusere risikoen i prosjektet har ikke vært tilstrekkelige og har vært for lite helhetlige

Risikostyringen skal være integrert i virksomhetens mål- og resultatstyring. De regionale helseforetakene og helseforetakene skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine virksomheter, slik at helsetjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Undersøkelsen viser at styrene i det regionale helseforetaket, Helseplattformen AS og St. Olavs hospital HF jevnlig har blitt orientert om risikoene ved innføringen og overordnet om tiltak for å redusere risikoen.

Likevel har de identifiserte risikoene i stor grad inntruffet. Eksempler på slik risiko er mangel på standardisering av arbeidsprosesser, for kort tid til å teste, kompleks beslutningsstruktur, uklare ansvarsforhold og at fastlegene ikke vil ta i bruk Helseplattformen.

Det kommer fram av undersøkelsen til Trondheim kommunerevisjon at det oppsto problemer med meldinger og dårlig brukskvalitet kort tid etter at kommunen tok i bruk systemet. Kommunen meldte inn disse feilene til Helseplattformen AS, men de ble ikke løftet opp som en risiko i styringslinjen og løst før systemet ble innført ved St. Olavs hospital HF. Også problemet med at helsepersonellet opplevde dårlig brukskvalitet i Epic-systemer i Danmark og Finland var kjent før innføringen i Norge.

I Helse Midt-Norge RHF fastlagte prinsipper for risikostyring skulle risiko håndteres på lavest mulig nivå. St. Olavs hospital HF har lagt vekt på hensynet til pasientsikkerhet ved innføringen, mens Helseplattformen AS og eierne har lagt størst vekt på gjennomføringstid og kostnader. Konsekvensen har vært at de ulike risikovurderingene i liten grad ble vurdert samlet før Helseplattformen ble innført ved St. Olavs hospital HF. Før innføringen i Helse Møre og Romsdal HF gjennomførte helseforetaket en mer helhetlig risikoanalyse.

Det regionale helseforetaket innså allerede da de tok konseptvalget at gjennomføringsrisikoen var svært høy. Dette ble bekreftet gjennom anskaffelsen og planleggingen av innføringen. Helse Midt-Norge RHF har etter Riksrevisjonen oppfatning ikke bidratt nok til helhetlige risikovurderinger og har heller ikke gjennomført tilstrekkelige tiltak for å redusere kjent risiko.

Det regionale helseforetaket har dermed etter Riksrevisjonens oppfatning ikke lagt nok vekt på hensynet til pasientsikkerheten da Helseplattformen ble innført ved St. Olavs hospital HF.

Styrene har ikke hatt tilstrekkelig digitaliseringskompetanse

Styrene har ansvar for at helseforetakene er organisert på en tilfredsstillende måte. Styrene skal blant annet ha oversikt, vedta planer og budsjetter og følge opp daglig leder.

Helse Midt-Norge RHF oppnevner styret i helseforetakene og utgjør også generalforsamlingen i Helseplattformen AS sammen med kommunene som også er eiere.

For at styrene skal kunne ivareta sine oppgaver, må de ha tilstrekkelig kompetanse. Innføring av Helseplattformen har de siste ti årene vært en svært sentral strategisk satsing i regionen. Undersøkelsen viser at styrene i Helseplattformen AS og helseforetakene har manglet tilstrekkelig digitaliseringskompetanse. Heller ikke styret i Helse Midt-Norge RHF har hatt særskilt kompetanse på IT-styring i strategi- og konseptfasen for anskaffelsen. Kompetansen har blitt styrket senere.

Helse Midt-Norge RHF har ikke sørget for en god koordinering av beslutninger

Når IT-prosjekter skal gjennomføres må det legges vekt på å sikre riktig organisering med presise ansvarlinjer og at ledelsen er involvert og forelegges sentrale beslutninger.

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune etablerte en helsefaglig beslutningsstruktur som skulle ta beslutninger om tilpasning av Helseplattformen til helsepersonellens behov. Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune la vekt på å etablere en beslutningsstruktur som sikret en bred involvering av faggrupper og helsepersonell. Her hadde helsepersonellens representanter, fagekspertene, i helseforetakene og kommunene en viktig rolle.

Undersøkelsen viser at beslutningene ble tatt av fagekspertene uten tilstrekkelig koordinering. De høyere nivåene i beslutningsstrukturen tok ikke stilling til viktige spørsmål, og ingen så de helhetlige implikasjonene av beslutningene. Beslutningsstrukturen har vært opplevd som kompleks og uoversiktlig.

Arbeidet med standardisert språk har vært omfattende og ressurskrevende for både Helseplattformen AS og St. Olavs hospital HF. Verken Helse Midt-Norge RHF eller Helseplattformen AS bidro med noen konkrete føringer for ambisjonsnivået på arbeidet. Vurderingene ble dermed overlatt til hver fagekspert, og resultatet er uensartet og på enkelte områder svært arbeidskrevende for helsepersonellet.

Etter Riksrevisjonens oppfatning har ikke Helse Midt-Norge RHF sørget for at arbeidet som foregikk i den faglige beslutningsstrukturen og i Helseplattformen AS, har vært godt nok koordinert. Dette har bidratt til å øke



Felles faglig beslutningsstruktur

Den felles faglige beslutningsstrukturen ble etablert for at Helse Midt-Norge RHF og kommune skulle ta felles beslutninger om hvordan løsningen skulle settes opp og brukes.

Fagekspertene, som var helsepersonell, var det laveste nivået i den faglige beslutningsstrukturen.

Dette var i tillegg til selskapsstyringen gjennom aksjelovgivningen og den ordinære styringslinjen i organisasjonene som skulle bruke Helseplattformen.

kompleksiteten i systemet og dermed også å øke kostnadene til videreutvikling og drift av systemet.

Eiermøtet er det øverste nivået i den faglige beslutningsstrukturen. Her er Helse Midt-Norge RHF og kommunene representert. Beslutningene er konsensusbaserte. Det betyr at helseforetakene har begrenset fullmakt til å beslutte nødvendige endringer i utformingen av Helseplattformen. St. Olavs hospital HF opplever at det har vært utfordrende å ha ansvar for pasientsikkerheten uten å være representert i det øverste nivået i den faglige beslutningsstrukturen. St. Olavs hospital HF har vært representert i eiermøtet fra juni 2023.

Eierne har gjennomført enkelte endringer i den faglige beslutningsstrukturen. Den komplekse beslutningsstrukturen reflekterer imidlertid at Helseplattformen involverer mange helse- og omsorgstjenester med svært ulike faglige behov og interesser.

Beslutningstakerne har hatt lav tillit til hverandre

Helseforetakene har ansvar for pasientsikkerheten. Helse Midt-Norge RHF har et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester, og at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Undersøkelsen viser at det har vært vedvarende lav tillit mellom sentrale aktører i arbeidet med å innføre Helseplattformen i spesialisthelsetjenesten. Disse har hatt ulike oppfatninger av de faktiske forholdene. Dette har gitt samarbeidsproblemer.

Helse Midt-Norge RHF har etter vår vurdering ikke gjort tilstrekkelige tiltak underveis for å bedre samarbeidet. Lav tillit kan ha bidratt til at det har tatt lengre tid å løse problemene som har oppstått. Dette kan også ha bidratt til å svekke omdømmet til Helseplattformen. Undersøkelsen viser at tilliten mellom aktørene har blitt bedre i 2024.

4.4.6 Helse- og omsorgsdepartementet har hatt for svak oppfølging av arbeidet med Helseplattformen og har ikke sørget for et tett nok samarbeid med utviklingsprosjekter i de andre helseregionene

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgspolitikken og skal styre og koordinere utviklingen i helsesektoren. Departementet skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med de overordnede prinsippene for god eierstyring. Departementet skal holde seg orientert om de regionale helseforetakenes virksomhet og om disse drives i samsvar med de kravene som er stilt til dem i foretaksmøter, og de vilkårene som er satt for tildeling av bevilgninger.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt føringer og vært involvert i sentrale beslutninger som er tatt om Helseplattformen. Departementet har

- bedt Helse Midt-Norge om å gjennomføre Helseplattformen som en regional utprøving av målet om «én innbygger – én journal» (2016)

- bedt Helse Midt-Norge RHF om å inkludere kommunene i Helseplattformen
- bedt Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse om å samarbeide med Helseplattformen AS
- gitt Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å ta en lederrolle i arbeidet med standardisert språk (2020)
- bedt Helse Midt-Norge RHF om å dele erfaringer
- gitt lån og tilskudd til innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge

Helse- og omsorgsdepartementet ba i 2017 de tre andre helseregionene om å sørge for en felles plan og koordinert utvikling av pasientjournalssystemer. I tråd med dette har de tre andre helseregionene samarbeidet om å utvikle sine journalssystemer. De har valgt en annen strategi enn i Helse Midt-Norge, med integrasjoner mellom ulike systemer og en koordinert, stegvis utvikling med utprøving før en ny løsning tas i bruk. De andre helseregionene kan derfor høste erfaringer seg imellom underveis og eventuelt justere kursen.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det svært ressurskrevende å utforme og drifte et omfattende journalssystem i bare én helseregion. Mange spesialiserte fagområder har særskilte behov som trenger å bli dekket, mange lovkrav må overholdes, og det trengs også integrasjoner med nasjonale systemer. Dessuten er tilgangen på IT-kompetanse knapp.

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. Helseplattformprosjektet har potensial for gevinster for Helse Midt-Norge og overføringsverdi til andre helseregioner, særlig når det gjelder samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og standardisering av arbeidsprosesser. Men kostnadene blitt høyere enn forutsatt og det har oppstått mange problemer. Etter Riksrevisjonens oppfatning har ikke Helse- og omsorgsdepartementet sørget for en tilstrekkelig samordning mellom utviklingen i Midt-Norge og i de andre helseregionene.

Meld. St. 27 (2015–2016). *Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* ble lagt fram for Stortinget i 2016. Meldingen anbefalte å tenke stort, men starte smått, å velge riktig samarbeidspartner, å ha hyppige leveranser og å skape nytte hele veien, for å redusere risikoen i IT-prosjekter. Det forelå også forskningsbasert kunnskap om at store offentlige IT-prosjekter ofte mislykkes, mens smidige utviklingsprosjekter øker sannsynligheten for å lykkes. Da departementet innvilget lånesøknaden var det dermed godt kjent med at det er en høy risiko ved store komplekse IT-prosjekter.

På denne bakgrunnen har ikke Helse- og omsorgsdepartementet etter Riksrevisjonens vurdering hatt en god nok oppfølging av Helse Midt-Norge RHF's arbeid med Helseplattformen. Dette gjelder særlig i perioden fram til kontrakten med Epic ble undertegnet. Først høsten 2023 ba foretaksmøtet Helse Midt-Norge RHF om følge opp de særskilte utfordringene ved St. Olavs hospital HF og å vurdere organiseringen av arbeidet.

5 Anbefalinger

Denne revisjonen har avdekket en rekke svakheter. Revisjonen er gjennomført mens prosjektet Helseplattformen er under utvikling og det er iverksatt flere tiltak for å forbedre løsningen. Det er gått for kort tid etter at disse tiltakene er iverksatt for å kunne vurdere om de er tilstrekkelige.

Riksrevisjonen tar ikke stilling til den videre gjennomføringen.

Riksrevisjonen anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet å

- følge opp at Helseplattformen bidrar til å nå de nasjonale helsepolitiske målene om bedre kvalitet i pasientbehandlingen og bedre ressursbruk.
- stimulere til ytterligere samordning og samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF og de andre helseregionene med tanke på å sikre en koordinert nasjonal utvikling og samlet god ressursutnyttelse av nasjonale IT-tiltak.

Riksrevisjonen anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF og kommunene å sikre god informasjonsflyt om pasienter, først og fremst ved å legge til rette for størst mulig oppslutning om Helseplattformen fra kommuner, fastleger og avtalespesialister.

For å øke samfunnsnyttene av Helseplattformen anbefaler Riksrevisjonen Helse- og omsorgsdepartementet å sørge for at Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med kommunene i regionen følger opp gjennomføringen av pågående tiltak for å

- gjøre Helseplattformen enklere å bruke for de ansatte
- forbedre driften i Helseplattformen AS
- sikre selskapet forutsigbare rammevilkår, herunder forsvarlig økonomisk drift
- forbedre organiseringen og styringen av arbeidet

Dette omfatter å evaluere effekten av tiltakene og eventuelt sette i verk ytterligere tiltak, blant annet for å ivareta pasientsikkerheten.

Riksrevisjonen anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet å sørge for at Helse Midt-Norge RHF arbeider videre med organisasjonsutvikling i helseforetakene for å høste gevinster av arbeidet som er lagt ned i standardisering av arbeidsprosesser.

Riksrevisjonen viser videre til at anbefalingene til Helse- og omsorgsdepartementet gitt i Dokument 3:14 (2020–2021) *Riksrevisjonens undersøkelser av: Sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger - én journal*, jf. Innst. 406 S (2021–2022) og Dokument 3:6 (2023–2024) *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus*, jf. Innst. 199 S (2023–2024) også er viktige for forbedringer i arbeidet med Helseplattformen.

6 Statsrådets svar

Dokument 3:3 (2024–2025) *Helseplattformen i Midt-Norge* ble sendt statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet. Statsrådets svar følger i vedlegg 2.

7 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar

Statsråden viser i sitt svarbrev til at Riksrevisjonen kunne tatt høyde for, og beskrevet i rapporten, at revisjonen er gjennomført tidlig i innføringsfasen, hvor det er forventet at det vil være behov for feilretting og justeringer.

Riksrevisjonen påpeker i dette dokumentet at revisjonen er gjennomført mens prosjektet Helseplattformen er under utvikling og at det er iverksatt flere tiltak for å forbedre løsningen. For å belyse læring og forbedring omfatter undersøkelsen også innføringen i Helse Møre og Romsdal HF våren 2024.

Riksrevisjonen er enig i at det er forventet at det vil være behov for feilrettinger og justeringer ved innføringen av et nytt og omfattende system som Helseplattformen. Bakgrunnen for Riksrevisjonens kritikk er pasientsikkerhetsrisikoen som innføringen ved St. Olavs hospital HF har medført, og at det har tatt tid å redusere denne.

Vi vil også bemerke at det fortsatt er store utfordringer med Helseplattformen, særlig når det gjelder effektiv ressursbruk.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 22. oktober 2024

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Tom-Christer Nilsen

Helga Pedersen

Anne Tingelstad Wøien

Arve Lønnum

Jens A. Gunvaldsen

Medlemmet Arve Lønnum har følgende merknad:

Jeg viser til mitt prinsipale forslag om at saken burde sendes tilbake for ytterligere belysning og systematisering der det uttales om følgende punkter:

1. Valget av organisering og måten den faktisk har fungert

Modellen med HP AS som gjennomføringsgraden satt HP i en dobbeltrolle overfor brukerne av systemet.

HP ble både innkjøper for sine kunde og leverandør. EPIC som leverte løsningene og to av sykehusdirektørene, har pekt på at en normal organisering er et direkte forhold mellom leverandøren av systemet og sluttkunde.

Har styret hatt nødvendige kvalifikasjoner? Ut fra opplysninger på proff.no der det går frem hvilke andre styrer styremedlemmene sitter (og ikke sitter) i, kunne det med fordel vært belyst om styret i HP AS hadde nødvendige forutsetninger for å styre et slikt konsept.

2. Praktiseringen av modellen man valgte

Når man har valgt et AS som mellomledd, har det noen formelle og reelle konsekvenser for hvilke formelle og reelle prosedyrer som må følges. Det ser ut som en rekke beslutninger er tatt på ulike nivåer og ledd uten at styret i HP er involvert som sådan.

AS-ets finansielle stilling fremstår usikker. Det er ikke omtalt om styret har ivaretatt sin handleplikt etter aksjeloven ifm at mer enn halve aksjekapitalen er tapt, jf aksjeloven §§ 3-4 og 3-5.

Det er heller ikke forklart hvordan selskapet kan drive videre uten å begjære oppbud. Det er ikke lagt frem noen dokumentasjon på at noen, typisk eierne, har garantert for selskapets forpliktelser i en situasjon der egenkapitalen er flere hundre mill i minus. Det er uttalt at St Olavs Hospital har redusert sine investeringer i bygninger og medisinsk utstyr med kr 221 mill (hovedrapporten s 27 av 72 m fl).

Det er ikke forklart hvordan en reduksjon av medisinsk utstyr i St Olavs Hospital finansierer HPs underskudd. Beløpet er ikke tilstrekkelig til å dekke oppsamlede tap. Det er følgelig ikke forklart hvordan selskapets sterkt økende gjeld og negative egenkapital skal finansieres. Det kan se ut som at aktørene ikke er enige om dette, enten de opptre som kunde eller eier. Styrets syn eller plan for å håndtere situasjonen, kommer heller ikke frem.

Det ser også ut til at et økende gap mellom inntekter og utgifter på i 2023 over kr 120 mill ikke er beskrevet løst.

3. Hvor og når gikk det galt?

Det er ikke belyst om det var kontraktene, produktene eller gjennomføringen som var hovedproblemet. Det er uttalt at kontrakten er kvalitetssikret av et advokatfirma. Det er også opplyst at det samme advokatfirmaet anbefaler en bestemt minnelig løsning med leverandøren. Det er ikke forklart hva

løsningen går ut på. Det er ikke forklart om problemene i hovedsak eller i et blandingsforhold skyldes feil ved anskaffelsesgrunnlaget, kontrakten, produktet, leveransen, kjøperen eller kunden(e).

Det er ikke innlysende at det samme advokatfirmaet som evaluerte kontrakten før anskaffelsen, også bør evaluere om et tilbud om minnelig løsning er godt nok. En minnelig løsning kan man statistisk sett måtte inngå både i tilfeller der man finner at kontrakten ikke var så god som man håper, og dessuten i tilfeller hvor kontrakten var helt ok, men oppfølgingen sviktet, typisk ved manglende eller for sene reklamasjoner eller ved innblanding fra kunden, der kunden reelt sett får ansvaret for gale valg. Dette fortøner seg ikke vurdert.

Imidlertid, for det fall at kontrakten ikke var helt bra likevel, bør ikke det advokatfirmaet som godkjente kontrakten, evaluere om forlik bør inngås. Hvis advokatfirmaet i sitt stille sinn tenker i ettertid at det har oversett noe i kontrakten, er det veldig komfortabelt for det samme firma å anbefale minnelig løsning i det stille fremfor å eksponere mangler i egen tidligere vurdering. Dette medlem vet ikke om noe av dette er tilfelle, men mener at allerede muligheten for en slik situasjon ville tilsi at andre advokater burde vurdert om et bestemt forlik burde inngås.

4. Hvem tok egentlig hvilken beslutning mht hva som gikk mest galt?

Rollene til aktørene og konsekvensene for dem økonomisk eller i tjentestetilbudet er fremstilt sammenblandet og ufullstendig. Rapporten mangler å trekke opp skillene i de enkelte egenskapene og konsekvensene for eiere, kunder, styrer og långivere.

5. Har intern kontroll fungert?

Har styrene og selskapenes egne kontrollinstanser reagert adekvat? Det gjelder styrene, intern kontroll og de respektive revisorer. Herunder har HP AS´ revisor påsett at HP AS ikke driver for kreditorenes regning, og at det er en plan for å få selskapets kapital i samsvar med aksjelovens krav? I årene 2019-2023 har selskapets negative egenkapital økt kraftig, og rapporten har ingen kvalifiserte opplysninger som forklarer at dette vil bli snudd, og lovens krav vil bli oppfylt.

Dette medlem etterlyser revisors beretning og forklaring på at den oppgis som «ren».

6. Hvem har reelt ansvaret for gjelden i HP om selskapet ikke får finansiert opp sitt underskudd (herunder selskaps- og insolvensrettslige forhold)?

Dette henger sammen med spørsmålet ovenfor. Hvis noen har påtatt seg ansvar for så store beløp i et selskapets gjeld - er det forklart og håndtert korrekt i vedkommende garantists/ers regnskap?

7. Best/Better practice

Det er nevnt i rapporten at de 3 andre helseregionene har valgt andre løsninger. Fungerer de bedre? Er det et læringspunkt som Stortinget, regjeringen og øvrig statsapparat og HF bør ta hensyn til? Fremstillingen mangler helt opplysninger om dette, som bør være svært relevant mht hvilke beslutninger som bør tas.

8. Vil helseplattformen og HP AS noen gang kunne fungere etter hensikten, og bør det/kan det fortsette slik som utsiktene er pt?

Dette medlem savner vurdering av om systemet, organiseringen og finansieringen noen gang vil fungere, evt når og til hvilken pris i vid forstand?

9. Konsekvenser for pasientene

I hvilken grad er pasienter blitt rammet, og i hvor stor grad blir de det i fremtiden?

Dette synes ikke belyst og kunne kanskje ikke bli det i én rapport. Det bør imidlertid kunne gis en viss indikasjon som ansvarlig myndighet kan vurdere videre».

Vedlegg

Vedlegg 1:

Riksrevisjonens brev til statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Kristin Rypdal 22241233
Vår dato
20.09.2024
Deres dato

Vår referanse
2023/01006-367
Deres referanse

Utsatt offentlighet jf. rrevl § 18 (2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att: statsråd Jan Christian Vestre

Oversendelse Dokument 3:3 (2024-2025) om Helseplattformen i Midt-Norge til Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:3 (2024–2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge*.

Dokumentet er basert på rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 21. juni 2024 og på departementets svar 20. august 2024.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Statsrådets svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet. Det bes om at svaret oversendes som pdf lagret fra Word, ikke skannet som bilde, slik at innholdet kan gjøres tilgjengelig for alle i samsvar med krav til universell utforming.

Svarfrist: 4. oktober 2024.

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

riksrevisor

Brevet er godkjent og ekspedert digitalt.

Vedlegg:

Utkast til Dokument 3:3 (2024–2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge*

Vedlegg 2:

Statsrådets svar

Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 6835 St. Olavs plass
0032 OSLO

Utsatt offentlighet,
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref

Vår ref

Dato

23/2611-

7. oktober 2024

Riksrevisjonens undersøkelse om Helseplattformen i Midt-Norge

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 20. september 2024, med oversendelse av Dokument 3:3 (2024-2025) *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge*.

Jeg vil innledningsvis takke Riksrevisjonen for god involvering av Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Midt-Norge RHF, St. Olavs hospital HF og Helseplattformen AS i forbindelse med dette revisjonsarbeidet. Departementet oppfatter at revisjonen vil være et viktig bidrag sammen med de revisjonene og evalueringene Helse Midt-Norge RHF selv har gjennomført, i det pågående forbedringsarbeidet knyttet til innføringen av ny pasientjournal- og samhandlingsløsning i Midt-Norge. Jeg viser til at Helse Midt-Norge RHF har gjennomført både en ekstern evaluering av Helseplattformen og en internrevisjon med tanke på råd og erfaringsoverføring ved innføringen av Helseplattformen ved nye helseforetak.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det har vært større utfordringer enn ventet ved innføring av Helseplattformen. Erfaringer fra lignende innføringsprosjekter av nye omfattende pasientjournalløsninger indikerer at det vil være utfordringer både med hensyn til svakheter og mangler i løsningene, og at mange av disse kommer for dagen underveis i innføringsløpet. I tillegg kommer det at helsepersonell må gjennomgå opplæring og delta i innføringen av løsningen. Undersøkelsen peker på viktigheten av at regionene og helseforetakene har gode planer for best mulig innføringsløp, identifiserer risiko og iverksetter tiltak. Vi må erkjenne at det innledningsvis har vært flere utfordringer og feil med Helseplattformen enn det som er ønskelig. Samtidig er det viktig å påpeke at det har vært læring og forbedring underveis i innføringsløpet. Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS har sammen med det regionale helseforetakets IKT-selskap, Hemit HF, og helseforetakene i regionen satt

inn store ressurser for å rette opp og forbedre de feil og svakheter som er oppdaget underveis i planlegging og innføring.

Jeg mener Riksrevisjonen kunne tatt høyde for, og beskrevet i rapporten, at revisjonen er gjennomført tidlig i innføringsfasen, hvor det er forventet at det vil være behov for feilretting og justeringer. Etter min vurdering viser den senere innføringen i Helse Møre og Romsdal HF at viktige feil og mangler i løsningen er rettet opp, selv om det fortsatt er behov for og arbeides med forbedringer. Det hadde også vært ønskelig at Riksrevisjonen tok for seg hele planleggingsfasen, slik at vi også kunne fått kunnskap om og læringspunkter fra denne delen av innføringsløpet.

Innføring av nytt pasientjournalssystem innebærer en risiko, og jeg merker meg Riksrevisjonens konklusjon om at innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF og i Trondheim kommune har truet pasientsikkerheten. Dette er alvorlig, og pasientsikkerhet skal være førende for alle helse- og omsorgstjenester. Helse Midt-Norge RHF understreker at risikoen for pasientsikkerheten økte nettopp i innføringsfasen, men at de avbøtende tiltakene som ble iverksatt ved St. Olavs hospital innebærer at det ikke er en varig svekket pasientsikkerhet. Helse Midt-Norge RHF angir at de har fulgt med på antall avviksmeldinger og meldinger til Helsetilsynet, og angir at antall meldinger økte – men at det ikke var meldinger om alvorlige hendelser. Videre informerer Helse Midt-Norge RHF om at antall meldte avvikhendelser i september 2024 er på samme nivå som før innføringen av Helseplattformen. Jeg vil fastslå at alle avvik, uavhengig av alvorlighetsgrad, skal følges opp og bidra til læring og forbedring, og vil understreke at Helse Midt Norge RHF skal gjøre dette på en systematisk og strukturert måte.

Riksrevisjonen viser også til svakheter i planlegging og organisering, og at dette påvirket innføringen. Jeg merker meg at Riksrevisjonen påpeker at brukskvaliteten ikke ble godt nok vurdert i en ellers grundig anskaffelsesprosess. Pasientjournalssystemer bør være lette å lære og bruke, og Helse Midt-Norge RHF arbeider med å forbedre brukervennligheten i løsningen. Jeg vil her vise til oppdrag i foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF i oktober 2023, hvor departementet nettopp stilte krav knyttet til brukervennligheten i løsningen (foretaksmøtet er også omtalt senere).

Riksrevisjonen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet har hatt for svak oppfølging av arbeidet med Helseplattformen, og peker særlig på perioden fram til kontrakten med Epic ble undertegnet i 2019. Jeg vil vise til at det er Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene og kommunene som har et selvstendig ansvar for valg av journalssystem, innføring og forsvarlig helsehjelp. Det er en lovpålagt plikt å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer. I spesialisthelsetjenesten må dette skje innenfor rammene av regionale beslutninger om løsningsvalg og nasjonale krav stilt til digitalisering. Dette gjelder også anskaffelsen og planleggingen av denne journalløsningen.

Departementets styring og oppfølging av arbeidet med Helseplattformen i Midt-Norge har skjedd i foretaksmøtene i tråd med helseforetaksloven. I foretaksmøte 22. juni 2016 fikk

Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å gjennomføre "Helseplattformen" som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet om "En innbygger - en journal". I foretaksmøtet i januar 2017 ble Helse Midt-Norge RHF bedt om å sikre kommunal deltakelse i anskaffelsesdialogen til Helseplattformen, og i januar 2019 fikk Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å rapportere på framdrift og risikofaktorer i programmet Helseplattformen i oppfølgingsmøter med departementet. Dette er månedlige rapporteringsmøter som departementet har med alle regionale helseforetak, jf. Helseforetaksloven § 16 a, hvor oppfølging av Helseplattformen har vært et av flere tema.

Departementet sørget også for at det i 2019 kom på plass tilskuddsordninger for kommuner og fastleger, slik at de kunne koble seg på Helseplattformen uten at Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune måtte ta hele kostnaden alene. Dette er et tilskudd som skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen. I revidert nasjonalbudsjett i 2022 ble det vedtatt en lengre nedbetalingstid for fastleger.

I 2022 og 2023 var det naturlig nok stor interesse for innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF, både fra helsepersonell i regionen og fra politisk hold regionalt og nasjonalt. Det er Helse Midt-Norge RHF som er ansvarlig for Helseplattformen som løsning og helseforetakene har ansvaret for pasientsikkerheten. Samtidig ble det i 2023 nødvendig å gjøre styringsmessige grep med ekstraordinært foretaksmøte og møte med AD og styreleder. I det ekstraordinære foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF ble det stilt krav om å vurdere organiseringen av det videre arbeidet med innføring og drift av Helseplattformen, slik at denne understøtter best mulig samhandling mellom aktørene, tydeliggjør ansvar og roller, samt sikrer at de samlede ressursene hos de ulike aktørene benyttes samordnet og effektivt. Videre å utrede og vurdere en samling av ressursene i Helseplattformen AS og Hemit HF for å styrke kapasitet og kompetanse, sikre best mulig ressursutnyttelse i det pågående arbeidet med feilretting og forbedring av Helseplattformen, samt følge opp de særskilte utfordringene ved St. Olavs hospital HF. Helse Midt-Norge RHF ble i denne sammenheng også bedt om å vurdere og sette inn dedikerte ressurspersoner fra Helseplattformen AS tett på det kliniske brukermiljøet i det videre arbeidet, og gjennom dette bedre bruker-vennligheten.

Som angitt tidligere så har Helseplattformen vært tema på oppfølgingsmøtene med helseregionene. Videre gjennomførte departementet et eget møte senest i mars i år med styreleder og administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF, hvor hensikten var å bli nærmere orientert om oppfølging av krav stilt i foretaksmøtet i oktober 2023 – herunder arbeidet med brukervenlighet. Videre var situasjonen for de ansatte og for ledelsen ved helseforetakene og kommunene i Midt-Norge, oppfølging av ulike tilsyn av Helseplattformen og arbeidet med avvikene knyttet til pasientsikkerhet, sentrale tema.

I tillegg er en av departementets oppgaver å sørge for at kompetansen i styrene i de regionale helseforetakene er i tråd med utfordringsbildet i helseregionen. Dette er i tråd med Nærings- og fiskeridepartementets «*Rutiner for styrevalg i selskaper med statlig eierandel*». I foretaksmøtet i januar 2020 ble styret i Helse Midt-Norge RHF styrket med kompetanse

innen IKT-området. Dette var særlig med tanke på Helse Midt-Norge RHF's arbeid med nytt pasientjournalssystem.

Riksrevisjonen viser til at innføringen av Helseplattformen har blitt dyrere enn forutsatt, og at de framtidige kostnadene er usikre. Helse Midt-Norge RHF har opplyst at investeringsprosjektet er innenfor avsatt kostnadsramme og at Helse Midt-Norge RHF har gitt støtte til St. Olavs hospital HF og de øvrige helseforetakene for merkostnader knyttet til innføringen i form av varige økte rammer, engangstildelinger og likviditetsstøtte. Ifølge Helse Midt-Norge RHF vil helseforetakene i regionen i perioden 2020-2026 motta særskilt støtte fra Helse Midt-Norge RHF, knyttet til innføringen av Helseplattformen. I tillegg har Helse Midt-Norge RHF i november 2023 vedtatt en tiltakspakke for å forbedre løsningen.

Riksrevisjonen konkluderer med at samhandlingsgevinstene reduseres betydelig fordi det fortsatt er et stort antall fastleger, avtalespesialister og flere kommuner som ikke bruker Helseplattformen. Jeg vil bemerke at innføringen ikke er ferdig. Det arbeides med å tilrettelegge for at fastlegene skal få bedre tilgang til Helseplattformen. HP-link er en løsning som eksempelvis gjør at fastleger har mulighet til å se laboratoriesvar og rekvirere nye prøver uten å ta i bruk hele Helseplattformen. Dette er et eksempel på verdien av å starte med mindre tiltak og utvide etter hvert, slik regjeringens politikk innen digitaliseringsområdet nå legger til grunn. Helse Midt-Norge RHF opplyser at det pågår videre arbeid med å utvikle en ny og forbedret versjon av fastlegeløsningen som etter planen skal kunne innføres fra 2025. Som tidligere omtalt ble også nedbetalingstid for fastleger økt ifm. revidert nasjonalbudsjett 2022.

Jeg vil for øvrig opplyse at departementet arbeider med digitale samhandlingsløsninger på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten. I statsbudsjettet for 2024 ble det satt en samlet styringsramme for digital samhandling steg 2 på 1 250,3 mill. kroner (P50) og en samlet kostnadsramme på 1 517,6 mill. kroner (P85) over seks år. Digital samhandling på tvers av virksomheter og nivåer i helsetjenesten skal bidra til at helsepersonell får tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasientene, slik at de kan gi best mulig behandling og bruke mindre tid til å lete etter og sammenstille informasjon.

Jeg merker meg Riksrevisjonens konklusjon om at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har sørget for et tett nok samarbeid mellom Helseplattformen i Helse Midt-Norge og utviklingsprosjektene i de andre helseregionene. Når det gjelder samarbeidet mellom utviklingsprosjektene i de regionale helseforetakene, så har departementet stilt krav i flere foretaksmøter fra januar 2016 til 2022 om å aktivt sikre best mulig samhandling mellom de regionale løsningene i spesialisthelsetjenesten og dele læringspunkter fra arbeidet med Helseplattformen. Departementet har fokus på læring på tvers i oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene, og spesielt i tertialoppfølgingsmøtene hvor alle de regionale helseforetakene møter samlet. Videre har de regionale helseforetakenes IKT-direktører interregionale møter hvor de deler utfordringer, kunnskap og erfaringer. Departementet har dessuten bedt Helsedirektoratet sammen med Helse Midt-Norge RHF om å utarbeide en plan for å innhente og dele relevante læringspunkter fra Helseplattformen.

Jeg vil som oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser be Helse Midt-Norge RHF gå igjennom rapporten og vurdere ytterligere forbedringsarbeid i lys av denne. Helseregionen må følge opp Riksrevisjonens hovedfunn/svakheter, vurderinger og anbefalinger i sitt systematiske forbedringsarbeid med ny pasientjournalløsning, inkludert samhandling mellom sykehus og kommuner og erfaringsoverføring. Videre vil jeg sørge for at sentrale læringspunkter følges opp i alle helseregionene.

Jeg vil avslutningsvis peke på at dette har vært og er en svært krevende sak, som i det videre også vil kreve tett oppfølging. Mye tyder på at arbeidet med Helseplattformen hadde svakheter spesielt i planleggings- og tidlig innføringsfase, og at hensynet til brukervennlighet ikke var godt nok ivaretatt. Innføringen har som sagt vært krevende, og understreker at både innføringsarbeidet og planleggingsfasen er avgjørende for at et prosjekt skal ha tilstrekkelig kvalitet. Dette er det viktig å trekke lærdom av. Regjeringen har lagt om digitaliseringspolitikken, og har tatt store grep for at IKT-prosjekter skal gjennomføres mer stegvis og med tydelige mål om involvering av helsepersonell i alle deler av prosessen. Pasientsikkerhet, kvalitet og brukervennlighet er avgjørende og høyt prioritert for å sikre at løsninger er godt tilpasset arbeidshverdagen til brukere av løsningen. Jeg viser for øvrig til Nasjonal helse- og samhandlingsplan for en tydeliggjøring av regjeringens digitaliseringspolitikk.

Med hilsen



Jan Christian Vestre

Vedlegg 3:

Innledning, metode, revisjonskriterier og Riksrevisjonens vurderinger

Revisjonen er gjennomført i henhold til

- **lov om Riksrevisjonen § 9 andre ledd**
- **instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 5 andre ledd**
- **INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for selskapskontroll**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon**

Innhold

1	Innledning	6
1.1	Bakgrunn	6
1.1.1	Om Helseplattformen	6
1.1.2	Om innføring av Helseplattformen	8
1.1.3	Helse Midt-Norge RHF's gevinstrealiseringsplan for Helseplattformen.....	8
1.2	Mål og problemstillinger	9
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	11
2.1	Intervjuer	11
2.2	Spørreundersøkelse ved St. Olavs hospital.....	12
2.2.1	Formål og tema	12
2.2.2	Populasjon, utvalg, svarprosent og gjennomføring.....	12
2.3	Problemstilling 1 Status for effektiv og sikker pasientbehandling	13
2.4	Problemstilling 2 Økonomisk styring av Helseplattformen	14
2.4.1	Dokumentanalyse / analyse av regnskapsdata	14
2.4.2	Intervjuer	14
2.5	Problemstilling 3 Samhandling.....	14
2.5.1	Spørreundersøkelse.....	14
2.5.2	Strukturerte samtaler.....	14
2.5.3	Intervjuer	15
2.5.4	Dokumentanalyse	15
2.6	Problemstilling 4 De viktigste forklaringene på problemene	15
2.6.1	Valg av konsept og gjennomføringen av anskaffelsesprosessen.....	15
2.6.2	Forberedelsene til innføringen	16
2.6.3	Drift og utvikling i Helseplattformen AS.....	17
2.6.4	Risikostyring	18
2.6.5	Organisering, styring og beslutningsstruktur i Helseplattformen	19
2.6.6	Helse- og omsorgsdepartementets styring, tilrettelegging og oppfølging.....	19
3	Revisjonskriterier	20
3.1	Overordnede mål med digitalisering av helsesektoren	20
3.2	Krav til aktører som yter helse- og omsorgstjenester	20
3.2.1	Generelt om journalplikt	20
3.2.2	Forsvarlig pasientbehandling	21
3.2.3	Krav om å melde opplysninger til helseregistre	21
3.3	Krav til utredning, anskaffelse, risikostyring og budsjettering	22
3.3.1	Krav til utredning og anskaffelse	22
3.3.2	Realistisk budsjettering	22
3.3.3	Krav til styring av store IT-prosjekter	23

3.3.4	Krav til risikostyring	23
3.4	Roller og ansvar	24
3.4.1	Ansvaret til Helse- og omsorgsdepartementet	24
3.4.2	Nærmere om ansvaret til Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene i regionen	24
3.4.3	Krav til styret og styrets sammensetning i de regionale helseforetakene og helseforetakene	25
3.4.4	Krav til eierne av aksjeselskap	25
3.4.5	Nærmere om Trondheim kommunes ansvar	25
3.5	Samhandling i helse- og omsorgstjenester	26
3.6	Krav til IT-løsningen, test, opplæring og driftsprosesser	26
3.6.1	Brukskvalitet	26
3.6.2	God praksis for testing	26
3.6.3	Krav til opplæring	27
3.6.4	God praksis for IT-driftsprosesser	27
4	Vurderinger	28
4.1	Innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital har truet pasientsikkerheten og reduserer effektiviteten i pasientbehandlingen	28
4.2	Helseplattformen legger til rette for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men gevinstene reduseres betydelig fordi fastleger, avtalespesialister og flere kommuner ikke bruker Helseplattformen	29
4.3	Innføringen av Helseplattformen har blitt dyrere enn forutsatt, og de framtidige kostnadene er usikre	30
4.4	Det er flere forklaringer på problemene som har oppstått	32
4.4.1	Helse Midt-Norge RHF's grunnlag for valget av konsept var mangelfullt og innebar svært høy risiko	32
4.4.2	Brukskvaliteten ble ikke godt nok vurdert i en ellers grundig anskaffelsesprosess	33
4.4.3	Verken Helseplattformen AS eller St. Olavs hospital var godt nok forberedt på å innføre Helseplattformen	34
4.4.4	Eierne har ikke lagt godt nok til rette for at Helseplattformen AS har bygget opp en drifts- og forvaltningsorganisasjon som er tilpasset behovet	36
4.4.5	Helse Midt-Norge RHF har hatt for svak styring av arbeidet med Helseplattformen	37
4.4.6	Helse- og omsorgsdepartementet har hatt for svak oppfølging av arbeidet med Helseplattformen og har ikke sørget for et tett nok samarbeid med utviklingsprosjekter i de andre helseregionene	40
5	Referanseliste	41
	Vedlegg 1: Spørsmålene i spørreundersøkelsene	56
	Spørreundersøkelse til leger	57
	Spørreundersøkelse til sykepleiere	63

Ordliste og forkortelser

Eiermøtet	Det øverste nivået i den faglige beslutningsstrukturen i Helseplattformen.
Elektronisk pasientjournalssystem	Elektronisk system med nødvendig funksjonalitet for å registrere, søke fram, presentere, kommunisere, redigere, rette og slette opplysninger i elektronisk pasientjournal (EPJ). Dette inkluderer både radiologisystemer, systemer for somatisk og psykiatrisk journal, pasientadministrative systemer og andre systemer som inneholder helseopplysninger.
Helseplattformen	Felles digital plattform for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Løsningen tar utgangspunkt i et grunnsystem fra leverandøren Epic. Grunnsystemet har alt det grunnleggende innholdet i journalløsningen. I tillegg er det bygget et stort antall applikasjoner og integrasjoner etter spesifikasjoner fra helsetjenesten i regionen.
Helseplattformen AS	<p>Selskap som har ansvaret for å innføre og forvalte felles løsning for pasientjournal for sykehus og kommunal helse og omsorg. Selskapet følger opp kontraktene med teknologileverandørene på vegne av helsetjenesten i Midt-Norge. Selskapet drifter også innbyggerportalen HelsaMi.</p> <p>Selskapet eies av Helse Midt-Norge RHF, Trondheim kommune og 33 andre kommuner (pr juni 2024).</p>
HelsaMi	<p>En innbyggerportal som er en digital inngang til helse- og omsorgstjenester i Midt-Norge.</p> <p>HelsaMi er knyttet til journalsystemet Helseplattformen og nasjonale registre og viser til informasjon om for eksempel besøkssammendrag, prøvesvar, vekstkurver, spørreskjema og andre ting som handler spesifikt om pasienten. Pasienten kan også sende og motta meldinger fra spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og fastleger samt legge inn og kommentere egne legemidler og lage seg egne notater og oppgaver med mer.</p>
Helsenorge	Den offisielle nettsiden for informasjon om og tilgang til helsetjenester for innbyggerne i hele Norge. Innholdet blir levert av aktører i helsesektoren. Helsenorge har en rekke selvbetjeningsløsninger, hvor pasientene kan se

	<p>helseinformasjon som er registrert om dem, oversikt over resepter og vaksiner.</p> <p>Helsenorge er også en generell informasjonskanal til innbyggere om sykdommer/diagnoser og rettigheter.</p>
Hemit HF	<p>Et heleid datterforetak av Helse Midt-Norge RHF. Hemit HF har ansvar for utvikling, forvaltning og drift av felles IT-systemer for alle sykehus i helseregionen.</p> <p>Hemit skal sammen med Helseplattformen AS sørge for integrasjoner mellom Helse Midt-Norges IT-systemer og at den nye felles journalløsningen utvikles og forvaltes på en god måte.</p>
Integrasjon	<p>Det å få ulike systemer til å snakke sammen ved at de utveksler data med et annet system eller benytter tjenester fra et annet system.</p>
Opsjonskommune	<p>Andre kommuner enn Trondheim kommune i Helse Midt-Norge.</p>
Pasientjournal	<p>Samling eller sammenstilling av nedtegnelser eller registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Dette kan være opplysninger om den enkelte pasients tilstand, iverksatte behandlingstiltak, informasjon om legemidler eller legemiddelbehandling, kritisk informasjon om for eksempel alvorlige reaksjoner på legemidler og så videre. Også dokumentasjon som røntgenbilder og prøvesvar regnes som en del av journalen.</p>
RHF	<p>Regionalt helseforetak.</p>

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Helseplattformen er et nytt felles pasientjournalssystem og en samhandlingsløsning for kommuner, sykehus, fastleger og avtalespesialister i Midt-Norge.¹ Helseplattformen skal bidra til å øke kvaliteten i pasientbehandlingen, forbedre pasientsikkerheten, mer brukervennlige systemer og sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte.²

Riksrevisjonens kollegium og kontrollutvalget i Trondheim kommune vedtok 25. april 2023 et [mandat](#) for en felles undersøkelse mellom Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon av innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge.

Bakgrunnen for undersøkelsen er at det ble avdekket flere alvorlige problemer med blant annet informasjonsflyt etter at Helseplattformen ble tatt i bruk av Trondheim kommune og St. Olavs hospital HF i 2022.³ Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag anser flere av forholdene som ble avdekket under tilsynet med St. Olavs hospital HF i april 2023, som alvorlige. Videre har foretaket etter innføringen manglet viktige styringsdata, blant annet ventelister og fristbrudd. Det regionale helseforetaket har jobbet med å følge opp svakhetene.

Forsinkelse og feilrettinger har bidratt til økte kostnader med å innføre løsningen. Helseplattformen kan også føre til indirekte kostnader som følge av at brukerne opplever systemet som tidkrevende og lite brukervennlig, og fordi risiko for feil fører til at helsepersonell må gjøre ekstra kvalitetssikring.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) og *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven) stiller krav om samarbeid mellom tjenesteytere for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Deling av informasjon på tvers av pasientforløp og organisatoriske nivåer er et viktig mål for Helseplattformen.⁴ Det er risiko for at manglende oppslutning om Helseplattformen hos blant annet fastlegene og kommuner reduserer samhandlingsgevinsten.

Helse- og omsorgskomiteen har ved flere anledninger uttrykt at det er behov for bedre organisering og koordinering og en sterkere nasjonal styring av IT-utviklingen i sektoren for å styrke evnen til å gjennomføre nasjonale IT-tiltak. Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* la opp til at regjeringen skulle bidra til å sikre en helhetlig og forutsigbar IT-utvikling i helse- og omsorgssektoren, blant annet ved å klargjøre det nasjonale ansvaret for IT-utviklingen og å ha en tydelig rolle- og oppgavefordeling mellom aktørene. Helse- og omsorgsdepartementet har som ansvarlig departement et overordnet ansvar for å styre og koordinere utviklingen på IT-feltet innenfor sektoren.

1.1.1 Om Helseplattformen

Begrepet Helseplattformen brukes både om IT-systemet, prosjektet som innfører dette, og selskapet Helseplattformen AS.

Helse Midt-Norge RHF inngikk i 2019 en kontrakt med Epic Systems Corporation (i rapporten omtalt som Epic) om leveranse og vedlikehold av IT-systemet Helseplattformen.

¹ Fylkene Trøndelag og Møre og Romsdal.

² Prop. 1 S (2021–2022). *For budsjettåret 2022*. Helse- og omsorgsdepartementet.

³ 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 læring for veien videre*. KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen*.

⁴ Helse Midt-Norge. (2017). *Konseptrapport*, versjon 1.0, vedtatt 30. november.

Selskapet Helseplattformen AS ble etablert i 2019 og har ansvaret for innføring og framtidig forvaltning av den nye felles journalløsningen (Helseplattformen) for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Helseplattformen AS har også ansvaret for kontraktoppfølging med leverandøren. Selskapet eies av Helse Midt-Norge RHF (60 prosent), Trondheim kommune (22,3 prosent) og til sammen 33 andre kommuner (per 16. september 2024). Alle kommuner i Midt-Norge kan bli medeiere dersom kommunestyret vedtar det. Hvis det skjer, vil Trondheim kommunes andel bli redusert til minimum 10 prosent, mens eierandelen til Helse Midt-Norge RHF ligger fast. Det er etablert et samarbeidsråd for kommuner som har inngått opsjon om å tiltre samarbeidet.⁵

Helse Midt-Norge RHF har etablert et regionalt innføringsprosjekt med en styringsgruppe bestående av administrerende direktører ved de tre sykehusforetakene (St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF), Hemit HF, Helseplattformen AS og tillitsvalgte. Prosjektet baseres på konsensusbeslutninger.

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 i styringsgruppen.

For å sikre finansiering av Helseplattformen for spesialisthelsetjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet gitt låneramme til Helse Midt-Norge RHF på 2 140 millioner 2019-kroner, jf. Prop. 1 S (2018–2019). Departementet har i tillegg etablert en tilskuddsordning for å legge til rette for deltakelse fra kommuner og fastleger i Midt-Norge, slik at det regionale helseforetaket og kommunene som går inn i prosjektet, avlastes for risiko dersom ikke alle aktørene i regionen tar Helseplattformen i bruk. Ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) ble tilskuddsrammen satt til 601 millioner 2019-kroner.⁶ Siste del av tilskuddsrammen ble utbetalt i 2023. Tilskuddet skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningen.

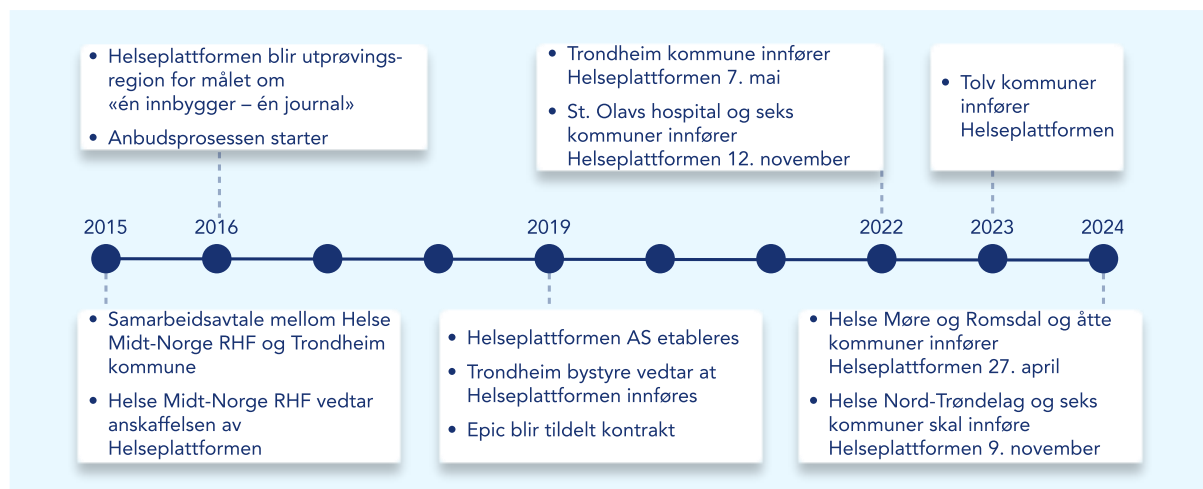
I tillegg har bystyret i Trondheim kommune vedtatt at kommunedirektøren kan ta opp lån på inntil 354 millioner kroner til videreutlån til Helseplattformen AS. Lånerammen ble senere utvidet til 418 millioner kroner i juni 2021 og til 498 millioner kroner i november 2022.

⁵ KS (2018, 1. juni). Samarbeidsråd for opsjonskommuner. <https://www.ks.no/regioner/ks-trondelag/samarbeidsrad-for-opsjonskommuner>

⁶ Tilskuddet inkluderer ikke Trondheim kommune, som gikk inn i prosjektet på et tidligere tidspunkt og ikke har behov for statlig mellomfinansiering gjennom tilskuddsordningen.

1.1.2 Om innføring av Helseplattformen

Figur 1 Viktige milepæler i arbeidet med Helseplattformen



Kilde: Figuren bygger på informasjon presentert i Del II og III av rapporten.

Samarbeidet om Helseplattformen ble formalisert i 2015, se figur 1.

Etter flere utsettelse tok Trondheim kommune og St. Olavs hospital HF (heretter omtalt som St. Olavs hospital) i bruk Helseplattformen i henholdsvis mai og november 2022. 27 andre kommuner i Midt-Norge har senere tatt i bruk løsningen, og 6 har vedtatt å innføre Helseplattformen.⁷ Per 16. september 2024 er 71 prosent av befolkningen i Midt-Norge bosatt i en kommune som har innført Helseplattformen. På grunn av utfordringene med innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital har det vært behov for feilretting og optimalisering av løsningen.⁸ Helseplattformen ble satt i drift ved Helse Møre og Romsdal HF (heretter omtalt som Helse Møre og Romsdal) i april 2024 og skal innføres i Helse Nord-Trøndelag HF i november 2024.

1.1.3 Helse Midt-Norge RHF's gevinstrealiseringsplan for Helseplattformen

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, bedre pasientsikkerhet og sikring av strukturerte helsedata for behandlings-, organisasjons, forsknings- og utviklingsformål i hele regionen.⁹

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet en gevinstrealiseringsplan, se faktaboks 1.



Gevinst er i gevinstrealiseringsplanen definert som «målbar forbedring av endring som oppfattes som positivt av en eller flere interessenter, og som bidrar til strategiske mål».

⁷ Helseplattformen AS. (2024, 30. juli). [Kommunene og Helseplattformen](#) (sist oppdatert 30. juli).

⁸ Prop. 1 S (2023–2024). *For budsjettåret 2024*. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁹ Helse Midt-Norge. (2017). *Konseptrapport*, versjon 1.0, vedtatt 30. november.

Faktaboks 1 Gevinstmål for Helseplattformen

Hovedmål 1: Pasientene skal gjennom pasientportalen oppleve *lettere tilgang til egne helseopplysninger*, økt mulighet for samvalg, bedre informasjon og opplæring i egenmestring og tilrettelegging for pasientrapporterte resultatmål. Dette skal gi økt pasienttilfredshet innen to år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.

Hovedmål 2: Standardiserte henvisninger og utskrivningsdokumentasjon skal gi *økt kvalitet på prioritering av henvisninger*, redusere uønsket variasjon i utfall av prioriteringer og bidra til å *reducere antall samhandlingsavvik* med over 80 prosent innen tre år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.

Hovedmål 3: Helsearbeidere skal oppleve *bedre kvalitet og enklere tilgang til helseinformasjon* innen ett år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.

Hovedmål 4: Styrke pasientsikkerheten gjennom å gi systemstøtte til *riktig og sikker legemiddelhåndtering* og derigjennom redusere antall legemiddelrelaterte pasientskader med 80 prosent, innen tre år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.

Hovedmål 5: Flere pasienter skal gjennom pasientportalen få *oppfølging nær hjemmet*, blant annet gjennom økt bruk av videokonsultasjoner, informasjon og opplæring, egenregistrering og fjernmonitorering. Dette skal bidra til å redusere antall pasientreiser med 30 prosent innen tre år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.

Hovedmål 6: *Øke effektiviteten og redusere uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelsen* som følge av *bedre styringsinformasjon* til bruk i forbedringsarbeid og ressursplanlegging gjennom å redusere kostnad per pasient for utvalgte pasientgrupper med 20–30 prosent innen tre år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.

Hovedmål 7: *Økt forskningsaktivitet* gjennom å gi systemstøtte til identifisering og rekruttering av pasienter til kliniske studier og derigjennom øke antall nye kliniske studier med minst ti prosent innen tre år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.

Hovedmål 8: *Sikrere, bedre og mer tidseffektiv registrering av data til nasjonale kvalitetsregistre*. Dette skal gi en dekningsgrad i registrene på minst 80 prosent innen tre år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF (2021). *Regional gevinstrealiseringsplan for innføring av Helseplattformen i Midt-Norge*. Versjon 1.1. 18. mai 2022.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om Helseplattformen i Midt-Norge leverer en helhetlig løsning som bidrar til effektiv og forsvarlig pasientbehandling, og hva som er de viktigste forklaringene på problemene.

På bakgrunn av målet med undersøkelsen har vi utformet fire hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad har effektiv og forsvarlig pasientbehandling blitt ivaretatt ved innføringen av Helseplattformen i helseforetakene og Trondheim kommune?
2. I hvilken grad har det vært en god økonomisk styring av Helseplattformen?
3. I hvilken grad legger Helseplattformen til rette for bedre samhandling?
4. Hva er de viktigste forklaringene på problemene?
 - 4.1 La konseptvalg og anskaffelsesprosessen til rette for at Helseplattformen kan gi en effektiv og forsvarlig pasientbehandling?
 - 4.2 Har Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene og Helseplattformen AS gjort tilstrekkelige forberedelser før innføringen?
 - 4.3 Har Helseplattformen AS ivaretatt ansvaret sitt for utvikling og drift av Helseplattformen?

4.4 Har Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene og Helseplattformen AS hatt en tilstrekkelig risikostyring?

4.5 Har Helseplattformen hatt en god organisering, styring og beslutningsstruktur?

4.6 Har Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Midt-Norge RHF hatt en hensiktsmessig styring, tilrettelegging og oppfølging av Helseplattformen?

Undersøkelsen omfatter innføring og drift av Helseplattformen ved St. Olavs hospital og i Trondheim kommune samt planlegging og innføring ved Helse Møre og Romsdal.

Forklaringene på problemene som vi velger å gå nærmere inn på, er blant annet basert på evalueringsrapporten til Boston Consulting Group og observasjoner vi gjorde i foranalysen. Vi vurderer det slik at dette er de viktigste faktorene som det vil gi merverdi å se nærmere på.

Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Trondheim kommunerevisjon. Noen problemstillinger har Riksrevisjonen undersøkt alene, noen har kommunerevisjonen undersøkt alene, og noen har vi undersøkt i fellesskap, se tabell 1. De to dokumentene som Riksrevisjonen og kommunerevisjonen skal sende henholdsvis Stortinget og kontrollutvalget i Trondheim kommune, vil bygge på alle de tre faktarapportene.

Tabell 1 Oversikt over hvem som har undersøkt hvilke problemstillinger

Problemstilling	Undersøkt av Riksrevisjonen alene	Delrapport
1	Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling ved innføring i helseforetakene	Del II
4.1	Helse Midt-Norge RHF's arbeid med å planlegge og anskaffe løsningen	Del II
4.2	Forberedelsene til innføringen ved St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal	Del II
4.4	Risikostyring	Del II
4.6	Helse- og omsorgsdepartementets og Helse Midt-Norge RHF's styring, tilrettelegging og oppfølging	Del II
Undersøkt av Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon i fellesskap		
2	Økonomisk styring av Helseplattformen	Del III
3	Samhandling mellom stat og kommune	Del III
4.3	Helseplattformen AS' arbeid med utvikling og drift	Del III
4.5	Organisering, styring og beslutningsstruktur	Del III

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Tabell 2 viser en oversikt over metodene som er brukt til å svare på problemstillingene i undersøkelsen.

Tabell 2 Oversikt over metodene

	Problemstilling 1	Problemstilling 2	Problemstilling 3	Problemstilling 4
	Effektiv og forsvarlig pasientbehandling	Økonomisk styring	Samhandling	Forklaringer på problemene
Spørreundersøkelse	x		x	x
Strukturerte samtaler			x	
Analyse av statistikk/data	x	x		x
Intervju		x	x	x
Dokumentanalyse	x	x	x	x

Både problemene som har oppstått, og årsakene til problemene er beskrevet i evalueringsrapportene fra Boston Consulting Group¹⁰ (som ble bestilt av bestilt av Helse Midt-Norge RHF), KPMG og NEO Consulting¹¹ og Helsetilsynet og andre myndigheters tilsyn med St. Olavs hospital.¹² Undersøkelsen bygger på informasjon fra disse undersøkelsene. Vi har også brukt informasjon innhentet gjennom Riksrevisjonens undersøkelse *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus* (Dokument 3:6 (2023–2024)) og Riksrevisjonens undersøkelse *Helse- og omsorgsdepartementet styring av arbeidet med Én innbygger – én journal* (Dokument 3:14 (2020–2021)).

Vi har også mottatt flere tips og innspill som er brukt i videre undersøkelser.

Det varierer hvilken tidsperiode som behandles i problemstillingene:

- problemstilling 1: fra november 2022 til september 2024
- problemstilling 2: fra 2016 til september 2024
- problemstilling 3: fra mai 2022 til april 2024
- problemstilling 4: fra 2012 til august 2024

2.1 Intervjuer

Vi har intervjuet følgende i hovedanalysen:

- Helse- og omsorgsdepartementet (mai 2024)
- administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF (mai 2024)
- nåværende og tidligere styreledere i Helse Midt-Norge RHF (april 2024)

¹⁰ Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

¹¹ KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen.*

¹² Helsetilsynet. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse.*

- administrerende direktør i Helseplattformen AS (april 2024)
- tidligere administrerende direktør i Helseplattformen AS (april 2024)
- fire nåværende direktører og en tidligere direktør i Helseplattformen AS (april 2024)
- nåværende og tidligere styreledere i Helseplattformen AS (april 2024)
- administrerende direktør ved St. Olavs hospital (mars 2024)
- nåværende og tidligere styreleder ved St. Olavs hospital (mars 2024)
- administrerende direktør Helse Møre og Romsdal (april 2024)
- styrelederen for Helse Møre og Romsdal (april 2024)
- tidligere faglig leder for innføringsprosjektet ved St. Olavs hospital, nåværende direktør for e-helse (flere intervjuer)
- delprosjektleder for opplæring ved St. Olavs hospital (flere intervjuer)
- delprosjektleder for opplæring ved Helse Møre og Romsdal (januar 2024)
- brukerutvalget ved St. Olavs hospital og brukerutvalget for Helseplattformen (mars 2024)
- Helsedirektoratet (februar 2024)
- Norsk helsenett (februar 2024)

Referat fra intervjuene med Helse- og omsorgsdepartementet og Helseplattformen AS er ikke sendt til verifisering. Helse- og omsorgsdepartementet har gått igjennom hele rapportutkastet, mens Helseplattformen AS i mai 2024 har gjennomgått og verifisert et utkast til kapittel 3 (del III) og intervjudata som er brukt i de andre kapitlene. Referatene fra de resterende intervjuene er verifisert av intervjuobjektene.

Undersøkelsen av flere av problemstillingene, særlig problemstilling 3, bygger også på intervjuer gjennomført av Trondheim kommunerevisjon.

2.2 Spørreundersøkelse ved St. Olavs hospital

2.2.1 Formål og tema

Formålet med spørreundersøkelsen var å undersøke hvordan Helseplattformen påvirket pasientbehandlingen, samhandling i helsetjenesten og de ansattes arbeidshverdag. I tillegg ønsket vi å stille flere av de samme spørsmålene som vi stilte i mars 2023 til de samme personene, for å undersøke endringer i oppfatning etter ett år.¹³

I spørreundersøkelsen undersøkte vi blant annet disse temaene:

- Pasientsikkerhet
- Brukskvalitet
- Effektivitet
- Strukturert pasientjournal og informasjonsdeling
- Opplæring og informasjon om endringer

2.2.2 Populasjon, utvalg, svarprosent og gjennomføring

Populasjon og utvalg

Vi sendte spørreundersøkelsen til leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital og benyttet den samme listen over e-postadressene som vi brukte i spørreundersøkelsen i mars 2023. Listen er ikke oppdatert i forbindelse med denne undersøkelsen.

¹³ Spørreundersøkelsen i 2023 ble gjennomført i forbindelse med undersøkelsen av *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus* (Dokument 3:6 (2023–2024)).

Spørreundersøkelsen ble sendt til alle 616 legene som var på listen vi fikk fra St. Olavs hospital i forbindelse med forrige gjennomføring. For sykepleierne valgte vi å trekke et tilfeldig utvalg på 1 000 sykepleiere av de 2 800 sykepleierne som arbeidet ved disse klinikkene, slik som i spørreundersøkelsen i mars 2023. 89,5 prosent av legene på listen var overleger, mens 10,5 prosent var leger i spesialisering del 1 (LIS 1). Leger i del 2 (LIS 2) og del 3 (LIS 3) av spesialiseringen var ikke med i utvalget i 2023. Leger i spesialisering har gjerne andre arbeidsoppgaver enn overleger og kan bruke Helseplattformen på andre måter. Det er derfor en begrensning ved spørreundersøkelsen at leger i spesialisering i liten grad er representert i utvalget.

Vi stilte inntil 42 spørsmål til legene og sykepleierne. De nye spørsmålene vi stilte i 2024, er blant annet basert på samtaler med helsepersonell ved St. Olavs hospital i februar 2024. Vi gjorde også enkelte avklaringer om spørsmålsstilling med en tillitsvalgt lege ved St. Olavs hospital. Spørsmålene fra spørreundersøkelsene ligger i vedlegg 1.

Vi sendte ut spørreundersøkelsen 5. april, og siste frist for å svare var 24. april. Underveis forlenget vi fristen med én uke, slik at St. Olavs hospital kunne gi klinikkene anledning til å informere om spørreundersøkelsen. Formålet var å øke svarprosenten.

Svarprosent

568 leger og 931 sykepleiere mottok faktisk spørreundersøkelsen vi sendte ut. Spørreundersøkelsen kom ikke fram til 48 leger og 69 sykepleiere, trolig fordi de hadde sluttet og e-postadressen ikke lenger var virksom. 379 leger og 355 sykepleiere svarte på spørreundersøkelsen. Det vil si at 67 prosent av legene som mottok spørreundersøkelsen, svarte, mens 38 prosent av sykepleierne svarte. I spørreundersøkelsen i 2023 svarte 77 prosent av legene og 45 prosent av sykepleierne.

Frafallsanalyse

For å sjekke hvor representative respondentene var, gjennomførte vi en frafallsanalyse basert på medisinsk fag- eller klinikktilhørighet. For legene er den også basert på hvor ofte legene bruker Helseplattformen, og for sykepleierne hvilken stillingstittel de har. Frafallsanalysen viser at leger under spesialisering (LIS 1) har en vesentlig lavere svarprosent i årets spørreundersøkelse. Ettersom denne gruppen kun utgjorde 10,5 prosent av legene, vil deres reduserte svarprosent i liten grad svekke gyldigheten av sammenligninger mellom de to undersøkelsene. Bortsett fra dette er det små forskjeller i hvem som svarte på spørreundersøkelsen, sammenlignet med de som svarte i mars 2023.

2.3 Problemstilling 1 Status for effektiv og sikker pasientbehandling

Vår vurdering av status for effektiv og sikker pasientbehandling bygger på en gjennomgang av statusrapporter til styret i Helseplattformen AS og til styret ved St. Olavs hospital. Statusrapportene gir en oversikt over feil, problemer og status for feilretting.

Vi har innhentet informasjon om innmeldte pasientsikkerhetsavvik til Helsetilsynet, Statsforvalteren i Trøndelag og Statsforvalteren i Møre og Romsdal. Vi har også gjort en analyse av innmeldte avvik til kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal. Vi har sammenlignet avvikene som ble rapportert inn i 2023 og 2024, med avvikene som ble rapportert inn før St. Olavs hospital tok i bruk løsningen.. Fakta bygger også på vurderinger fra ulike tilsynsmyndigheter, særlig Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag.

Vi har brukt data fra spørreundersøkelsen for å vise hvordan leger og sykepleiere oppfatter at Helseplattformen bidrar til pasientsikkerhet, brukskvalitet og effektivitet. For de spørsmålene som ble stilt i spørreundersøkelsen i både 2023 og 2024, har vi sammenlignet svarene.

2.4 Problemstilling 2 Økonomisk styring av Helseplattformen

2.4.1 Dokumentanalyse / analyse av regnskapsdata

For å belyse denne problemstillingen har vi benyttet dokumentanalyse og analyse av regnskap/regnskapsoversikter. Det omfatter både regnskapet til prosjektet Helseplattformen og regnskapet for de lokale innføringsprosjektene, det vil si utgifter som helseforetakene og Trondheim kommune skulle dekke selv. Vi har analysert styredokumenter, årlig budsjetter og langtidsbudsjetter for Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS. Vi har innhentet tall om prosjektets samlede kostnader, herav kostnader til bygging og utbedring av løsningen og kostnader til innføringen av løsningen. Vi har også innhentet beregninger av framtidige driftskostnader og de reelle driftskostnadene for helseforetak og kommuner. Fra Helse Midt-Norge RHF har vi innhentet oversikter over kostnader til forberedende prosjekter til det som ble Helseplattformen hovedprosjekt (Main Project).¹⁴ Vi har analysert årsregnskapene og årsberetningene til Helseplattformen AS og Helse HF fra 2019–2023 for å få en oversikt over utviklingen i totale driftsutgifter og antall årsverk. Videre har vi innhentet opplysninger fra de andre brukerkommunene om deres egne utgifter til innføring av Helseplattformen.

2.4.2 Intervjuer

For å få en bedre innsikt i den økonomiske styringen har vi hatt møter med økonomiansvarlige ved Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS, St. Olavs hospital og Trondheim kommune. Spørsmål om økonomien i Helseplattformprosjektet er også stilt til administrerende direktører og styreledere i Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS, St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal samt ledelsen i Trondheim kommune.

2.5 Problemstilling 3 Samhandling

I undersøkelsen av problemstilling 3 har vi brukt følgende metoder:

- Spørreundersøkelse
- Strukturerte samtaler og observasjon
- Intervjuer
- Dokumentanalyse

2.5.1 Spørreundersøkelse

Vi har brukt resultater fra spørreundersøkelsen til å undersøke samhandlingen i helsetjenesten. Se punkt 2.2 for å få mer informasjon om formål, temaer, populasjon, utvalg, svarprosent, gjennomføring og usikkerhet ved resultatene.

2.5.2 Strukturerte samtaler

Vi ville undersøke hvilken funksjonalitet Helseplattformen har for samhandling mellom ansatte på ulike nivåer i helsetjenesten som bruker Helseplattformen. Til det formålet utarbeidet vi et analyseskjema med temapunkter som vi gikk gjennom med leger, sykepleiere og helsesekretærer/helsefagsarbeidere ved to enheter ved henholdsvis St. Olavs hospital og i Trondheim kommune. Vi ønsket å undersøke enheter som tilbød planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp, for å avdekke hvordan funksjonaliteten fungerer for samhandling under ulike typer behandling. Vi gjennomførte totalt ti strukturerte samtaler med observasjon. De ansatte var erfarne brukere av Helseplattformen.

¹⁴ Prosjekt anskaffelse ny journalløsning og pasient administrativt system (EPJ/PAS) og prosjekt Helse Midt-Norge Lab (Epic Beaker) (2016–2020).

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 kommune)
- Trondheim interkommunale legevakt

I de strukturerte samtale med observasjon undersøkte vi blant annet disse temaene:

- deling av informasjon om pasientene
- framstilling av relevant informasjon
- tilrettelegging for helhetlige pasientforløp

Vi la lagt vekt på å stille strukturerte spørsmål om funksjonaliteten brukerne hadde tilgjengelig i Helseplattformen med utgangspunkt i hvilken rolle de hadde i arbeidshverdagen. De ansatte vi hadde samtaler med, 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 journaldokumentasjon, felles legemiddelliste og prøveresultater fra bildediagnostikk og laboratorium.

Vi fikk tilbakemeldinger på analyseskjemaet fra en tillitsvalgt lege, en sykepleier og en helsefagarbeider ved St. Olavs hospital før gjennomføringen.

2.5.3 Intervjuer

Vi har gjennomført intervjuer med følgende personer for å få informasjon om samhandling:

- lederen av brukerutvalget ved St. Olavs hospital
- lederen av brukerutvalget ved Helseplattformen AS
- ledere av Norsk helsenett SF

2.5.4 Dokumentanalyse

Vi har analysert dokumenter for å få informasjon om styringskrav, perspektiver fra Trondheim kommunes ledelse, fastleger, pasienter og pårørende og arbeidet med samhandling i de andre helseregionene. I dokumentanalysen har vi gjennomgått følgende typer dokumenter:

- erfaringsnotat til Riksrevisjonen fra pasient- og brukerombudet i Trøndelag
- Anskaffelsesstrategien for Helseplattformen
- Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering i helseforetakene i 2022 og 2023 og Direktoratet for e-helses tilhørende vurdering
- notat om felles journaløft utenfor helseregionen Midt-Norge
- saksgrunnlag til intern styringsgruppe i Trondheim kommune
- brev fra fastleger til Trondheim kommune

2.6 Problemstilling 4 De viktigste forklaringene på problemene

2.6.1 Valg av konsept og gjennomføringen av anskaffelsesprosessen

Dokumentgjennomgang

Vi har analysert dokumenter for å få informasjon om:

- hva som var bakgrunnen for at Helse Midt-Norge RHF startet forberedelser til en anskaffelse av et nytt journal- og fagsystem

- hva som var målene for programmet Helseplattformen
- hvilke samfunnsøkonomiske analyser som var bakgrunn for valg av konsept
- hvilke alternative konsepter Helse Midt-Norge RHF vurderte
- hvilken risiko de vurderte ved det valgte konseptet
- hvilke strategiske veivalg de gjorde for å nå målene med akseptabel risiko

Vi undersøkte også dokumenter som viser hvilken ekstern kvalitetssikring Helse Midt-Norge RHF sørget for, og hvordan Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet vurderte ulike konsepter.

I dokumentgjennomgangen gikk vi gjennom følgende typer dokumenter:

- Helse Midt-Norge RHF's strategidokumenter for virksomhetsutvikling, for innovasjon og for bruk av IT
- programmet Helseplattformens strategi for anskaffelsen og tilhørende bakgrunnsnotater
- møteprotokoller fra Helse Midt-Norge RHF's styremøter
- Helse Midt-Norge RHF's forberedende rapporter og konseptutredning
- ekstern kvalitetssikring av konseptutredning
- Helse- og omsorgsdepartementets foretaksprotokoller for Helse Midt-Norge RHF
- Direktoratet for e-helses og Helsedirektoratets utredninger av målet om «én innbygger – én journal» og Helseplattformens rolle som startpunkt
- et utvalg av anskaffelsesdokumentene, vi la særlig vekt på dokumentene som viste vurderinger av brukskvalitet og kostnader
- eksterne kvalitetssikrings-/vurderingsrapporter av anskaffelsen
- kontraktene som Helse Midt-Norge RHF inngikk med Epic i 2019

Skriftlige spørsmål til Helse Midt-Norge RHF

Vi utformet et brev med spørsmål til Helse Midt-Norge RHF om forhold vi ikke fikk tilstrekkelig informasjon om gjennom dokumentgjennomgangen. Vi sendte spørsmålene i desember 2023 og fikk svar fra Helse Midt-Norge RHF i januar 2024. I brevet stilte vi spørsmål om følgende temaer:

- tidslinje for arbeidet med konseptvalg, strategi og beslutninger
- eksterne fagmiljøer som ga innspill i arbeidet med konseptutredningen
- scenarier for teknisk driftsplattform
- kvalitetssikringens omfang og innhold og Helse Midt-Norge RHF's oppfølging
- programmets styringsmål og tildelingskriterier
- forventet grad av tilpassing av anskaffet journal- og fagsystem og markedsrisikoer
- anskaffelsesstrategi
- vurderinger som ble gjort i gjennomføring av anskaffelsen
- Epics innføringsmetodikk

2.6.2 Forberedelsene til innføringen

Dokumentgjennomgang

Vi har analysert dokumenter for å få informasjon om

- planer for å sette Helseplattformen i drift
- Helse Midt-Norge RHF's krav til standardisering og virksomhetsutvikling
- hvem som skulle ta beslutninger om standardisering av pasientforløp
- fagekspertenes rolle
- Helseplattformen AS' arbeid med å tilpasse systemet
- koordinering av standardiserte pasientforløp

- forberedelsene ved St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal
- opplæringen før innføringen i de to helseforetakene
- testing av løsningen før den ble satt i drift

I dokumentgjennomgangen gikk vi gjennom følgende typer dokumenter:

- eksterne evalueringer
- innføringsplaner som er beskrevet i kontrakten med Epic og i styredokumenter til Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS og St. Olavs hospital
- ekstern kvalitetssikring av innføringsplanene
- Helse Midt-Norge RHF's styringskrav og rammer til helseforetakene
- Helse Midt-Norge RHF's beskrivelser av ansvar og roller
- Helse Midt-Norge RHF's metodikk for standardisering
- Helseplattformen AS' presentasjoner av status på sitt arbeid
- Helse Midt-Norge RHF's og Trondheim kommunes planer for innføring
- St. Olavs hospitals planer og etterfølgende erfaringsrapport
- St. Olavs hospitals beskrivelser av status på forberedelsene
- strategier og planer for opplæring i helseforetakene
- testrapporter fra Helseplattformen AS, St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal

Intervjuer

Vi har gjennomført intervjuer for å undersøke hvilke vurderinger toppledelsen og styrelederene i de ulike virksomhetene gjorde av forberedelsene til innføringen, og for å innhente informasjon om forhold vi ikke fikk tilstrekkelig opplysninger om gjennom dokumentgjennomgangen. Under punkt 2.1 står det en oversikt over hvilke personer vi har intervjuet. Forberedelsene til innføringen var tema i de fleste intervjuene.

Spørreundersøkelse

Vi har brukt resultater fra spørreundersøkelsen til å undersøke St. Olavs hospitals gjennomgang av nye arbeidsprosesser og opplæring. Under punkt 2.2 står det mer informasjon om formål, temaer, populasjon, utvalg, svarprosent, gjennomføring og usikkerhet ved resultatene.

Skriftlige spørsmål

Vi har i flere omganger stilt spørsmål på e-post for å få mer informasjon om forhold som ikke kommer klart fram i de dokumentene vi har hatt tilgang til, eller som vi ikke fikk tilstrekkelig tydelig svar på gjennom intervjuer.

2.6.3 Drift og utvikling i Helseplattformen AS

Analyse av data til ServiceNow

Vi har fått et uttrekk av data fra ServiceNow, som er Helseplattformen AS' saksbehandlingsverktøy. Uttrekket er fra perioden 7. mai 2022 til 1. august 2024 og gjelder saker meldt inn fra St. Olavs hospital, Helse Møre og Romsdal og Trondheim kommune.

Uttrekket er analysert med tanke på løsningstid, uløste saker og kritikalitet og annen relevant informasjon om saksbehandlingen hos Helseplattformen AS.

Intervjuer

Undersøkelsen av problemstillingen bygger i stor grad på intervjuer med administrerende direktør og nåværende og tidligere direktører i Helseplattformen AS.

De er intervjuet om følgende temaer:

- kapasitet, kompetanse og ressurser
- organisasjonsoppbygging
- IT-drifts- og forvaltningsprosesser
- kontrakten og dialogen med Epic
- utfordringsområder
- tjenesteavtalene
- dialog med kunder og andre aktører
- beslutningsstruktur

Undersøkelsen av problemstillingen bygger også på intervjuer med nåværende og tidligere styreleder for Helseplattformen AS og andre intervjuer, se punkt 2.2.

Dokumentanalyse

Vi har analysert dokumenter (styresaker i Helseplattformen AS og referater fra eiermøtene) for å få informasjon om utredningen av rammene for selskapet Helseplattformen AS. Videre har vi analysert dokumenter fra selskapet Helseplattformen AS som gjelder deres interne prosessbeskrivelser og rutiner, tjenesteavtalene med kundene samt felles faglig beslutningsstruktur.

I dokumentgjennomgangen gikk vi gjennom følgende typer dokumenter

- brukerveiledninger for innmelding av feil/hendelser
- prosessbeskrivelse feil/hendelseshåndtering (*incidents*)
- prosessbeskrivelse for problemløsningsprosess
- beskrivelse av arbeid med kvalitetsstyringssystem
- beskrivelse av arbeid med ressursoppfølging
- gjennomførte systemrevisjoner av Epic-løsningen
- beskrivelse av håndtering av endringsønsker
- anbefalinger og tiltak for strategisk ledelsesbistand (Deloitte)
- egenevaluering av prosessmodenhet

2.6.4 Risikostyring

Vi har undersøkt risikostyringen ved å sammenligne risiko som Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS og St. Olavs hospital har identifisert over tid, og vi har sammenlignet denne risikoen med utfordringer som har oppstått.

Analysen av problemstillingen bygger i hovedsak på dokumentanalyse. Hvilke risikofaktorer som ble identifisert i en tidlig fase, kommer fram i konseptrapporten til Helseplattformen og konkurransegrunnlaget. Også eksterne kvalitetssikringsdokumenter av innføringsplanene gir informasjon om risiko som ble påpekt, blant annet basert på erfaringene i Danmark.

For å belyse risikovurderingen som ble gjort etter at Helse Midt-Norge RHF undertegnet kontrakten, har vi gått gjennom risikovurderingene som er rapportert til styrene i helseforetakene, Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS. Vi har også brukt informasjon fra andre interne dokumenter. Dokumentene viser også hvilke risikoreducerende tiltak som er lagt fram for styrene.

I intervjuene har vi stilt spørsmål om tiltak for å redusere risiko på viktige områder.

2.6.5 Organisering, styring og beslutningsstruktur i Helseplattformen

Beskrivelsen av styringsstrukturen er basert på dokumentasjon vi har mottatt fra Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS, Trondheim kommune og St. Olavs hospital, samt styredokumenter. I tillegg bygger undersøkelsen av problemstillingen på vurderinger fra tidligere evalueringer, spesielt rapporten fra Boston Consulting Group og tilsyn som Helsetilsynet og Direktoratet strålevern og atomsikkerhet har gjennomført.

Styrker og svakheter med beslutningsstrukturen har også vært tema i intervjuer med administrerende direktør og nåværende og tidligere styreleder i Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene, Helseplattformen AS og kommunedirektøren/direktører i Trondheim kommune.

Styrenes kompetanse

For å undersøke styrenes kompetanse på digitalisering har vi gått igjennom hvilke personer som har hatt verv som styreledere og styremedlemmer i perioden 2012 til 2024 for Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS og de tre helseforetakene i helseregionen. Det omfatter i alt 89 personer som har sittet en eller flere perioder i styrene. Enkelte personer har også sittet i flere av styrene.

2.6.6 Helse- og omsorgsdepartementets styring, tilrettelegging og oppfølging

Vi har gjennomført dokumentanalyse av stortingsmeldinger, foretaksprotokoller og andre sentrale styringsdokumenter som viser oppdragene til Helse Midt-Norge RHF og forventninger til Helse Midt-Norge RHF's arbeid med Helseplattformen. I tillegg har vi sett på brev og annen dokumentasjon som viser bakgrunnen for oppdragene som departementet har gitt. Vi har også gått igjennom årsrapporter og nasjonale vurderinger av status for elektroniske pasientjournalløsninger i Norge.

I tillegg har vi intervjuet administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF, Helsedirektoratet, Norsk helsenett og Helse- og omsorgsdepartementet. Analysen underbygges også av tidligere undersøkelser gjennomført av Riksrevisjonen.

3 Revisjonskriterier

3.1 Overordnede mål med digitalisering av helsesektoren

Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* viser til at bruk av teknologi står sentralt for å forbedre og fornye offentlig sektor i Norge. I meldingen vises blant annet til følgende hovedprioriteringer:

- brukeren i sentrum
- IT er en vesentlig innsatsfaktor for innovasjon og produktivitet
- effektiv digitalisering av offentlig sektor

Et hovedmål for helse- og omsorgspolitikken er gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester.¹⁵ Digitale løsninger og bedre digital samhandling skal bidra til at innbyggerne får gode, sammenhengende og tilgjengelige tjenester.

Helseplattformen har vært regional utprøvsarena for det nasjonale målbildet som er definert i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*, hvor

- helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester
- data skal være tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning

Ifølge meldingen er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i moderne teknologi, for å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 viser til målene i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* og presiserer at teknologi kan bidra til å effektivisere samhandlingen og informasjonsflyten.¹⁶ Forventningen til teknologi er også videreført i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, hvor det uttrykkes at den teknologiske utviklingen kan gi betydelige effekt i form av bedre kvalitet på pasientbehandlingen og bedre ressursbruk.¹⁷

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. Dette er noe som trengs for å styrke gjennomføringsevnen for nasjonale IT-tiltak.¹⁸

3.2 Krav til aktører som yter helse- og omsorgstjenester

3.2.1 Generelt om journalplikt

Helsepersonell som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient.¹⁹ Journal- og informasjonssystemer²⁰ skal inneholde viktige opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp.²¹ Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen samt de opplysningene som er nødvendige for å oppfylle

¹⁵ Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjoner.

¹⁶ Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019* og Innst. 206 S (2015–2016).

¹⁷ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020–2023*, jf. Innst. 255 S (2019–2020).

¹⁸ 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); Innst. 11 S (2017–2018), jf. Prop. 1 S (2017–2018). Helse- og omsorgsdepartementet.

¹⁹ Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). §§ 39 og 45. Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp, jf. § 2.

²⁰ 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. Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168) gjelder alle former for behandling av helseopplysninger som dokumenteres etter helsepersonelloven §§ 39 og 40, dvs. både helseforetak og kommuner.

²¹ Helsepersonelloven § 40 og pasientjournalforskriften.

meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.²²

Den enkelte helseinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.²³ 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 i.²⁴

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten stiller krav om²⁵:

- **god pasientsikkerhet**, som krever at opplysninger lagres og deles mellom helsepersonell, at opplysningene er korrekte og oppdaterte, og at pasient/bruker og helsepersonell har tillit til systemer og personell.
- **tilgjengelighet**, som ifølge normen betyr at helse- og personopplysninger som skal behandles, er tilgjengelig til den tid og på det sted det er behov for opplysningene. Tilgjengelig informasjon for helsepersonell er en forutsetning for god og forsvarlig helsehjelp.

3.2.2 Forsvarlig pasientbehandling

Helseforetakene har ansvar for at helsetjenester er forsvarlige.²⁶ De regionale helseforetakene (RHF-ene) har et «sørge-for-ansvar» for spesialisthelsetjenester i sin region. Dette innebærer at RHF-ene har et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester, og at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Som eier av helseforetakene vil også de regionale helseforetakene kunne stilles til ansvar både for manglende oppfyllelse og for svikt/uforsvarlighet.²⁷

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.²⁸

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.²⁹

3.2.3 Krav om å melde opplysninger til helseregistre

Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, plikter å melde opplysninger til helseregistre som er spesifisert i loven, jf. lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven).³⁰ Formålet er å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester.³¹ Helseopplysningene brukes til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten.

²² Helsepersonelloven §§ 40 og 45.

²³ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

²⁴ Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (LOV-2014-06-20-42). § 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.

²⁵ Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten, versjon 6.1, vedtatt 21.november 2022.

²⁶ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

²⁷ Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*. Rundskriv IS-5/2013.

²⁸ Pasientjournalloven § 1. Lovens formål. 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.

²⁹ Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). § 4-1.

³⁰ Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) § 13.

³¹ Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) § 1.

3.3 Krav til utredning, anskaffelse, risikostyring og budsjettering

3.3.1 Krav til utredning og anskaffelse

Undersøkelsen legger til grunn at det er god praksis å følge standarder og veiledere for utredning og styring av IT-prosjekter.

I henhold til reglement for økonomistyring i staten § 4 skal Helse- og omsorgsdepartementet sikre tilstrekkelig styringsinformasjon og et forsvarlig beslutningsgrunnlag.

Det er en del generelle og allment aksepterte krav til utredninger som undersøkelsen legger til grunn som god praksis å følge for Helse Midt-Norge RHF. Dette er forutsetninger for å oppnå god kvalitet på beslutningsgrunnlaget og kommer til uttrykk i lover, instruksjer, veiledere og prosjektfaglig litteratur.³²

Utredninger bør inneholde blant annet

- en god problembeskrivelse og behovsanalyse
- tydelige mål og målhierarkier
- realistiske forutsetninger
- en god utredning av alternativer
- en analyse av budsjettmessige virkninger for staten

Finansdepartementet har utgitt en veileder for å støtte arbeidet med å utrede, planlegge og kvalitetssikre digitaliseringsprosjekter.³³ Rammen for veilederen er krav definert i rundskriv om statens prosjektmodell (R-108/19). Veilederen framhever noen generelle anbefalinger for utredning og kvalitetssikring av digitaliseringsprosjekter:

- Tverrfaglig kompetanse bør 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.

Lov om offentlige anskaffelser skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser. Oppdragsgiveren skal opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet. Konkurranspreget dialog kan anvendes når vilkårene i anskaffelsesforskriften § 13-2 er oppfylt.³⁴

3.3.2 Realistisk budsjettering

Et av formålene med spesialisthelsetjenesteloven er å «bidra til at ressursene utnyttes best mulig» (§ 1-1 nummer 4). Helse Midt-Norge RHF ble i foretaksrådet for 2012 bedt om å sikre realistisk budsjettering i hele foretaksgruppen, både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene.³⁵ God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomhetene i foretaksgruppen.

Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet.³⁶ Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i

³² Disse kravene, eller deler av disse kravene, kommer til uttrykk i blant annet utredningsinstruksen, krav til mål- og resultatstyring i staten, veiledere for mål og resultatstyring i staten, statens prosjektmodell for store investeringer, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og veilederen til denne forskriften, forvaltningsloven og uskrevne krav til god forvaltningsskikk. Videre er det også bred dekning av disse kravene og viktigheten av dem i den delen av «project management theory» somhandler om tidligfasen, se for eksempel Larsen et al. (2020). *Hospital project front-end planning: Current practice and discovered challenges*; Samset. (2010). *Early Project Appraisal: Making the Initial Choices*; Williams et al. (2019). *The front-end of projects: a systematic literature review and structuring*.

³³ Finansdepartementet. (2020, 31. januar). [Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell](#). [Veileder].

³⁴ DFØ. (2023, 26. oktober). [Konkurranspreget dialog](#).

³⁵ Protokoll fra foretaksrådet i Helse Midt-Norge RHF 30. januar 2012. Krav og rammer m.v. for 2012.

³⁶ Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak* (LOV-2001-06-15-93). § 28.

samsvar med de lovpålagte målene som er nedfelt i § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.³⁷

I henhold til reglement for økonomistyring i staten § 1 skal Helse- og omsorgsdepartementet sikre at statlige midler brukes og inntekter oppnås i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger. Statlige midler skal brukes effektivt, og statlige mål og resultatkrav skal oppnås.

Kommuneloven stiller krav om at det utarbeides realistiske planer for egen virksomhet og økonomi.³⁸ Trondheim kommunes økonomireglement stiller også krav om budsjettrealisme, fullstendighet og økonomirapportering.

3.3.3 Krav til styring av store IT-prosjekter

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*.³⁹ 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.⁴⁰ 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.

Videre krever digitalisering god strategisk IT-kompetanse. Digitalt modne virksomheter kjennetegnes gjerne ved at de har⁴¹

- 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
- et opplegg som tar hensyn til andre virksomheters behov for data
- en god dialog med sine leverandører

Det kommer fram i digitaliseringsrundskrivet at prosjektveiviseren er anbefalt prosjektmodell for alle tiltak.⁴² Modellen legger blant annet vekt på organisasjonsutvikling gjennom endrede arbeidsprosesser og organisatoriske endringer. Modellen legger også til rette for en smidig tilnærming gjennom fasene i prosjektprosessen.

3.3.4 Krav til risikostyring

Enhver som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.⁴³ Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, skal sørge for at det etableres og gjennomføres

³⁷ Helseforetaksloven § 28.

³⁸ Kommuneloven. (2018.) *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). § 14-1.

³⁹ Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015, 16. juni). [Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak](#).

⁴⁰ Meld. St. 27 (2015–2016). *Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*, jf. Innst. 84 S (2016–2017).

⁴¹ Meld. St. 27 (2015–2016). *Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*, jf. Innst. 84 S (2016–2017).

⁴² Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (2024, 9. februar). [Digitaliseringsrundskrivet](#), punkt 3.

⁴³ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

systematisk styring av virksomhetens aktiviteter.⁴⁴ Ifølge spesialisthelsetjenesteloven og lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) er RHF-ene og helseforetakene pålagt å ha et internkontrollsystem og å sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene som er fastsatt i lov eller forskrift.⁴⁵ Kravet til internkontroll omfatter også risikostyring. Det følger av *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* at risikostyringen skal være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem.⁴⁶

På et foretaksmøte med de regionale helseforetakene i 2019 påpekte Helse- og omsorgsdepartementet blant annet at 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.

3.4 Roller og ansvar

3.4.1 Ansvar til Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgspolitikken og skal styre og koordinere utviklingen i helsesektoren, jf. budsjettproposisjonene til Helse- og omsorgsdepartementet.

Økonomireglementet i staten fastsetter at departementet, innenfor gjeldende lover og regler, skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring.

Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkårene som er satt for tildeling av bevilgning.⁴⁷

3.4.2 Nærmere om ansvaret til Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene i regionen

Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen.⁴⁸ Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.

Helseforetakene er egne rettssubjekter, og foretakenes ledelse har et selvstendig ansvar for virksomhetens drift.⁴⁹ De regionale helseforetakene, som eier, pålegger helseforetakene oppgaver gjennom krav knyttet til årlig bevilgning og gjennom foretaksmøter.⁵⁰

De regionale helseforetakene har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse i helseregionen.⁵¹ Helse Midt-Norge RHF har et helhetlig og overordnet ansvar for innføringen av Helseplattformen.

⁴⁴ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2016) § 3 *Ansvar for styringssystem*.

⁴⁵ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helsetilsynsloven § 5.

⁴⁶ Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (siste faglige endring 29. oktober 2018), § 1.

⁴⁷ Helseforetaksloven § 16a.

⁴⁸ Helseforetaksloven § 2a.

⁴⁹ Prop. 120 L (2011–2012) *Endringer i helseforetaksloven mv. og helseforetaksloven* § 6.

⁵⁰ Prop. 120 L (2011–2012) *Endringer i helseforetaksloven mv.*

⁵¹ Prop. 1 S (2022–2023). Helse- og omsorgsdepartementet.

3.4.3 Krav til styret og styrets sammensetning i de regionale helseforetakene og helseforetakene

Forvaltningen av foretaket hører under styret, som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Styret skal blant annet holde seg orientert om den samlede virksomheten, vedta planer og budsjetter samt føre tilsyn med daglig leder.⁵²

Rekrutteringen av gode styrer er en vesentlig del av eierstyringen. En av de viktigste oppgavene for staten som eier er å sørge for godt sammensatte og kompetente styrer som forvalter ansvaret på vegne av fellesskapet.⁵³ Helseforetaksloven stiller ingen kompetansekrav til styremedlemmene, men for å sikre en forsvarlig eierforvaltning må styret settes sammen på en slik måte at det til sammen har den nødvendige kompetansen til å ivareta oppdraget og ansvaret styret pålegges.

3.4.4 Krav til eierne av aksjeselskap

Lov om aksjeselskaper (aksjeloven) slår fast at eierne har ansvar for å sikre at selskapet har tilstrekkelig finansiering og har handleplikt ved tap av egenkapital. Selskapet skal til enhver tid ha en egenkapital og en likviditet som er forsvarlig ut fra risikoen ved og omfanget av virksomheten i selskapet.⁵⁴

Aksjeeierne har den øverste myndighet i selskapet, og denne myndigheten utøves gjennom generalforsamlingen.⁵⁵ Av dette følger at eiermøter kun kan være arena for dialog og samarbeid, ingen føringer kan gis til selskapet unntatt gjennom generalforsamlingen.

3.4.5 Nærmere om Trondheim kommunes ansvar

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.⁵⁶ Kommunene har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse. Kommunedirektøren må sikre en sammenhengende styringslinje fra kommunestyret.

Fastlegeordningen inngår som en del av kommunenes overordnede ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen.⁵⁷

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.⁵⁸

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene sier at kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.⁵⁹

Fastlegene kan enten være enten ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende. Det foreligger ikke rettslig grunnlag for at kommunen kan pålegge selvstendig næringsdrivende fastleger å bruke et bestemt journalsystem. I de tilfellene fastlegekontoret er en kommunal virksomhet, har

⁵² Helseforetaksloven § 28 og 29.

⁵³ Meld. St. 27 (2013–2014). *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*.

⁵⁴ Aksjeloven § 3-4.

⁵⁵ Aksjeloven § 5-1.

⁵⁶ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

⁵⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 og forskrift om fastlegeordningen i kommune (FOR-2012-08-29-842).

⁵⁸ Forskrift om fastlegeordning i kommunene §§ 4 og 8.

⁵⁹ Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 7.

imidlertid kommunene rett til å treffe avgjørelser om driften, blant annet å avgjøre hvilket journalsystem som skal brukes. Dette følger av bestemmelser om arbeidsgiverens styringsrett.⁶⁰

3.5 Samhandling i helse- og omsorgstjenester

Spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om samarbeid mellom tjenesteytere for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.⁶¹

Et helhetlig helsetilbud forutsetter god samhandling mellom de ulike tjenestene og nivåene.⁶² Dette gjelder særlig for pasientgrupper med sammensatte sykdomsbilder og helseutfordringer.

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).

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.⁶³ 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.⁶⁴

3.6 Krav til IT-løsningen, test, opplæring og driftsprosesser

Digitaliseringsdirektoratets overordnede arkitekturprinsipper skal legges til grunn for alt arbeid med IT i offentlig sektor. Arkitekturprinsippene for digitalisering av offentlig sektor er obligatoriske for statlige virksomheter.⁶⁵ Utgangspunktet skal være brukernes behov, og digitale løsninger skal utvikles slik at de kan samhandle med andre løsninger i offentlig og privat sektor.

3.6.1 Brukskvalitet

Pasientjournalloven § 7 sier blant annet at et behandlingsrettet helseregister skal «være lett å bruke og å finne frem i».⁶⁶ Brukeropplevelser og hvor lett et system er å bruke og finne fram i, henger sammen med brukskvalitet. Det finnes en ISO-standard for brukskvalitet^{67, 68} ISO-standarden lister opp syv prinsipper, som sammen skal bidra til gode brukeropplevelser som er effektive, produktive og tilfredsstillende for en bred brukergruppe samt gir eksempler på hvordan brukskvaliteten kan måles.

3.6.2 God praksis for testing

I krav til elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren er det stilt krav om at virksomheter skal sørge for at det gjennomføres testing som sikrer at meldingstrafikken fungerer som forventet.⁶⁹ Dette er

⁶⁰ 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.»

⁶¹ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e; helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4.

⁶² Ot.prp. nr. 51 (2008–2009). *Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven*, jf. Innst. O. nr. 110 (2008–2009).

⁶³ Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). § 5-10.

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

⁶⁵ Digitaliseringsdirektoratet (2020, 14. januar). *Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor*. Versjon 3.0. DIFI (2012, 17. september). *Overordnede IT-arkitekturprinsipper for offentlig sektor*. Versjon 2.1.

⁶⁶ *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (pasientjournalloven) trådte i kraft i 2015 (LOV-2014-06-20-42).

⁶⁷ Brukskvalitet defineres som i hvilken grad et produkt eller system kan bli brukt av spesifikke brukere til å oppnå spesifiserte mål i en spesifikk kontekst, med best mulig effektivitet, effekt og tilfredshet. Brukskvaliteten til et IT-system sier dermed noe mer enn hvor behagelig og tilfredsstillende systemet oppleves, det sier også noe om i hvilken grad systemet bidrar til at brukere får gjennomført det de har tenkt, på best mulig måte, blant annet effektivt.

⁶⁸ NS-EN ISO 9241-11:2018. *Ergonomi for samhandling mellom menneske og system – Del 11: Brukskvalitet: Definisjoner og begreper*.

⁶⁹ Direktoratet for e-helse. (2021). *Krav til elektronisk meldingsutveksling, punkt 4*, jf. <https://www.ehelse.no/Standardisering/standarder/krav-til-elektronisk-meldingsutveksling#4%3A%20Test%20av%20meldingstrafikk>.

ifølge kravene spesielt viktig ved blant annet oppgradering av systemer for elektroniske pasientjournaler.

Bransjeorganisasjonen ISTQB⁷⁰ har gjennom sertifiseringsordninger for testere angitt en rekke anbefalinger for gjennomføring av testing.⁷¹

3.6.3 Krav til opplæring

Virksomheter som yter helsetjenester innen spesialisthelsetjenesten, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.⁷² Ved innføring av nye IT-systemer i helse- og omsorgssektoren er det viktig at alle som skal bruke systemene, får tilstrekkelig opplæring.⁷³

Arbeidsmiljøloven forutsetter at den enkelte gis mulighet til å utvikle seg både faglig og personlig i sitt arbeid. Videre skal det gis tilstrekkelig med informasjon og opplæring slik at arbeidstakeren er i stand til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører personens arbeidssituasjon. Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.⁷⁴

3.6.4 God praksis for IT-driftsprosesser

Det er anbefalt å ha et ledelsessystem for kvalitet for å lede og styre de aktivitetene som skal bidra til å oppnå tilsiktede resultater.⁷⁵ Stort sett består dette av organisasjonens struktur og planlegging, prosesser, ressurser og dokumentert informasjon som benyttes for å oppnå kvalitetsmålene. Det er definert syv overordnede prinsipper for kvalitetsledelse. ISO-standarden omtaler videre noen hovedfordeler ved å følge prinsippene, og mulige tiltak for å følge dem.

God praksis for IT-drifts- og styringsprosesser (for eksempel angitt i ITIL⁷⁶ og Cobit⁷⁷) skal ivareta hensynet til systematisk styrte prosesser gjennom hele livsløpet, fra planlegging til overvåking og forbedring av prosessen. Disse gir veiledning om hvilke nøkkelaktiviteter prosessen bør inneholde, men må tilpasses lokale forhold.

⁷⁰ International Software Testing Qualifications Board, jf. [Norwegian Testing Board – International Software Qualification Board – ISTQB i Norge \(istqb-norge.no\)](https://www.istqb-norge.no).

⁷¹ International Software Testing Qualifications Board. (2019, 28. april). *Sertifisert tester: Pensum for grunnivå*. Norsk versjon basert på CTFL 2018 V1.0. Jf. [ISTQB Grunnivå pensum \(istqb-norge.no\)](https://www.istqb-norge.no).

⁷² Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* § 3-10.

⁷³ Meld. St. 9. (2012–2013). *En innbygger – én journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*, jf. Innst. 224 S (2012–2013).

⁷⁴ Arbeidsmiljøloven § 4-2. Loven gjelder alle virksomheter som sysselsetter arbeidstaker, med mindre annet er uttrykkelig fastsatt.

⁷⁵ NS-EN ISO 9001:2015. *Ledelsessystemer for kvalitet – Krav (ISO 9001:2015)*.

⁷⁶ Information Technology Infrastructure Library, jf. [What is ITIL? | Axelos](https://www.axelos.com).

⁷⁷ Control Objectives for Information and Related Technologies, jf. [COBIT | Control Objectives for Information Technologies | ISACA](https://www.isaca.org).

4 Vurderinger

4.1 Innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital har truet pasientsikkerheten og reduserer effektiviteten i pasientbehandlingen

Helseforetakene har ansvar for at helsetjenestene er forsvarlige. Dette innebærer blant annet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Helseforetakene skal også sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.

Helseplattformen ble innført ved St. Olavs hospital 12. november 2022. Det viste seg at systemet de tok i bruk, hadde mange feil som de oppdaget de første månedene. De viktigste feilene var meldinger som ikke ble sendt eller hadde mangelfullt innhold, problemer med radiologiløsningen slik at svar ikke ble fulgt opp, og at funksjonaliteten for å administrere legemidler fungerte dårlig. Det ble oppdaget nye feil fram til januar 2024.

Meldinger om avvik til kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital, samt varsler om alvorlige hendelser til Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag har økt etter at Helseplattformen ble satt i drift. Ved St. Olavs hospital økte antall innmeldte hendelser knyttet til pasienter med 40 prosent i 2023 sammenlignet med årene før, men de fleste har ikke hatt alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten. Helsetilsynet har mottatt 43 varsler om alvorlige hendelser der Helseplattformen kan være årsaken eller en del av årsak til feilen. Statsforvalteren melder om at det var en markant økning i bekymringsmeldinger fra helsepersonell ved St. Olavs hospital etter at de tok i bruk Helseplattformen. Helsetilsynet og statsforvalteren i Trøndelag konkluderte i april 2024 med at innføringen av Helseplattformen har ført til økt risiko for svikt i pasientbehandlingen. Feilene i den nye IT-løsningen truer pasientsikkerheten internt ved St. Olavs hospital HF og ved virksomheter helseforetaket utveksler elektronisk informasjon med. En spørreundersøkelse vi gjennomførte i april 2024, viser at 84 prosent av legene og 64 prosent av sykepleierne ved St. Olavs hospital mener at Helseplattformen bidrar til dårligere pasientsikkerhet.

Helseplattformen AS har ansvaret for å innføre og forvalte en felles løsning for pasientjournal for sykehus og kommunal helse og omsorg i Midt-Norge. Etter at feilene ved Helseplattformen ved St. Olavs hospital ble avdekket, satte selskapet i gang arbeid med å rette feil og forbedre IT-systemet. Dokumentgjennomgangen viser at dette arbeidet har tatt lengre tid enn forutsatt. Fristene har blitt skjøvet på. Løsningen er blitt forbedret på flere områder, men det er fortsatt behov for å gjøre det bedre. Konsekvensene av feilene og at det har tatt tid å gjøre systemet bedre har vært at oppfølgingen av berørte pasienter har blitt forsinket. Pasienter har feilaktig gjennomgått radiologundersøkelser to ganger.

Etter vår vurdering har pasientsikkerheten dermed blitt truet ved innføring av Helseplattformen ved St. Olavs hospital. Feilene har også ført til økt ressursbruk fordi helsepersonell har måttet kontrollere informasjon manuelt. St. Olavs hospital informerte i september 2024 Statens helsetilsyn om at risikoen for pasientsikkerheten etter deres vurdering er på samme nivå som før Helseplattformen ble tatt i bruk.

Journalssystemer bør være lette å lære og bruke. Undersøkelsen viser at Helseplattformen er en kompleks løsning, og brukerne opplever at den er lite intuitiv og tungvint å jobbe med. Brukergrensesnittet støtter ikke brukerne godt nok i hvordan de skal håndtere oppgavene, og det er lett å gjøre feil.

Spørreundersøkelsen vi har gjennomført i 2024, viser at et flertall av legene ved St. Olavs hospital mener at Helseplattformen fungerer nokså dårlig eller svært dårlig. Bare 2,7 prosent av legene og 2,6 prosent av sykepleierne mener i 2024 at løsningen fungerer svært godt. Sykepleierne er imidlertid

mer fornøyd med Helseplattformen enn det legene er. Både leger og sykepleiere opplever at Helseplattformen fungerer bedre til daglige arbeidsoppgaver enn til oppgaver de bare gjør av og til. Begge gruppene er ifølge spørreundersøkelsen generelt noe mer fornøyd med Helseplattformen i april 2024 enn i mars 2023. Helsepersonell i Midt-Norge er også mindre fornøyd med sine journalsystemer enn helsepersonell i de andre helseregionene.

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.

Spørreundersøkelsen vi har gjennomført i 2024, viser at et flertall av både leger og sykepleiere opplever at det er tidkrevende å legge inn og finne fram informasjon i Helseplattformen. Et stort flertall av både leger og sykepleiere opplever at Helseplattformen gir mindre tid til pasienten.

Mål2024/00913et var at St. Olavs hospital skulle være i full drift fire uker etter innføringen. Administrerende direktør konkluderte i oktober 2024 med at det har reetablert normal drift. Selv om brukerne opplever at Helseplattformen fungerer bedre i 2024 enn i 2023, er vår vurdering at løsningen må bli vesentlig enklere å bruke for de ansatte for å understøtte effektiv pasientbehandling.

Helseplattformen ble innført i Helse Møre og Romsdal 27. april. Det har kommet fram færre problemer den første tiden etter innføringen av Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal enn ved innføringen ved St. Olavs hospital.

4.2 Helseplattformen legger til rette for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men gevinstene reduseres betydelig fordi fastleger, avtalespesialister og flere kommuner ikke bruker Helseplattformen

Et hovedmål for helse- og omsorgspolitikken er gode pasientforløp og digital samhandling. Tjenesteytere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal samarbeide for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Digitale tjenester skal også gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige.

Helseplattformen samler pasientopplysninger fra kommuner og sykehus som helsepersonell trenger, i én database. Undersøkelsen viser at informasjonen som legges inn i Helseplattformen, blir delt umiddelbart og derfor kan gjenbrukes av alle som bruker Helseplattformen. Mange leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital oppgir likevel at de fortsatt må registrere informasjonen flere ganger, og de opplever at arbeidet med strukturert pasientjournal ikke gir bedre kvalitet eller effektivitet. Brukergrensesnittet innebærer også at det er vanskelig å finne informasjon som ligger i Helseplattformen. Leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital og i Trondheim kommune opplever at det er særlig utfordrende at Helseplattformen i liten grad gir god oversikt over legemidlene pasientene bruker. Både fast- og sykehusleger mener at svakhetene i utvekslingen av informasjon og meldinger gjennom Helseplattformen gir dårligere samhandling.

Trondheim kommunerevisjons undersøkelse viser at kommunehelsetjenesten i Trondheim opplever at Helseplattformen har lagt til rette for bedre samhandling med sykehusene. Helseplattformen gir mer informasjon om pasientene og gjør kommunikasjonen med spesialistene ved sykehuset enklere.

Undersøkelsen til Trondheim kommunerevisjon viser at Helseplattformen også legger til rette for bedre dialog med pasienter og pårørende gjennom innbyggerportalen HelsaMi. Det er imidlertid behov for å videreutvikle denne tjenesten for å sikre bedre samhandling.

Direktoratet for e-helses og Helsedirektoratets utredning av målet om «én innbygger – én journal» i 2015 pekte på mulig motstand fra fastlegene mot at de skulle bruke samme løsning som kommuner og sykehus i en region. Det var derfor knyttet risiko til innføring av en slik løsning basert på frivillighet. Helse Midt-Norge RHF var i 2016 bekymret for at de ikke ville klare å innfri brukernes forventninger til hva de ville kunne tilby, og at de derfor ikke tok i bruk Helseplattformen.

Det er to kommunale fastlegekontorer som benytter Helseplattformen i dag, ett av dem er i Trondheim kommune. Undersøkelsen viser at fastlegene i Trondheim kommune ikke ønsker å ta i bruk Helseplattformen. Fastlegene bruker i dag systemer fra andre leverandører, som de mener fungerer godt. St. Olavs hospital mener at de har behov for flere opplysninger fra fastlegene enn de har i dag. For St. Olavs hospital er det viktig å samhandle med fastlegene. Helseplattformen AS jobber med å forbedre løsningen for fastlegene. Det er i dag ingen avtalespesialister som bruker Helseplattformen, og det foreligger ingen konkrete planer. Utvikling og innføring av Helseplattformen for avtalespesialister er foreløpig ikke prioritert.

28 kommuner har innført Helseplattformen og ytterligere 6 har vedtatt å ta den i bruk. 5 kommuner har sagt nei til å ta i bruk Helseplattformen, 24 kommuner har vedtatt en utsettelse mens 4 kommuner ikke har tatt en politisk beslutning. Samhandlingsgevinstene blir redusert dersom kommunene velger andre løsninger enn Helseplattformen.

Etter vår vurdering legger Helseplattformen til rette for samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Svakheter i løsningene svekker imidlertid samhandlingsgevinstene og den samfunnsmessige nytten. Helseplattformen tilrettelegger også for å gjøre det enklere for pasientene å ha kontakt med helsevesenet, men mulighetene er i liten grad utnyttet. Så lenge fastleger og avtalespesialister ikke tar systemet i bruk, vil det etter vår oppfatning redusere gevinstene fra Helseplattformen betydelig. Risikoen for at blant annet fastleger velger å ikke ta i bruk Helseplattformen, var kjent på et tidlig tidspunkt.

4.3 Innføringen av Helseplattformen har blitt dyrere enn forutsatt, og de framtidige kostnadene er usikre

Styret skal fastsette budsjett og planer for foretakets virksomhet. Ressursene skal utnyttes best mulig. Helse- og omsorgsdepartementet ba i 2012 Helse Midt-Norge RHF om å sikre realistisk budsjettering. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomhetene i foretaksgruppen. Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med sine lovpålagte mål, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.

Kostnadene ved å innføre og bruke Helseplattformen er knyttet til

- det sentrale innføringsprosjektet (betaling til leverandør, sentrale forberedelser)
- lokale innføring i helseforetak og kommuner
- driftskostnader (betaling av lisens til leverandør og driftskostnader i Helse Midt-Norge)

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok investeringen i Helseplattformen 8. februar 2019. Styringsrammen for det sentrale innføringsprosjektet ble satt til 4,1 milliarder kroner (2023-kroner). Dette omfattet utvikling av løsningen for spesialist- og primærhelsetjenesten og innføring i de tre helseforetakene i Midt-Norge, i Trondheim kommune og på to fastlegekontor. Beløpet omfattet også frikjøp av noen ressurser fra helseforetakene.

Helseplattformen AS avsluttet det sentrale innføringsprosjektet regnskapsmessig 30. juni 2023. Med avsetning for resterende kjente kostnader utgjorde dette 3,8 milliarder kroner. Det gjensto imidlertid en

del arbeid, blant annet å utvikle funksjonalitet for fastlegene og avtalespesialistene samt å innføre IT-systemet for disse gruppene og å innføre IT-systemet i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag. Finansiering av innføring av IT-systemet i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag er hensyntatt gjennom avsetninger i Helse Midt-Norge RHF ved bruk av usikkerhetsavsetning fra investeringsvedtaket i 2019. Når det gjelder utvikling av funksjonalitet for fastleger og avtalespesialister er det ikke avsatt midler utover rammer i det sentrale innføringsprosjektet. Størrelsen på disse kostnadene er usikre. Helseplattformen AS er i tillegg avhengig av at Epic utvikler løsningen videre.

Utviklingen av en løsning for fastlegene er ikke ferdig. Avsetningen som er gjort er ikke tilstrekkelig. Hvordan dette skal finansieres er uavklart. Helse Midt-Norge RHF har heller ikke avsatt midler til å finansiere en løsning for avtalespesialister.

Helseforetakene har hatt lokale kostnader til innføring av Helseplattformen som omfatter opplæring av egne ansatte og superbrukere og lokale innføringsprosjekter. St. Olavs hospital har ikke ført et eget prosjektregnskap for innføring av Helseplattformen, og de faktiske kostnadene er derfor ikke kjent.

Imidlertid viser undersøkelsen at helseforetakene har brukt mer ressurser på innføringen enn planlagt. Utsettelsene av innføringen i helseforetakene har bidratt til økte lokale kostnader. St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal har også hatt behov for mer bemanning og har redusert produksjonen i forbindelse med innføringen. Videre har St. Olavs hospital hatt en lavere aktivitetsvekst i en lengre periode enn forutsatt. Helse Midt-Norge RHF har gitt helseforetakene en kompensasjon på om lag 1,9 milliarder kroner for de økonomiske konsekvensene.

Alle helseforetakene startet med betaling av drifts- og forvaltningskostnader til Helseplattformen AS i 2022. Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF i 2019 beregnet at helseforetakene samlet skulle betale om lag 280 millioner kroner (333 millioner kroner i 2023-kroner) eksklusive avskrivninger årlig i driftskostnader til Helseplattformen AS fra da IT-systemet var i full drift. I 2019 ble det ikke understreket at det var betydelig usikkerhet om dette beløpet.

Helse Midt-Norge RHF har imidlertid senere formidlet økte estimerte årlige kostnader. I året 2023 har de tre helseforetakene samlet betalt i underkant av 500 millioner kroner i driftskostnader. På grunn av forsinkelser i innføringen har helseforetakene i tillegg betalt for de gamle systemene fram til Helseplattformen ble satt i drift. Hvis man tar hensyn til årlige prisjusteringer betalte helseforetakene om lag 160 millioner kroner mer i driftskostnader enn det som ble beregnet i 2019.

For å finansiere Helseplattformen AS og kostnader til leverandør, har Helse Midt-Norge RHF antydnet at helseforetakene framover vil få en samlet årlig kostnad på om lag 800 millioner kroner. Dette indikerer at helseforetakenes driftsutgifter til Helseplattformen vil øke ytterligere i årene framover. Helseforetakene må dekke disse økte driftskostnadene gjennom sitt ordinære budsjett og er bekymret for de økte kostnadene. Det er risiko for at dette vil gå utover helseforetakenes behandlingstilbud og investeringer.

Undersøkelsen viser at det er en pågående diskusjon mellom Helseplattformen AS og kundene om hva som dekkes av tjenesteavtalene. Derfor er det usikkert hvor mye kundene må betale, for eksempel ved behov for videreutvikling av Helseplattformen.

Det er også risiko for at brukerne kan få høyere driftskostnader fordi ikke alle kommunene i regionen planlegger å ta Helseplattformen i bruk slik Helse Midt-Norge RHF hadde forventet. Dermed kan det bli færre parter å fordele de faste kostnadene på.

Undersøkelsen viser at det har vært vanskelig for både Helseplattformen AS og helseforetakene å ha en god økonomisk oversikt. Helse Midt-Norge RHF har stilt krav til at Helseplattformen AS skal følge

opp og rapportere økonomisk status og prognoser i samsvar med etablerte prosedyrer i helseregionen. Styret i Helse Midt RHF har blitt informert om utviklingen i de sentrale innføringskostnadene, men det har vært mindre oppmerksomhet på framtidige utviklings- og driftskostnader. Per august 2024 er det stor usikkerhet om framtidige kostnader for å videreutvikle og drifte Helseplattformen.

Vår vurdering er at Helse Midt-Norge RHF som overordnet ansvarlig for innføringen av Helseplattformen ikke har hatt en tilstrekkelig realistisk budsjettering av de samlede kostnadene til innføring, utvikling og drift av Helseplattformen.

4.4 Det er flere forklaringer på problemene som har oppstått

Helse Midt-Norge RHF har hatt det overordnede ansvaret for å innføre Helseplattformen i Midt-Norge. Det regionale helseforetaket har ansvar for å styre helseforetakene i regionen og er majoritetsseier i Helseplattformen AS.

Det er flere forhold som bidrar til å forklare at det har vært problemer med å innføre Helseplattformen, og at kostnadene har blitt høyere enn forutsatt. Helse Midt-Norge RHF har anskaffet et komplekst journalsystem som er blitt tilpasset helsepersonellens behov på en lite enhetlig måte. Helseplattformen AS, som utvikler og drifter IT-systemet, var et nyetablert selskap som manglet tilstrekkelig ressurser, kompetanse og rutiner. Videre har det vært flere utsettelse av innføringen. Prosjektet hadde høy gjennomføringsrisiko og Helse Midt-Norge RHF har ikke styrt det godt nok. St. Olavs hospital HF var ikke godt nok forberedt før innføringen.

Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS og helseforetakene har iverksatt flere tiltak for å utbedre kjente svakheter. Det er for tidlig å vurdere resultatene av disse tiltakene, og om de er tilstrekkelige.

4.4.1 Helse Midt-Norge RHF's grunnlag for valget av konsept var mangelfullt og innebar svært høy risiko

Helse Midt-Norge RHF hadde et behov for å skifte ut journalsystemet sitt. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i juni 2015 at organisasjonen skulle gjennomføre en anskaffelse av et nytt journalsystem som skulle være felles for helsetjenesten i Midt-Norge. Konseptet var basert på en vedtatt strategi og handlingsplan, involvering av aktører og et forberedende prosjekts anbefaling om å innføre et IT-system for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF ikke sørget for ekstern kvalitetssikring av konseptvalget.

Senere samme år, i 2015, leverte Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet sin analyse av alternativer for realisering av det nasjonale målet om «én innbygger – én journal». De vurderte at ett regionalt system, som har store fellestrekk med Helse Midt-Norges valgte konsept, hadde lavere samfunnsøkonomisk lønnsomhet enn et nasjonalt alternativ, og blant annet derfor anbefalte de ikke denne tilnærmingen.

Helse Midt-Norge RHF vurderte i anskaffelsesstrategien fra 2016 risikoen ved å anskaffe ett helhetlig system gjennom én anskaffelse eller å gjennomføre flere anskaffelser av de beste systemene for ulike fagområder og koble disse sammen. De valgte å inngå én kontrakt med én leverandør, men åpnet for at flere leverandører går sammen i konsortier. For å redusere risikoen valgte det regionale helseforetaket å anskaffe et eksisterende system som skulle ha begrenset behov for utvikling og tilpasning. Helse Midt-Norge RHF mente at konseptet de hadde valgt for Helseplattformen, hadde svært høy gjennomføringsrisiko på grunn av kompleksiteten ved en slik løsning, mange aktører og en krevende gjennomføring. Den svært høye risikoen ville foretaket imidlertid håndtere gjennom god

planlegging og styring. Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet påpekte i 2015 at fastleger og kommuner trolig ville motsette seg å ta i bruk en slik helhetlig løsning.

Helse- og omsorgsdepartementet krevde i 2017 en utredning av alternative konsepter fordi Helse Midt-Norge RHF hadde behov for å finansiere deler av anskaffelsen med lån fra departementet. Utredningen til Helse Midt-Norge RHF inkluderte bare alternativer med en regional løsning i Helse Midt-Norge og inneholdt ikke samfunnsøkonomiske analyser. Utredningen ble kvalitetssikret eksternt, men var ikke en del av Helse Midt-Norge RHF's beslutningsgrunnlag for valg av konsept. Helse- og omsorgsdepartementet innvilget i 2019 Helse Midt-Norge RHF's søknad om lån.

God praksis tilsier at det bør foreligge et godt beslutningsgrunnlag før det besluttes en økonomisk og samfunnsmessig viktig investering. Etter vår vurdering var det flere svakheter ved Helse Midt-Norge RHF's beslutningsgrunnlag for valg av konsept for Helseplattformen. Helse Midt-Norge RHF vurderte ikke samfunnsøkonomiske virkninger ved å anskaffe ett regionalt system, og konseptvalget ble ikke kvalitetssikret eksternt. En grundigere kvalitetssikring kunne gitt et verdifullt grunnlag for beslutningen og om det valgte konseptet. Selv om det var Helse Midt-Norge RHF som tok beslutningen, burde Helse- og omsorgsdepartementet etter vår oppfatning gjort en grundigere vurdering av den samfunnsmessige nytten og kostnaden ved et regionalt system i Midt-Norge.

4.4.2 Brukskvaliteten ble ikke godt nok vurdert i en ellers grundig anskaffelsesprosess

For å fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser, skal oppdragsgivere ved offentlige anskaffelser opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet.

Helse Midt-Norge RHF opprettet programmet for Helseplattformen i 2015 med et programstyre hvor Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune var representert. Anskaffelsesprosjektet inngikk i dette programmet. Programstyret vedtok alle beslutninger i anskaffelsesprosjektet. Viktige beslutninger skulle også behandles av Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF.

Anskaffelsen skulle følge lov om offentlige anskaffelser. Etter prekvalifisering ble fem leverandører vurdert som kvalifisert til å delta i konkurransen. Helse Midt-Norge RHF gjennomførte anskaffelsen som en konkurransepreget dialog. Etter flere faser hvor leverandørene kunne levere nye tilbud, var det to leverandører igjen, og en av disse valgte å trekke seg fra konkurransen. Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF, etter å ha vurdert implikasjonene av en situasjon med bare én leverandør, valgte å slutføre anskaffelsen og tildele kontrakten til Epic.

Anskaffelsen hadde en omfattende kravspesifikasjon. Helse Midt-Norge RHF var klar over at dette ville begrense hvor mange leverandører som ville kunne delta i konkurransen, men aksepterte denne risikoen. Etter vår vurdering var anskaffelsesprosessen grundig, og den er godt dokumentert. Programmet Helseplattformen gjennomførte også ekstern kvalitetssikring av viktige deler av anskaffelsen.

Behandlingsrettede helseregistre skal være lette å bruke og å finne frem i. Brukskvalitet var et av evalueringskriteriene, og evalueringen av Epic-løsningen var udelt positiv på dette punktet. Helse Midt-Norge RHF innhentet også erfaringer fra Danmark og Finland underveis i anskaffelsen. Undersøkelsen viser at brukskvalitet ikke ble godt nok vurdert. Anskaffelsesprosjektet hadde ikke god nok kompetanse til å vurdere brukskvalitet, og de benyttet heller ikke ekstern kompetanse. Det ble heller ikke gjort noen referansesjekk gjennom anskaffelsen.

4.4.3 Verken Helseplattformen AS eller St. Olavs hospital var godt nok forberedt på å innføre Helseplattformen

Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF i en tidlig fase besluttet å innføre løsningen ved St. Olavs hospital først, samtidig med Trondheim kommune.

Etter at grunnsystemet fra Epic var anskaffet, tilpasset Helseplattformen AS det til behovene til helseforetakene og kommunene i Midt-Norge. Helseplattformen AS og helsepersonell testet systemet og gjennomførte opplæring.

Urealistiske tidsplaner har gitt mange utsettelse

Den opprinnelige planen var å innføre Helseplattformen ved St. Olavs hospital og i Trondheim kommune i november 2021, før innføring i de to andre helseforetakene i 2022. Undersøkelsen viser at innføringen i helseforetakene er blitt utsatt flere ganger.

Allerede vinteren 2020 kom det fram at forberedelsene var forsinket, og senere ble forsinkelsene lengre. Tilpasningen av løsningen til brukerne og innføringen krevde mer ressurser enn Helseplattformen AS og Epic hadde tilgjengelig. Kulturforskjeller mellom Helseplattformen AS og leverandøren Epic og koronapandemien gjorde arbeidet mer krevende.

Styret ved St. Olavs hospital anbefalte i april 2022 å utsette innføringen. Vedtaket ble gjort kort tid før helseforetaket etter planen skulle ta i bruk Helseplattformen. Det var på dette tidspunktet ulike oppfatninger mellom helseforetaket, Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF om hvorvidt løsningen var ferdig utviklet og testet. Helse Midt-Norge RHF besluttet likevel å utsette innføringen.

Helseplattformen ble satt i drift ved St. Olavs hospital 12. november 2022 og i Helse Møre og Romsdal 27. april 2024 og skal etter planen innføres i Helse Nord-Trøndelag i november 2024. Den opprinnelige planen var henholdsvis november 2021, november 2022 og april 2022. Videre utsettelse av innføringen i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag skyldes at Helseplattformen AS har måttet prioritere å rette feil etter innføringen ved St. Olavs hospital og innføring i flere kommuner.

Etter vår vurdering har Helse Midt-Norge RHF hatt for dårlig forståelse for kompleksiteten i løsningen og risikoen ved opprinnelige og reviderte innføringsplaner. De vurderte ikke i tilstrekkelig grad risikoen ved å innføre Helseplattformen samtidig ved det største sykehuset, St. Olavs hospital, og i Trondheim kommune i lys av den begrensede kapasiteten Helseplattformen AS hadde tilgjengelig.

Helseforetakenes og Helseplattformen AS' arbeid med å standardisere pasientforløp gjennom Helseplattformen har vært preget av lite helhetlig styring

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.

Prosjektmodellen for styring av digitaliseringsprosjekter i offentlig sektor legger vekt på organisasjonsutvikling gjennom endrede arbeidsprosesser og organisatoriske endringer. Helse Midt-Norge RHF's utgangspunkt for innføringen av et felles, regionalt journalsystem var at dette først og fremst krevde organisasjonsutvikling og nye arbeidsmåter i helsetjenestene. De ba derfor helseforetakene, ledet av St. Olavs hospital, om å standardisere sine pasientforløp og forberede innføringen av Helseplattformen. Da Helseplattformen AS var opprettet og Epics grunnsystem skulle tilpasses til de standardiserte arbeidsprosessene og pasientforløpene, var det helsetjenestene selv, gjennom det som ble kalt fagekspertene, som skulle beslutte hvordan Helseplattformen skulle være utformet.

Undersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger om resultatet av dette arbeidet:

- *Helseforetakene* opplever at de ikke har fått et IT-system som støtter opp om en felles arbeidsmåte som de har blitt enige om i helseforetakene, slik at målene med Helseplattformen kan oppnås. I tillegg opplevde helseforetakene beslutningsprosessen som fragmentert og preget av mangelfulle beslutningsgrunnlag fra Helseplattformen AS og Epic.
- *Helseplattformen AS* mener at systemet i stor grad er preget av helsetjenestens tradisjonelle arbeidsmåter, og at helsetjenestene ikke har tilpasset seg mulighetene som strukturert journal og Epics funksjonalitet gir dem.
- *Det regionale helseforetaket* mener at St. Olavs hospital, Helseplattformen AS og de andre helseforetakene har tilpasset systemet på en for lite helhetlig måte, og at det i større grad burde vært bygget på Epics grunnsystem.

Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF manglet en helhetlig styring av helsetjenestenes og Helseplattformen AS forberedelser. Beslutningene i faglig beslutningsstruktur avvike i liten grad fagmiljøenes helsefaglige behov, helsepersonellens behov for et enkelt og fleksibelt arbeidsverktøy og tekniske og økonomiske konsekvenser. Den lite helhetlige styringen førte til at beslutningene fagekspertene tok, i liten grad var koordinert. Dette ga en lite helhetlig utforming av Helseplattformen.

Vår vurdering er at ambisjonsnivået og beslutningsstrukturen for standardisering av pasientforløp og utformingen av systemet fra det regionale helseforetaket ikke har vært tilstrekkelig tydelige for helseforetakene og Helseplattformen AS. Den uensartede utformingen av Helseplattformen har bidratt til dårligere brukskvalitet og at systemet er blitt mer krevende for Helseplattformen AS å utvikle og drifte. Manglende helhetlig styring kan dermed også ha bidratt til økte kostnader til utvikling og drift.

Helseplattformen ble ikke godt nok testet før den ble innført ved St. Olavs hospital – testingen ble forbedret før innføringen i Møre og Romsdal HF

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.

Helseplattformen AS hadde hovedansvar for testingen. St. Olavs hospital gjennomførte sluttbrukerakseptansetesten, med bistand fra Helseplattformen og Epic.

Våren 2022, før planlagt innføring ved St. Olavs hospital, hevdet Helseplattformen AS at alle feil var rettet. Undersøkelsen viser at testingen av løsningen ikke var god nok. Siden Helseplattformen AS' arbeid med å tilpasse løsningen var forsinket, ble det gjort endringer parallelt med at den ble testet. Forsinkelsene innebar også at det ble gjennomført færre tester enn planlagt. Videre var det svakheter ved måten testene ble gjennomført på, slik at testene ikke fanget opp flere vesentlige feil og mangler. Testingen av meldingsutveksling bygde på en antakelse om at alle brukerne følger oppdaterte standarder, noe som ikke er tilfelle. Testingen fanget heller ikke opp utfordringene med brukskvalitet.

Etter vår vurdering har ikke Helseplattformen AS sørget for at Helseplattformen ble godt nok testet før den ble innført ved St. Olavs hospital. Selskapet hadde dermed en for dårlig forståelse av løsningens kvalitet. Helseplattformen AS har forbedret testingen før innføringen i Helse Møre og Romsdal.

St. Olavs hospital var ikke godt nok forberedt på innføringen

Undersøkelsen viser at St. Olavs hospital ikke var godt nok forberedt på innføringen gjennom å forankre nye regionalt besluttede arbeidsprosesser i egen organisasjon. Ansvar for tverrfaglige arbeidsprosesser har vært fragmentert. Spørreundersøkelsen vi har gjennomført, viser at det er flere av både leger og sykepleiere i 2024, sammenlignet med i 2023, som opplever at avdelingen ikke i det

hele tatt har gjennomgått arbeidsprosesser, slik som nye rutiner og arbeidsprosesser. Trondheim kommune var bedre forberedt på dette området, og kommunerevisjonens undersøkelse viser at innføringen gikk bedre i Trondheim kommune enn ved St. Olavs hospital.

Ved innføring av nye IT-systemer i helse- og omsorgssektoren er det viktig at alle som skal bruke systemene, får tilstrekkelig opplæring. Undersøkelsen viser at opplæringen ved St. Olavs hospital var godt planlagt. Opplæringen startet imidlertid før systemet var ferdig tilpasset og testet, noe som gjorde opplæringen mindre relevant. Opplæringen ble også gjennomført før innføringen ved St. Olavs hospital ble utsatt, og derfor fikk ikke brukerne praktisert det de hadde lært, før et halvt år senere. Dette bidro til at de ansatte ikke hadde nødvendige ferdigheter. Opplæringen hadde heller ikke tilstrekkelig omfang og kvalitet for å sikre at brukerne behersket det nye systemet.

Undersøkelsen viser at St. Olavs hospital har iverksatt flere tiltak for å styrke opplæringen. Resultater fra spørreundersøkelsen som vi har gjennomført ved St. Olavs hospital i 2024, viser at et flertall av både legene og sykepleierne likevel mener at de har behov for bedre opplæring i Helseplattformen.

Helse Møre og Romsdal har gjennomført forbedringer i forberedelsene basert på erfaringene fra St. Olavs hospital. Helsepersonellet har fått bedre opplæring og bedre støtte i innføringsfasen. Løsningen er også forbedret.

4.4.4 Eierne har ikke lagt godt nok til rette for at Helseplattformen AS har bygget opp en drifts- og forvaltningsorganisasjon som er tilpasset behovet

Helse Midt-Norge RHF stiftet Helseplattformen AS 20. februar 2019. Helse Midt-Norge RHF eier i dag 60 prosent av selskapet. Trondheim kommune og andre kommuner eier resten.

Selskapet var nyetablert da det fikk ansvaret for arbeidet med å innføre Helseplattformen. Undersøkelsen viser at kapasiteten i Helseplattformen AS har vært en utfordring i fasen med å tilpasse, innføre og drifte Helseplattformen. Selskapet har prioritert feilretting og innføring i nye kommuner og helseforetak. Undersøkelsen til kommunerevisjonen viser at selskapet for eksempel ikke har hatt tilstrekkelig kapasitet til feilretting og videreutvikling av funksjonalitet for kommunene.

Antall ansatte i Helseplattformen AS ble besluttet av eierne blant annet basert på Epic-erfaringstall, men behovet har vært betydelig høyere. Selskapet og eierne har hele tiden hatt grunnleggende ulikt syn på bemanningsbehovet. Eierne har fastsatt en øvre grense for årsverk i selskapet til drift og forvaltning. Eierne har lagt vekt på å begrense disse kostnadene for å tilrettelegge for at flest mulig nye kommuner beslutter å ta i bruk Helseplattformen. Helseplattformen AS har ment at bemanningsbehovet er høyere, blant annet basert på erfaringer fra Danmark og Finland. Systemet er også mer kompleks å drifte og forvalte enn det som opprinnelig ble lagt til grunn.

Undersøkelsen viser at avklaringer og oppbygging av drifts- og forvaltningsorganisasjonen kom sent i gang. Selskapet har ikke hatt tilstrekkelig IT-kompetanse til å drifte og utvikle Helseplattformen. Dette har bidratt til at selskapet har vært svært avhengig av eksterne konsulenter.

Det er viktig å følge god praksis i driftsprosesser for å håndtere feil og endringer samt å løse problemer. Undersøkelsen viser at Helseplattformen AS var dårlig forberedt på en drifts- og forvaltningsfase og har ikke fullt ut implementert prosesser og rutiner i tråd med god praksis. Selskapet har hatt et stort etterslep på å rette feil som helsepersonellet har meldt inn. I tillegg til at selskapet har hatt dårlig kapasitet og har manglet gode prosesser, er en av årsakene at St. Olavs hospital ikke har sortert henvendelsene til selskapet etter kompleksitet og alvorlighetsgrad. Det har vært uklart hva som er faktiske feil, og hva som er endringsønsker. Trondheim kommune har hatt en bedre organisering av lokal brukerstøtte og har løst flere saker selv.

Videre vil konklusjoner i den pågående diskusjonen mellom Helseplattformen AS og kundene om hva som dekkes av tjenesteavtalene, kunne ha konsekvenser for selskapets kapasitet for leveranser på områder som oppleves som viktige av kundene.

Undersøkelsen viser at det har vært lite samarbeid mellom Helseplattformen AS og Hemit. Det betyr at Hemits kompetanse på drift og testing ikke har blitt godt nok utnyttet ved innføring av Helseplattformen. Foretaksmøtet høsten 2023 ba Helse Midt-Norge RHF om å utrede en samling av ressursene i Helseplattformen AS og Hemit HF. Formålet var å styrke kapasiteten og kompetansen hos Helseplattformen AS og sikre best mulig ressursutnyttelse. Det jobbes nå med et forslag som generalforsamlingen i Helseplattformen skal behandle.

Tjenesteavtalene mellom Helseplattformen og brukerne regulerer hvilke tjenester selskapet skal levere, og hva brukerne skal betale. Helse Midt-Norge RHF koordinerte arbeidet med å framforhandle avtalene på vegne av helseforetakene. Undersøkelsen viser at både selskapet og kundene opplever at tjenesteavtalene er uklare, særlig når det gjelder hva de omfatter, og hva som er utvikling som kundene må betale ekstra for. Dette har skapt behov for mange diskusjoner og avklaringer, som fortsatt pågår.

Undersøkelsen viser at Helseplattformen AS jobber med å forbedre svakheter. Det pågående arbeidet med å forbedre og iverksette prosesser og rutiner kan bidra til å gjøre driften og utviklingen av Helseplattformen mer effektiv og bedre kvaliteten på løsningen. Selskapet jobber også med å styrke samarbeidet med kundene. Den største kunden, St. Olavs hospital HF, opplever at dialogen med selskapet er blitt god.

Etter vår vurdering har ikke eierne lagt godt nok til rette for å ruste selskapet til å ivareta både innføring og drift- og forvaltning. Helse Midt-Norge RHF har heller ikke sørget for at kompetansen til Hemit har vært godt nok utnyttet fra selskapet ble opprettet.

4.4.5 Helse Midt-Norge RHF har hatt for svak styring av arbeidet med Helseplattformen

Helse Midt-Norge RHF har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen og har et helhetlig og overordnet ansvar for innføringen av Helseplattformen. Helse Midt-Norge RHF skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier.

Helse Midt-Norge RHF har tatt alle viktige beslutninger i Helseplattform-prosjektet, blant annet om konseptvalg, økonomiske rammer, anskaffelsen, organiseringen av arbeidet og innføringsplanene i helseforetakene. De har også hatt et overordnet ansvar for å følge opp økonomien.

Undersøkelsen viser at Helse-Midt Norge RHF har kommunisert forventningene sine til St. Olavs hospital HF om forberedelsene til Helseplattformen. Styret har blitt orientert om status underveis.

Det har samtidig etter vår oppfatning vært flere svakheter i Helse Midt-Norge RHF's styring av prosjektet:

- Tiltakene for å redusere risikoen i prosjektet har ikke vært tilstrekkelige og har vært for lite helhetlige.
- Styrene har ikke hatt tilstrekkelig digitaliseringskompetanse.
- Helse Midt-Norge RHF har ikke sørget for en god koordinering av beslutninger.
- Beslutningstakerne har hatt lav tillit til hverandre.

Styret i Helse Midt-Norge RHF tok i 2023 initiativ til to evalueringer etter at det oppsto problemer med innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF. I evalueringene framkom det flere

svakheter, og de kom også med flere anbefalinger. Det regionale helseforetaket har også bedt helseforetakene følge opp den ene evalueringen.

Tiltakene for å redusere risikoen i prosjektet har ikke vært tilstrekkelige og har vært for lite helhetlige

Risikostyringen skal være integrert i virksomhetens mål- og resultatstyring. De regionale helseforetakene og helseforetakene skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine virksomheter, slik at helsetjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Undersøkelsen viser at styrene i det regionale helseforetaket, Helseplattformen AS og St. Olavs hospital jevnlig har blitt orientert om risikoene ved innføringen og overordnet om tiltak for å redusere risikoen.

Likevel har de identifiserte risikoene i stor grad inntruffet. Eksempler på slik risiko er mangel på standardisering av arbeidsprosesser, for kort tid til å teste, kompleks beslutningsstruktur, uklare ansvarsforhold og at fastlegene ikke vil ta i bruk Helseplattformen.

Det kommer fram av undersøkelsen til Trondheim kommunerevisjon at det oppsto problemer med meldinger og dårlig brukskvalitet kort tid etter at kommunen tok i bruk systemet. Kommunen meldte inn disse feilene til Helseplattformen AS, men de ble ikke løftet opp som en risiko i styringslinjen og løst før systemet ble innført ved St. Olavs hospital. Også problemet med at helsepersonellet opplevde dårlig brukskvalitet i Epic-systemer i Danmark og Finland var kjent før innføringen i Norge.

I Helse Midt-Norge RHF fastlagte prinsipper for risikostyring skulle risiko håndteres på lavest mulig nivå. St. Olavs hospital har lagt vekt på hensynet til pasientsikkerhet ved innføringen, mens Helseplattformen AS og eierne har lagt størst vekt på gjennomføringstid og kostnader. Konsekvensen har vært at de ulike risikovurderingene i liten grad ble vurdert samlet før Helseplattformen ble innført ved St. Olavs hospital. Før innføringen i Helse Møre og Romsdal gjennomførte helseforetaket en mer helhetlig risikoanalyse.

Det regionale helseforetaket innså allerede da de tok konseptvalget at gjennomføringsrisikoen var svært høy. Dette ble bekreftet gjennom anskaffelsen og planleggingen av innføringen. Helse Midt-Norge RHF har etter vår oppfatning ikke bidratt nok til helhetlige risikovurderinger og har heller ikke gjennomført tilstrekkelige tiltak for å redusere kjent risiko.

Det regionale helseforetaket har dermed etter vår oppfatning ikke lagt nok vekt på hensynet til pasientsikkerheten da Helseplattformen ble innført ved St. Olavs hospital.

Styrene har ikke hatt tilstrekkelig digitaliseringskompetanse

Styrene har ansvar for at helseforetakene er organisert på en tilfredsstillende måte. Styrene skal blant annet ha oversikt, vedta planer og budsjetter og følge opp daglig leder.

Helse Midt-Norge RHF oppnevner styret i helseforetakene og utgjør også generalforsamlingen i Helseplattformen AS sammen med kommunene som også er eiere.

For at styrene skal kunne ivareta sine oppgaver, må de ha tilstrekkelig kompetanse. Innføring av Helseplattformen har de siste ti årene vært en svært sentral strategisk satsing i regionen. Undersøkelsen viser at styrene i Helseplattformen AS og helseforetakene har manglet tilstrekkelig digitaliseringskompetanse. Heller ikke styret i Helse Midt-Norge RHF har hatt særskilt kompetanse på IT-styring i strategi- og konseptfasen for anskaffelsen. Kompetansen har blitt styrket senere.

Helse Midt-Norge RHF har ikke sørget for en god koordinering av beslutninger

Når IT-prosjekter skal gjennomføres må det legges vekt på å sikre riktig organisering med presise ansvarslinjer og at ledelsen er involvert og forelegges sentrale beslutninger.

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune etablerte en helsefaglig beslutningsstruktur som skulle ta beslutninger om tilpasning av Helseplattformen til helsepersonellens behov. Undersøkelsen viser at Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune la vekt på å etablere en beslutningsstruktur som sikret en bred involvering av faggrupper og helsepersonell. Her hadde helsepersonellens representanter, fagekspertene, i helseforetakene og kommunene en viktig rolle.

Undersøkelsen viser at beslutningene ble tatt av fagekspertene uten tilstrekkelig koordinering. De høyere nivåene i beslutningsstrukturen tok ikke stilling til viktige spørsmål, og ingen så de helhetlige implikasjonene av beslutningene. Beslutningsstrukturen har vært opplevd som kompleks og uoversiktlig.

Arbeidet med standardisert språk har vært omfattende og ressurskrevende for både Helseplattformen AS og St. Olavs hospital. Verken Helse Midt-Norge RHF eller Helseplattformen AS bidro med noen konkrete føringer for ambisjonsnivået på arbeidet. Vurderingene ble dermed overlatt til hver fagekspert, og resultatet er uensartet og på enkelte områder svært arbeidskrevende for helsepersonellet.

Etter vår oppfatning har ikke Helse Midt-Norge RHF sørget for at arbeidet som foregikk i den faglige beslutningsstrukturen og i Helseplattformen AS, har vært godt nok koordinert. Dette har bidratt til å øke kompleksiteten i systemet og dermed også å øke kostnadene til videreutvikling og drift av systemet.

Eiermøtet er det øverste nivået i den faglige beslutningsstrukturen. Her er Helse Midt-Norge RHF og kommunene representert. Beslutningene er konsensusbaserte. Det betyr at helseforetakene har begrenset fullmakt til å beslutte nødvendige endringer i utformingen av Helseplattformen. St. Olavs hospital opplever at det har vært utfordrende å ha ansvar for pasientsikkerheten uten å være representert i det øverste nivået i den faglige beslutningsstrukturen. St. Olavs hospital har vært representert i eiermøtet fra juni 2023.

Eierne har gjennomført enkelte endringer i den faglige beslutningsstrukturen. Den komplekse beslutningsstrukturen reflekterer imidlertid at Helseplattformen involverer mange helse- og omsorgstjenester med svært ulike faglige behov og interesser.

Beslutningstakerne har hatt lav tillit til hverandre

Helseforetakene har ansvar for pasientsikkerheten. Helse Midt-Norge RHF har et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys forsvarlige spesialisthelsetjenester, og at tjenestene holder tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Undersøkelsen viser at det har vært vedvarende lav tillit mellom sentrale aktører i arbeidet med å innføre Helseplattformen i spesialisthelsetjenesten. Disse har hatt ulike oppfatninger av de faktiske forholdene. Dette har gitt samarbeidsproblemer.

Helse Midt-Norge RHF har etter vår vurdering ikke gjort tilstrekkelige tiltak underveis for å bedre samarbeidet. Lav tillit kan ha bidratt til at det har tatt lengre tid å løse problemene som har oppstått. Dette kan også ha bidratt til å svekke omdømmet til Helseplattformen. Undersøkelsen viser at tilliten mellom aktørene har blitt bedre i 2024.

4.4.6 Helse- og omsorgsdepartementet har hatt for svak oppfølging av arbeidet med Helseplattformen og har ikke sørget for et tett nok samarbeid med utviklingsprosjekter i de andre helseregionene

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgspolitikken og skal styre og koordinere utviklingen i helsesektoren. Departementet skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring. Departementet skal holde seg orientert om de regionale helseforetakenes virksomhet og om hvorvidt virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkår som er satt for å tildele bevilgninger.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt føringer og vært involvert i sentrale beslutninger som er tatt om Helseplattformen. Departementet har

- bedt Helse Midt-Norge om å gjennomføre Helseplattformen som en regional utprøving av målet om «én innbygger – én journal» (2016).
- bedt Helse Midt-Norge RHF om å inkludere kommunene i Helseplattformen.
- bedt Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse om å samarbeide med Helseplattformen AS.
- gitt Helse Midt-Norge RHF i oppdrag å ta en lederrolle i arbeidet med standardisert språk (2020).
- bedt Helse Midt-Norge RHF om å dele erfaringer.
- gitt lån og tilskudd til innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge.

Helse- og omsorgsdepartementet ba i 2017 de tre andre helseregionene om å sørge for en felles plan og koordinert utvikling av elektroniske pasientjournalssystemer. I tråd med dette har de tre andre helseregionene samarbeidet om utvikling av sine journalssystemer. De har valgt en annen strategi enn i Helse Midt-Norge, med integrasjoner mellom ulike systemer og en koordinert, stegvis utvikling med utprøving før en ny løsning tas i bruk. De andre helseregionene kan derfor høste erfaringer underveis og eventuelt justere kursen.

Etter vår vurdering er det svært ressurskrevende å utforme og drifte et omfattende journal- og fagsystem i bare én helseregion. Det er mange spesialiserte fagområder som skal få dekket sine behov, det er mange lovkrav som må overholdes, og det er også behov for integrasjoner med nasjonale systemer. Tilgangen på IT-kompetanse er også knapp.

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. Helseplattformprosjektet har potensial for gevinster for Helse Midt-Norge og overføringsverdi til andre helseregioner, særlig når det gjelder samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og standardisering av arbeidsprosesser. Samtidig er kostnadene blitt høyere enn forutsatt, og det har vært mange problemer. Etter vår oppfatning har ikke Helse- og omsorgsdepartementet sørget for en tilstrekkelig samordning mellom utviklingen i Midt-Norge og i de andre helseregionene.

Meld. St. 27 (2015–2016). *Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* ble lagt fram for Stortinget i 2016. Meldingen anbefalte å tenke stort, men starte smått, å velge riktig samarbeidspartner, å ha hyppige leveranser og å skape nytte hele veien, for å redusere risikoen i IT-prosjekter. Det forelå også forskningsbasert kunnskap om at store offentlige IT-prosjekter ofte mislykkes, mens smidige utviklingsprosjekter øker sannsynligheten for å lykkes. Da departementet innvilget lånesøknaden var det dermed godt kjent med at det er en høy risiko ved store komplekse IT-prosjekter.

På denne bakgrunnen har ikke Helse- og omsorgsdepartementet etter vår vurdering hatt en god nok oppfølging av Helse Midt-Norge RHF's arbeid med Helseplattformen. Dette gjelder særlig i perioden fram til kontrakten med Epic ble undertegnet. Først høsten 2023 ba foretaksmøtet Helse Midt-Norge RHF om å følge opp de særskilte utfordringene ved St. Olavs hospital HF og å vurdere organiseringen av arbeidet.

5 Referanseliste

Lover

- Aksjeloven. (1999). Lov om aksjeselskaper. (LOV-1997-06-13-44). Lovdata. [Lov om aksjeselskaper \(aksjeloven\) - Lovdata](#)
- Anskaffelsesloven. (2016). *Lov om offentlige anskaffelser* (LOV-2016-06-17-73). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-73?q=offentlige%20anskaffelser>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmilj%C3%B8love>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* Lovdata. [Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. \(helsetilsynsloven\) - Lovdata](#)
- Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=Kommuneloven>
- Pasientjournalloven. (2014). *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (LOV-2014-06-20-42). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42?q=pasientjournalloven>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenestelovenm.m.>

Forskrifter

- Anskaffelsesforskriften. (2016). *Forskrift om offentlige anskaffelser* (FOR-2016-08-12-974). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-12-974?q=offentlige%20anskaffelser>
- *Forskrift om fastlegeordning i kommunene.* (2012). (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=forskrift%20om%20fastlegeordningen%20i%20kommune>
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.* (2016). (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- *Forskrift om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner mv.* (2019). (FOR-2019-06-07-714). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-07-714>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>

Reglement

- Finansdepartementet. (2003). *Reglement for økonomistyring i staten. Fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 20. desember 2022.* Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 15. januar). *Vedtakter for Norsk helsenett SF.* Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>

Stortingsmeldinger og -proposisjoner

- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).* Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>

- Meld. St. 27 (2015–2016). *Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 9 (2012–2013). *Én innbygger – én journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Ot.prp. nr. 51 (2008–2009). *Om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2017–2018). *For budsjettåret 2018*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2018–2019). *For budsjettåret 2019*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2021–2022). *For budsjettåret 2022*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2022–2023). *For budsjettåret 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 1 S (2023–2024). *For budsjettåret 2024*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 117 S (2019–2020). *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020*. Finansdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 120 L (2011–2012). *Endringer i helseforetaksloven mv.* Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 72 L (2013–2014). *Pasientjournalloven og helseregisterloven*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Prop. 91 L (2021–2022). *Endringer i pasientjournalloven mv. (nasjonal digital samhandling)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>

Innstillinger

- Innst. O. nr. 110 (2008–2009). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven (tilgang til behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomhetsgrenser og etablering av behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomheter)*. Stortinget. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 224 S (2012–2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 19. mars 2013.) Stortinget. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 206 S (2015–2016). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019.)* (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 17. mars 2016.) Stortinget. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 84 S (2016–2017). *Innstilling fra transport- og kommunikasjonskomiteen om Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 29. november 2016.) Stortinget. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 11 S (2017–2018). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2018, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 19. desember 2017.) Stortinget. <https://www.stortinget.no>

- Innst. 55 S (2017–2018). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om sykehusstrukturen i Vest-Finnmark*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 7. desember 2017.) Stortinget. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 11 S (2018–2019). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2019, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 15. desember 2018.) Stortinget. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 255 S (2019–2020). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen med avvik/tillegg 14. mai 2020.) Stortinget. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 360 S (2019–2020). *Innstilling fra finanskomiteen om Revidert nasjonalbudsjett 2020, om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2020, om endringer i skatter og avgifter i statsbudsjettet for 2020, om økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet og om Redegjørelse av finansministeren om revidert nasjonalbudsjett*. (Stortinget gjorde vedtak i samsvar med innstillingen 19. juni 2020.) Stortinget. <https://www.stortinget.no>
- Innst. 414 L (2021–2022). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i pasientjournalloven mv. (nasjonal digital samhandling)*. Stortinget. <https://www.stortinget.no>

Riksrevisjonsrapporter

- Dokument 3:2 (2018–2019). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper 2017*. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no>
- Dokument 3:14 (2020–2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementet styring av arbeidet med Én innbygger – én journal*. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no>
- Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus*. Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no>

Strategier, veiledere og faglige retningslinjer

- DIFI. (2012, 17. september). *Overordnede IT-arkitekturprinsipper for offentlig sektor*. Versjon 2.1. Digitaliseringsdirektoratet. <https://www.digdir.no/media/89/download>
- Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. (2024, 9. februar). *Digitaliseringsrundskrivet*. [Rundskriv]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Digitaliseringsdirektoratet. (2020, 14. januar). *Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor*. Versjon 3.0. Digitaliseringsdirektoratet. <https://www.digdir.no/media/88/download> og (nettside) <https://www.digdir.no/digital-samhandling/overordnede-arkitekturprinsipper/1065>
- Direktoratet for e-helse. (2020, november). *Veileder for helse- og omsorgssektoren: Bruk av Digitaliseringsdirektoratets «Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor» (HITR 1232:2020) [veileder]*. <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/veileder-for-helse-og-omsorgssektoren-bruk-av-digitaliseringsdirektoratets-overordnede-arkitekturprinsipper-for-digitalisering-av-offentlig-sektor>
- Direktoratet for e-helse. (2021). *Krav til elektronisk meldingsutveksling (HITS 1242:2021) [retningslinje]*. <https://www.ehelse.no/Standardisering/standarder/krav-til-elektronisk-meldingsutveksling#4%3A%20Test%20av%20meldingstrafikk>
- Direktoratet for e-helse. (2022, 21. november). *Normen – Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (versjon 6.1)*. <https://www.ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>
- Direktoratet for e-helse. (2022, 29. september). *Testing og testdata (faktaark 43) (versjon 3.0)*. [https://www.ehelse.no/normen/normen-dokumenter/Testing%20og%20testdata%20\(faktaark%2043\)](https://www.ehelse.no/normen/normen-dokumenter/Testing%20og%20testdata%20(faktaark%2043))

- Finansdepartementet. (2019, 8. mars). *Statens prosjektmodell – Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten* (R-108/19) [rundskriv]. (Erstattet av [R-108/23](#) fra og med 1. juli 2023.) Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- Finansdepartementet. (2020, 31. januar). *Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell* [Veileder]. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/b3bfe59c8ac84af9b303b810b8065898/veileder_digitaliseringsprosjekter.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, mars). *Styrearbeid i regionale helseforetak* [veileder]. <https://www.regjeringen.no/contentassets/26d303c0383c4c038d8c6d2873872dbb/styrearbeid-i-regionale-helseforetak-03-2019.pdf> Norwegian Testing Board – International Software Testing Qualifications Board. (2019, 28. april). *Sertifisert Tester: Pensum for grunnivå (Foundation Level)*. Norsk versjon basert på CTFL 2018 V1.0. <http://www.istqb-norge.no/wp/wp-content/uploads/2019/04/CTFL-2018-Pensum-norsk-v1.0.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer* (IS-5/2013) [rundskriv]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* [nettdokument]. Helsedirektoratet (siste faglige endring 29. oktober 2018, lest 23. april 2024). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Schaefer, H. (2008). *Systematisk Testing av Software: En kort oversikt over et vanskelig fagfelt*. International Software Testing Qualifications Board (ISTQB) Norge. <https://www.istqb-norge.no/wp/wp-content/uploads/2014/02/Systematisk-Testing-av-Software-intro.pdf>
- Senter for statlig økonomistyring. (2008). *Risikostyring i staten: Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen* (SSØ 01/2008) [metodedokument]. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ). https://dfo.no/sites/default/files/fagomr%C3%A5der/Risikostyring/Haandtering_av_risiko_i_maal_og_resultatstyringen.pdf
- Standard Norge. (2015). *NS-EN ISO 9001:2015. Ledelsessystemer for kvalitet – Krav (ISO 9001:2015)*. <https://online.standard.no/nb/ns-en-iso-9001-2015>
- Standard Norge. (2018). *NS-EN ISO 9421-11:2018. Ergonomi for samhandling mellom menneske og system – Del 11: Brukskvalitet: Definisjoner og begreper (ISO 9241-11:2018)*. <https://online.standard.no/nb/ns-en-iso-9241-11-2018>

Styringsdokumenter

- Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. (2022, 2. oktober). *Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2022: De regionale helseforetakenes årlige rapportering for*
- journal og samhandlingsløsninger
- hjemmeoppfølging og innbyggertjenester
Versjon 1.0. Helse Sør-Øst RHF. https://www.helse-sorost.no/499f93/siteassets/documents/digitalisering-og-e-helse/felles-plan-for-ikt-utvikling-og-digitalisering-2022-v1_0.pdf

Helse Midt-Norge RHF

- Helse Midt-Norge RHF. (2010). *Strategi 2020 – Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge*. Jf. styremøtet i Helse Midt-Norge RHF 24.–25. juni 2010, som vedtok strategien i sak 62/10.
- Helse Midt-Norge RHF. (2012). *IKT-strategi – Del I: Målsettinger, 8. november*. Jf. styremøtet i Helse Midt-Norge RHF 7. og 8. november 2012, som vedtok strategien i sak 82/12.

- Helse Midt-Norge RHF. (2013). *IKT-strategi Helse Midt-Norge – Del II: Handlingsplan 2013–2018. Versjon 0.99*. Jf. styremøtet i Helse Midt-Norge RHF 20.–21. november 2013, som vedtok strategien i sak 53/13.
- Helse Midt-Norge RHF. (2014). *Prosjektrapport: Forprosjekt for pasientbehandling og samhandling, dato: 20.11.2014, versjon: 1.0*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ, dato: 10.02.2016, versjon: 1.0*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Prosjektdirektiv for anskaffelsesprosjektet, dato: 02.11.2016, versjonsnr: 2.0*. (Versjon 2.0 er vedtatt av interne styringsgrupper i Helse Midt-Norge RHF ved administrerende direktør 2. november 2016 og Trondheim kommune ved rådmannen 31. oktober 2016).
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Anskaffelsesstrategi for Helseplattformen, dato: 02.11.2016, versjon 2.0*. (Versjon 2.0 er 30. oktober 2016 vedtatt av Trondheim kommunes interne styringsgruppe og 2. november 2016 av Helse Midt-Norge RHF sine interne styringsgrupper.)
- Helse Midt-Norge RHF. (2016, 10. februar). *Mål og rammebetingelser: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ (Versjon: 1.0)*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Helseplattformen. Konseptrapport, dato: 30.11.2017, versjon: 1.0*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2022, 21. juni). *Prosjektplan og mandat innføring av Helseplattformen – felles regionalt innføringsprosjekt. Versjon 1.0*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2023). *Møtereferat Styringsgruppe regional innføring Helseplattformen 4. oktober 2023 (v1.1)*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2023). *Referat fra møte i Styringsgruppe regional innføring Helseplattformen 4. oktober 2023*.
- Styredokumenter fra Helse Midt-Norge RHF i perioden 2010–2024. <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/default.aspx>

Helse Møre og Romsdal HF

- Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Styringskrav og rammer 2015: Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Styringskrav og rammer 2016: Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2018). *Styringskrav og rammer 2018: Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2019). *Styringskrav og rammer 2019: Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2020). *Styringskrav og rammer 2020: Helse Møre og Romsdal HF*.
- Styredokumenter fra Helse Møre og Romsdal HF i perioden 2023–2024. <https://ekstranett.helse-midt.no/1011/default.aspx>

Helse Nord-Trøndelag HF

- Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Styringskrav og rammer 2015: Helse Nord-Trøndelag HF*
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Styringskrav og rammer 2016: Helse Nord-Trøndelag HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2018). *Styringskrav og rammer 2018: Helse Nord-Trøndelag HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2019). *Styringskrav og rammer 2019: Helse Nord-Trøndelag HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2020). *Styringskrav og rammer 2020: Helse Nord-Trøndelag HF*.
- Styredokumenter fra Helse Nord-Trøndelag HF i perioden 2023–2024. <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet

- Foretaksmøter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Midt-Norge RHF i perioden 2011–2024. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-for-foretakene/id535568/>

- Foretaksmøter mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Norsk helsenett SF i året 2024. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/tilknyttede-virksomheter/norsk-helsenett-sf/id570925/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet den 17. desember 2015.* <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/instruks/hovedinstruks-direktoratet-for-e-helse.pdf>

Helseplattformen AS

- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2019, 18. november). *Aksjonæravtale vedrørende aksjonærforholdet i Helseplattformen AS mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Referat fra eiermøte i Helseplattformen AS 6. mai 2020.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Helseplattformen AS – Styringskrav og rammer 2020.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Referat fra eiermøte i Helseplattformen AS 22. september 2020.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2021). *Styringskrav og rammer 2021: Helseplattformen AS.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2022). *Beslutningsnotat fra eiermøte i Helseplattformen AS 7. februar 2022.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2022). *Styringskrav og rammer 2022: Helseplattformen AS.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2023). *Helseplattformen AS – styringskrav og rammer 2023.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2023). *Referat fra eiermøte i Helseplattformen AS 5. september 2023.*
- Helseplattformen AS. (2019, 8. februar). *Stiftelsesprotokoll for Helseplattformen AS.* Jf. vedtak i styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019.
- Helseplattformen AS. (2019). *Selskapets vedtekter* (vedtektsdato: 20. februar 2019).
- Helseplattformen AS. (2019–2023). *Årsregnskapet for Helseplattformen AS årene 2019–2023.*
- Helseplattformen AS. (2022). *Avtale om bruk av felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal («Tjenesteavtalen»).* Jf. styremøte i Helseplattformen AS 28. februar 2022, sak 19/22, vedlegg Hoveddokument (ferdig forhandlet).
- Helseplattformen ESC. (2022). *Protokoll fra møte i Helseplattformen Executive Steering Committee (ESC) 10. februar 2022.*
- Helseplattformen AS. (2022). *Selskapets vedtekter* (vedtektsdato: 11. mars 2022).
- Helseplattformen AS. (2024). *Strategi for dokumentasjon av prosesser i kvalitetssystemet EQS, ID 3775 – EQS, gyldig fra 26. april 2024.*
- Styredokumenter og generalforsamlingsdokumenter fra Helseplattformen AS i perioden 2020–2024. https://ekstranett.helse-midt.no/1013/_layouts/15/start.aspx#/SitePages/startside.aspx

Hemit HF

- Hemit HF. (2019–2023). *Årsrapporter for Hemit HF årene 2019–2023.* Hemit HF. <https://www.hemit.no/om-oss-hemit#arsrapporter>
- Styredokumenter fra Hemit HF i perioden 2023–2024. https://ekstranett.helse-midt.no/hemithf/_layouts/15/start.aspx#/

Norsk helsenett SF

- Norsk helsenett SF. *Årsrapport 2020*. <https://www.nhn.no/om-oss/sentrale-dokumenter/arsrapporter/arsrapport-nhn-2020.pdf>
- Norsk helsenett SF. (2022, 23. juni). *Vedtekter for Norsk helsenett SF*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/8585f1bea4e04b879d14edeb95fe8ddd/vedtektene-norsk-helsenett-sf-pr-23.-juni-2022.pdf>

Programstyret for Helseplattformen

- Programstyredokumenter for Helseplattformen i året 2017.

St. Olavs hospital HF

- Foretaksmøter mellom Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs hospital HF i perioden 2021–2023.
- Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Styringskrav og rammer 2015: St. Olavs hospital HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Styringskrav og rammer 2016: St. Olavs hospital HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2018). *Styringskrav og rammer 2018: St. Olavs hospital HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2019). *Styringskrav og rammer 2019: St. Olavs hospital HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2020). *Styringskrav og rammer 2020: St. Olavs hospital HF*.
- St. Olavs hospital HF. (2023). *Styrets beretning for St. Olavs hospital HF 2023*.
- St. Olavs hospital HF. (2023). *Årsregnskap for St. Olavs hospital HF 2023*.
- Styredokumenter fra St. Olavs hospital HF i perioden 2020–2024. <https://ekstranett.helse-midt.no/1010/default.aspx>

Fagbøker, fagartikler og rapporter

- Advokatfirmaet Wiersholm AS. (2022, 24. august). *Helseplattformen AS' bruk av konsulent tjenester: Vurdering etter anskaffelsesrettslige regler*. Helseplattformen. <https://www.helseplattformen.no/siteassets/documents/sak-76.22-ekstern-juridisk-gjennomgang-av-benyttede-konsulent-tjenester-i-forhold-til-lov-om-offentlig-anskaffelser.pdf>
- Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre*.
- Center for Patientinddragelse. (2021, mai). *Sundhedsplatformen: Overordnede resultater SP brugerundersøgelse. Foråret 2021*. (PowerPoint-presentasjon.) Region Hovedstaden. https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/PublishingImages/Sider/Medarbejderne-melder-om-stigende-tilfredshed-med-Sundhedsplatformen/SP-brugerunders%C3%B8gelse_2021_Overordnede%20resultater.pdf
- Dagens Medisin. (2024). *Rapport om finske Helseplattformen: Redusert produktivitet, dårlig brukervennlighet og ikke kostnadseffektivt*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/apotti-e-helse-helse-midt-norge-rhf/rapport-om-finske-helseplattformen-reduisert-produktivitet-darlig-brukervennlighet-og-ikke-kostnadseffektivt/637967>
- Direktoratet for e-helse. (2016, 22. desember). *Innspill til Helseplattformens konkurransegrunnlag med tilsvarende fra Helseplattformen*.
- Direktoratet for e-helse. (2023, 15. mars). *Årsrapport 2022: Direktoratet for e-helse*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2afe75d5cab74b8b83d191b604a9c3cb/2022-arsrapport-direktoratet-for-e-helse.pdf>
- Direktoratet for e-helse. (2023, 1. februar). *Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger*. (Rapportnummer IE-1116.) Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-elektroniske-pasientjournalssystemer-og-deres-stotte-for-nasjonale-e-helselosninger/>
- Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015, desember). *Utredning av «Én innbygger – én journal»*: V4 Alternativanalyse.

- Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015, oktober). *Utredning av «Én innbygger – én journal»: V4.1 Detaljering av konsepter*.
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. (2024, 10. januar). *Tilsynsrapport: Hendelsesbasert tilsyn ved St. Olavs hospital HF i relasjon til innføring av Helseplattformen*. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. [https://dsa.no/sok/_attachment/inline/6efaf27a-ad60-4f3e-abdc-f354cc59e48f:fd58ea90026e525b149c320c83689aa99f8215b3/Tilsynsrapport St. Olavs Hospital HF.pdf](https://dsa.no/sok/_attachment/inline/6efaf27a-ad60-4f3e-abdc-f354cc59e48f:fd58ea90026e525b149c320c83689aa99f8215b3/Tilsynsrapport%20St.%20Olavs%20Hospital%20HF.pdf)
- Helse Bergen HF. (2024, 21. mars). *Årsmelding 2023: Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus*. Helse Bergen HF. https://www.helse-bergen.no/496bb3/contentassets/53a3fba82b024cf1b45bd324ed6fa012/arsmelding_helse_bergen_hf_2023.pdf
- Helse Midt-Norge RHF. (2016, 5. desember). *Helseplattformen: Konseptbeskrivelse 05.12.2016 (versjon 0.9)*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2017, 30. november). *Konseptrapport (versjon 1.0)*. (Jf. protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 15. desember 2016, vedlegg til sak 96/16).
- Helsedirektoratet. (2024, 11. april). *Helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2023, kapittel 3.5 Erfaringer og tilfredshet med elektroniske pasientjournalssystemer*. Rapport. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsepersonellundersokelsen-om-e-helse-2023/funn-og-analyser/erfaringer-og-tilfredshet-med-elektroniske-pasientjournalssystemer>
- Helseplattformen. (2018). *Internt notat angående Proof of Concept*.
- Helseplattformen. (2018). Presentasjon: *PoC med Epic 10.–13. april forberedende møte med deltakere*.
- Helseplattformen. (2019). *Evaluation Team 2.2.1 – User scenarios and usability, date: 09.01.2019, version: final*.
- Helseplattformen AS. (2021). *Strategi for læring for Helseplattformen*. Versjon 1.0.
- Helseplattformen AS. (2021, 20. april). *Helseplattformen i helseforetakenes langtidsbudsjett (Versjon: Oppdatering april 2021)*.
- Helseplattformen AS. (2021, 23. mars). *Årsberetning for 2020 Helseplattformen AS*.
- Helseplattformen AS. (2019, 25. november). *ID 400 Acceptance process and test strategy, version 1.0*.
- Helseplattformen AS. (2021). *Helseplattformen beslutningsstruktur, roller og ansvar, versjon 2.0, datert 25. februar*.
- Helseplattformen AS. (2022, 8. februar). *Test Rapport Sluttkbrukerakseptansetest, versjon 1.2 (per 23. juni 2022)*.
- Helseplattformen AS. (2023). *Månedlig økonomirapportering til eierne av Helseplattformen AS: November 2023*.
- Helseplattformen AS. (2024, 21. mars). *Testrapport HMR Ende til Ende test, dato: 21.03.2024, versjon: 1.0 (Test rapport HMR E2E og sluttbrukertest)*.
- ISTQB – International Software Testing Qualifications Board. (2019): *Sertifisert Tester Pensum for grunnnivå (Foundation Level): Norsk versjon basert på CTFL 2018 V1.0, 28.04.2019*.
- IQVIA. (2021, 5. april). *Kvalitetssikring av rapport: Drift og forvaltning av Helseplattformen*. Jf. styremøte i Helseplattformen AS, sak 39/21, vedlegg 2.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015, 16. juni). *Suksess og fiasko i offentlige IKT-prosjekter: En oppsummering av forskningsbasert kunnskap og evidensbaserte tiltak*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no>
- KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen*. (Rapport utarbeidet av KMPG og NEO Consulting for Helseplattformen).
- Larsen, A. S. A, Karlsen, A. T. og Andersen, B. (2020). Hospital project front-end planning: Current practice and discovered challenges. *Project Leadership and Society, Volume 1 (2020) 100004, ISSN 2666-7215*. <https://doi.org/10.1016/j.plas.2020.100004>

- Metier AS. (2017). *Kvalitetssikring (KSK) av Konseptrapport Helseplattformen: Rapport til Helse Midt-Norge RHF*. Jf. styremøte i Helse Midt-Norge RHF 7. desember 2017 (sak 98/17).
- Metier AS. (2017, 21. september). *Avrop 5 – Kvalitetsrådgivning knyttet til Dialogrunde 0*. Notat, leveranse 6 – Evalueringsrapport etter gjennomført Dialogrunde 0 inkl. anbefaling om eventuelt nedvalg av antall tilbydere for videre dialog.
- Metier AS. (2018, 9. januar). *Avrop 6 – Kvalitetsrådgivning knyttet til Dialogrunde 1*. Notat, leveranse 6 – Evalueringsrapport etter gjennomført dialogrunde 1 inkl. anbefaling om eventuelt nedvalg av antall tilbydere for videre dialog.
- Nielsen Norman Group. (2012, 3. januar). *Usability 101: Introduction to Usability*. <https://www.nngroup.com/articles/usability-101-introduction-to-usability/>
- NNIT. (2020-10). *Helseplattformen AS: Kvalitetssikring af grundlaget for og anbefalingene til implementeringsplan for Helseplattformen. Tredjepartsvurdering gjennomført af NNIT. Første delleverance*. (Version 1.0. ID: 63815.)
- NNIT. (2021, 18. januar). *Kvalitetssikring af re-planlægning for Helseplattformen: Tredjepartsvurdering gjennomført af NNIT*. (Versjon 1.0. ID: 63815.)
- Region Hovedstaden og Region Sjælland. (2013, september). *ITX rapport for vurdering ved anskaffelse af Sundhedsplatform*.
- Shahpori, R. og Doig, C. (2010, juni). Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms direction and its implications on critical care. *Journal of Critical Care, Volume 25, Issue 2, 2010*, Pages 364.e1-364.e9, ISSN 0883-9441, <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.08.008>
- Rigsrevisionen. (2018–2021). *Beretning om Sundhedsplatformen*. (Beretning nr. 17/2017 20. juni 2018 t.o.m. Rigsrevisionens notat 18. februar 2021.) <https://rigsrevisionen.dk/revisionssager-arkiv/2018/jun/beretning-om-sundhedsplatformen>.
- Safetec. (2024, 31. januar). *Evaluering av opplæring av Helseplattformen*. Hovedrapport. Dokument nr. ST-000824. Jf. styremøte i Helseplattformen AS 7. februar 2024, sak 4/24, [vedlegg 1](#).
- Salvesen, Anders. (2020). *Utvikling av informasjonssystemer basert på generisk programvare: En casestudie om fagekspertordningen i Helseplattformen*. Masteroppgave i datateknologi fra NTNU, utgitt i september 2023.
- Samset, K. (2010). *Early Project Appraisal: Making the Initial Choices*. Palgrave Macmillan London. <https://doi.org/10.1057/9780230289925>
- Sand, Adrian. (2022, juli). *Utfordringer med brukermedvirkning og implementasjon av en storskala helseinformasjonssystem: En case studie om Helseplattformen*. Masteroppgave i informatikk fra NTNU.
- St. Olavs hospital HF. (2020, 17. november). *Prosjektplan: Lokalt innføringsprosjekt for Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF. Delprosjekt Forberedelse og Go-Live (Versjon 3.0 godkjent 17. november 2020)*.
- St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport: Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen (Versjon 1.0 godkjent 4. oktober 2023)*.
- Statens helsetilsyn. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse*. Helsetilsynet. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2023/rapport-fra-tilsyn-ved-st-olavs-hospital-etter-innfoering-av-helseplattformen/>
- Stenvold, Astrid. (2023, juni). *Når kartet ikke passer terrenget: Helsepersonellens erfaringer med brukermedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen ved St. Olavs Hospital*. Masteroppgave i medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi fra NTNU.
- Statens helsetilsyn. (2024, 17. april). *Statens strålevern – Hendelsesbasert tilsyn ved St. Olavs Hospital HF i relasjon til innføring av Helseplattformen 10. januar 2024*.
- Williams, T., Vo, H., Samset, K. & Edkins, A. (2019). The front-end of projects: a systematic literature review and structuring. *Production Planning & Control*, 30(14), 1137–1169. <https://doi.org/10.1080/09537287.2019.1594429>

Brev, e-poster og notater

- Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig. (2015, 26. november). *Endringer i ytelsens omfang etter kunngjøring* [notat fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til PAS/EPJ].
- Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig. (2016, 19. januar). *Anskaffelsesrettslig vurdering – varighet på avtaler for anskaffelse av PAS/EPJ* [notat fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helse Midt-Norge RHF].
- Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig. (2018, 22. juni). *Anskaffelsesrettslig vurdering av HMNs rett og/eller plikt til å invitere en nedvalgt løsning tilbake til dialogen* [notat fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helse Midt-Norge RHF].
- Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig. (2018, 4. desember). *PAS/EPJ – overordnet kvalitetssikring – output-dokumentasjon* [e-post fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helse Midt-Norge RHF].
- Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig. (2024, 2. mai). *Anskaffelsesrettslig vurdering av endring i kontrakt med Epic* [notat fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helseplattformen AS].
- Akershus universitetssykehus HF. (2024, 12. mars). *Oversikt over utgifter til IT-drift* [e-post fra Akershus universitetssykehus HF til Riksrevisjonen].
- Direktoratet for e-helse. (2023, 15. oktober). *Vurdering av de regionale helseforetakenes Felles plan 2023 for IKT-utvikling og digitalisering*. (Notat til Helse- og omsorgsdepartementet 15. oktober 2023).
- Helse Bergen HF. (2024, 2. april 2024). *Oversikt utgifter IT drift Helse Bergen* [e-post fra Helse Bergen HF til Riksrevisjonen].
- Helse Midt-Norge RHF. (2018, 1. oktober). *Status for programmet Helseplattformen* [brev fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen].
- Helse Midt-Norge RHF. (2019, 8. april). *Fagledernetverkene – forberedelse til arbeid med Helseplattformen* [brev Helse Midt-Norge RHF har sendt til helseforetakene].
- Helse Midt-Norge RHF. (2024, 8. januar). *Spørsmål om konsept for Helseplattformen og anskaffelsen* [e-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen].
- Helse Midt-Norge RHF. (2024, 29. januar). *Svar på spørsmål konseptfasen og anskaffelsen av Helseplattformen* [e-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen].
- Helse Midt-Norge RHF. (2024, 5. mars). *Spørsmål om kostnader Helseplattformen* [e-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen].
- Helse Midt-Norge RHF. (2024, 4. juni). *Svar på rapportutkast – konseptvalg og anskaffelsen* [e-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen].
- Helse Nord-Trøndelag HF. (2024, 16. februar 2024). *Forvaltningsrevisjon av Helseplattformen, tilbakemelding fra Helse Nord-Trøndelag* [e-post fra Helse Nord-Trøndelag HF til Riksrevisjonen].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 15. desember). *Tilbakemelding på foreløpige revisjonskriterier for Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av Helseplattformen* [brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 24. mai). *Svar på oppfølgingsspørsmål* [e-post fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august) *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. [Brev til Riksrevisjonen].
- Helseplattformen AS. (2022, 26. april) *Områder påpekt av St. Olavs hospital HF – status kl. 11:00 tirsdag 26. april 2022* [notat fra Helseplattformen AS til St. Olavs hospital HF]. Jf. e-post fra St. Olavs hospital HF til Riksrevisjonen 20. mars 2024.
- Helseplattformen AS. (2024, 19. januar). *Besvarelse spørsmål i e-post 13. desember 2023* [e-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen].
- Helseplattformen AS. (2024, 2. februar). *Status på arbeid med kalitetsstyringssystem* [notat fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen].

- Helseplattformen AS. (2024, 15. februar). *Svar på spørsmål fra 17. januar 2024* [e-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen].
- Helseplattformen AS. (2024, 18. mars). *Svar på spørsmål til HOD* [e-post fra Helseplattformen til Helse og omsorgsdepartementet].
- Helseplattformen AS. (2024, 7. mai). *Spørsmål om ressursbruk i Helseplattformen AS* [e-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen].
- Helseplattformen AS. (2024, 6. juni). *Utkast til faktagrunnlag, sitater til verifisering og oppfølgingsspørsmål* e-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen].
- Hemit HF. (2024, 30. januar). *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen* [brev fra Hemit HF til Riksrevisjonen].
- Oslo universitetssykehus HF. (2024, 28. april). *Anmodning om oversikt over utgifter til IT-drift* [e-post fra Oslo universitetssykehus HF til Riksrevisjonen].
- Pasient- og brukerombudet i Trøndelag (2024, 5. april). *Erfaringer fra Pasient- og brukerombudet i Trøndelag* [brev fra Pasient- og brukerombudet i Trøndelag til Riksrevisjonen].
- St. Olavs hospital HF. (2022, 30. november). *Bekymringsmelding jf. helsepersonelloven § 17 – redegjørelse pr 30.11.22* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statsforvalteren i Trøndelag].
- St. Olavs hospital HF. (2022, 5. desember). *Bekymringsmelding jf. helsepersonelloven § 17 – oppdatert redegjørelse* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statsforvalteren i Trøndelag].
- St. Olavs hospital HF. (2023, 7. mars). *Bekymringsmelding jf. helsepersonelloven § 17 – elektroniske brev sendt fra St. Olavs hospital er ikke kommet fram til mottaker* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statsforvalteren i Trøndelag].
- St. Olavs hospital HF. (2023, 8. mars). *Oppdatert redegjørelse fra St. Olavs hospital – henvisninger har falt ut av ventelistene på poliklinikkene* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statsforvalteren i Trøndelag].
- St. Olavs hospital HF. (2023, 7. juli). *Bekymringsmelding jf. helsepersonelloven § 17 – svar på internt rekvirerte prøver ved St. Olavs hospital er ikke kommet fram til mottaker* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statsforvalteren i Trøndelag].
- St. Olavs hospital HF. (2023, 5. oktober). *Bekymringsmelding – henvisninger til polikliniske undersøkelser bestilt mens pasientene var inneliggende ikke fanget opp på arbeidslistene til Klinikk for bildediagnostikk* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statens helsetilsyn].
- St. Olavs hospital HF. (2023, 29. november). *Bekymringsmelding – Radiologiske henvisninger ble ikke sendt i Helseplattformen* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statens helsetilsyn].
- St. Olavs hospital HF. (2024, 8. januar). *Bekymringsmelding – systemfeil henvisninger i Helseplattformen* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statens helsetilsyn].
- St. Olavs hospital HF. (2024, 15. januar). *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statens helsetilsyn].
- St. Olavs hospital HF. (2024, 6. februar). *Bekymringsmelding – utløpsdato på forordninger i Helseplattformen* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statens helsetilsyn].
- St. Olavs hospital HF. (2024, 13. mars). *Oversikt over utgifter til IT-drift* [e-post fra St. Olavs hospital HF til Riksrevisjonen].
- St. Olavs hospital HF. (2024, 15. mai). *Oppfølgingsspørsmål feilretting etc.* [e-post fra St. Olavs hospital HF til Riksrevisjonen].
- St. Olavs hospital HF. (2024, 27. mai). *Svar på tilleggsspørsmål fra Riksrevisjonen mai 2024 (standardisering og tidslinje)* [e-post fra St. Olavs hospital HF til Riksrevisjonen].
- Statens helsetilsyn. (2023, 30. oktober). *Oppfølging etter tilsyn med innføring av Helseplattformen – statusmøte 18. oktober 2023* [brev fra Statens helsetilsyn til St. Olavs hospital HF].
- St. Olavs hospital HF (2024, 15. september) *Status vedrørende oppfølging av tilsyn.* [Brev til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet].
- St. Olavs hospital HF (2024, 15. september) *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen.* [Brev til Statens helsetilsyn].
- Statens helsetilsyn. (2024, 13. mai). *Status tilsyn* [e-post fra Statens helsetilsyn til Riksrevisjonen].

- Statens helsetilsyn. (2024, 5. januar). *Hendelser og bekymringsmeldinger knyttet til Helseplattformen* [e-post fra Statens helsetilsyn til Riksrevisjonen].
- Statsforvalteren i Trøndelag. (2024, 5. januar). *Hendelser og bekymringsmeldinger knyttet til Helseplattformen* [e-post fra Statsforvalteren i Trøndelag til Riksrevisjonen].

Internettsider

- Altinn. (2023, 22. mai). *Styringsrett og medbestemmelsesrett: Arbeidsgivers styringsrett*. Hentet 23. april 2024 fra <https://info.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/ansettelse/styringsrett-og-medbestemmelsesrett/>
- AXELOS. (u.å.) *ITIL. What is ITIL?* Hentet 23. april 2024 fra <https://www.axelos.com/certifications/itil-service-management/what-is-itil>
- Braut, G. S.; Hagen, T. P.: *Fastlege i Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 24. juni 2024 fra <https://sml.snl.no/fastlege>
- DFØ. (2023, 26. oktober). *Konkurranspreget dialog*. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/konkurranspreget-dialog>
- Digitaliseringsdirektoratet. (2023, januar). *Prosjektveiviseren*. Versjon 5.0. <https://prosjektveiviseren.digdir.no/>
- Digitaliseringsdirektoratet. (u.å.). *Sjekkliste for å involvere kommunal sektor*. Hentet 17. april 2024 fra <https://www.digdir.no/digitalisering-og-samordning/sjekkliste-involvere-kommunal-sektor/1943>
- Health Level Seven International. (u.å.). *Product EHR FM*. Hentet 17. juni 2024 fra https://wiki.hl7.org/index.php?title=Product_EHR_FM
- Helse Midt-Norge RHF. (2019, 21. mars). *Signerte kontrakten om ny pasientjournal*. <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/17862238/signerte-kontrakten-om-ny-pasientjournal?publisherId=17312194>
- Helse Midt-Norge RHF. (2019, 21. juni). *Ny styringsstruktur med økt fokus på digitalisering og standardisering*. <https://www.helse-midt.no/ny-styringsstruktur-med-okt-fokus-pa-digitalisering-og-standardisering/>
- Helse Nord-Trøndelag HF. (2022, 17. november). *HelsaMi er innbyggerens digitale inngang til helse- og omsorgstjenester*. <https://www.hnt.no/nyheter/2022/helsami-er-innbyggerens-digital-inngang-til-helse-og-omsorgstjenester>
- Helse Sør-Øst RHF. (2023, 20. juni). *Enklere for behandlere å dele journaldokumenter*. Hentet 24. juni 2024 fra <https://www.helse-sorost.no/nyheter/enklere-for-behandlere-a-dele-journaldokumenter2/>
- Helsenorge. (2024, 20 august) *Om kjernejournal*. [Om kjernejournal - Helsenorge](https://www.helsenorge.no/om-kjernejournal)
- Helseplattformen AS. (u.å.). *Aksjonærer pr 31. januar 2023*. Hentet 18. juni 2024 fra <https://www.helseplattformen.no/om-oss/#aksjonærer>
- Helseplattformen AS. (2020, 11. februar). *Beslutningsstruktur*. <https://www.helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/beslutningsstruktur>
- Helseplattformen AS. (2022, 12. desember). *Hva er helsaMi?* <https://www.helseplattformen.no/helsami/hva-er-helsami/>
- Helseplattformen AS. (2023, 17. april). *Roller og uttrykk i Helseplattformen*. <https://www.helseplattformen.no/om-oss/standardside-roller-og-uttrykk-i-helseplattformen/>
- Helseplattformen AS. (2023, 6. februar). *Endringer som kommer med Helseplattformen*. <https://www.helseplattformen.no/endringer-som-kommer-med-helseplattformen/>
- Helseplattformen AS. (2024, 14. mai). *Kommunene og Helseplattformen* (sist oppdatert 14. mai).
- I trygge hender 24-7. (u.å.). *Samstemming av legemiddellister*. Hentet 24. juni 2024 fra <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/legemiddelrelaterte-skader/samstemming-av-legemiddellister#tiltak-for-samstemming-av-legemiddellister>.
- ISACA. (u.å.). *COBIT. An ISACA Framework*. Hentet 23. april 2024 fra <https://www.isaca.org/resources/cobit>

- ISTQB i Norge. (u.å.). *Norwegian Testing Board – International Software Testing Qualifications Board*. Hentet 23. april 2024 fra <https://www.istqb-norge.no/>
- KS. (2018, 1. juni). *Samarbeidsråd for opsjonskommuner*. <https://www.ks.no/regioner/ks-trondelag/samarbeidsrad-for-opsjonskommuner>
- Norsk helsenett. (u.å.). *Digital arbeidsplass*. Hentet 24. juni 2024 fra <https://www.nhn.no/tjenester/tjenestесenter-for-helseforvaltningen/tjenestekatalog-for-helseforvaltningen/digital-arbeidsplass>
- Regjeringen. (2024, 1. mars). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenester*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonal-helse-og-samhandlingsplan-2024-2027-ny-strategi-for-digitalisering-av-helse-og-omsorgstjenestene/id3028036/>
- Regjeringen. (2024, 16. februar). *Ny milepæl nådd i deling av journaldokumenter i helsetjenesten*. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-milepal-nadd-i-delning-av-journaldokumenter-i-helsetjenesten/id3025973/?utm_source=regjeringen.no&utm_medium=email&utm_campaign=nyhetsvarselVeke%208
- Riksrevisjonen. (2023, 25. april). *Mandat for en felles undersøkelse av Helseplattformen*. <https://www.riksrevisjonen.no/kommende-rapporter/helseplattformen/mandat/>
- SSB. (u.å.). *Statistikkbanken – Spesialisthelsetjenesten, 13942*. Hentet 15. mai 2024 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/13942/>
- St. Olavs hospital HF. (2024, 11. mars). *Tilsynsrapporter fra Arbeidstilsynet*. Nyhetsarkiv 2024. <https://www.stolav.no/nyheter/2024/tilsynsrapporter-fra-arbeidstilsynet/>
- Statens helsetilsyn. (2023, 19. april). *Tilsynsrapport fra innføring av Helseplattformen ved St. Olavs hospital*. Nyhetsarkiv 2023. <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2023/tilsynsrapport-fra-innfoering-av-helseplattformen-ved-st-olavs-hospital/>
- Støbbakk, T. (2022, 30. oktober). *Trakk seg fra kampen om å lage Helseplattformen: – Vår vurdering var at fastlegene aldri ville bli en del av dette*. Adresseavisen. [Trakk seg fra kampen om å lage Helseplattformen: - Vår vurdering var at fastlegene aldri ville bli en del av dette - adressa.no](https://www.adressa.no/nyheter/trondelag/i/8JQrRw/trakk-seg-fra-kampen-om-aa-lage-helseplattformen-vaar-vurdering-var-at-fastlegene-aldri-ville-bli-en-del-av-dette)
<https://www.adressa.no/nyheter/trondelag/i/8JQrRw/trakk-seg-fra-kampen-om-aa-lage-helseplattformen-vaar-vurdering-var-at-fastlegene-aldri-ville-bli-en-del-av-dette>

Annet

- BDO. (2023, 25. oktober). *Helseplattformen*. Presentasjon for styret i Helseplattformen AS 25. oktober 2023.
- Deloitte. (2023, 23. november). *Presentasjon om anbefalinger og tiltak felles arbeidsdokument*.
- DOFFIN. (2015, 24. juni). *Kunngjøring av konkurranse*. Kunngjøringsnummer 2015-176775.
- Epic T Appendix 2B1 v4.0 Attachment 4 – Development Summary (December 2018).
- Helse Midt-Norge RHF. (u.å.). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Pre-qualification Information Memorandum*.
- Helse Midt-Norge RHF. (u.å.). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: V Appendix 6 Administrative Provisions, Based on SSA-V – Case number: 2016/238*.
- Helse Midt-Norge RHF. (u.å.). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: T Appendix 6 Price and Pricing Provisions, Based on SSA – T. Case number: 2016/238*.
- Helse Midt-Norge RHF. (u.å.). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: V Appendix 7 Price and pricing provisions, Based on SSA-V – Case number: 2016/238*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Innstilling pre-kvalifikasjon og utvelgelse av leverandører: Helseplattformen, dato: 21.11.2016, versjonsnr: 0.99*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016–2019). *Anskaffelsesprotokoll Helseplattformen*. (Saksnummer 2016/238).
- Helse Midt-Norge RHF (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – Bridging Contract (V1.0) – Case number: 2016/238*.

- Helse Midt-Norge RHF (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – T Appendix 1B Functional Requirements (V.1.0) Based on SSA-T – Case number: 2016/238.*
<https://www.helseplattformen.no/494e10/siteassets/documents/konkurransegrunnlag/funksjonell-kravspesifikasjon.pdf>
- Helse Midt-Norge RHF (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – T Appendix 3 Project and Progress Plan – Case number: 2016/238.* Helseplattformen AS.
<https://www.helseplattformen.no/494e11/siteassets/documents/konkurransegrunnlag/prosjekt--og-fremdriftsplan.pdf>
- Helse Midt-Norge RHF. (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – V Appendix 1 Customer Requirement Specification, Based on SSA- V – Case number 2016/238.*
- Helse Midt-Norge RHF. (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – Invitation to Dialogue Document – Case number 2016/238.*
- Helse Midt-Norge RHF. (2018, 20. juni). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – Enclosure 2 Executive Summary (v.4.0) – Case number 2016/238.*
- Helse Midt-Norge RHF. (2019, 9. januar). *Evaluation Team 2.2.6 – Architecture and Integrations, date: 09.01.2019, version: final.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2016, 27. september). *Samarbeidsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune: Forberedelse og gjennomføring av anskaffelse, samt innføring av nytt pasientadministrativt system (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ).*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2019, 18. november). *Samarbeidsavtale Helseplattformen – bilag 3 Økonomiske forhold.*
- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Samlet plan for innføring av Helseplattformen – Felles innføringsprosjekt og lokale innføringsprosjekt.* Versjon 2.0, godkjent 25. mars av Felles innføringsprosjekt.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Status vedrørende programmet Helseplattformen – Én innbygger – én journal, Trondheim kommunes tilslutning til samarbeidsavtalen.* Brev til Trondheim kommune juni 2016.
- Helseplattformen AS. (2022, 18. februar). *Bilag 5 – Samlet pris og prisbestemmelser.*
- Helseplattformen AS. (2023, 6. desember). *Pressemelding: Henvisninger i Helseplattformen har ikke blitt fanget opp.* Helseplattformen AS. <https://www.helseplattformen.no/nyheter/henvisninger-kom-ikke-fram/>
- Kontrakt mellom Helse Midt-Norge RHF og Epic. (u.å.) *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: T Appendix 3 – Annex 1, The Contractor's Response to Project and Progress Plan, Based on SSA – T – Case number 2016/238.*
- *Programdirektiv for «Helseplattformen».* 2. november 2016. Versjonsnr. 2.0. Godkjent av Helse-Midt-Norge RHF's interne styringsgruppe og Trondheim kommunes interne styringsgruppe.
- St. Olavs hospital HF, lokalt innføringsteam/avdeling for e-helse. (2023, 15. mars). *HP-drypp* (presentasjon om «nytt om brev og e-meldinger», «hvordan sende brev og meldinger slik at de kommer fram», «klinisk byggeteam», fagklynger opplæring» og «oppdatert EQS-prosedyre – dokumentasjon av helsehjelp – problemliste»).
- Trondheim kommune. (2016, 8. februar). *Avklaring av status vedr. Trondheim kommunes tilslutning til samarbeidsavtalen med Helse Midt-Norge RHF om forberedelse og gjennomføring av anskaffelse om nytt felles pasientjournalssystem.* Brev til Helse- og omsorgsminister Bent Høie. 8. februar 2016.
- Trondheim kommune. (2019). *Henvendelse til HOD – Statens rolle i Helseplattformen med å ta risiko på vegne av kommunene.* Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 11. oktober 2019.

- Trondheim kommune. (2019). Sak [PS 0103/2019](#) i bystyret 29. august 2019 og sak [FO 156/2019](#) i formannskapet 26. november 2019.
- Trondheim kommune. (2021). Sak [PS 0101/2021](#) i bystyret 16. juni 2021.
- Trondheim kommune. (2021). *Tidskritisk å sikre økonomien for Helseplattformen*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 18. oktober 2021.

Vedlegg 1:

Spørsmålene i spørreundersøkelsene

Spørreundersøkelse til leger

1) Arbeider du innenfor en av følgende spesialiteter?

Oppgi spesialiteten du i hovedsak jobber innenfor.

LIS 1 - dvs. ingen spesialitet	Geriatrici	Nyresykdommer
Akutt- og mottaksmedisin	Hjertesykdommer	Onkologi
Allmenntmedisin	Hud- og veneriske sykdommer	Ortopedisk kirurgi
Anestesiologi	Immunologi og transfusjonsmedisin	Patologi
Arbeidsmedisin	Indremedisin	Plastikkirurgi
Barne- og ungdomspsykiatri	Infeksjonssykdommer	Psykiatri
Barnekirurgi	Karkirurgi	Radiologi
Barnesykdommer	Klinisk farmakologi	Revmatologi
Blodsykdommer	Klinisk nevrofysiologi	Rus- og avhengighetsmedisin
Bryst- og endokrinkirurgi	Lungesykdommer	Thoraxkirurgi
Endokrinologi	Medisinsk biokjemi	Urologi
Fordøyelsesykdommer	Medisinsk genetik	Øre-nese-halssykdommer
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Medisinsk mikrobiologi	Øyesykdommer
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	Nevrokirurgi	Annen
Gastroenterologisk kirurgi	Nevrologi	Arbeider ikke klinisk (ledes ut av undersøkelsen)
Generell kirurgi	Nukleærmedisin	

2) Hvilken type enhet jobber du ved?

Dersom du regelmessig arbeider innenfor flere typer enheter, kan du sette flere kryss.

Poliklinikk/post med dagbehandling	Akutt behandling	Annet:
Sengepost	Medisinske støttetjenester (eks. lab og bilde)	

Nå følger noen spørsmål om Helseplattformen og hvordan du opplever å bruke dette IT-systemet.

3) Hvor ofte bruker du Helseplattformen?

Daglig

Månedlig eller sjeldnere

Ukentlig/noen ganger i uka

Aldri (ledes ut av undersøkelsen)

4) Ta stilling til følgende utsagn om Helseplattformen, og om det er problematisk eller uproblematisk:

	Dette kjenner jeg meg ikke igjen i	Jeg opplever dette, men det er i hovedsak uproblematisk	Jeg opplever dette, og det er et problem	Ingen oppfatning
--	--	---	---	---------------------

Jeg har tilgang til færre pasientopplysninger fra fastlegene enn jeg har behov for

Jeg registrerer den samme informasjonen om pasientene flere ganger

Feilmeldinger eller advarsler knyttet til legemidler er lite nyttige

Når jeg skal registrere informasjon om pasienten så er journalen låst/kan ikke opprettes fordi andre jobber med samme pasient

[Spørsmål 5 stilles kun til de som svarte «Jeg opplever dette, og det er et problem» til utsagnet «Når jeg skal registrere informasjon om pasienten så er journalen låst/kan ikke opprettes fordi andre jobber med samme pasient» i spørsmål 4.]

5) Har du opplevd at låst journal har svekket pasientsikkerheten?

Ja

Nei

Usikker

[Spørsmål 6 stilles kun til de som svarte «Ja» til spørsmål 5.]

6) Har du opplevd at låst journal har svekket pasientsikkerheten siste uke?

Ja

Nei

Usikker

7) Tenk på den siste uka: Har det hendt at du ved en feil har arbeidet inne i journalen til en annen pasient enn den du trodde du jobbet med?

Nei, dette har ikke skjedd den siste uka

Ja, dette har skjedd daglig

Ja, men ikke daglig

Vet ikke/ikke relevant

8) Har dere etablert fast praksis for hva som skal registreres hvor i Helseplattformen ved din enhet?

Nei, dette har i liten grad vært tema hos oss

Ja, og jeg opplever at vi stort sett praktiserer det vi er blitt enige om

Ja, men jeg opplever at vi likevel har ulik praksis for hva som registreres hvor

Vet ikke

9) I hvilken grad er følgende blitt gjort ved din avdeling?

	Ikke i det hele tatt	I noen grad, men ikke tilstrekkelig	I tilstrekkelig grad	Vet ikke/ingen oppfatning
--	----------------------	-------------------------------------	----------------------	---------------------------

Min avdeling har tilbudt kurs for kompetanseheving i Helseplattformen de siste 12 månedene

Min avdeling har mottatt informasjon om endringer i Helseplattformen

Min avdeling har gjennomgått arbeidsprosesser (f.eks. nye rutiner og rollefordeling)

Min avdeling har superbrukere (eller tilsvarende) som jeg kan få hjelp av

10) Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om din og andres registrering i Helseplattformen, som til sammen skal gi en strukturert journal?

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Ingen oppfatning	Ikke relevant
Jeg registrerer informasjon som andre roller/yrkesgrupper hadde ansvaret for å registrere før vi fikk Helseplattformen						
Jeg opplever at min og andres registrering av informasjon gir bedre pasientbehandling enn før vi fikk Helseplattformen						
Jeg opplever at registrering av informasjon i Helseplattformen er tidkrevende						
Jeg opplever at min og andres registrering av informasjon gjør at jeg kan gjennomføre arbeidsoppgavene mine mer effektiv enn før vi fikk Helseplattformen						
Jeg opplever at pasientene/pårørende registrerer relevant informasjon i HelsaMi						

11) Tenk på forrige gang du laget en forordning (legemidler, infusjoner, pumper e.l.): Opplevde du at Helseplattformen ga deg noen av følgende problemer?

Flere kryss mulig.

Jeg opplevde at Helseplattformen «hang» forrige gang jeg laget en forordning	Jeg fant ikke en god ferdiglaget forordning jeg kunne bruke	Ved utskrivning fikk pasienten resept på legemidler han/hun ikke selv skulle ha tilgang til
Det var vanskelig å finne fram til riktig medikament i riktig formulering og styrke	Det krevde irriterende mange klikk å forordne medisinen	Ikke relevant/jeg bruker ikke Helseplattformen til å forordne legemidler
Det var vanskelig å få lagt inn alle nødvendige detaljer i forordningen (nedtrapping, ulik dosering på ulike tidspunkter, andre detaljer)	Jeg gjorde feil i forordningen som var tidkrevende å rette opp	Jeg opplevde ingen problemer
	Jeg fikk opp varsler/meldinger som ikke var til hjelp	Annet:

12) Nedenfor finner du ulike utsagn. Vi ber deg ta stilling til om disse stemmer for deg eller ikke.

	Stemmer veldig godt	Stemmer nokså godt	Stemmer ikke	Ingen oppfatning
--	---------------------------	--------------------------	-----------------	---------------------

Helseplattformen gir meg god oversikt over medisinene pasienten bruker under oppholdet

Det går fort å finne frem i Helseplattformen

Helseplattformen gir meg god oversikt over pasientparameterne som er nødvendige i mitt arbeid (f.eks. NEWS, scoringer, væskebalanse)

Det er lett å rette opp eventuelle feil jeg gjør når jeg arbeider i Helseplattformen

Det er enkelt for meg å vite hvor jeg skal registrere informasjon i Helseplattformen

Jeg bruker Helseplattformen på en god måte til å gjennomføre mine daglige arbeidsoppgaver

Jeg bruker Helseplattformen på en god måte når jeg må gjennomføre arbeidsoppgaver jeg bare gjør av og til

Hvilket av disse utsagnene stemmer best med din oppfatning av Helseplattformen i dag og systemets bidrag til din tidsbruk?

13) Helseplattformen bidrar til at jeg har

mer tid til pasienter

mindre tid til pasienter

verken mer eller mindre tid til pasienter

ingen oppfatning

[Spørsmål 14 stilles kun til de som svarte «Poliklinikk/post med dagbehandling» til spørsmål 2.]

Til deg som jobber poliklinisk eller på post med dagbehandling.

14) Opplever du at du nå behandler færre, like mange eller flere pasienter per dag som før innføring av Helseplattformen?

Færre	Omtrent like mange	Antallet pasienter jeg behandler i løpet av en dag er primært bestemt av andre forhold enn Helseplattformen
Flere	Vet ikke	
	Ikke relevant	

15) Hvilket av disse utsagnene stemmer best med din oppfatning av Helseplattformen i dag og systemets bidrag til pasientsikkerheten?

Helseplattformen bidrar til bedre pasientsikkerhet	Helseplattformen bidrar til dårligere pasientsikkerhet
Helseplattformen har ikke hatt noe å si for pasientsikkerheten	Ingen oppfatning

Alt i alt - hvilket av disse utsagnene passer best med din oppfatning av Helseplattformen?

16) Helseplattformen fungerer

svært godt for meg	verken godt eller dårlig for meg	svært dårlig for meg
nokså godt for meg	nokså dårlig for meg	

17) Nedenfor finner du fire utsagn. Vi ber deg ta stilling til om disse stemmer for deg eller ikke.

	Stemmer veldig godt	Stemmer nokså godt	Stemmer ikke	Ingen oppfatning
Jeg har behov for mer opplæring i Helseplattformen				

Det har vært lett å lære seg å bruke Helseplattformen

Jeg har tilgang til hjelp fra andre til å bruke Helseplattformen om jeg trenger det

18) Under finner du en liste med mulige forbedringsområder, sett kryss for hvilke du vil prioritere.

Du kan sette inntil tre kryss.

Oversikt over pasienten/ pasientforløpet	Klinisk dokumentasjon (for	eksempler notater, vurderings-skjemaer, pasientplaner)
--	----------------------------	--

Legemidler, inkludert felles legemiddelliste	Pasienttransport og administrativ håndtering av pasientforløp	Mine rapporter
Forordninger	Inbasket	Jeg kommer ikke på noen områder som jeg mener burde forbedres
	Takstinnhenting og koding	Annet (skriv gjerne hva):

19) Har du til slutt noen kommentarer til spørreundersøkelsen eller temaet som du ønsker å formidle?

Spørreundersøkelse til sykepleiere

1) Arbeider du innenfor en av følgende spesialiteter?

Oppgi spesialiteten du i hovedsak jobber innenfor.

Anestesi/operasjon	Nevrologi	Endokrinologi
Føde/kvinnesykdommer	Hjertemedisin	Fedme
Intensiv (inkluderer barn/ ungdom-, hjerte- og nevrontensiv)	Øre-nese-hals	Geriatrici
Kreft/onkologi	Kjeve	Infeksjonssykdommer
Ortopedi	Øye	Nyresykdommer
Psykiatrici	Gastrologi	Arbeider ikke klinisk
Barn og ungdom	Urologi	Annet
	Karkirurgi	

2) Hvilken type enhet jobber du ved?

Dersom du regelmessig arbeider innenfor flere typer enheter, kan du sette flere kryss.

Poliklinikk/post med dag-behandling	Akutt behandling	Annet:
Sengepost	Medisinske støttetjenester (eks. lab og bilde)	

3) Hvor ofte bruker du Helseplattformen?

Daglig

Månedlig eller sjeldnere

Ukentlig/noen ganger i uka

Aldri (ledes ut av undersøkelsen)

3) Ta stilling til følgende utsagn om Helseplattformen, og om det er problematisk eller uproblematisk:

		Jeg		
Dette	Jeg opplever	opplever		
kjenner	dette, men	dette,		
jeg meg	det er i	og det		
ikke	hovedsak	er et	Ingen	
igjen i	uproblematisk	problem	oppfatning	

Jeg har tilgang til færre pasientopplysninger fra fastlegene enn jeg har behov for

Jeg registrerer den samme informasjonen om pasientene flere ganger

Feilmeldinger eller advarsler knyttet til legemidler er lite nyttige

Når jeg skal registrere informasjon om pasienten så er journalen låst/kan ikke opprettes fordi andre jobber med samme pasient

[Spørsmål 4 stilles kun til de som svarte «Jeg opplever dette, og det er et problem» til utsagnet «Når jeg skal registrere informasjon om pasienten så er journalen låst/kan ikke opprettes fordi andre jobber med samme pasient» i spørsmål 3.]

4) Har du opplevd at låst journal har svekket pasientsikkerheten?

Ja

Nei

Usikker

[Spørsmål 5 stilles kun til de som svarte «Ja» til spørsmål 4.]

5) Har du opplevd at låst journal har svekket pasientsikkerheten siste uke?

Ja

Nei

Usikker

6) Tenk på den siste uka: Har det hendt at du ved en feil har arbeidet inne i journalen til en annen pasient enn den du trodde du jobbet med?

Nei, dette har ikke skjedd den siste uka

Ja, dette har skjedd daglig

Ja, men ikke daglig

Vet ikke/ikke relevant

7) Har dere etablert fast praksis for hva som skal registreres hvor i Helseplattformen ved din enhet?

Nei, dette har i liten grad vært tema hos oss

Ja, og jeg opplever at vi stort sett praktiserer det vi er blitt enige om

Ja, men jeg opplever at vi likevel har ulik praksis for hva som registreres hvor

Vet ikke

8) I hvilken grad er følgende blitt gjort ved din avdeling?

Ikke i det hele tatt	I noen grad, men ikke tilstrekkelig	I tilstrekkelig grad	Vet ikke/ingen oppfatning
----------------------	-------------------------------------	----------------------	---------------------------

Min avdeling har tilbudt kurs for kompetanseheving i Helseplattformen de siste 12 månedene

Min avdeling har mottatt informasjon om endringer i Helseplattformen

Min avdeling har gjennomgått arbeidsprosesser (f.eks. nye rutiner og rollefordeling)

Min avdeling har superbrukere (eller tilsvarende) som jeg kan få hjelp av

9) Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om din og andres registrering i Helseplattformen, som til sammen skal gi en strukturert journal?

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig	Ingen oppfatning	Ikke relevant
Jeg registrerer informasjon som andre roller/yrkesgrupper hadde ansvaret for å registrere før vi fikk Helseplattformen						
Jeg opplever at min og andres registrering av informasjon gir bedre pasientbehandling enn før vi fikk Helseplattformen						
Jeg opplever at registrering av informasjon i Helseplattformen er tidkrevende						
Jeg opplever at min og andres registrering av informasjon gjør at jeg kan gjennomføre arbeidsoppgavene mine mer effektiv enn før vi fikk Helseplattformen						
Jeg opplever at pasientene/pårørende registrerer relevant informasjon i HelsaMi						

10) Tenk på forrige gang du skulle gi legemidler til en pasient: Opplevde du at Helseplattformen ga deg noen av følgende problemer?

Flere kryss mulig.

Jeg opplevde at Helseplattformen «hang» forrige gang jeg gjorde klar medisiner	Det krevde irriterende mange klikk å dispensere medisinen	Ikke relevant/jeg bruker ikke Helseplattformen til å gi legemidler
Det var vanskelig å finne ut hvilke medikamenter pasienten skulle ha	Jeg fikk opp varsler/meldinger som ikke var til hjelp	Jeg opplevde ingen problemer
	Jeg opplevde at det var feil, mangler eller duplikater i forordningen	Annet:

11) Nedenfor finner du ulike utsagn. Vi ber deg ta stilling til om disse stemmer for deg eller ikke.

	Stemmer veldig godt	Stemmer nokså godt	Stemmer ikke	Ingen opfatning
--	---------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------

Helseplattformen gir meg god oversikt over medisinene pasienten bruker under oppholdet

Det går fort å finne frem i Helseplattformen

Helseplattformen gir meg god oversikt over pasientparameterne som er nødvendige i mitt arbeid (f.eks. NEWS, scoringer, væskebalanse)

Det er lett å rette opp eventuelle feil jeg gjør når jeg arbeider i Helseplattformen

Det er enkelt for meg å vite hvor jeg skal registrere informasjon i Helseplattformen

Jeg bruker Helseplattformen på en god måte til å gjennomføre mine daglige arbeidsoppgaver

Jeg bruker Helseplattformen på en god måte når jeg må gjennomføre arbeidsoppgaver jeg bare gjør av og til

Hvilket av disse utsagnene stemmer best med din oppfatning av Helseplattformen i dag og systemets bidrag til din tidsbruk?

12) Helseplattformen bidrar til at jeg har

mer tid til pasienter

mindre tid til pasienter

verken mer eller mindre tid til pasienter

ingen oppfatning

[Spørsmål 13 stilles kun til de som svarte «Poliklinikk/post med dagbehandling» til spørsmål 2.]
Til deg som jobber poliklinisk eller på post med dagbehandling.

13) Opplever du at du nå behandler færre, like mange eller flere pasienter per dag som før innføring av Helseplattformen?

Færre	Omtrent like mange	Antallet pasienter jeg behandler i løpet av en dag er primært bestemt av andre forhold enn Helseplattformen
Flere	Vet ikke	
	Ikke relevant	

14) Hvilket av disse utsagnene stemmer best med din oppfatning av Helseplattformen i dag og systemets bidrag til pasientsikkerheten?

Helseplattformen bidrar til bedre pasientsikkerhet	Helseplattformen bidrar til dårligere pasientsikkerhet
Helseplattformen har ikke hatt noe å si for pasientsikkerheten	Ingen oppfatning

Alt i alt - hvilket av disse utsagnene passer best med din oppfatning av Helseplattformen?

15) Helseplattformen fungerer

svært godt for meg	verken godt eller dårlig for meg	svært dårlig for meg
nokså godt for meg	nokså dårlig for meg	

16) Nedenfor finner du fire utsagn. Vi ber deg ta stilling til om disse stemmer for deg eller ikke.

	Stemmer veldig godt	Stemmer nokså godt	Stemmer ikke	Ingen oppfatning
--	---------------------------	--------------------------	-----------------	---------------------

Jeg har behov for mer opplæring i Helseplattformen

Det har vært lett å lære seg å bruke Helseplattformen

Jeg har tilgang til hjelp fra andre til å bruke Helseplattformen om jeg trenger det

17) Under finner du en liste med mulige forbedringsområder, sett kryss for hvilke du vil prioritere.

Du kan sette inntil tre kryss.

Oversikt over pasienten/ pasientforløpet	Forordninger	Mine rapporter
Klinisk dokumentasjon (for eksempler notater, vurderings- skjemaer, pasientplaner)	Pasienttransport og administrativ håndtering av pasientforløp	Jeg kommer ikke på noen områder som jeg mener burde forbedres
Legemidler, inkludert felles legemiddelliste	Innbasket	Annet (skriv gjerne hva):
	Takstinnhenting og koding	

18) Har du til slutt noen kommentarer til spørreundersøkelsen eller temaet som du ønsker å formidle?

Vedlegg 4:

Riksrevisjonens del Faktaundersøkelsen til Riksrevisjonen

Revisjonen er gjennomført i henhold til

- **lov om Riksrevisjonen § 9 andre ledd**
- **instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 5 andre ledd**
- **INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for selskapskontroll**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon**

Innhold

1	Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling	6
1.1	Helseplattformen har hatt mange feil og blitt opplevd som lite brukervennlig etter innføringen ved St. Olavs hospital	6
1.1.1	Helseplattformen hadde mange feil ved innføringen ved St. Olavs hospital, og det har tatt tid å rette feilene.....	6
1.1.2	Helseplattformen er vanskelig å bruke for sluttbrukerne	12
1.1.3	Økning i innmeldte pasientsikkerhetsavvik	16
1.1.4	St. Olavs hospital mistet oversikten over ventelister og fristbrudd det første året etter at de tok i bruk Helseplattformen, og de har fortsatt utfordringer med data til helseregistre	19
1.2	Færre utfordringer med innføringen i Helse Møre og Romsdal	20
2	Konsept og anskaffelse av Helseplattformen	21
2.1	Helse Midt-Norge RHF ønsket å legge til rette for nye arbeidsprosesser, standardisering, strukturerte journaler og økt samhandling med kommunene	23
2.2	Helse Midt-Norge RHF valgte et regionalt system uten å gjennomføre en egen samfunnsøkonomisk analyse eller utredning av alternativer	24
2.2.1	Helse Midt-Norge RHF valgte konsept i 2015 basert på strategidokumenter, involvering av mange aktører og et forberedende prosjekts ambisjonsnivåer.....	24
2.2.2	Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet ventet i 2015 at et regionalt system ville ha lavere samfunnsøkonomiske lønnsomhet enn et nasjonalt system	25
2.2.3	Helse Midt-Norge RHF gjennomførte ikke en egen samfunnsøkonomisk analyse som bakgrunn for valget av et regionalt system	27
2.2.4	Utredningen av konsepter i 2017 bekreftet valget av konsept som Helse Midt-Norge RHF tok i 2015	28
2.3	Helse Midt-Norge RHF mente at det valgte konseptet for Helseplattformen hadde svært høy gjennomføringsrisiko	29
2.3.1	Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet mente i 2015 at et regionalt konsept ville møte motstand hos fastleger, kommuner og helsepersonell	29
2.3.2	Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune bestemte i 2016 at de skulle kjøpe hylleware basert på én omfattende kontrakt for å redusere risiko	30
2.3.3	Helse Midt-Norge RHF mente i 2017 at konseptet hadde svært høy risiko, men ville håndtere den gjennom god planlegging og styring	32
2.4	Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune planla og organiserte anskaffelsen og ville sikre bred involvering av sluttbrukere	33
2.4.1	Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune hadde ansvaret for å planlegge og organisere av anskaffelsen	33
2.4.2	Helse Midt-Norge RHF innhentet erfaringer fra Danmark og Finland.....	33
2.4.3	Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune definerte 4 000 krav til Helseplattformen gjennom en omfattende involvering av ansatte	34
2.5	Helse Midt-Norge RHF gjennomførte en konkurranse med elleve mulige leverandører, og Epic sto igjen alene i siste dialogrunde	35
2.5.1	Helse Midt-Norge RHF identifiserte tidlig 10–15 mulige leverandører og så at ingen kunne levere all funksjonaliteten de ønsket seg	35

2.5.2	Helse Midt-Norge RHF kom fram til at fem av elleve leverandører fikk delta i konkurransen .	36
2.5.3	Cerner trakk seg mot slutten av konkurransen, og Helse Midt-Norge RHF sto igjen med kun én aktuell leverandør.....	36
2.6	Helse Midt-Norge RHF ville fortsette forhandlingene med Epic selv om Cerner trakk seg	38
2.6.1	Cerner trakk seg i slutfasen etter en vurdering av omfang og tilnærming til løsning	38
2.6.2	Helse Midt-Norge RHF mente at det ikke var hensiktsmessig å invitere flere leverandører inn i slutfasen	38
2.6.3	Helse Midt-Norge RHF og Epic var uenige om behovet for utvikling av ny funksjonalitet, og Epic forpliktet seg til å ikke utnytte at Cerner trakk seg	39
2.7	Epic innfridde 99 prosent av viktige krav til Helseplattformen, også kravene til brukskvalitet .	40
2.7.1	Epic innfridde Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommunes viktige krav	40
2.7.2	Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommunes evaluering av Epics brukskvalitet var udelt positiv	41
2.8	Kontrakten avviker lite fra statens standardavtaler	42
2.8.1	Kontrakten ble kvalitetssikret av et eksternt advokatfirma	42
2.8.2	Kontrakten bygger på statens standardavtale og har ti års varighet	43
3	Forberedelser til innføringen	45
3.1	Innføringen av Helseplattformen har blitt utsatt flere ganger	45
3.1.1	Opprinnelig innføringsplan	45
3.1.2	Endringer i innføringsplanen	47
3.2	Utformingen av Helseplattformen skulle bygge på standardiserte pasientforløp, men ble komplisert og uensartet i en forsinket prosess.....	50
3.2.1	Helse Midt-Norge RHF mente at innføring av Helseplattformen krevde standardisering og virksomhetsutvikling, men krav og rammer var overordnede og ikke tilstrekkelig tydelige for helseforetakene og Helseplattformen AS	51
3.2.2	Helseforetakene og kommunene skulle beslutte utformingen av Helseplattformen basert på standardiserte pasientforløp, og helsepersonell tok de fleste beslutningene	52
3.2.3	Tilpassingen av Epics grunnsystem ble betydelig forsinket, og helseforetakene og Helseplattformen AS var uenige om behovet for tilpassinger	53
3.2.4	Det er komplisert å arbeide på tvers av ulike pasientforløp i Helseplattformen.....	56
3.3	St. Olavs hospital gjennomførte ikke tilstrekkelige forberedelser før de tok i bruk Helseplattformen	57
3.3.1	St. Olavs hospital forberedte seg ikke tilstrekkelig på nye arbeidsprosesser	57
3.3.2	Testingen av Helseplattformen ga ikke nødvendig kvalitetssikring	59
3.3.3	Helsepersonellet ved St. Olavs hospital fikk ikke tilstrekkelig opplæring	63
3.3.4	Organiseringen av lokal brukerstøtte og superbrukere ved St. Olavs hospital har ikke fungert optimalt.....	66
3.4	Helse Møre og Romsdal har lært fra tidligere innføringer og hadde et bedre utgangspunkt ..	67
3.4.1	Helse Møre og Romsdal innførte et mer modent system enn St. Olavs hospital og har fått støtte fra St. Olavs hospital og Helseplattformen AS.....	67
3.4.2	Det var et mindre behov for testing i Helse Møre og Romsdal enn ved St. Olavs hospital	67

3.4.3	Opplæringen ved Helse Møre og Romsdal ble forbedret basert på erfaringene fra St. Olavs hospital	68
4	Helse Midt-Norge RHF og styrenes oppfølging av Helseplattformen	70
4.1	Helse Midt-Norge RHF har vektlagt Helseplattformen i styringen av helseforetakene.....	70
4.2	Sammensetningen av styrene.....	71
4.2.1	Styrene har manglet kompetanse på digitalisering	71
4.2.2	Flere styremedlemmer har hatt ulike roller i utviklingen av Helseplattformen	72
4.3	Styrene fikk informasjon om risikoene som inntraff	73
4.3.1	Helse Midt-Norge RHF fastla prinsipper for risikostyring i innføringen	73
4.3.2	Styrene i Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene og Helseplattformen AS er regelmessig blitt informert om risiko.....	74
4.3.3	Identifisert risiko har i stor grad inntruffet.....	75
4.3.4	Rapporteringen om risikoreducerende tiltak har vært overordnet	78
4.3.5	Helse Møre og Romsdal gjennomførte en helhetlig risikoanalyse før innføringen	78
4.4	Styrene forsøkte å redusere risiko, men internrevisjonen fikk en begrenset rolle knyttet til risikovurderinger.....	79
4.4.1	Styrene har bestilt evalueringer og gjennomført tiltak underveis	79
4.4.2	Internrevisjonen fikk på et sent tidspunkt oppdrag knyttet til Helseplattformen revisjonsutvalg	79
5	Helse- og omsorgsdepartementets tilrettelegging og oppfølging av Helseplattformen 81	
5.1	Helse- og omsorgsdepartementets tilrettelegging	81
5.1.1	Helse- og omsorgsdepartementet ba Helse Midt-Norge RHF om å gjennomføre Helseplattformen som en regional utprøving av målet om «én innbygger – én journal»	81
5.1.2	Helse- og omsorgsdepartementet la vekt på kommunal deltakelse i Helseplattformen	82
5.1.3	Helse- og omsorgsdepartementet har laget en ny strategi for digitalisering av sektoren.....	83
5.2	Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av det regionale utprøvningsprogrammet i Midt-Norge.....	83
5.2.1	Departementet har bedt Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse (Helsedirektoratet) om å samarbeid med Helseplattformen	83
5.2.2	Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Midt-Norge RHF om å bidra til å utvikle felles språk	85
5.2.3	Helse- og omsorgsdepartementet har blitt orientert om innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge.....	86
5.2.4	Departementet er opptatt av å høste erfaringer fra Helseplattformen	87

Tabelloversikt

Tabell 1	Feil i Helseplattformen knyttet til utveksling av ulike typer meldinger	9
Tabell 2	Oversikt over vesentlige risikofaktorer som er identifisert	76

Figuroversikt

Figur 1 Leger og sykepleiere ved St. Olavs hospitals oppfatning om bruk av Helseplattformen til arbeidsoppgaver	14
Figur 2 Om leger og sykepleiere opplevde følgende problemer sist de laget en forordning / skulle gi legemidler til en pasient i 2024, og endring siden 2023	15
Figur 3 Hendelser meldt inn til kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital i perioden 1. januar 2019–31. juli 2024.....	17
Figur 4 Pasientrelaterte hendelser meldt inn til kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital i perioden 1. januar 2019–31. juli 2024 fordelt på alvorlighetsgrad for pasientsikkerheten	17
Figur 5 Leger og sykepleieres oppfatning om Helseplattformen i dag og systemets bidrag til pasientsikkerheten	19
Figur 6 Overordnet tidslinje over valg av konsept og anskaffelsen	22
Figur 7 Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratets beregning av kostnader og gevinster	26
Figur 8 Alternative konsepter for nytt journal- og fagsystem i Midt-Norge	28
Figur 9 Helse Midt-Norges RHFes avveining mellom risiko og måloppnåelse	31
Figur 10 Modellen for å evaluere leverandørenes tilbud	40
Figur 11 Tidslinje over innføring av Helseplattformen med utsettelse	46
Figur 12 Tidslinje over planlagt og faktisk periode med tilpassing av Epics grunnsystem til vedtatt utforming	54
Figur 13 Legers og sykepleieres oppfatning av om det var en tilstrekkelig gjennomgang av arbeidsprosessene før og etter at de tok i bruk Helseplattformen	59
Figur 14 Planlagt og faktisk tidslinje for testing av Helseplattformen før den ble tatt i bruk ved St. Olavs hospital.....	61
Figur 15 Tidslinje for opplæring i Helse Møre og Romsdal	68

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Erfaringene fra innføringen av «Sundhedsplattformen» i Danmark	7
Faktaboks 2 Tilsyn med Helseplattformen	11
Faktaboks 3 Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus	13
Faktaboks 4 Helse Midt-Norge RHFes strategiske mål for brukervennlighet for nytt system	23
Faktaboks 5 Organiseringen av arbeidet med konseptvalg	24
Faktaboks 6 Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med «én innbygger – én journal»	27
Faktaboks 7 Funksjonelle og tekniske krav til Helseplattformen	35
Faktaboks 8 Helse Midt-Norge RHFes styring av standardisering og tilpassing	52
Faktaboks 9 Arbeidsprosesser og helsefaglig innhold i standardiserte pasientforløp	53
Faktaboks 10 Testing av Helseplattformen før innføringen ved St. Olavs hospital	60
Faktaboks 11 SNOMED CT	85

1 Status for effektiv og forsvarlig pasientbehandling

I dette kapitlet undersøker vi hvordan innføringen av Helseplattformen i helseforetakene har ivarettatt kravene til og behovene for effektiv og forsvarlig pasientbehandling.

Relevante revisjonskriterier

- Helseforetakene har ansvar for at helsetjenester er forsvarlige. Dette innebærer blant annet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.
- Den enkelte helseinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.
- Som eier av helseforetakene vil også de regionale helseforetakene kunne stilles til ansvar både for manglende oppfyllelse og for svikt/uforsvarlighet.
- 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.
- God pasientsikkerhet krever at opplysninger lagres og deles mellom helsepersonell, at opplysningene er korrekte og oppdaterte, og at pasienten/brukeren og helsepersonellet har tillit til systemer og personell.
- Behandlingsrettede helseregistre skal være lette å bruke og å finne fram i, det vil si at journalsystemet skal være lett å bruke og finne fram i.
- Virksomheter og helsepersonell plikter å melde opplysninger til helseregistre.
- Ledere, helsepersonell og myndigheter har behov for tilgang til helsedata og statistikk av god kvalitet.
- Arbeidets organisering, tilrettelegging og ledelse og bruken av blant annet teknologi skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige psykiske belastninger.

Oppsummering

- Helseplattformen hadde mange feil ved innføringen ved St. Olavs hospital, og det har tatt tid å rette feilene.
- Helseplattformen er vanskelig å bruke for sluttbrukerne.
- Det har vært en økning i innmeldte pasientsikkerhetsavvik.
- St. Olavs hospital mistet oversikten over ventelister og fristbrudd det første året etter at de tok i bruk Helseplattformen, og de har fortsatt utfordringer med data til helseregistre.
- Det er færre utfordringer med innføringen i Helse Møre og Romsdal.

1.1 Helseplattformen har hatt mange feil og blitt opplevd som lite brukervennlig etter innføringen ved St. Olavs hospital

1.1.1 Helseplattformen hadde mange feil ved innføringen ved St. Olavs hospital, og det har tatt tid å rette feilene

Helseplattformen hadde mange feil da St. Olavs hospital tok i bruk systemet

St. Olavs hospital HF (heretter omtalt som St. Olavs hospital) satte Helseplattformen i drift 12. november 2022. Målet var at St. Olavs hospital skulle være tilbake i full drift fire uker etter dette.¹ Den opprinnelige planen var at det skulle være en periode på én til to måneder med feilretting og

¹ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 19. desember 2022, sak 92/22 Status Helseplattformen.

optimalisering.² Det kommer fram i statusrapportene for Helseplattformen at det allerede i januar 2023 var klart at innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital var blitt betydelig mer krevende enn antatt.

Det dukket opp feil på følgende områder:³

- **Meldinger**, slik som henvisninger, epikriser og radiologisvar, ble ikke sendt eller hadde mangelfullt innhold.
- Det var mange problemer med **radiologiløsningen**. Dette medførte forsinket oppfølging av radiologisvar.
- Funksjonaliteten for **legemiddeladministrasjonen** fungerte dårlig. Helsepersonell opplevde at de avdekket feilordinerte medikamenter fordi de hadde kunnskap om at et bestemt medikament normalt sett ikke gis i den aktuelle delen av pasientforløpet.

Det betyr at oppfølgingen av berørte pasienter har blitt forsinket. Feilene har også ført til økt ressursbruk fordi helsepersonell har måttet kontrollere informasjon manuelt. Videre er radiologiundersøkelser feilaktig blitt utført to ganger på samme pasient.⁴

Et journalsystem levert av Epic er i bruk ved sykehus i to helseregioner i Danmark. Her oppsto de samme eller lignende problemer som ved St. Olavs hospital da det ble innført, se faktaboks 1. Brukerne opplevde også at systemet hadde lav brukskvalitet. Et Epic-system ble også innført i noen regioner i Finland i 2018. Disse har hatt lignende utfordringer som i Danmark.⁵

Faktaboks 1 Erfaringene fra innføringen av «Sundhedsplatformen» i Danmark

Epic ble tatt i bruk på sykehusene i to regioner i Danmark i perioden fra mai 2016 til november 2017. Systemet var uferdig og hadde feil og mangler da det ble tatt i bruk. Aktiviteten på sykehusene ble redusert mer enn det som er ventet, og varte også lenger enn planlagt. Den danske riksrevisjonen konkluderte i 2017 med at Sundhedsplatformen ble tatt i bruk uten å ha et klart bilde av hvordan det ville påvirke aktivitetene på sykehusene. Blant annet var regionens test av systemet og opplæring av medarbeiderne utilstrekkelig.

Spørreundersøkelser viser at brukerne er mer fornøyde med systemet i 2021 enn i 2019. I 2021 var 19 prosent av legene svært misfornøyde og 34 prosent misfornøyde med Sundhedsplatformen. Leger var mer misfornøyde med systemet enn sykepleiere og annet personale.

Kilde: Center for Patientinddragelse. (2021). *Sundhedsplatformen: Overordnede resultater SP brukerundersøgelse. Foråret 2021*; Rigsrevisionen. (2018–2021). [Beretning om Sundhedsplatformen](#).

Helseplattformen AS' arbeid med feilretting etter innføringen har tatt lengre tid enn ventet, og nye feil har dukket opp

Etter at feilene ved Helseplattformen ved St. Olavs hospital ble avdekket, satte Helseplattformen AS i gang arbeid med feilretting. Dokumentgjennomgangen viser at dette arbeidet tok lengre tid enn forutsatt. Den regionale styringsgruppen for innføring av Helseplattformen konkluderte i mars 2023

² Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre*.

³ Statusrapporter Helseplattformen (St. Olavs hospital HF, Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF). 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. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen*. Helsetilsynet. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse*. Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus*.

⁴ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 10. april 2024, sak 30/24, [vedlegg 2](#). *DSA sin vurdering av mottatt tiltaksplan for retting av avvik – Pålegg om ytterligere opplysninger*.

⁵ Dagens Medisin. (2024). *Rapport om finske Helseplattformen: Redusert produktivitet, dårlig brukervennlighet og ikke kostnadseffektivt*.

med at alle prioriterte forbedringer som må gjennomføres for at sykehuset kan gjenopprette normal aktivitet med normal bemanning, ville kunne ferdigstilles innen 15. mai 2023, med unntak av radiologi, hvor fristen var 15. september 2023.⁶

Samtidig ble det oppdaget nye feil. Tabell 1 gir en oversikt over feil som gjelder utveksling av meldinger. Noen feil ble først oppdaget høsten 2023 og i januar 2024 selv om feilen hadde oppstått lenge før.

⁶ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 2. februar 2023, [sak 4/23](#) Status Helseplattformen 12 uker etter innføring.

Tabell 1 Feil i Helseplattformen knyttet til utveksling av ulike typer meldinger

Dato oppdaget	Beskrivelse av feil
12.11.2022	Ca. 2 000 e-meldinger ble ikke sendt ut. Dette skyldes blant annet manglende kompatibilitet med enkelte journalsystemer som blir brukt av fastlegene. I tillegg var en del meldinger ikke lesbare for noen fastleger. ⁷
12.11.2022	Ca. 300 epikriser ble ikke sendt ut fordi den eksterne mottakeren var registrert som intern. ⁸
29.11.2022	Ca. 47 radiologisvar var ikke sendt. Listen over svar som potensielt ikke var sendt, ble ikke behandlet. ⁹
15.2.2023	Noen henvisninger til bildediagnostikk var ikke sendt ut. Ca. 3 400 henvisninger ble tilbakeført til arbeidslister for kontroll. ¹⁰
2.3.2023	16 438 brev fra St. Olavs hospital kom ikke fram til mottakeren fordi brevmal og årsakskode ikke stemte, uten at brukeren fikk feilmelding. Om lag halvparten gjaldt innkalling til time. ¹¹
6.7.2023	Svar fra 19 patologiprøver og 834 bildediagnostiske undersøkelser kom ikke fram til rekvisenten intern på St. Olavs hospital. ¹²
4.10.2023	318 henvisninger til bildediagnostikk ble funnet på en feilliste i Helseplattformen som ikke har vært overvåket. ¹³
28.11.2023	49 røntgenhenvisninger var ikke sendt. Dette er meldinger som brukere forsøkte å sende som e-meldinger til mottakere som ikke benytter Helseplattformen, og brukerne fikk ikke feilmelding om at dette ikke var mulig. ¹⁴ Feilen har pågått siden Trondheim kommune satte Helseplattformen i drift 7. mai 2022.
6.12.2023	348 henvisninger var sendt til mottakere i flere kommuner der mottakeren ikke var satt opp for å motta henvisninger. Dermed ble ikke henvisningene fanget opp. ¹⁵
5.1.2024	Når en pasient ble henvist til flere avdelinger ved St. Olavs hospital, ble henvisningen kun sendt til én avdeling. 62 pasienter var berørt. Feilen ble meldt av brukere ved St. Olavs hospital 22.8.2023 og 21.11.2023 i feilmeldingssystemet til Helseplattformen AS, men disse sakene ble ikke fulgt opp på dette tidspunktet. ¹⁶
10.3.2024–10.4.2024	St. Olavs hospital oppdaget potensielt syv alvorlige feil vedrørende meldingsflyt. Virksomheten fikk raskt oversikt over og gjennomgikk disse feilene i samarbeid med Helseplattformen AS.

⁷ Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statsforvalteren i Trøndelag 30. november 2022.

⁸ Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statsforvalteren i Trøndelag 30. november 2022.

⁹ Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statsforvalteren i Trøndelag 30. november 2022 og 5. desember 2022.

¹⁰ Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statsforvalteren i Trøndelag 8. mars 2023.

¹¹ Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statsforvalteren i Trøndelag 7. mars 2023 og HP-drypp 15. mars 2023 utarbeidet av lokalt innføringsteam ved St. Olavs hospital; Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 26. april 2023, sak 41/23, vedlegg 1 Statusrapport for Helseplattformen AS mars 2023.

¹² Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statsforvalteren i Trøndelag 7. juli 2023; Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 25. oktober 2023, sak 97/23, vedlegg 1 Status pr. september for Helseplattformen AS, vedlegg 1 Statusrapport for Helseplattformen september 2023.

I april 2023 kommer det fram i styredokumenter i Helse Midt-Norge RHF at selv om det er gjennomført forbedringer og rettinger, blir det krevende å rette opp alle feil innen fristen 15. mai. I september 2023 (ti måneder etter at Helseplattformen ble innført) var styret ved St. Olavs hospital fremdeles sterkt bekymret over at prosessen med feilretting og optimalisering av Helseplattformen ikke hadde hatt den planlagte framdriften.¹⁷ Ny frist for feilretting, optimalisering og opplæring, slik at St. Olavs hospital skulle kunne gjenoppta normal aktivitet med normal bemanning, ble fastsatt til 30. juni 2024.¹⁸

Helseplattformen har i første halvår 2024 jobbet videre med forbedringer og feilretting.

Helseplattformen AS har etablert et eget prosjekt, «Tiltakspakken», som skal gjennomføres i tett samarbeid med aktørene. Målet er å kartlegge og gjennomføre konkrete forbedringer som gir høy effekt på opplevd brukervennlighet.¹⁹

Dette er status per september 2024:

- Prosjektet som skulle forbedre kvaliteten på **meldingsflyt** ble avsluttet 31. juni 2024, og følges opp videre i linjeorganisasjonen.²⁰ St. Olavs hospital vurderer at meldingsutveksling til eksterne fungerer korrekt.²¹
- **Legemiddeladministrasjon:** Det er gjennomført forbedringer. Risikoen på dette området ble vurdert som høy før innføringen i Helse Møre og Romsdal HF (heretter omtalt som Helse Møre og Romsdal).²² Dette området inngår i «Tiltakspakken» som hadde frist 30. juni 2024. Det er gjennomført noen forbedringer, men prosjektet er forsinket.²³
- **Radiologi:** Brukerne opplever at systemet er arbeidskrevende og uoversiktlig, og tilsynsmyndighetene har påvist alvorlige avvik som ikke er lukket.²⁴ Helseplattformen AS jobber med forbedringer sammen med helseforetakene, men arbeidet er forsinket.²⁵ St. Olavs hospital mener at resterende feil ikke truer pasientsikkerheten.²⁶

Kommunerevisjonens undersøkelse viser at det er noen samhandlingsavvik mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital som kan knyttes til innføring av Helseplattformen. Nesten alle fastlegene, 94 prosent, har opplevd at meldinger eller henvisninger fra St. Olavs hospital ikke har kommet fram. Per april 2024 hadde 69 prosent av alle fastlegene opplevd at meldinger eller henvisninger ikke hadde kommet fram de to siste månedene. De første meldingene i avvikssystemet i Trondheim kommune som gjaldt meldinger som ikke kom fram, var i mai 2022. Disse feilene ble også meldt inn til Helseplattformen AS. Selskapet tok imidlertid ikke tak i dette før St. Olavs hospital tok i bruk Helseplattformen. Det står mer om dette i rapporten til kommunerevisjonen.

St. Olavs hospital opplyser i august 2024 at de fleste milepælene ble nådd innen juli 2024, men ikke alle. Administrerende direktør konkluderte i oktober 2024 med at det har reetablert normal drift etter innføringen av Helseplattformen.²⁷

¹³ Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statens helsetilsyn 5. oktober 2023.

¹⁴ Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statens helsetilsyn 29. november 2023; Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 11. desember 2023, sak [76/23](#) Status Helseplattformen.

¹⁵ Pressemelding fra Helseplattformen AS 6. desember 2023.

¹⁶ Bekymringsmelding fra St. Olavs hospital til Statens helsetilsyn 8. januar 2024.

¹⁷ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 19. oktober 2023, sak 59/23, vedlegg 1 Statusrapport pr. september 2023.

¹⁸ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 12. og 13. desember 2023, sak [145/23](#) Statusrapport Helseplattformen.

¹⁹ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 7. februar 2024, sak 3/24, [vedlegg 1](#) Statusrapport for Helseplattformen desember 2023.

²⁰ Statusrapport for Helseplattformen AS. Juni og juli 2024.

²¹ St. Olavs hospital HF (2024, 15. september) *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen*. [Brev til Statens helsetilsyn].

²² Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 17. april 2024, sak 34/24, [vedlegg 1](#) Pasientsikkerhet ved GoLive – Risikorapport april 2024 med vedlegg.

²³ Statusrapport for Helseplattformen AS. Juni og juli 2024; St. Olavs hospital HF (2024, 15. september) *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen*. [Brev til Statens helsetilsyn].

²⁴ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 17. april 2024, sak 34/24, [vedlegg 1](#) Pasientsikkerhet ved GoLive – Risikorapport april 2024 med vedlegg.

²⁵ Styremøte i St. Olavs hospital HF 24. mai 2024, sak 39/24, [vedlegg 5](#) Kopi av brev fra St. Olavs hospital HF til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet av 25.4.24 – *Oppfølging av tilsyn ved St. Olav – Behov for opplysninger*.

²⁶ St. Olavs hospital HF. (2024, 15. september). *Status vedrørende oppfølging av tilsyn*. [Brev til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet].

²⁷ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 2. oktober 2024, sak 64/24, [vedlegg 1](#) Status Helseplattformen.

Helseplattformen tilfredsstill ikke alle krav i lov og forskrift

Flere tilsynsmyndigheter har opprettet tilsyn med Helseplattformen, se faktaboks 2.

Faktaboks 2 Tilsyn med Helseplattformen

- Statens helsetilsyn og Statsforvalteren i Trøndelag varslet 23. januar 2023 om stedlig tilsyn ved St. Olavs hospital HF. Bakgrunnen var bekymringsmeldinger og varsler etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsmyndighetene mener at flere av forholdene som er avdekket under tilsynet, er alvorlige. Tilsynsmyndighetene konkluderte med at innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital har ført til økt risiko for svikt i pasientbehandlingen. Feilene i den nye IKT-løsningen truer pasientsikkerheten internt ved St. Olavs hospital og ved virksomheter helseforetaket utveksler elektronisk informasjon med. Helsetilsynet vurderer det slik at forbedringsarbeidet er preget av forsinkelser, også for områder tilsynsmyndighetene vurderer som kritiske. 15. januar 2024 sendte Helsetilsynet et brev til Helse Midt-Norge RHF. Helsetilsynet oppfatter fortsatt situasjonen som krevende til tross for et omfattende forbedringsarbeid med gjennomført og planlagt feilretting.
- Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet startet 1. november 2023 et tilsyn med St. Olavs hospital. Bakgrunnen var gjentakende og uberettigede bildediagnostiske henvisninger og/eller undersøkelser. Det ble pekt på at disse hendelsene skyldtes at radiologiløsningen i Helseplattformen er for uoversiktlig, og at det er vanskelig å få oversikt over henvisninger og om undersøkelser allerede er utført. Flere av hendelsene for bildediagnostikk omfatter CT-undersøkelser som er gjennomført to ganger fordi det ikke ble oppdaget at pasienten nylig hadde gjennomført denne undersøkelsen. Ifølge direktoratet bekrefter tilsynsrapporten at innføring av Helseplattformen ved St. Olavs hospital har ført til en kraftig økning av uønskede hendelser og gjentakende brudd på forsvarlig, berettiget og optimalisert strålebruk. Dette er forhold direktoratet anser som alvorlige.
- I januar 2024 gjennomførte Arbeidstilsynet tilsyn ved åtte klinikker på St. Olavs hospital. Bakgrunnen var henvendelser fra hovedverneombudene og foretakstillitsvalgte. I tilsynet fikk Arbeidstilsynet bekreftet at ansatte og ledere opplever for stor arbeidsbelastning med høyt tids- og arbeidspress. St. Olavs hospital beskriver en arbeidshverdag med ubalanse mellom oppgaver og ressurser, brudd på arbeidstidsbestemmelsene og at Helseplattformen har økt belastningene ytterligere og påfører arbeidstakerne uheldige fysiske og psykiske belastninger. Frist for gjennomføring av tiltak er i perioden fra 2. september 2024 til 1. november 2024.

Kilde: Statens helsetilsyn. (2023, 19. april). *Tilsynsrapport fra innføring av Helseplattformen ved St. Olavs hospital*. Nyhetsarkiv 2023. <https://www.helsetilsynet.no/presse/nyhetsarkiv/2023/tilsynsrapport-fra-innfoering-av-helseplattformen-ved-st-olavs-hospital/>; Statens helsetilsyn. (2023, 30. oktober). *Oppfølging etter tilsyn med innføring av Helseplattformen – statusmøte 18. oktober 2023* [brev fra Statens helsetilsyn til St. Olavs hospital HF], jf. protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 16. november 2023, sak 67/23, [vedlegg 1](#) Brev fra Statens helsetilsyn datert 30. oktober 2023; protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2024, sak 13/24, [vedlegg 4](#) Svar Helsetilsynet; Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. (2024, 10. januar). *Tilsynsrapport: Hendelsesbasert tilsyn ved St. Olavs hospital HF i relasjon til innføring av Helseplattformen*; protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 10. april 2024, sak 30/24, [vedlegg 2](#) DSA sin vurdering av mottatt tiltaksplan for retting av avvik – Pålegg om ytterligere opplysninger; protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 25. januar 2024, [sak 3/24](#) Status Helseplattformen; St. Olavs hospital HF. (2024, 11. mars). *Tilsynsrapporter fra Arbeidstilsynet*. Nyhetsarkiv 2024. <https://www.stolav.no/nyheter/2024/tilsynsrapporter-fra-arbeidstilsynet/>.

Løsningen Helseplattformen og innbyggerportalen (appen) «HelsaMi» er bare tilgjengelig på bokmål. Språkrådet har pekt på at disse løsningene dermed ikke oppfyller språklovens krav om at begge de norske skriftspråkene skal brukes, og om at selvbetjeningsløsninger skal gjøres tilgjengelige på bokmål og nynorsk samtidig.²⁸

²⁸ Språkrådet. (2023). *Innspill til Riksrevisjonen om undersøkelsen av Helseplattformen*. Brev til Riksrevisjonen 15. september 2023.

Arkivverket har pekt på at offentlige organer som bruker Helseplattformen, bryter arkivloven med forskrifter.²⁹ Tilsynet avdekket at det er uavklarte ansvarsforhold mellom organene og Helseplattformen AS når det gjelder avlevering, bevaring og kassasjon. Tilsyn har vist at organene, med unntak av Helseplattformen AS, ikke kan legge fram arkivrutiner eller annen relevant dokumentasjon for løsningen.

Datatilsynet har varslet at de vil gjennomføre tilsyn med Helseplattformen i mai 2024. Bakgrunnen er at Datatilsynet har mottatt mange meldinger om brudd på personopplysningssikkerheten. Tema for tilsynet vil være avvikshåndtering og avviksmeldinger.

1.1.2 Helseplattformen er vanskelig å bruke for sluttbrukerne

Sluttbrukerne mener at Helseplattformen er kompleks og lite intuitiv

Helseplattformen er en felles strukturert journal, og for å unngå feil må sluttbrukerne benytte løsningen slik den er tiltenkt. Følgende utfordringer med brukeropplevelsen er blant annet framhevet i en undersøkelse gjennomført av Boston Consulting Group i 2023:³⁰

- Løsningen er svært kompleks, og sluttbrukerne opplever at den er lite intuitiv og tungvint å jobbe i. For eksempel er det mange som opplever at det krever mange «klikk» å gjennomføre en arbeidsoppgave.
- Brukergrensesnittet støtter ikke brukerne godt nok i hvordan de skal håndtere arbeidsoppgavene. Det er flere mulige fremgangsmåter for å utføre en oppgave, og noen av disse kan føre til feil.

Spørreundersøkelsen vi har gjennomført i 2024, viser at et flertall av legene mener at Helseplattformen fungerer nokså dårlig eller svært dårlig. Bare 2,7 prosent av legene og 2,6 prosent av sykepleierne mener i 2024 at løsningen fungerer svært godt. En langt større andel av sykepleierne enn legene opplever at løsningen fungerer nokså godt.

Riksrevisjonen har tidligere konkludert med at brukerne av Helseplattformen ved St. Olavs hospital i mindre grad er tilfredse enn brukere av andre systemer i de andre helseregionene, se faktaboks 3.

²⁹ Styremøte i St. Olavs hospital HF 24. mai 2024, sak 39/24, [vedlegg 6](#) Kopi av brev fra Arkivverket til Helseplattformen AS av 13.5.24 – *Veiledning til Helseplattformen om krav i arkivloven med forskrifter.*

³⁰ Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser og innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre*; KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen.* (Rapport utarbeidet av KPMG og NEO Consulting for Helseplattformen.); Statens helsetilsyn. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse.* (Endelig rapport.); Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus.*

Faktaboks 3 Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus

Riksrevisjonens undersøkelse av *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus* ble offentliggjort 21. november 2023. Målet med undersøkelsen var å belyse i hvilken grad investeringer i IT i spesialisthelsetjenesten har bidratt til mer effektivitet i pasientbehandlingen. I tillegg ble mulige årsaker til eventuell svak måloppnåelse belyst. Undersøkelsen omfattet alle helseregionene. Undersøkelsen i de andre helseregionene var avgrenset til kurveløsninger³¹, mens for Helseplattformen er kurveløsningen en integrert del av systemet. Spørreundersøkelsen ved St. Olavs hospital ble gjennomført i mars 2023, fire måneder etter at Helseplattformen ble innført. Den overordnede konklusjonen, som gjaldt for alle de undersøkte systemene, var at det er kritikkverdig at helsepersonell opplever at forhold ved de kliniske IT-systemene gjør det utfordrende å overholde lovpålagte oppgaver knyttet til pasientopplysninger. Dette kan påvirke pasientsikkerheten.

På undersøkelsestidspunktet var utfordringene særlig belastende for helsepersonell som brukte Helseplattformen. Brukerne av Helseplattformen ved St. Olavs hospital var i mindre grad tilfredse enn de som brukte andre systemer i de andre helseregionene. Samtidig opplevde brukere av Helseplattformen i noe mindre grad dobbeltdokumentasjon, registrering av informasjon på feil pasient og treghet enn brukere av andre systemer.

Kilde: Riksrevisjonens undersøkelse av *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus* (Dokument 3:6 (2023–2024)).

Helsedirektoratet har kommet til en tilsvarende konklusjon i 2024. Helsepersonell i de andre helseregionene er i snitt mer fornøyd med sine journalsystemer enn helsepersonell i Helse Midt-Norge:³²

- I Helse Midt-Norge er 37 prosent helt uenig i at det er lett å finne fram til den pasientinformasjonen respondenten trenger. I de andre regionene er det 1–3 prosent som har svart dette.
- I Helse Midt-Norge er 40 prosent helt uenig i at pasientjournalsystemet på arbeidsplassen bidrar til at pasientarbeidet blir utført med høy kvalitet. I de andre regionene er det 2–3 prosent som har svart dette.
- I Helse Midt-Norge er 53 prosent helt uenig i at pasientjournalsystemet bidrar til at pasientarbeidet går effektivt. I de andre regionene er det 2–6 prosent som har svart dette.



Direktoratet for e-helse (nå Helsedirektoratet) har siden 2019 gjennomført årlige kartlegginger av helsepersonells og innbyggernes bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester. Målingene kartlegger også overordnet tilfredshet med de digitale helsetjenestene.

I punkt 2.3.2 i del III skriver vi at de andre helseregionene har en annen tilnærming til utvikling av journalsystemer. De ønsker å koble sammen de beste løsningene fra ulike leverandører.

Det kommer fram av undersøkelsen til kommunerevisjonen i Trondheim at også mange brukere i kommunen opplever at Helseplattformen er uoversiktlig og lite intuitiv.

Sluttbrukerne opplever fortsatt at det er vanskelig og tidkrevende å bruke systemet

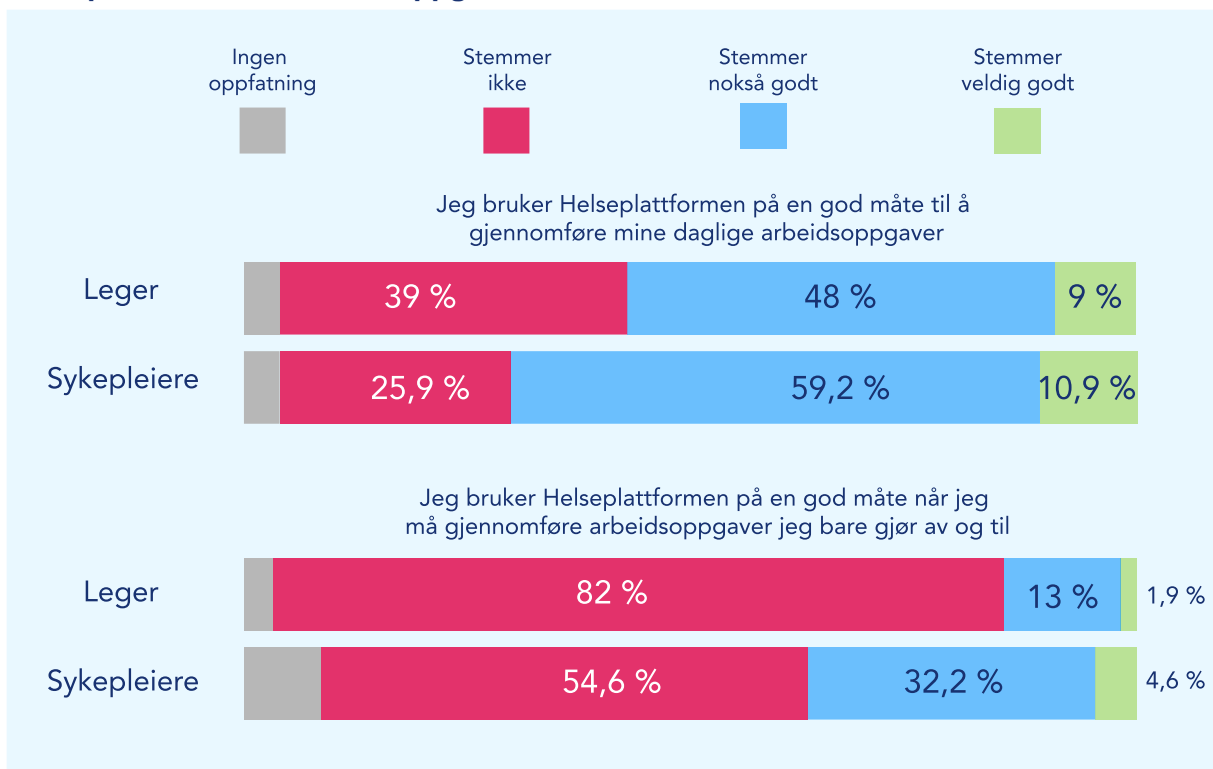
Administrerende direktør ved St. Olavs hospital uttaler i intervju at Helseplattformen fungerer godt på flere områder. De som bruker Helseplattformen innenfor et avgrenset område, synes systemet fungerer tilfredsstillende, selv om brukervennligheten fortsatt er utfordrende mange steder. Problemene med Helseplattformen er ifølge administrerende direktør størst for pasientforløp som krever mye samhandling mellom enheter. Når pasienter beveger seg på tvers av behandlingstilbud i sykehuset, øker pasientsikkerhetsrisikoen.

³¹ Kurveløsninger brukes til å registrere arbeidsoppgaver og gi en samlet oversikt over viktige pasientopplysninger. Kurveløsningene brukes også til å ordinere legemidler.

³² Helsedirektoratet. (2024, 11. april). *Helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2023, kapittel 3.5 Erfaringer og tilfredshet med elektroniske pasientjournalsystemer*. Rapporten.

Spørreundersøkelsen viser at en større andel av både leger og sykepleiere opplever at de bruker Helseplattformen på en god måte til oppgaver som de gjennomfører daglig, sammenlignet med oppgaver de bare gjør av og til, se figur 1. Over halvparten av legene har svart at det stemmer veldig godt eller nokså godt at de bruker Helseplattformen på en god måte til å gjennomføre daglige arbeidsoppgaver, men bare 15 prosent har svart dette for oppgaver de bare gjør av og til. Tilsvarende tall for sykepleierne er 70 prosent og 37 prosent.

Figur 1 Leger og sykepleiere ved St. Olavs hospitals oppfatning om bruk av Helseplattformen til arbeidsoppgaver



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til leger og sykepleiere i 2024.

Både leger og sykepleiere opplever i hovedsak færre problemer i 2024 sammenlignet med i 2023, se figur 2, som viser andelen som var enige i en del påstander. Likevel er det fortsatt mange som opplever at medikamentmodulen er vanskelig, at det krever irriterende mange klikk å forordne eller dispensere medisin, og at de fikk opp varsler som ikke var til hjelp. I 2024 svarte 7,7 prosent av legene og 19,3 prosent av sykepleierne at de ikke opplevde noen problemer.

Figur 2 Om leger og sykepleiere opplevde følgende problemer sist de laget en forordning / skulle gi legemidler til en pasient i 2024, og endring siden 2023

Påstand	Leger		Sykepleiere	
	Andel	Endring siden 2023 (prosentpoeng)	Andel	Endring siden 2023 (prosentpoeng)
Jeg opplevde at Helseplattformen «hang»	13,3 %	0,6 %	14,4 %	-3,7 %
Det var vanskelig å finne fram til riktig medikament i riktig formulering og styrke / det var vanskelig å finne ut hvilket medikament pasienten skulle ha	56,2 %	-4,5 %	23,3 %	-15,7 %
Det var vanskelig å få lagt inn alle nødvendige detaljer i forordningen	56,2 %	-16,2 %	-	
Jeg fant ikke en god ferdiglaget forordning jeg kunne bruke	39,8 %	-8,4 %	-	
Det krevde irriterende mange klikk å forordne medisinen / dispensere medisinen	72,7 %	-8 %	54,6 %	-10,7 %
Jeg gjorde feil i forordningen som var tidkrevende å rette opp	20,2 %	-15,3 %	-	
Jeg fikk opp varsler/meldinger som ikke var til hjelp	67,9 %	-5,3 %	35,9 %	-6,1 %
Ved utskriving fikk pasienten resept på legemidler han/hun ikke selv skulle ha tilgang til	8,5 %	0,9 %	-	
Jeg opplevde at det var feil, mangler eller duplikater i forordningen	-		33,9 %	-6,5 %
Ikke relevant / jeg bruker ikke Helseplattformen til å forordne/gi legemidler	1,6 %	-0,3 %	7,8 %	2,4 %
Jeg opplevde ingen problemer	7,7 %	4,7 %	19,3 %	9,4 %
Annet	7,4 %	-1,9 %	8 %	0,7 %

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til leger og sykepleiere i 2023 og 2024.

Et flertall av både leger og sykepleiere opplever ifølge spørreundersøkelsen at det er tidkrevende både å legge inn og å finne fram informasjon i Helseplattformen:

- 77 prosent av legene og 52 prosent av sykepleierne er helt enige i at registrering av informasjon i Helseplattformen er tidkrevende.
- 75 prosent av legene og 53 prosent av sykepleierne mener at det ikke stemmer at «det er enkelt for meg å vite hvor jeg skal registrere informasjon i Helseplattformen».
- 79 prosent av legene og 62 prosent av sykepleierne mener at det ikke er lett å rette opp «eventuelle feil jeg gjør når jeg arbeider i Helseplattformen».
- 88 prosent av legene og 74 prosent av sykepleierne har svart at det ikke stemmer at «det går fort å finne fram i Helseplattformen».

Spørreundersøkelsen viser at leger og sykepleiere mener dette har konsekvenser for pasientbehandlingen:

- Et stort flertall av både leger og sykepleiere opplever at Helseplattformen gir mindre tid til pasienten. Andelen av legene som har svart dette, er redusert fra 88 prosent til 78 prosent fra 2023 og 2024.
- 42 prosent av legene har svart at de behandler færre pasienter enn før innføring av Helseplattformen. Bare 1 prosent har svart at de behandler flere.

St. Olavs hospital rapporterer i september 2024 at det fortsatt er betydelig merarbeid for flere yrkesgrupper ved bruk av Helseplattformen som medfører økt tidsbruk per behandler per pasient.³³

³³ St. Olavs hospital HF (2024, 15. september) Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen. [Brev til Statens helsetilsyn].

Helsepersonell har begrenset mulighet til å redigere samtidig i samme pasientjournal

Enkelte felter i journalen blir låst for samtidig redigering når flere enn én er inne. Formålet er å forhindre motstridende dokumentasjon av data og forordninger på en pasient. Dette har vært en utfordring den første tiden etter at løsningen var satt i drift ved St. Olavs hospital.³⁴ Dette hemmer effektiv arbeidsflyt og kan være kritisk i akutte situasjoner.

Spørreundersøkelsen fra april 2024 viser at 84 prosent av legene opplever låst journal, og 51,5 prosent opplever at det er et problem. Dette er en bedring fra mars 2023, da tilsvarende tall var 88 og 61 prosent. 40 prosent av sykepleierne opplever låst journal som et problem, og det er ingen endring fra 2023.

53 prosent av disse legene og 56 prosent av disse sykepleierne har i 2024 opplevd at låst journal har svekket pasientsikkerheten. Henholdsvis 25 og 22 prosent av disse igjen har opplevd dette den siste uken.

For å redusere utfordringene med låst journal har St. Olavs hospital tatt i bruk en funksjonalitet for utlogging ved konflikt.³⁵ Dette har redusert antall låsinger med 60 prosent. St. Olavs hospital vil likevel måtte opprettholde det kompensierende tiltaket med «nødnummer» til HEMIT for å kaste ut den andre brukeren. HEMIT har registrert 21 hevendelser i 2024 (per 1. september).³⁶ Helseplattformen AS arbeider med å forbedre løsningen på dette området.

1.1.3 Økning i innmeldte pasientsikkerhetsavvik

Flere innmeldte alvorlige hendelser etter innføringen ved St. Olavs hospital

St. Olavs hospital har gitt oss en oversikt over antall meldte hendelser til det interne rapporteringssystemet for pasientsikkerhetsavvik, se figur 3. Figuren viser at antall hendelser som er rapportert, har vært betydelig høyere etter at St. Olavs hospital tok i bruk Helseplattformen.

Fordelingen per måned viser at det var en stor økning etter at Helseplattformen ble satt i drift ved St. Olavs hospital i november 2022. Både i 2023 og første halvår 2024 har antall meldte pasientrelaterte hendelser vært høyere enn i årene før Helseplattformen ble tatt i bruk. Det månedlige gjennomsnittlige antallet innmeldte avvik og andre uønskede hendelser som gjaldt pasienter, har økt med 40 prosent etter innføringen. St. Olavs hospital har i september 2024 konkludert med at det er en nedadgående trend for meldinger som gjelder Helseplattformen.³⁷

Av hendelsene som gjelder pasient, har det vært en særlig stor økning i innmeldte hendelser som gjelder pasientadministrasjon/samhandling, det var 2 266 i 2023, sammenlignet med mellom 1 040 og 1 500 i årene 2019–2023.

De fleste avvikene har ingen eller mindre alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten, se figur 4. Antall avvik med betydelig skade var 52 i 2023, mens de varierte mellom 31 og 39 i årene 2019–2022.³⁸ Det var 54 uventede dødsfall i 2023 sammenlignet med mellom 24 og 44 i årene 2019–2022.

³⁴ Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser og innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre*; KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen*. (Rapport utarbeidet av KPMG og NEO Consulting for Helseplattformen.); Statens helsetilsyn. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse*. (Endelig rapport.); Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus*.

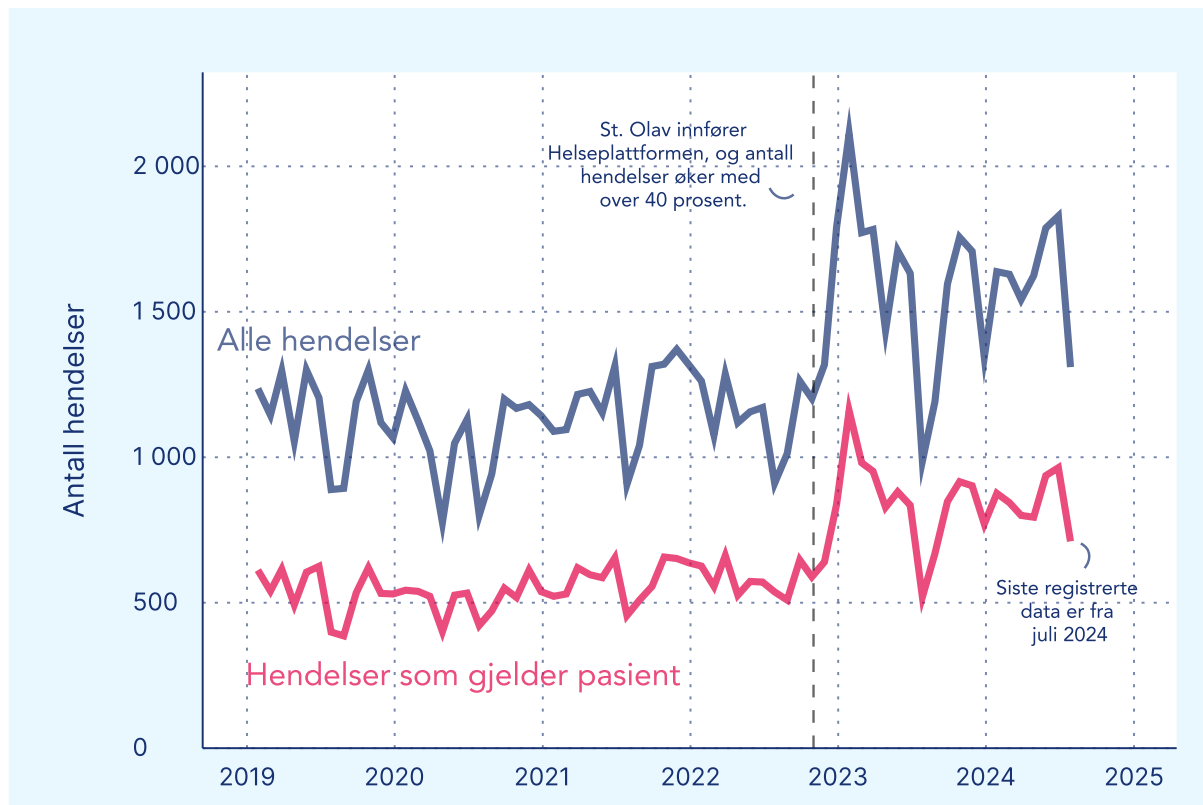
³⁵ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 10. april 2024. [sak 30/24](#) Status Helseplattformen.

³⁶ St. Olavs hospital H.F (2024, 15. september). *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen*. [Brev til Statens helsetilsyn].

³⁷ St. Olavs hospital HF. (2024, 15. september). *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen*. [Brev til Statens helsetilsyn].

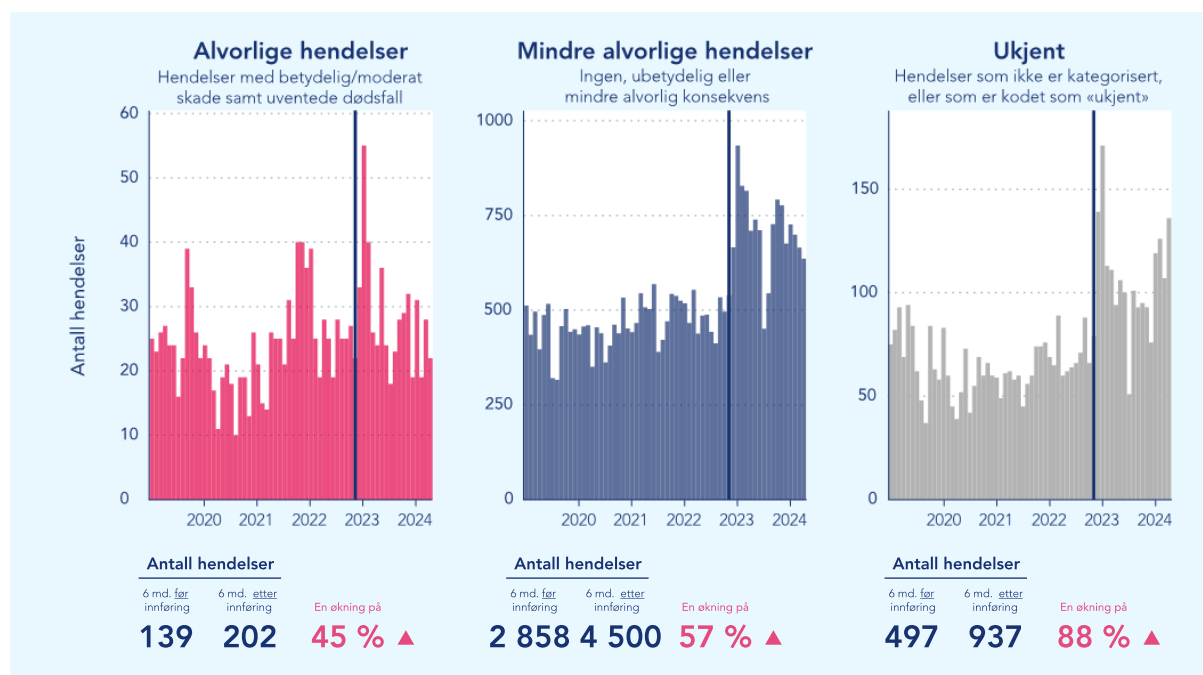
³⁸ En del av avvikene har ukjent alvorlighetsgrad, og mange er ikke klassifisert.

Figur 3 Hendelser meldt inn til kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital i perioden 1. januar 2019–31. juli 2024



Kilde: Oversikt mottatt fra St. Olavs hospital HF.

Figur 4 Pasientrelaterte hendelser meldt inn til kvalitetssystemet ved St. Olavs hospital i perioden 1. januar 2019–31. juli 2024 fordelt på alvorlighetsgrad for pasientsikkerheten



Kilde: Oversikt mottatt fra St. Olavs hospital HF.

Helsetilsynet opplyser at de per august 2024 har mottatt 43 varsler om alvorlige hendelser der Helseplattformen kan være årsaken eller en del av årsaken til feilen, de fleste av disse varslene handler om hendelser ved St. Olavs hospital HF.³⁹ Det kan være de samme hendelsene som er rapportert i kvalitetssystemet ved helseforetaket. Noen av disse hendelsene kan ha medvirket økt risiko for svært alvorlig skade eller dødsfall, blant annet på grunn av prognosetap ved forsinket behandling. Andre varsler gjelder manglende oversikt over legemidler.



Helsepersonelloven § 17 første ledd: «Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet.»

Det har vært en generell økning i antall innmeldinger av alvorlige hendelser til Helsetilsynet også i andre helseregioner.⁴⁰ St. Olavs hospital vurderer i 2024 at antall alvorlige hendelser meldt Helsetilsynet er på samme nivå som før Helseplattformen ble tatt i bruk.⁴¹

Også Statsforvalteren i Trøndelag opplyser at det har vært en markant økning i bekymringsmeldinger fra helsepersonell med hjemmel i helsepersonelloven § 17, som gjelder St. Olavs hospital HF etter at Helseplattformen ble tatt i bruk^{42,43} Det var 17 slike varsler i 2023, mens antallet i perioden 2019–2022 varierte mellom 1 og 10. Det var 4 varsler i 2024, fram til 1. august. Det har tilsvarende vært en økning i antall tilsynssaker.

Leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital mener at Helseplattformen bidrar til dårligere pasientsikkerhet

Figur 5 viser at et stort flertall av leger og sykepleiere i 2024 mener at Helseplattformen bidrar til dårligere pasientsikkerhet. Det er færre som mener dette i 2024 enn i 2023. Likevel er det i 2024 bare to prosent av legene som mener at Helseplattformen bidrar til *bedre* pasientsikkerhet.

³⁹ E-post fra Statens helsetilsyn til Riksrevisjonen 30. august 2024.

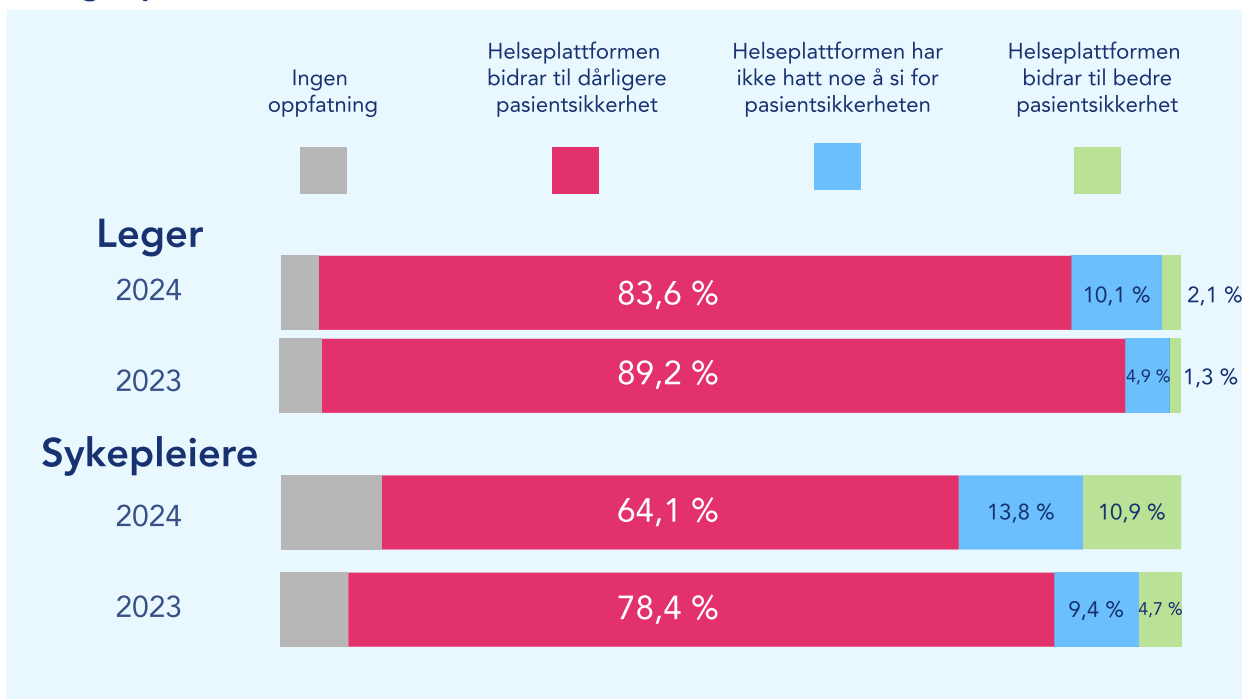
⁴⁰ Statens helsetilsyn. (2024, 26 august) *Varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn*. [Statistikk fra avdeling for varsler og operativt tilsyn – varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn \(helsetilsynet.no\)](#)

⁴¹ St. Olavs hospital HF (2024, 15. september) *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen*. [Brev til Statens helsetilsyn].

⁴² Alle varslene gjelder ikke nødvendigvis Helseplattformen.

⁴³ E-post fra Statsforvalteren i Trøndelag, til Riksrevisjonen 5. januar 2024.

Figur 5 Leger og sykepleieres oppfatning om Helseplattformen i dag og systemets bidrag til pasientsikkerheten



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til leger og sykepleiere i 2023 og 2024.

September 2024 konkluderte St. Olavs hospital med at⁴⁴

«Feilretting og forbedringer i verktøyet Helseplattformen, kombinert med kontinuerlig overvåking av risiko og iverksettelse av avbøtende tiltak samt sterkt fokus på opplæring, har redusert og kontrollert risiko for pasientsikkerheten på nivå som før Go-live. Det rapporteres fortsatt om merarbeid for flere yrkesgrupper. Det vises til økt tidsbruk per behandler per pasient, men det kan være noe ulikt mellom forskjellige yrkesgrupper. Dette understreket behovet for å opprettholde et stort fokus på arbeid med brukervennlighet og kontinuerlig fokus på opplæring for at man skal jobbe effektivt i systemet.»

1.1.4 St. Olavs hospital mistet oversikten over ventelister og fristbrudd det første året etter at de tok i bruk Helseplattformen, og de har fortsatt utfordringer med data til helseregistre

Ledelsen ved St. Olavs hospital mistet mye av oversikten over ventelister og fristbrudd ved innføringen av Helseplattformen.⁴⁵ Dette gjorde det vanskelig å treffe beslutninger om riktig ressursallokering.⁴⁶ Antall fristbrudd og gjennomsnittlig ventetid var også feilaktig forhøyet i grunnlagsdataene som rapporteres til Norsk pasientregister.

I januar 2024 oppdaget St. Olavs hospital et nytt problem som innebar at pasienter ble fjernet fra ventelister i Helseplattformen.⁴⁷ Per 26. januar 2024 var 567 pasienter rammet av dette.⁴⁸

⁴⁴ St. Olavs hospital HF. (2024, 15. september). *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen*. [Brev til Statens helsestilsyn].

⁴⁵ Styredokumenter og KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen*.

⁴⁶ KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen*.

⁴⁷ St. Olavs hospital HF. (2024, 6. februar). *Bekymringsmelding – utløpsdato på forordninger i Helseplattformen* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statens helsestilsyn].

⁴⁸ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 8. mars 2024, sak 12/24, [vedlegg 1](#) Meldingsflyt 01.03.24 – *Meldingsflyt i Helseplattformen – generell status og tiltak – konkret ift St. Olav* (foreløpig rapport 27.2.2024).

I april 2024 mener St. Olavs hospital at aktivitetsrapporteringen er tilfredsstillende.⁴⁹ Feil i rapporteringen av fristbrudd ble rettet i løpet av januar. Foretaket mener også at rapporteringen av ventetider er korrekt. St. Olavs hospital opplyser at det har skjedd forbedringer i systemet Helseplattformen, men St. Olavs hospital legger også ned betydelige ressurser i manuell registrering og kvalitetssikring av aktivitetsdata.

St. Olavs hospital har imidlertid fortsatt utfordringer med å rapportere korrekte styringsdata til ulike helseregistre.⁵⁰ 12. januar 2024 sendte Folkehelseinstituttet (FHI) et varsel til Statens helsetilsyn om kvalitetsutfordringer ved innmelding fra St. Olavs hospital til Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret etter at helseforetaket innførte journalsystemet Helseplattformen.⁵¹ St. Olavs hospital opplyser at det også er problemer med kvaliteten på rapporteringen til Norsk pasientregister. Foretaket oppdaget en ny feil i juni 2024 som påvirker antall fristbrudd og ventetider, som ble rettet.⁵² St. Olavs hospital må fortsatt kontrollere informasjon manuelt.

1.2 Færre utfordringer med innføringen i Helse Møre og Romsdal

Helseplattformløsningen som er tatt i bruk i Helse Møre og Romsdal 27. april 2024, er i prinsippet den samme som brukes ved St. Olavs hospital, men den er tilpasset Helse Møre og Romsdals organisasjon med fire akuttsykehus, ulike pasientforløp og deres egne arbeidsprosesser.

Helse Møre og Romsdal opplever at innføringen på mange måter har vært utfordrende, men man har lykket ved blant annet ved å erkjenne risikoområdene i løsningen og satt inn nødvendige avbøtende tiltak.⁵³ Situasjonen har vært håndterbar med akseptable driftsforhold. Det har så langt ikke oppstått store utfordringer for pasientsikkerheten ved innføringen i Helse Møre og Romsdal.⁵⁴

En oversikt mottatt fra Helse Møre og Romsdal viser at det ble meldt inn i underkant av 353 saker relatert til Helseplattformen i kvalitetssystemet i mai. Det var 218 pasientrelaterte avvikssaker. De fleste pasientrelaterte meldingene gjelder til pasientadministrasjon, legemidler og dokumentasjon. Det ble meldt inn færre saker i juni og juli. Etter innføringen har Statsforvalteren mottatt 11 varsler (per 3. september 2024), mot normalt 2-4 per år.

Helse Møre og Romsdal informerte Statsforvalteren 14. mai om 46 svar på røntgenundersøkelser som ikke var sendt fastlegekontor og legevakt. Dette er lignende feil som har vært avdekket ved St. Olavs hospital. Helseforetaket rapporterer i juni 2024 at selv om det har vært mindre feil på meldingsflytområdet, og selv om arbeidsflytene er komplisert, har det ikke vært større og alvorlige hendelser.⁵⁵

Helse Møre og Romsdal har videre hatt utfordringer med kvaliteten på styringsdata, og arbeider med å forbedre kvaliteten på styringsdata og sikre korrekt rapportering til Norsk pasientregister.⁵⁶

⁴⁹ Styremøte i St. Olavs hospital HF 24. mai 2024, [sak 39/24](#) Status Helseplattformen.

⁵⁰ St. Olavs hospital HF. (2024, 15. januar). *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen* [brev fra St. Olavs hospital HF til Statens helsetilsyn].

⁵¹ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 25. januar 2024, sak 3/24, [vedlegg 6](#) Brev fra FHI til Statens helsetilsyn 12.01.24 – *Varsel om kvalitetsutfordringer ved innmelding fra St. Olavs hospital til Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret etter innføring av Helseplattformen*.

⁵² St. Olavs hospital HF. (2024, 15. september). *Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen*. [Brev til Statens helsetilsyn].

⁵³ E-post fra Helse Møre og Romsdal HF til Riksrevisjonen 13. september 2024.

⁵⁴ Protokoll fra styremøte i Møre og Romsdal HF 22. mai 2024, sak 42/24, vedlegg 5 Brev til Statsforvalteren fra Helse Møre og Romsdal HF om manglende røntgenvar til eksterne rekvirenter per 14. mai 2024; Saksframlegg til styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 19. juni 2024, sak 52/24 Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal.

⁵⁵ Saksframlegg til styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 19. juni 2024, sak 52/24 Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal.

⁵⁶ Styremøte i Helse Midt-Norge RHF 5. september 2024, [sak 81-24](#) Status Helseplattformen.

2 Konsept og anskaffelse av Helseplattformen

I dette kapittelet undersøker vi om Helse Midt-Norge RHF valg av konsept og Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommunes gjennomføring av anskaffelsen la til rette for at Helseplattformen kunne gi effektiv og forsvarlig pasientbehandling etter innføring.

Relevante revisjonskriterier

- Beslutningsgrunnlaget skal være forsvarlig.
- Det er god praksis å følge standarder og veiledere for utredning og styring av IT-prosjekter.
- Utredninger bør inneholde
 - god problembeskrivelse og behovsanalyse
 - tydelige mål og målhierarkier
 - realistiske forutsetninger
 - god utredning av alternativer
 - analyse av budsjettmessige virkninger for staten
- Tverrfaglig kompetanse bør inngå i planleggingen av digitaliseringsprosjekter.
- 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.
- 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.
- *Lov om offentlige anskaffelser* skal fremme effektiv bruk av samfunnets ressurser. Oppdragsgiveren skal opptre i samsvar med grunnleggende prinsipper om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarehet og forholdsmessighet. Konkurransepreget dialog kan anvendes når vilkårene i anskaffelsesforskriften § 13-2 er oppfylt.
- ISO-standard for brukskvalitet lister syv prinsipper, som sammen skal bidra til gode brukeropplevelser som er effektive, produktive og tilfredsstillende for en bred brukergruppe, samt gir eksempler på hvordan brukskvaliteten kan måles.

Oppsummering

- Helse Midt-Norge RHF ønsket å legge til rette for nye arbeidsprosesser, standardisering, strukturert journal og økt samhandling med kommunene.
- Helse Midt-Norge RHF valgte et regionalt system uten å gjennomføre en egen samfunnsøkonomisk analyse eller utredning av alternativer.
- Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet forventet i 2015 at et regionalt system ville ha lavere samfunnsøkonomisk lønnsomhet enn et nasjonalt system.
- Helse Midt-Norge RHF mente at det valgte konseptet for Helseplattformen hadde svært høy gjennomføringsrisiko.
- Helse Midt-Norge og Trondheim kommune planla og organiserte anskaffelsen og ville sikre bred involvering av sluttbrukere.
- Helse Midt-Norge gjennomførte en konkurranse med elleve mulige leverandører, og Epic sto igjen alene før kontraktsforhandlingene.
- Helse Midt-Norge ville fortsette forhandlingene med Epic selv om Cerner trakk seg.
- Epic innfridde 99 prosent av viktige krav til Helseplattformen, også kravene til brukskvalitet.
- Kontrakten med Epic avviker lite fra statens standardavtaler.

Figur 6 viser vesentlige milepæler fra Helse Midt-Norge RHF bestemte seg for et betydelig digitaliseringsløft i 2012, til de signerte kontrakten med Epic i 2019.

Figur 6 Overordnet tidslinje over valg av konsept og anskaffelsen



Kilde: Riksrevisjonen

Regjeringens mål om «én innbygger – én journal» fra 2012 pekte ut en retning for framtidige journal- og fagsystemer i helseregionene, og Helse Midt-Norge fikk etter hvert en rolle som utprøvningsarena. Helse Midt-Norge RHF bestemte i 2012 og 2013 å legge vekt på samhandling med kommunehelsetjenestene og fastlegene og å bytte ut journal- og fagsystemene sine. Helse Midt-Norge RHF valgte konsept i 2015 da de bestemte seg for å anskaffe et nytt journal- og fagsystem.

2.1 Helse Midt-Norge RHF ønsket å legge til rette for nye arbeidsprosesser, standardisering, strukturerte journaler og økt samhandling med kommunene

Helse Midt-Norge RHF så allerede i 2010 et behov for å investere betydelig i IT. De ville legge til rette for nye arbeidsprosesser som kunne øke kvaliteten på pasientbehandlingen og den samhandlingen som behandlingen krever.⁵⁷ IT-systemene de hadde, var ikke tilstrekkelig enkle, brukervennlige og standardiserte for de ansatte. Helse Midt-Norge RHF definerte fem mål for digitaliseringen de skulle gjennomføre:

- standardisering
- deling av informasjon gjennom hele pasientforløp
- strukturerte pasientjournaler og beslutningsstøtte for helsepersonell
- bedre utnyttelse av ressurser og pasientlogistikk
- bedre evne til å prioritere og gjennomføre

Bedre brukervennlighet var også et mål da Helse Midt-Norge RHF skulle innføre nye IT-systemer, se faktaboks 4.

Faktaboks 4 Helse Midt-Norge RHF's strategiske mål for brukervennlighet for nytt system

Datidens løsninger hadde mangelfull brukervennlighet

Helse Midt-Norge RHF vurderte det slik at IT-systemene de hadde, ikke dekket behovene for effektiv pasientbehandling. Systemene var ikke tilstrekkelig enkle, brukervennlige og standardiserte. Det var for eksempel for dårlig flyt av informasjon mellom systemene.

Bedre brukervennlighet var et mål for nytt IT-system

Det overordnede målet med det nye journal- og fagsystemet var blant annet at det skulle gi mer brukervennlige løsninger og på den måten sette helsepersonell i stand til å utføre helsetjenestene på en bedre og mer effektiv måte. Det regionale helseforetaket hadde et mål om at systemene skulle være intuitive og fjerne unødvendig tidsbruk. Det var ambisjoner om å

- vektlegge brukervennlighet når de velger og utvikler løsninger
- ha løsninger som gir rask og enkel tilgang til rekvisisjoner, svar på undersøkelser, prøver og røntgenbilder
- involvere brukerne for å få riktig og brukervennlig funksjonalitet

Det siste punktet skulle også bidra til at brukerne fikk realistiske forventninger til den nye løsningen.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2012). *IKT-strategi*; Helseplattformen (2016). *Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ: Merkantile forhold*, versjon 1.0; Helseplattformen (2016). *Anskaffelsesstrategi for Helseplattformen*, versjon 2.0.

I arbeidet med nytt journalsystem vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF i november 2012 at de skulle prioritere samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene.⁵⁸

I 2013 konkluderte styret i Helse Midt-Norge RHF med at det regionale helseforetaket måtte bytte ut eksisterende IT-systemer for pasientjournal og pasientadministrasjon.⁵⁹ Vi vil i det videre omtale dette

⁵⁷ Helse Midt-Norge RHF. (2010). *Strategi 2020 – Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge* (styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok strategien i sak 62/10 på styremøtet 24.–25. juni 2010). Strategien bygger på utfordringene som ble trukket fram i St. meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

⁵⁸ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 7–8. november 2012, sak 82/12, vedtak 2.

⁵⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 20.–21. juni 2013, sak 53/13, vedlegg 1 *IKT-strategi – Del II: Handlingsplan 2013–2018*. Løsningene som skulle byttes ut, var Doculive (pasientjournal/hovedjournal), Natus (fødejournal), Anin (anestesi-/intensivjournal), RUS-data (pasientjournal for rus), BUP-data (pasientjournal for barne- og ungdomspsykiatri), ROS (rekvisisjon og svar), PAS (pasientadministrativt system), OpPlan (operasjonsplanlegging), KA (klinisk arbeidsflate) og en rekke mindre fag- og journalsystemer.

som journalsystem. Helse Midt-Norge RHF mente at et bytte var avgjørende for å nå målene og for å kunne gi bedre brukervennlighet. I tillegg ville leverandøren av journalsystemet de hadde, ikke lenger utvikle dette videre.⁶⁰

2.2 Helse Midt-Norge RHF valgte et regionalt system uten å gjennomføre en egen samfunnsøkonomisk analyse eller utredning av alternativer

2.2.1 Helse Midt-Norge RHF valgte konsept i 2015 basert på strategidokumenter, involvering av mange aktører og et forberedende prosjekts ambisjonsnivåer

Faktaboks 5 beskriver hvordan Helse Midt-Norge organiserte arbeidet med konsept- og strategivalg i ulike faser.

Faktaboks 5 Organiseringen av arbeidet med konseptvalg

2012–2013: Prosjekt for å lage en IT-strategi og handlingsplan

Helse Midt-Norge RHF styre vedtok i mai 2012 å gjennomføre et prosjekt for å utarbeide en IT-strategi og tilhørende handlingsplan. Prosjektet skulle bygge på Helse Midt-Norge RHF's *Strategi 2020* fra 2010. Prosjektet besto av representanter for Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene og representanter for ansatte og pasienter.

2014–2015: Forberedende prosjekt for utskiftning av journalsystem

Helse Midt-Norge RHF opprettet et forprosjekt for å forberede anskaffelsen av et nytt journalsystem og andre planlagte aktiviteter, basert på handlingsplanen for IT-strategien. Prosjektet skulle også avklare forbindelser mellom Helsedirektoratets utredningsarbeid av «én innbygger – én journal» og de andre helseregionenes arbeid. Målene skulle være felles for primær- og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet besto av representanter fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i Midt-Norge.

2015: Midlertidig styringsgruppe for anskaffelsesprogrammet

Helse Midt-Norge RHF opprettet en midlertidig styringsgruppe for å forberede anskaffelsen inntil samarbeidsmodellen med kommunene i Midt-Norge ble avklart. Styringsgruppen besto av representanter for Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene, Hemit og pasienter.

2015–2019: Styringsgruppe for anskaffelsesprogrammet

Helse Midt-Norge RHF opprettet en permanent styringsgruppe for programmet *Helseplattformen – for pasientens helsetjeneste*. Helse Midt-Norge RHF hadde da inngått en samarbeidsavtale med 20 kommuner i regionen. Anskaffelsesprogrammet utarbeidet en anskaffelsesstrategi og konkurransegrunnlag. Programmet ble styrt av representanter for Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene, kommunene, ansatte og pasienter.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF (2024, 29. januar). *Svar på Riksrevisjonens spørsmål om konsept, strategi og anskaffelsesprosessen*.

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i juni 2015 at organisasjonen skulle anskaffe et nytt journalsystem.⁶¹ De ønsket en anskaffelse som la til rette for mer samhandling med kommunene og fastlegene i helseregionen.

Ettersom de regionale helseforetakene ikke var forpliktet å følge statens prosjektmodell og gjennomføre en utredning før de valgte et konsept for gjennomføring, mente Helse Midt-Norge RHF's styre at det var tilstrekkelig at de valgte et konsept basert på vedtatt strategi og handlingsplan for IKT, involvering av mange aktører og et forberedende prosjekts anbefaling om å innføre et IT-system for

⁶⁰ Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Helseplattformen. Konseptrapport, dato: 30.11.2017, versjon: 1.0.*

⁶¹ Protokoll fra styremøtet i Helse Midt-Norge RHF 17.–18. juni 2015, sak 53/15, Helse Midt-Norge (2015). *Utredning for sak 53/15 Anskaffelsesprogram ny PAS/EPJ*, datert 12. juni.

hele helsetjenesten i Midt-Norge.⁶² Det forberedende prosjektet skisserte tre ambisjonsnivåer for å skape «én helsetjeneste». I tillegg til det anbefalte ambisjonsnivået om innføring av et IT-system for hele helsetjenesten, vurderte de også videreutvikling av eksisterende systemer og innføring av nye systemer kun i spesialisthelsetjenesten.⁶³ Konseptvalget ble ikke kvalitetssikret eksternt.

2.2.2 Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet ventet i 2015 at et regionalt system ville ha lavere samfunnsøkonomiske lønnsomhet enn et nasjonalt system

Som et ledd i den nasjonale utredningen av «én innbygger – én journal» gjennomførte Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet samfunnsøkonomiske analyser av ulike konsepter, som vi kaller «2015-utredningen». Den kom fram til at et konsept med regionale systemer for helse- og omsorgstjenesten hadde samfunnsøkonomiske egenskaper som skiller seg fra alternativene på ulike måter:⁶⁴

- **Kostnader:** Konseptet ville ha begrensede stordriftsfordeler knyttet til styring, utvikling, drift og forvaltning. Du kan lese mer om økonomiske forhold ved Helseplattformen i kapittel 1 i del III av denne rapporten.
- **Gevinster:** Både en regional og en nasjonal fellesløsning ville gi god samhandling, i motsetning til alternativer som opprettholder ulike løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Du kan lese mer om samhandlingsgevinster i kapittel 2 i del III av denne rapporten.
- **Risiko:** Konseptet ville ha risiko og stor usikkerhet knyttet til valg av strategi for gjennomføring, men mindre risiko knyttet til styring enn hva en nasjonal løsning ville gitt. Du kan lese mer om risikostyring i punkt 4.3 i denne delen av rapporten.

Direktoratene kommer fram til at et regionalt alternativ ikke ville være samfunnsøkonomisk lønnsomt, basert på effekter som de kunne sette en pris på.⁶⁵ 2015-utredningen vurderte også at en nasjonal løsning ville være samfunnsøkonomisk lønnsom, mens et konsept der primærhelsetjenestene får nasjonale systemer og spesialisthelsetjenestene regionale systemer ikke ville være samfunnsøkonomisk lønnsomt, basert på effekter som de kunne sette en pris på. Et regionalt system ville ha lavere samfunnsøkonomisk lønnsomhet enn et nasjonalt system.

Helse Midt-Norge RHF mener at konseptet de valgte, har samfunnsøkonomiske egenskaper som også ligner det nasjonale konseptet, og de mener at de har anskaffet et system som har mer avansert beslutningsstøtte for helsepersonell enn det som kommer fram i utredningen.⁶⁶ De mener derfor at Helseplattformen er en mellomting mellom utredningens regionale og nasjonale konsept.

2015-utredningens regionale alternativ var videreutvikling og utbredelse av spesialisthelsetjenestens systemer, mens Helseplattformen innebærer anskaffelse av ett system for både spesialist- og primærhelsetjenesten. Utredningen kom fram til at valget mellom videreutvikling og anskaffelse ikke påvirker samfunnsøkonomisk gevinster nevneverdig ettersom begge gir helsepersonell felles tilgang til pasientopplysninger og har innebygget beslutningsstøtte for helsepersonellet. Det som først og fremst skiller de samfunnsøkonomiske virkningene av det regionale og nasjonale konseptet, er i hvilken grad konseptene gir stordriftsfordeler.

Figur 7 viser resultater fra 2015-utredningens beregning av kostnader og gevinster som de kunne sette en pris på. Det regionale konseptet hadde negativ samfunnsøkonomisk verdi, basert på de prissatte effektene, selv i scenarier med høy oppnåelse av «målet med én innbygger – én journal».⁶⁷

⁶² E-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om konsept, strategi og anskaffelsesprosessen 29. januar 2024.

⁶³ Helse Midt-Norge RHF. (2014). *Prosjektrapport: Forprosjekt for pasientbehandling og samhandling, dato: 20.11.2014, versjon: 1.0.*

⁶⁴ Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015, desember). *Utredning av «Én innbygger – én journal»: V4 Alternativanalyse.* Utredningen anbefalte en utviklingsretning framfor et konseptvalg.

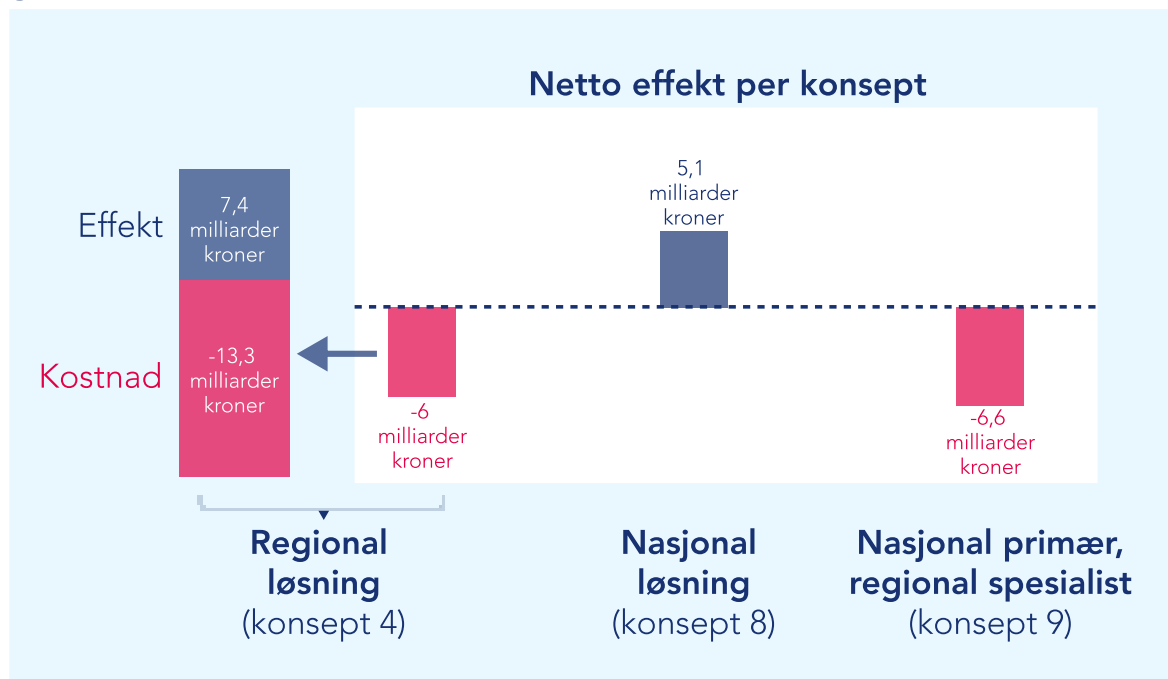
⁶⁵ Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015, desember). *Utredning av «Én innbygger – én journal»: V4 Alternativanalyse.*

⁶⁶ E-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om tilbakemelding på rapportutkast om konseptvalg og anskaffelsen 4. juni 2024.

⁶⁷ Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015, desember). *Utredning av «Én innbygger – én journal»: V4 Alternativanalyse.*

Når de tok hensyn til virkninger som de ikke kunne regne på i kroner og øre, slik som ressursbruk i behandlingsforløpet, forsterket dette den innbyrdes rangeringen av de ulike alternativene.

Figur 7 Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratets beregning av kostnader og gevinster



Kilde: Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015). Utredning av «Én innbygger én journal»: V4 Alternativanalyse, utgitt i desember. Beregningen forutsetter 100 prosent måloppnåelse, ved lavere måloppnåelse vil konseptet bli mindre lønnsomt.

Faktaboks 6 presenterer hvilke funn Riksrevisjonen gjorde i undersøkelsen av arbeidet med «én innbygger – én journal».

Faktaboks 6 Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med «én innbygger – én journal»

Undersøkelsen konkluderer blant annet med dette:

- Veikartet for sektorens journalløsninger er et resultat av aktørers selvstendige valg, og dette kan gjøre det utfordrende å koordinere IT-utviklingen slik at målene i «én innbygger – én journal» nås.
- Utredningen av «én innbygger – én journal» har, til tross for stort omfang og over åtte års varighet, hatt betydelige svakheter.
- Rask teknologisk utvikling har gjort åpne plattform-/økosystemløsninger mer aktuelle for helsesektoren, men utredningene har blitt forsinket fordi dette ikke har blitt fanget opp tidlig nok.
- Sentrale fagmiljøer har ikke blitt tilstrekkelig involvert, og utredningene kunne vist til et bredere forskningsgrunnlag.
- Det valgte konseptet har høy kompleksitet, usikkerhet og risiko.
- Konsekvensene for helsenæringen har ikke blitt tilstrekkelig vektlagt.
- Helse- og omsorgsdepartementet har ikke ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte, og dette har forsinket arbeidet.
- Flere tiltak og prosjekter som er forutsetninger for å lykkes med «én innbygger – én journal», har ikke hatt høy nok fremdrift.
- Rollen til nasjonale myndigheter er ikke tydelig definert, og mekanismene for styring, prioritering og forankring av e-helseutviklingen er ikke effektive nok.

Kilde: Dokument 3:14 (2020–2021).

2.2.3 Helse Midt-Norge RHF gjennomførte ikke en egen samfunnsøkonomisk analyse som bakgrunn for valget av et regionalt system

Helse Midt-Norge RHF hadde i 2017 behov for å finansiere deler av anskaffelsen av nytt journal- og fagsystem med et lån fra Helse- og omsorgsdepartementet, og departementet stilte da krav om at de nå måtte begrunne konseptvalget de hadde tatt, i form av en utredning av alternative konsepter.⁶⁸ Denne kaller vi «2017-utredningen». De hadde da ingen egen samfunnsøkonomisk analyse fra konseptvalget i 2015 å bygge på.

Helse Midt-Norge RHF utarbeidet heller ikke i 2017 en samfunnsøkonomisk analyse.⁶⁹ I 2017-utredningen kommer det fram at de mente at de samfunnsøkonomiske analysene i Helsedirektoratets og Direktoratet for e-helses 2015-utredning var relevante for dem. Helse Midt-Norge RHF trakk fram at denne analysen kom fram til at tilnærmingene de vurderte, i vesentlig grad utløser effekter knyttet til målet om «én innbygger – én journal».⁷⁰ Helse Midt-Norge RHF omtalte ikke i sin utredning av konsepter beregningene som viste at et regionalt konsept ikke ville være lønnsomt.

Helse Midt-Norge RHF mener at samfunnsøkonomiske analyser ikke ville påvirket at de hadde behov for nye journalsystemer. De mener at regjeringens mål om «én innbygger – én journal» begrenset alternativene til å velge noe annet enn ett enhetlig system i helseregionen.⁷¹ I tillegg trekker de fram at 2017-utredningen deres var tilstrekkelig til at Helse- og omsorgsdepartementet ville innvilge lånet de trengte.

⁶⁸ Helse Midt-Norge RHF. (2014). *Prosjektrapport: Forprosjekt for pasientbehandling og samhandling*, dato: 20.11.2014, versjon: 1.0.

⁶⁹ Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Helseplattformen. Konseptrapport*, dato: 30.11.2017, versjon: 1.0.

⁷⁰ Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Helseplattformen. Konseptrapport*, dato: 30.11.2017, versjon: 1.0, jf. Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet (2015, desember). *Utredning av «Én innbygger – én journal»: V4 Alternativanalyse*.

⁷¹ E-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om konsept, strategi og anskaffelsesprosessen 29. januar 2024.

I 2017-utredningen kom Helse Midt-Norge RHF fram til at valgt konsept ville ha høy nytteverdi sammenlignet med kostnadene, siden det ville gi betydelige ikke-tallfestede (kvalitative) gevinster for målene med Helseplattformen.⁷² De forventet, i tillegg til bedre kvalitet, at Helseplattformen ville gi mer effektive arbeidsprosesser og mer effektiv pasientbehandling. Helse Midt-Norges RHF rangerte konseptene på bakgrunn av kvalitative vurderinger av måloppnåelse, kost-nytte-analyser og gjennomføringsrisiko, ikke basert på konseptenes økonomiske verdi for samfunnet.















2.2.4 Utredningen av konsepter i 2017 bekreftet valget av konsept som Helse Midt-Norge RHF tok i 2015

I 2017-utredningen utformet programmet Helseplattformen tre alternative konsepter for nytt journal- og fagsystem:⁷³

- Konsept 0: Spesialisthelsetjenesten utvikler eksisterende journalsystemer.
- Konsept 1: Spesialisthelsetjenesten innfører nye journalsystemer.
- Konsept 2: Både primær- og spesialisthelsetjenesten innfører nye, felles journalsystemer.

Alle alternativene var regionale systemer for Midt-Norge. Figur 8 viser forskjellene mellom konseptene. Konsept 0 innebar at standardisering av arbeidsprosesser og pasientforløp må skje uten vesentlig IT-støtte, og ville ikke bidra til å nå målet om strukturert pasientjournal og klinisk beslutningsstøtte.⁷⁴ Samhandling med kommuner, fastleger og pasienter skulle skje gjennom nasjonale løsninger. Utredningen konkluderte med at konseptet ikke var aktuelt, fordi det ikke kunne innfri målene for programmet Helseplattformen, og det ville også kreve mye ressurser.

Figur 8 Alternative konsepter for nytt journal- og fagsystem i Midt-Norge

	Konsept 0	Konsept 1	Konsept 2
Nytt journalsystem			
Helhetlig pasientforløp for sykehus, kommuner og fastleger			
Strukturert pasientjournal			
Beslutningsstøtte for helsepersonell			
Økt involvering av pasientene			

Kilde: Riksrevisjonen / Helse Midt-Norge RHF. (2017). Konseptrapport.

Konsept 1 legger til rette for standardiserte pasientforløp innen spesialisthelsetjenesten gjennom et nytt journalsystem. I tillegg ville konseptet gi spesialisthelsetjenesten strukturerte pasientjournaler, klinisk beslutningsstøtte og bedre pasientlogistikk. Samhandling med kommuner og fastleger skulle

⁷² Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Helseplattformen. Konseptrapport, dato: 30.11.2017, versjon: 1.0.*

⁷³ Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Helseplattformen. Konseptrapport.*

⁷⁴ Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Helseplattformen. Konseptrapport.* Referansen gjelder resten av avsnittet og de to påfølgende avsnittene.

skje gjennom nasjonale løsninger. Konseptet vil oppnå målene delvis og gi en del gevinster for spesialisthelsetjenesten.

Konsept 2 innebar innføring av et nytt journalsystem for hele helsetjenesten i Midt-Norge, som ville gi standardiserte og helhetlige pasientforløp på tvers av nivåer, en strukturert pasientjournal, klinisk beslutningsstøtte og betydelig IT-støtte til pasientlogistikken på tvers av nivåer. Det ville gi en felles forvaltning for helsetjenestene i Midt-Norge. Utredningen anbefalte dette alternativet ettersom det ville gi fullstendig oppnåelse av målene for Helseplattformen og de politiske ambisjonene om «én innbygger – én journal».

2017-utredningen ble kvalitetssikret eksternt av Metier med utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder. Metier kom fram til at den tilfredsstilte kravene til å danne grunnlag for en lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.⁷⁵ De påpekte at Helse Midt-Norge RHF valgde konsept var betydelig grundigere utredet enn de andre konseptene. De mente Helse Midt-Norge RHF vurderinger av konseptene var noe mangelfulle, og at både måloppnåelse og gjennomføringsrisiko normalt ville være inkludert i kost-nytte-analysen. Metier påpekte også at selv om Helse Midt-Norge RHF hadde valgt konsept i 2015, ville det fortsatt være relevant for dem å vurdere om Helseplattformen ville bli samfunnsøkonomisk lønnsom før de tok en investeringsbeslutning.

2.3 Helse Midt-Norge RHF mente at det valgte konseptet for Helseplattformen hadde svært høy gjennomføringsrisiko

2.3.1 Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet mente i 2015 at et regionalt konsept ville møte motstand hos fastleger, kommuner og helsepersonell

Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet identifiserte flere forhold som ga risiko ved valg og innføring av regionale løsninger for helse- og omsorgstjenesten:⁷⁶

- *Mulig motstand fra fastlegene:* Ettersom mange fastleger var godt fornøyde med sine løsninger, så ville de trolig være motvillige til å bytte til en felles løsning. Du kan lese mer om oppslutningen blant fastlegene i kapittel 2 i del III av denne rapporten.
- *Risiko ved frivillig tilslutning til nytt system:* Det ville være nødvendig at funksjonaliteten ga samme muligheter som kommunene allerede hadde, og i tillegg måtte man vurdere hvordan kommunene skulle bidra til finansiering. Du kan lese mer om oppslutningen hos kommunene i kapittel 2 i del III av denne rapporten.
- *Trolig motstand blant helsepersonell:* Helsepersonell ville forvente arbeidsverktøy som ga støtte for deres behov, og etter hvert forvente bedre arbeidsverktøy. Helsepersonellet ville ikke bytte dersom det nye systemet ikke ga dem en bedre arbeidshverdag. Du kan lese om hvordan helsepersonell vurderer Helseplattformen som arbeidsverktøy i kapittel 1.

I 2016 viste Helse Midt-Norge RHF også til at⁷⁷

- det kunne være en risiko for at kommuner ikke ville innføre en ny løsning dersom de mente at kravene til en ny løsning ikke samsvarte godt nok med kommunenes reelle behov
- det kunne være risiko for at de ikke evnet å gi brukerne realistiske forventninger til funksjonaliteten de ville tilby, og dette kunne føre til behov for omfattende endringer etter at systemet var tatt i bruk

⁷⁵ Metier AS. (2017). *Kvalitetssikring (KSK) av Konseptrapport Helseplattformen*.

⁷⁶ Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015, oktober). *Utredning av «Én innbygger – én journal»: V4.1 Detaljering av konsepter*.

⁷⁷ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Anskaffelsesstrategi for Helseplattformen, dato: 02.11.2016, versjon: 2.0*.

2.3.2 Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune bestemte i 2016 at de skulle kjøpe hylleware basert på én omfattende kontrakt for å redusere risiko

I 2016 ble Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune enige om en strategi for anskaffelsen.⁷⁸ De kom fram til at de ville legge grunnlaget for vellykket implementering av valgt konsept gjennom å redusere risiko i tidlige faser der de planlegger anskaffelsen, og gjennom å følge opp risikoen systematisk i gjennomføringsfasen. De vil unngå situasjoner der de inngikk kontrakter på et svakt eller feilaktig grunnlag, og at leverandøren ikke forsto godt nok hvilke forpliktelser de har påtatt seg. Konsekvensen kan da bli et stort behov for endringer når helsetjenesten skal ta i bruk systemet, og det kan oppstå tvister mellom kunde og leverandør.

For å sikre en vellykket prosess for å anskaffe valgt konsept ville Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune

- analysere risiko på ulike stadier og sette inn tiltak for å håndtere risikoen
- velge en hensiktsmessig prosess for anskaffelsen og ha god kommunikasjon med leverandører
- følge opp kvaliteten på leveranser og ha kvalitetssikring på flere nivåer
- ha systematisk styring av forventninger for å sikre forankring i organisasjonen

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune ville ha ett omfattende system og én kontrakt

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune kom fram til at vellykket implementering av valgt konsept avhenger av i) hvilke mål og funksjonalitet nytt journalsystem skulle omfatte, og ii) om de skulle anskaffe funksjonaliteten gjennom en eller flere anskaffelser.⁷⁹ Dette omfanget ville ha stor betydning for risiko, kostnader, framdrift og implementering.

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune erkjente at valgt konsept ga et høyt ambisjonsnivå for hvilke mål og funksjonalitet som de skulle realisere gjennom anskaffelsen.⁸⁰ Funksjonaliteten som de krevde ved å ha mål om pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåer, nytt system for mange fagområder samtidig og en felles anskaffelse for Helse Midt-Norge og kommuner, ville gjøre anskaffelsen kompleks.

Ifølge Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune kunne anskaffelsen av nytt journalsystem gjøres på to hovedmåter:⁸¹

- *Ett enhetlig system med lite tilpassing til ulike fagområder, gjennom én anskaffelse:* Da ville Helse Midt-Norge RHF velge én leverandør som leverer et helhetlig system som dekker ønskede faglige behov, men som ikke nødvendigvis kunne gi de beste løsningene for hvert av fagområdene. Pasientinformasjonen vil naturlig flyte på tvers, det gir god tilrettelegging for standardiserte pasientforløp, og de så det som kostnadseffektivt med én kontrakt. Dette blir gjerne kalt en *suite*-løsning.
- *Flere systemer tilpasset fagområdenes behov gjennom flere anskaffelser:* Helse Midt-Norge RHF ville da valgt det beste systemet for hvert fagområde, og deling av pasientinformasjon og standardiserte pasientforløp måtte skje ved IT-teknisk innpassing av de ulike systemene. De mente at drift, vedlikehold og support ville kreve mer ressurser og kompetanse, slik at driftskostnadene ville øke. De ventet også at leverandørene hadde mindre ressurser til å utvikle ny funksjonalitet over tid på grunn av leverandørenes størrelse. Dette blir gjerne kalt en *best of breed*-løsning.

⁷⁸ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Anskaffelsesstrategi for Helseplattformen*, dato: 02.11.2016, versjon: 2.0.

⁷⁹ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ*, dato: 10.02.2016, versjon: 1.0.

⁸⁰ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Anskaffelsesstrategi for Helseplattformen*, dato: 02.11.2016, versjon: 2.0.














⁸¹ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ*.

Helse Midt-Norge RHF vektla at flere anskaffelser av flere løsninger gir bedre konkurranse, mens de i liten grad vurderte om en inndeling i flere anskaffelser ville kunne redusere gjennomføringsrisikoen. Helse Midt-Norge RHF ville vektlegge lav risiko framfor en situasjon med sterk konkurranse. Selv om sterk konkurranse generelt var ventet å gi bedre funksjonalitet, mer innovasjon og bedre pris, så de det som en vesentlig risiko at leverandørene da ville tilby noe som de ikke ville klare å levere. Helse Midt-Norge RHF ventet imidlertid at mange leverandører ville måtte inngå i brede konsortier for å kunne levere komplette tilbud, og kom fram til at slike konstallasjoner hadde større risiko på grunn av en mindre moden løsning og samarbeidsproblemer mellom delleverandørene.

I valget av strategi for anskaffelsen la de avgjørende vekt på «klarhet i ansvar, kompetanse og kontroll».⁸² De valgte derfor å skulle inngå én kontrakt med én leverandør, men åpnet for konsortier. Helse Midt-Norge RHF mente at et helhetlig system samsvarte best med deres «evne til å ta imot løsningen».

Figur 9 oppsummerer hvordan Helse Midt-Norge RHF vurderte hva som reduserer og øker risikoen for at de ikke når målene for programmet Helseplattformen. Helse Midt-Norge RHF valgte strategi er markert med grønn hake, mens det de valgte bort, er markert med rødt kryss. Vi ser at Helse Midt-Norge RHF mente at ett system gjennom én anskaffelse ville være det beste valget for å nå målene for Helseplattformen, og at det ville gi lavere risiko.

Figur 9 Helse Midt-Norges RHFes avveining mellom risiko og måloppnåelse

Dimensjon	Lavere risiko	Høyere risiko
Funksjonalitet	 Få fagområder	 Mange fagområder
Samhandling	 Fullstendig integrasjon	 Stegvis integrasjon
Løpende utvikling	 Raskt	 Langsomt
Brukertilfredshet	 Tilpasset fagområdene	 Lite tilpasset fagområdene
Avhengighet	 Mange leverandører	 Én leverandør
Drift og support	 Få integrasjoner	 Mange integrasjoner
Konklusjon/ måloppnåelse	 Ett system – én anskaffelse	 Flere systemer – flere anskaffelser

Kilde: Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ*, dato: 10.2.2016, versjon: 1.0. Hva som gir høy og lav risiko, er definert av Helse Midt-Norge RHF i anskaffelsesstrategien.

⁸² Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ*.

Helse Midt-Norge RHF ønsket en hyllevareløsning for å gjøre innføringen enklere

Helse Midt-Norge RHF mente at vellykket implementering av valgt konsept også var avhengig av om de stilte krav om ferdig utviklede systemer eller også aksepterte systemer under utvikling.⁸³ Dette ville sterkt påvirke hvor mange leverandører som kunne levere tilbud. Helse Midt-Norge RHF vurderte flere forhold som talte for og mot å akseptere systemer som enda ikke var ferdig utviklet.

Siden Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune ønsket lav risiko ved innføringen av nytt system, konkluderte de med at systemet skulle være basert på eksisterende løsninger, såkalt hylleware, med begrenset behov for utvikling og tilpassing.⁸⁴ Dette ville redusere antallet aktuelle leverandører, men Helse Midt-Norge RHF mente det var akseptabelt. Ettersom markedsundersøkelser viste at leverandørene ikke hadde hyllevareløsninger for all ønsket funksjonalitet, åpnet de opp for at leverandørene kunne utvikle noe ny funksjonalitet etter kontraktsinngåelse. Helse Midt-Norge RHF ønsket heller ikke å være et prøveprosjekt for smidige kontrakter, men ville ta endelig stilling til dette senere i anskaffelsesprosessen.

2.3.3 Helse Midt-Norge RHF mente i 2017 at konseptet hadde svært høy risiko, men ville håndtere den gjennom god planlegging og styring

Helse Midt-Norge RHF anså i 2017-utredningen at et nytt journalsystem for helsetjenesten i Midt-Norge ville ha «svært høy» gjennomføringsrisiko.⁸⁵ Risikoen ved konsept 2, et felles journalsystem for spesialist- og primærhelsetjenesten, var svært høy på grunn av konseptets kompleksitet og mange aktører og ville innebære en «krevende» gjennomføring. Utredningen trakk fram flere forhold som de måtte håndtere for å redusere risiko:

- En beslutningsstruktur for både Helse Midt-Norge RHF og kommunene i regionen vil være kompleks. Det ville derfor være nødvendig å legge til rette for at de sammen kan ta kritiske beslutninger til rett tid og på riktig grunnlag. Du kan lese mer om hvordan beslutningsstrukturen har fungert, i kapittel 4 i del III av rapporten.
- Modellen for finansieringen av systemet vil måtte legge til rette for at kommuner vil velge å bruke systemet på ulike tidspunkter. Du kan lese mer om den økonomiske styringen i kapittel 1 i del III av rapporten.
- Målet om «én innbygger – én journal» krever virksomhetsutvikling, endring av styringsmodeller, nye arbeidsprosesser og rutiner og helsefaglig standardisering, ikke bare et nytt IT-system. Det ville kreve god forankring, koordinering, samarbeid og evne og vilje til å endre seg. Du kan lese mer om standardisering av pasientforløp og virksomhetsutvikling i kapittel 3 i denne delen av rapporten.
- Det vil være få leverandører av slike løsninger som konsept 2 innebærer. Utredningen pekte også på at det var liten erfaring i Norden med funksjonaliteten som skulle være en del av Helseplattformen, og hvordan virksomhetene kan håndtere kompleksiteten ved innføring av den. Du kan lese mer om risikostyringen i kapittel 4 i denne delen av rapporten.

2017-utredningen kom fram til at konseptet ville kreve større forberedelser og avklaringer enn de alternative konseptene. De konkluderte med at det ville være «fullt mulig» å gjennomføre konseptet med god planlegging og systematisk risikohåndtering.

⁸³ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ*.

⁸⁴ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ*.

⁸⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Helseplattformen. Konseptrapport, dato: 30.11.2017, versjon 1.0*. Konsept 0 og 1 hadde henholdsvis middels og høy gjennomføringsrisiko. Referansen gjelder resten av punkt 2.3.3.

2.4 Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune planla og organiserte anskaffelsen og ville sikre bred involvering av sluttbrukere

2.4.1 Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune hadde ansvaret for å planlegge og organisere av anskaffelsen

Som en oppfølging av føringer som ble gitt i IT-strategi og -handlingsplan, vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF i juni 2015 at «*anskaffelsesprogrammet mobiliserer ressurser innenfor tildelte rammer slik at det kan utarbeides et grunnlag for publisering av anskaffelsen som forelegges styret for vedtak*».

En permanent styringsgruppe for programmet «Helseplattformen – for pasientens helsetjeneste» (heretter omtalt som Helseplattformen) ble opprettet i november 2015. Det ble også etablert en programorganisasjon, underlagt programstyret.

Anskaffelsesprosjektet i Helse Midt-Norge RHF var ett av tre prosjekter under programmet Helseplattformen, som ble opprettet i november 2015, og som ble avsluttet da kontrakten med leverandøren var signert. Det var etablert tre delprosjekter under anskaffelsesprosjektet: funksjonelt, teknisk og innføring. Disse skulle etablere kravspesifikasjonen og forberede innføringen.⁸⁶ Samarbeidsavtalen mellom Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF av 21. oktober 2015 (senere oppdatert 27. september 2016) lå til grunn for organiseringen av programmet.

Programstyret, hvor også Trondheim kommune var representert, vedtok alle beslutninger i anskaffelsesprosessen. Beslutninger av stor betydning, slik som reduksjon av antall leverandører i dialogfasen, evaluering av endelig tilbud og kontraktssignering, skulle imidlertid ikke iverksettes før de var blitt behandlet i partenes interne styringsgrupper i Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF.⁸⁷

2.4.2 Helse Midt-Norge RHF innhentet erfaringer fra Danmark og Finland

Epic har også levert journalsystemer i Danmark og Finland, hvor det har vært store utfordringer med løsningen, se faktaboks 1 i kapittel 1.

Helse Midt-Norge RHF opplyser at Helseplattformen gjennom hele anskaffelsen har ført dialog med Sundhedsplattformen. Helseforetaket er også kjent med den danske Riksrevisjonens rapport om Sundhedsplattformen fra 2018, og mener at det gjennom erfaringsbesøk, utveksling av kravspesifikasjon, referansebesøk og dialog har opparbeidet god innsikt i problemene som er påpekt i rapporten. Helseplattformen har i flere møter konfrontert Epic med disse problemene og spurt hvordan tilsvarende problemer kan unngås i Norge.

Rent konkret opplyser Helse Midt-Norge RHF at sentrale tiltak var å

- bruke lengre tid på dialogen i forkant av anbudsfasen og tildelingen
- ha lengre tid til innføring
- legge større vekt på brukerinvolvering i prosessen
- gjennomføre konseptutprøving «proof of concept» (PoC)⁸⁸
- etablere en egen stilling med vekt på samhandling med nasjonale prosesser for løsninger som Helseplattformen skulle basere seg på

⁸⁶ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Prosjektdirektiv for anskaffelsesprosjektet, dato: 02.11.2016, versjonsnr: 2.0.*

⁸⁷ Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2016, 27.september). *Samarbeidsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune: Forberedelse og gjennomføring av anskaffelse, samt innføring av nytt pasientadministrativt system (PAS) og elektronisk pasientjournal (EPJ), vedlegg 3.*

⁸⁸ Formålet ved PoC er å gi bedre forståelse av leverandørens løsninger og konsepter. Deltakerne fra Helseplattformen gjennomgikk og deltok i opplæring, design, konfigurering og test av leverandørens løsninger.

2.4.3 Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune definerte 4 000 krav til Helseplattformen gjennom en omfattende involvering av ansatte

Prosjektet startet det konkrete arbeidet med å fastsette funksjonelle og tekniske krav til løsningen ved årsskiftet 2015/2016, og arbeidet pågikk fram til anskaffelsen ble kunngjort ultimo august 2016.⁸⁹ Det går fram at kravspesifikasjonen ble utarbeidet gjennom en omfattende prosess med bred involvering: Over 400 ansatte i helseforetak, kommuner og fastleger i Midt-Norge deltok i til sammen 101 arbeidsseminarer.⁹⁰

Som en del av arbeidet ble det høsten 2016 også gjennomført en nasjonal prosess for gjennomgang av konkurransegrunnlaget, i en bredt sammensatt gruppe ledet av Direktoratet for e-helse. Arbeidsgruppen som deltok, var sammensatt av deltakere fra både statlig og kommunal sektor. Arbeidet er dokumentert i en rapport med oppsummering av innspill og vurderinger.⁹¹ Prosessen skulle bidra til at Helseplattformen ble et steg i den nasjonale utviklingsretningen «én innbygger – én journal», men var ingen kvalitetssikring eller «godkjenning» av konkurransegrunnlaget, framgår det i rapporten.

Den første versjonen av kravspesifikasjon som forelå ved kunngjøring av konkurransen (prekvalifisering), ble utviklet videre og kvalitetssikret internt i programmet, lokalt i helsetjenesten i Midt-Norge og i henhold til det nasjonale oppdraget.⁹² Konkurransegrunnlaget besto til slutt av over 4 000 krav. Mer enn 95 prosent av kravene i anskaffelsen var felles for alle virksomhetene/aktørene som inngikk i omfanget av anskaffelsen. Kommunene hadde 200 egne krav.

Det var i veiledningen til kravspesifikasjonen opplyst om at krav kan være obligatoriske, eller ha høy, middels eller lav viktighet.⁹³ I praksis ble ikke obligatoriske krav benyttet. I begrunnelsen for ikke å benytte obligatoriske krav peker Helse Midt-Norge RHF særlig på at den valgte konkurranseformen – konkurransepreget dialog – i seg selv gjorde at de fikk god kontroll på utfallet, fordi de tidlig ville kunne oppdage eventuelle vesentlige avvik og ha tid til å finne løsninger. Videre gjennomførte anskaffelsesprosjektet i siste dialogfase prøvetilbud før de gikk over i en anbudsfasen, blant annet for å avklare at alle vesentlige krav var oppfylt.



I en **konkurransepreget dialog** vil oppdragsgiveren i større grad kun ha et behov og være åpen for ulike typer løsninger. Gjennom dialogen får oppdragsgiveren innspill som skal hjelpe til med å identifisere og definere hvordan behovene best kan oppfylles. Dette er i motsetning til for eksempel en konkurranse med forhandling, hvor oppdragsgiveren ofte vil ha en klar formening om hvilken løsning han skal anskaffe.

Detaljerte funksjonelle og tekniske krav kommer fram i egne spesifiserte konkurransedokumenter, se oversikt i faktaboks 7.

⁸⁹ Brev fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen med svar på status for programmet Helseplattformen 1. oktober 2018.

⁹⁰ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 9. februar 2017, sak 13/17, vedlegg Helseplattformen – orientering status.

⁹¹ Direktoratet for E-helse. (2016, 22. desember). *Innspill til Helseplattformens konkurransegrunnlag med tilsvar fra Helseplattformen*.

⁹² Programstyremøte for Helseplattformen 25. april 2017, sak 27/17, presentasjon av evalueringsguider.

⁹³ E-post fra Helse Midt-Norge RHF om konseptfasen og anskaffelsen av Helseplattformen 29. januar.2024.

Faktaboks 7 Funksjonelle og tekniske krav til Helseplattformen

Tekniske krav er knyttet til arkitektur, integrasjoner, sikkerhet og utstyr. Meldingsutveksling, slik som henvisning og epikrise, er en del av tema under integrasjoner.

De **funksjonelle kravene** baserer seg i hovedsak på funksjonalitetsmodellen HL7 EHR-S⁹⁴, med enkelte tilpassinger, i tillegg til et sett brukerscenarier og områder som er spesielt viktige for Helseplattformen.

Områder som er spesielt viktige, kan være tverrfaglige (det vil si de dekker flere funksjoner eller virksomheter). I konkurransegrunnlaget står det at de er viktige for at man skal oppnå de overordnede målene for Helseplattformen, og de er temaer det vil være naturlig å utforske videre med leverandørene i dialogfasen for å løse optimalt.

Kilde: Kravspesifikasjonen

2.5 Helse Midt-Norge RHF gjennomførte en konkurranse med elleve mulige leverandører, og Epic sto igjen alene i siste dialogrunde

2.5.1 Helse Midt-Norge RHF identifiserte tidlig 10–15 mulige leverandører og så at ingen kunne levere all funksjonaliteten de ønsket seg

Medio 2015 gjennomførte Helse Midt-Norge RHF en markedsundersøkelse for å kartlegge hvilke løsninger leverandørene av elektroniske pasientjournalssystemer tilbød. Undersøkelsen bidro til å gi en oversikt over hvilke løsninger som fantes i leverandørmarkedet, og i hvilken grad disse kunne levere løsninger som var egnet til å innfri de ambisjonene som var satt.⁹⁵

Som en del av prosessen avholdt Helse Midt-Norge RHF i løpet av et drøyt halvår et felles informasjonsmøte for 14 leverandører, individuelle møter med 15 leverandører/leverandørkonstellasjoner, gjennomførte erfaringsbesøk på fem forskjellige sykehus med forskjellige løsninger og avholdt leverandørdemonstrasjoner med 11 leverandører/leverandørkonstellasjoner.⁹⁶

Informasjon fra markedsundersøkelsen dannet et viktig bidrag til arbeidet med å fastsette det funksjonsfaglige ambisjonsnivået for løsningen.⁹⁷ Den viste blant annet at det vil være behov for noe utviklingsarbeid for å kunne dekke omfanget Helseplattformen etterspurte av funksjon, uansett valg av leverandør.

Analysen av markedet indikerte at det i utgangspunktet var 10–15 kandidater som ønsket å levere hele eller større deler av løsningen. Helse Midt-Norge RHF antok at dersom løsningen hadde et stort omfang og skulle ha høy grad av modenhet, så ville dette redusere konkurransen til antakelig 2–4 og i beste fall 4–6 kandidater. Helse Midt-Norge RHF anså likevel konkurransen for å være tilstrekkelig og viste til erfaringer fra Danmark og Sverige.

Av hensyn til risiko i gjennomføringen anbefalte Helse Midt-Norge RHF å prioritere modenhet i løsninger og akseptere at dette kunne redusere antallet reelle leverandører i konkurransen.⁹⁸ Se også punkt 2.3.2, som utdyper anskaffelsesstrategien.

⁹⁴ Health Level Seven International. (u.å.) *Product EHR FM* (https://wiki.hl7.org/index.php?title=Product_EHR_FM): Funksjonalitetsmodellen HL7 EHR-S er en felles standard for elektroniske helsejournal-systemer (EHR-S). Modellen HL7 EHR-S beskriver viktige egenskaper og funksjoner som bør finnes i et EHR-system. Gjennom utviklingen av funksjonelle profiler gir denne modellen en standard beskrivelse og felles forståelse av funksjoner for helsetjeneste.

⁹⁵ Brev fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om status for programmet Helseplattformen 1. oktober 2018.

⁹⁶ Helse Midt-Norge RHF. (2016–2019). *Anskaffelsesprotokoll Helseplattformen*.

⁹⁷ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ, dato: 10.02.2016, versjon: 1.0*.

⁹⁸ Brev fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om status for programmet Helseplattformen 1. oktober 2018.

2.5.2 Helse Midt-Norge RHF kom fram til at fem av elleve leverandører fikk delta i konkurransen

Helse Midt-Norge RHF kunngjorde anskaffelsen av nytt pasientadministrativt system (PAS) og ny elektronisk pasientjournal (EPJ) 29. august 2016. Dette var en prekvalifisering av de selskapene som skulle få bli med i en konkurransepreget dialog, som var valgt anskaffelsesprosedyre.

Kunngjøringen viste blant annet til at «PAS/EPJ-løsningen skal være teknologisk adaptiv over tid og gjøre det mulig for [Helse Midt-Norge RHF] å ta del i den teknologiske utviklingen for kontinuerlig å forbedre helsetjenestene i regionen», og «for å redusere risiko ved implementeringen vil en høy grad av modenhet av løsningen bli vektlagt positivt».⁹⁹ Helse Midt-Norge RHF presiserte at løsningen skulle framstå som en samlet, enhetlig løsning for kundene, men kunne bestå av ett eller flere systemer eller én eller flere applikasjoner/komponenter.

Aktørene kunne levere søknader som enkeltstående selskaper eller som konsortium.¹⁰⁰ Da søknadsfristen utløp knappe to måneder senere, hadde Helse Midt-Norge RHF mottatt søknader fra elleve aktører. En av aktørene var et konsortium bestående av flere selskaper. Alle de mottatte søknadene tilfredsstilte formelle krav til prekvalifisering.¹⁰¹

Helseplattformen hadde i prekvalifikasjonsdokumentasjonen forbeholdt seg retten til å kontakte aktørenes referansepersoner, som var tidligere kunder av lignende leveranser. Helseplattformen mente imidlertid at informasjonen angitt i søknadene var tilstrekkelig, og derfor ble ingen av referansepersonene kontaktet.¹⁰²

Prosjektet sluttførte prekvalifikasjonsfasen 24. november 2016, og etter evaluering ble fem leverandører invitert med videre i konkurransen.¹⁰³ I utvelgelsen ble gjennomføringsevne og erfaring vektlagt 60 prosent, kapasitet 30 prosent og finansiell soliditet 10 prosent, og evalueringen ble gjennomført av fire forskjellige grupper.¹⁰⁴

Innstillingsrapporten viser at Cerner ble rangert øverst, og Epic som nummer to.¹⁰⁵ DIPS, som leverer journalløsninger til de tre andre helseregionene,¹⁰⁶ nådde ikke opp og ble ikke invitert med videre i konkurransen. DIPS scoret dårligere enn flere av de andre leverandørene på alle de tre områdene som ble vektlagt i evalueringen.

2.5.3 Cerner trakk seg mot slutten av konkurransen, og Helse Midt-Norge RHF sto igjen med kun én aktuell leverandør

Prosjektet iverksatte neste steg i anskaffelsen 2. februar 2017, da de fem prekvalifiserte leverandørene mottok første versjon av konkurransegrunnlaget og ble invitert til å levere tilbud på løsning. Gjennom prosessen utarbeidet prosjektet fire oppdaterte versjoner av konkurransegrunnlaget.

Helseplattformen mottok tilbud fra fire leverandører da fristen for å levere tilbud gikk ut i mai 2017:

- Cerner Norge AS
- DXC Technology (CSC Scandihealth A/S)
- Epic Systems Corporation
- Tieto Norway AS

⁹⁹ DOFFIN. (2015, 24. juni). Veiledende kunngjøring, kunngjøringsnummer 2015-176775.

¹⁰⁰ Helse Midt-Norge RHF. (u.å.). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Pre-qualification Information Memorandum*.

¹⁰¹ De formelle kravene gjaldt organisasjon og juridiske krav samt krav til økonomisk og finansiell kapasitet, og tekniske og faglige kvalifikasjoner. Flere spørsmål og skjemaer skulle fylles ut av leverandørene, og de skulle legge fram ev. ekstern dokumentasjon på at kravene var innfridd. Referanser var et av dokumentasjonskravene.

¹⁰² Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Innstilling pre-kvalifikasjon og utvelgelse av leverandører: Helseplattformen, dato: 21.11.2016, versjonsnr: 0.99*.

¹⁰³ De kvalifiserte i alfabetisk rekkefølge: Cerner Norge AS, CSC Scandihealth AS, Epic Systems Corporation, InterSystems Corporation og Tieto Norway AS.

¹⁰⁴ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Innstilling pre-kvalifikasjon og utvelgelse av leverandører: Helseplattformen, dato: 21.11.2016, versjonsnr: 0.99*.

¹⁰⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Innstilling pre-kvalifikasjon og utvelgelse av leverandører: Helseplattformen, dato: 21.11.2016, versjonsnr: 0.99*.

¹⁰⁶ Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015, oktober). *Utredning av «En innbygger – én journal»: V4.1 Detaljering av konsepter*.

Det var fire dialogfaser før Helse Midt-Norge RHF mottok et endelig tilbud. I hver dialogfase ble det gjennomført flere møter med leverandørene. I dialogfasene kunne leverandørene levere nye tilbud, ettersom kunnskap og behov modnes i prosessen. Helse Midt-Norge RHF hadde i hver dialogfase mulighet til å redusere antallet leverandører eller løsninger basert på evaluering av tilbudene.¹⁰⁷

Det var en prosess på drøye to år fra leverandørene fikk første versjon av konkurransegrunnlaget, til tilbudene var evaluert og kontrakten signert i mars 2019:

- I *første dialogrunde*, basert på første løsningsforslag, førte dialogen og innstillingsrapporten til antall leverandører ble redusert fra fire til tre. Innstillingen viste en betydelig avstand mellom leverandøren med lavest score og leverandøren med høyest score. I tillegg var det en betydelig avstand mellom leverandøren med lavest score og leverandøren med nest lavest score. Helse Midt-Norge RHF mente derfor at leverandøren med lavest score ikke ville ha en reell mulighet til å nå opp i konkurransen, og bare tre gikk videre.¹⁰⁸
- I *andre dialogrunde* leverte alle de tre aktuelle leverandørene nye tilbud. Reduksjonen førte at to leverandører sto igjen, EPIC og Cerner. Prosjektets beslutning i innstillingsrapporten var kvalitetssikret internt av helse- og IT-faglige rådgivere og også av eksterne rådgivere. I tillegg var de vedtatt i alle ledd i styringsmodellen.¹⁰⁹ Den eksterne kvalitetssikreren hadde ingen kommentarer av vesentlig betydning for innstillingene og valgene som ble gjort.¹¹⁰
- Underveis i *tredje dialogrunde* varslet Cerner at de vurderte sin videre deltakelse i konkurransen. Det pågikk dialog rundt dette i april og mai 2018. Cerner ba blant annet om et eget møte om konkrete tilbakemeldinger på den løsningen de hadde tilbudt, for bedre å kunne vurdere sine konkurransemessige muligheter. 23. mai 2018 valgte Cerner å trekke seg fra konkurransen.¹¹¹ Se punkt 2.6.1 for å lese begrunnelsen for at Cerner trakk seg fra konkurransen, og Helse Midt Norge RHF's vurdering av konkurransesituasjonen.

I fjerde og siste dialogrunde var dermed Epic eneste gjenværende leverandør. Hovedformålet ved siste dialogrunde var at leverandøren skulle levere et prøvetilbud. Hensikten var å forsikre seg om at Helse Midt-Norge RHF og leverandøren hadde oppnådd et tilfredsstillende nivå på konkurransegrunnlaget og tilhørende tilbud. Fasen var også en test der man skulle forsikre seg om at leverandørens tilbudte løsning tilfredsstilte behovene, samt at risiko og pris var innenfor akseptable rammer.¹¹²

Epic ble bedt om å oppdatere sitt prøvetilbud i tre omganger i denne avsluttende dialogfasen, fra august til og med november 2018. Ved tredje prøvetilbud mente anskaffelsesprosjektet at partene hadde en nådd en omforent forståelse av behov og tilbudt løsning, og at videre dialog ikke ville bidra til ytterligere økning av kvalitet i denne løsningen.¹¹³ I saken til programstyret ble det oppsummert at «[...] programmet [har] god kontroll på gjenstående tema før dialogen avsluttes med oversendelse av endelig konkurransegrunnlag».¹¹⁴ Fram til tredje prøvetilbud hadde prosjektet blant annet jobbet med å avklare utviklingsomfang, innføringsplan og ansvarsfordeling mellom kunde og leverandør, milepæler i kontrakten og prising av enkelte utviklingselementer.

I rapporten fra Boston Consulting Group fra 2023 kommer det fram at da det ble utarbeidet en detaljert kravspesifikasjon, ble det avdekket at Epic, når det gjaldt en del krav, ikke fullt ut hadde forstått Helseplattformens kravspesifikasjon, og at Helseplattformen tilsvarende ikke fullt ut hadde forstått

¹⁰⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19, vedlegg 5 Oppsummeringsrapport evalueringsresultat anskaffelse av ny PAS/EPJ: Helseplattformen.

¹⁰⁸ Programstyremøte for Helseplattformen 4. oktober 2017, sak 60/17, vedlegg Innstilling og nedvalg dialogrunde 0.

¹⁰⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 17. oktober 2017, sak 79/17, vedlegg Helseplattformen – orientering status.

¹¹⁰ Metier AS. (2017, 21. september). *Avrop 5 – Kvalitetsrådgivning knyttet til Dialogrunde 0*; Metier AS. (2018, 9. januar). *Avrop 6 – Kvalitetsrådgivning knyttet til Dialogrunde 1*.

¹¹¹ Brev fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om status for programmet Helseplattformen 1. oktober 2018.

¹¹² Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 15. november 2018, sak 99/18 Helseplattformen – Utsendelse av endelig konkurransegrunnlag.

¹¹³ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19, vedlegg 5 Oppsummeringsrapportevalueringsresultat anskaffelse av ny PAS/EPJ: Helseplattformen.

¹¹⁴ Programstyremøte for Helseplattformen 21. november 2018, sak 45/18 Status fra programdirektør.

Epics svar på en del krav.¹¹⁵ Helse Midt-Norge RHF måtte derfor be om flere endringer i tilbudet fra Epic, noe som innebar at Epic måtte utvikle ny funksjonalitet. Kostnadene ble delt forholdsmessig mellom Helseplattformen og Epic. Helse Midt-Norge RHF presiserer at dette forholdet i rapporten fra Boston Consulting Group viser til fasen etter dialog- og anbudsfasen og kontraktsinngåelse, hvor det utarbeides en detaljert spesifikasjon som det skal arbeides med etter videre i innføringen av løsningen.¹¹⁶

Etter de tre prøvetilbudene sendte Helse Midt-Norge RHF det endelige konkurransegrunnlag til Epic 13. desember 2018, og anskaffelsen gikk da over i en anbudsfasen. I denne fasen var det bare anledning til å stille og besvare spørsmål om konkurransegrunnlaget skriftlig. Epic leverte sitt endelige og forpliktende tilbud dagen etter, 14. desember 2018.

2.6 Helse Midt-Norge RHF ville fortsette forhandlingene med Epic selv om Cerner trakk seg

2.6.1 Cerner trakk seg i slutfasen etter en vurdering av omfang og tilnærming til løsning

Cerners beslutning om å trekke seg i tredje dialogrunde kom etter at anskaffelsesprosjektet hadde gjennomført dialogrunder både på områder Cerner hadde utfordringer med, og på prisområdet for å utforske om Cerner kunne redusere sin pris. Helseplattformen mener at de på dette tidspunktet hadde en god forståelse for Cerners tilbud, selv om leverandøren ikke leverte inn et komplett revidert tilbud i denne fasen.¹¹⁷

Prosjektet oppgir i oppsummeringsrapporten at Cerner ventet så lenge med å ta en beslutning fordi Cerner først på dette tidspunktet hadde fått god nok innsikt i hva det ville kreve å oppfylle Helseplattformens krav sett mot prisen de kunne tilby hvis de skulle kunne vinne konkurransen. Dette ble kommunisert skriftlig og muntlig til prosjektet. Da Cerner trakk seg, var de rangert etter Epic.

Cerner har uttalt at de mente at ett system ikke var den beste løsningen, og at det ville være mer hensiktsmessig med en «økosystem»-tilnærming på løsningen, noe som også ville kunne redusert kostnadene ved løsningen.¹¹⁸ Dette gjaldt særlig fastlegene, som allerede hadde tilpassede systemer og funksjonalitet fra norske og nordiske leverandører. I stedet for ett stort system ville Cerner lage funksjonalitet slik at de eksisterende systemene i kommunene, på sykehusene og hos fastlegene kunne sende eller dele helseopplysninger. Cerner har videre uttalt at de oppfattet at Helseplattformen insisterte på monolittiske krav¹¹⁹ og ikke tok innover seg ny tenkning på området. Videre mente Cerner at fastlegene aldri ville bruke en slik løsning.

2.6.2 Helse Midt-Norge RHF mente at det ikke var hensiktsmessig å invitere flere leverandører inn i slutfasen

Risikoen for at Helse Midt-Norge RHF kunne havne i en situasjon med bare én aktuell leverandør, var belyst i forarbeidene til anskaffelsen.¹²⁰ Helse Midt-Norge RHF mente at denne risikoen kunne forsvares fordi det å anskaffe utprøvde løsninger ville bidra til lavere risiko i gjennomføringen. Helse Midt-Norge RHF mente at det skulle være mulig å komme i mål med et akseptabelt resultat selv i en

¹¹⁵ Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læring for veien videre.*

¹¹⁶ E-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om konseptfasen og anskaffelsen av Helseplattformen 29. januar 2024.

¹¹⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19, Oppsummeringsrapport evalueringresultat anskaffelse av ny PAS/EPJ, dato: 20. desember 2018, versjon: 1.0, vedlegg 2 – Utdypende informasjon om dialogfase 2 og 3.

¹¹⁸ Adressa.no. (2022, 30. oktober): Trakk seg fra kampen om å lage Helseplattformen: Vår vurdering var at fastlegene aldri ville bli en del av dette.

¹¹⁹ Monolittisk betegner en systemarkitektur hvor komponenter er tett koblet i én enhet, i motsetning til mikrotjenestearkitektur med løselig tilknyttede, små komponenter som kan være enklere å endre og skalere.

¹²⁰ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ, dato: 10.02.2016, versjon: 1.0.*

situasjon med bare én leverandør. Dette skulle de oppnå ved å bruke noe mer tid på forhandlingene og ha avlysning som forhandlingsvekt.

I et eget dokument redegjør prosjektet for bakgrunnen for at Cerner valgte å trekke seg i tredje dialogrunde, og hvordan de har håndtert en situasjon med bare én leverandør i fjerde og siste dialogrunde.

Da Cerner trakk seg fra konkurransen, gjennomførte Helse Midt-Norge RHF en egen juridisk vurdering av om de hadde plikt til å avlyse, og om de eventuelt hadde rett til å hente inn leverandøren som ble valgt bort i andre dialogrunde. Simonsen Vogt Wiig, som utførte vurderingen, konkluderte med at Helse Midt-Norge RHF antakelig kunne ha hentet inn denne leverandøren hvis de hadde ønsket det, men at det ikke var noen plikt.¹²¹ Tidligere i konkurransen hadde Helse Midt-Norge RHF vurdert det slik at leverandørens løsning hadde betraktelig lavere kvalitet og var mindre fullstendig enn både Cerners og Epics løsninger. Helse Midt-Norge RHF mente at premisset for at leverandøren ble valgt bort, ikke ville endre seg selv om Cerner hadde trukket seg fra konkurransen. Helse Midt-Norge RHF besluttet derfor å ikke invitere flere leverandører med i konkurransen.

2.6.3 Helse Midt-Norge RHF og Epic var uenige om behovet for utvikling av ny funksjonalitet, og Epic forpliktet seg til å ikke utnytte at Cerner trakk seg

Da Cerner trakk seg, inngikk Helse Midt-Norge RHF umiddelbart en intensjonsavtale med toppledelsen i Epic om slutføring av dialogen. Intensjonsavtalen ga trygghet for at Epic ikke ville utnytte situasjonen og reversere avtalte forhold underveis i konkurransen. I intensjonsavtalen fremgår det blant annet at Epic skal godtgjøre at de har priset seg konkurransedyktig sammenlignet med andre kunder. Dette ble også gjort for å legge press på Epic i innspurten i dialogen.

Om området «utvikling» oppsto det en konflikt, og det kommer fram i oppsummeringsrapporten at *«[...] på området utvikling medførte Epics gjennomgang med toppledelsen imidlertid at man oppfattet at utviklingsomfanget var blitt høyt, og samtidig lavt priset. Dette også sett opp mot nasjonale signaler som Epic oppfattet (som Cerner) hadde redusert verdien av å investere i utvikling for norske behov (lavere sjanse for å få brukt disse til andre deler av Norge). Epic foreslo derfor å ta vekk store deler av disse fra forslaget. Det er grunn til å tro at dette ville skjedd uavhengig av konkurranse, og at det er indikasjon på at Epic har strukket seg svært langt i denne konkurransen»*.¹²²

Helse Midt-Norge RHF svarte med å erklære at Epics forslag var fullstendig uakseptabelt, og at Helse Midt-Norge RHF i stedet ville vurdere andre veier framover – blant annet å ta inn andre leverandører. I tillegg var det som nevnt ovenfor allerede etablert en kontakt og enighet med toppledelsen om de grunnleggende forholdene for å slutføre dialogen. Videre ble det kommunisert fra programmet Helseplattformen at både internt og eksternt ville denne opptredenen oppfattes svært negativt for Epics omdømme.

Epic gikk senere tilbake på dette. Helseplattformen og Epic ble enige om å gå gjennom behovene for å se om man kunne oppnå tilfredsstillende funksjonalitet på en måte med mindre utviklingsbehov. Prosjektet skriver at dette var i deres interesse, fordi lav risiko og bruk av eksisterende løsninger har vært et mål, og fordi resultatet av dette arbeidet var «en sjelden vinn-vinn situasjon», der Epic fikk redusert utviklingskostnad og Helseplattformen fikk redusert både kostnader og risiko uten vesentlig tap av funksjonalitet.¹²³

¹²¹ Notat fra Advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helse Midt-Norge RHF om anskaffelsesrettslig vurdering av HMNs rett og/eller plikt til å invitere en nedvalgt løsning tilbake til dialogen 22. juni 2018.

¹²² Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19, vedlegg 5 Oppsummeringsrapport evalueringresultat anskaffelse av ny PAS/EPJ: Helseplattformen.

¹²³ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19, Oppsummeringsrapport evalueringresultat anskaffelse av ny PAS/EPJ, dato: 20.12.2018, versjon: 1.0, vedlegg 2 – Utdypende informasjon om dialogfase 2 og 3.

Områder med utviklingsoppgaver som nevnes av Helse Midt-Norge RHF, er tilpassing til nasjonale fellesløsninger samt kommunal saksbehandling/tjenester. Totalt sett uttaler Helse Midt-Norge RHF at løsningen fra Epic innebar relativt lite utvikling fordi den er bygget for å være konfigurert. Utviklingsoppgaver er spesifisert i egne vedlegg til kontraktene.¹²⁴

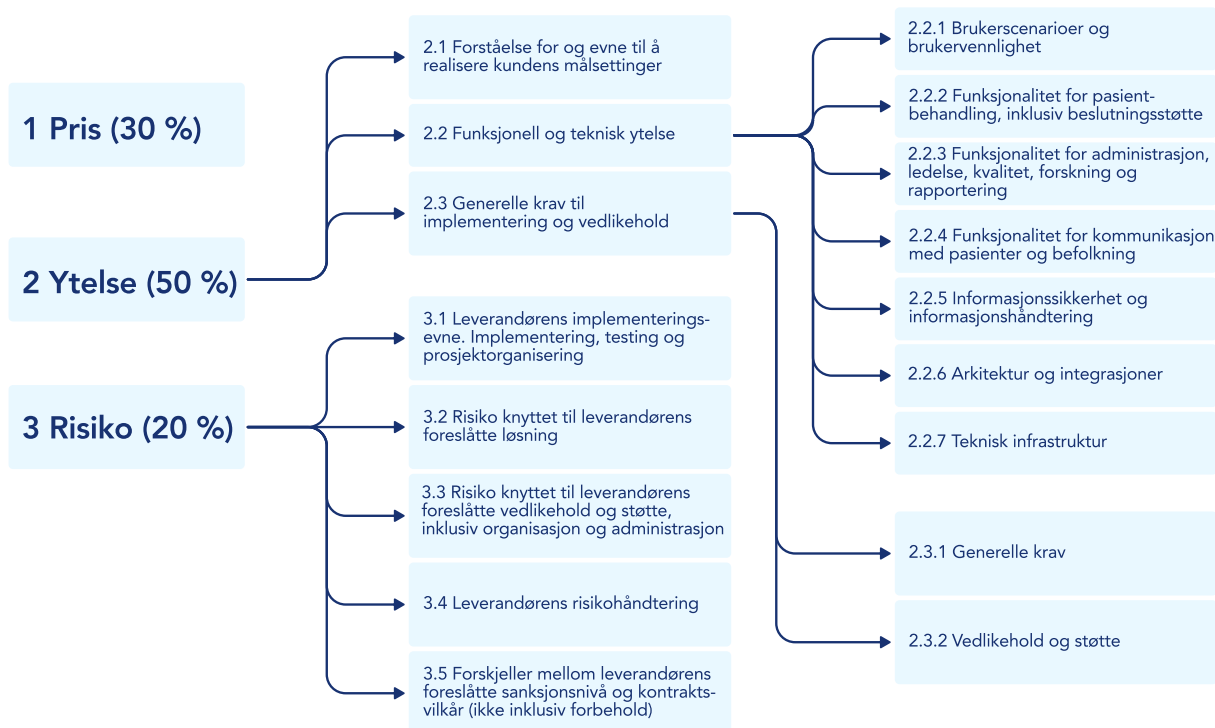
Helse Midt-Norge RHF uttaler at Epic forpliktet seg til å levere en løsning som skulle oppgraderes løpende, noe som også tilbys til andre av verdens fremste sykehus. Det forventes en omfattende utvikling, blant annet med innføring av kunstig intelligens og økt bruk skybaserte løsninger.¹²⁵

2.7 Epic innfridde 99 prosent av viktige krav til Helseplattformen, også kravene til brukskvalitet

2.7.1 Epic innfridde Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommunes viktige krav

Prosjektet skulle evaluere tilbudet basert på ytelse (vektet 50 prosent), pris (vektet 30 prosent) og risiko (vektet 20 prosent), se figur 10.

Figur 10 Modellen for å evaluere leverandørens tilbud



Kilde: Helse Midt-Norge RHF PowerPoint 20170313 Evalueringsmodell nivå 1–4.

Tildelingskriteriene og de tilhørende kravene er brutt ned i fire nivåer, de tre øverste nivåene er vist i figur 10.

Det kommer fram i dokumentgjennomgangen at 14 team fra Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommunes programorganisasjon jobbet med å evaluere både tilbudene i dialogfasen og de endelige tilbudene. Evalueringsteamene gjennomførte kalibreringsmøter for å bli enige om score for evalueringsområdet i sin helhet.

¹²⁴ Epic T Appendix 2B1 v4.0 Attachment 4 – Development Summary (December 2018).

¹²⁵ E-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om konseptfasen og anskaffelsen av Helseplattformen 29. januar 2024.

Evalueringsteamet vurderte det slik at området «arkitektur og integrasjoner» i tilbudet fra Epic var høyt tilfredsstillende på de fleste områder, blant annet når det gjaldt internasjonale og andre standarder for datautveksling og konfigurasjonsmulighetene for disse. Videre møtte løsningsarkitekturen de arkitekturprinsippene og særskilte aspektene anskaffelsen etterspurte. Rapportering til Norsk pasientregister og fødselsregistre krevde utvikling og var ikke en del av løsningen på tilbudstidspunktet, men en del av avtalte utviklingsoppgaver i den endelige kontrakten.¹²⁶

I oppsummeringen av Epics endelige tilbud fremgår det at 99,3 prosent av kravene med høy viktighet er oppfylt, jf. at minst 80 prosent må være oppfylt.¹²⁷ Helse Midt-Norge RHF opplyser at drøye 2 300 av totalt drøyt 4 000 krav hadde høy viktighet. Det ble ikke stilt tilsvarende forutsetning for krav med middels og lav viktighet.

I tillegg til intern kvalitetssikring av teamenes evalueringer gjennomførte ekstern kvalitetssikrer Simonsen Vogt Wiig en overordnet gjennomgang av dokumentasjonen av evalueringen.¹²⁸ Gjennomgangen var overordnet, med «stikkprøver» av mer detaljert vurderingsdokumentasjon, da det var knapp tid. Simonsen Vogt Wiig oppsummerte at de ikke avdekket betydelige mangler, og deres overordnede inntrykk basert på stikkprøvene var at evalueringene var grundige og robuste. Det var likevel noen innspill om i større grad å evaluere løsningens styrker og svakheter etter evalueringskriteriene og ikke leverandørens beskrivelse av løsningen.

2.7.2 Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommunes evaluering av Epics brukskvalitet var udelt positiv

Krav til brukskvalitet var et av områdene som Helse Midt-Norge RHF var spesielt oppmerksom på.¹²⁹ I tillegg til generelle krav inngikk brukerscenarioer i evalueringen av brukskvalitet.

Direktoratet for e-helse kommenterte i innspill til konkurransegrunnlaget at brukskvalitet var behandlet som et område av spesiell betydning for Helseplattformen i utkastene til den funksjonelle kravspesifikasjonen.¹³⁰ Arbeidsgruppen mente likevel at dette var av så stor betydning at prosjektet burde vurdere å løfte temaet inn som ett av Helseplattformens overordnede mål. Direktoratet hadde også innspill om at brukskvalitet burde vært tillagt mer vekt i funksjonell kravspesifikasjon, og omfanget med fordel kunne vært utvidet og gjort mer spesifikt.

Programmet Helseplattformen trakk i sitt tilsvar frem at området var dekket gjennom den helhetlige prosessen og krav i kravspesifikasjonen, og gjorde ingen endring av overordnede mål.¹³¹ Derimot ble vektingen i brukskvalitetskravene endret fra «medium» til «høy», etter innspillene. De generelle funksjonelle brukskvalitetskravene og brukerscenarioene skulle evalueres i sammenheng under evalueringsfasen, for å se hvor godt leverandøren ivaretar brukervennlighet i sin løsning.

På et tidlig stadium i anskaffelsen ble det fra fagmiljø på NTNU oversendt forslag til brukertesting i anskaffelsesprosessen i form av laboratoriebaseret klinisk vurdering, etter en lignende modell man gjennomførte i Danmark.¹³² I desember 2015 ble det gitt en tilbakemelding fra programorganisasjonen på dette forslaget, hvor det ble uttalt at dette var et viktig tema som allerede opptok programmet, og som de så utfordringer med.¹³³ Representanten fra fagmiljøet ble invitert til å sende over og presentere forslaget, men hørte aldri noe mer fra programorganisasjonen etter dette. Helse Midt-

¹²⁶ Helse Midt-Norge RHF. (2019, 9. januar). *Evaluation Team 2.2.6 – Architecture and Integrations*, date: 09.01.2019, version: final.

¹²⁷ Helse Midt-Norge RHF. (2018, 20. juni). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – Enclosure 2 Executive Summary (v.4.0) – Case number 2016/238*. Av krav med medium viktighet var 98 prosent oppfylt, mens av krav med lav viktighet var 96,5 prosent oppfylt.

¹²⁸ E-post fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helse Midt-Norge RHF 4. desember 2018 om PAS/EPJ – overordnet kvalitetssikring – output-dokumentasjon.

¹²⁹ Helse Midt-Norge RHF (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – T Appendix 1B Functional Requirements (V.1.0) Based om SSA-T – Case number: 2016/238*.

¹³⁰ Direktoratet for E-helse. (2016, 22. desember). *Innspill til Helseplattformens konkurransegrunnlag med tilsvar fra Helseplattformen*.

¹³¹ Direktoratet for E-helse. (2016, 22. desember). *Innspill til Helseplattformens konkurransegrunnlag med tilsvar fra Helseplattformen*.

¹³² Region Hovedstaden og Region Sjælland.(2013, september). *ITX rapport for vurdering ved anskaffelse af Sundhedsplatform*.

¹³³ E-post fra Mads Einar Berg til Dag Svanæs 18. desember 2015.

Norge RHF mener at det ikke var noen forhold som tilsa at kravene til brukervennlighet ikke var gode nok, og at en slik vurdering ikke ville hatt signifikant betydning for valg av og kontrakt med leverandør.¹³⁴

Programmets overordnede vurdering av området brukskvalitet var at løsningen til Epic har «tilpassede og intuitive brukergrensesnitt, og et oppsett som minimerer behov for manøvrering og klikk». Videre vurderte prosjektet leverandørens dokumentasjon av brukskvalitet og brukertilfredshet som «høyt tilfredsstillende».¹³⁵

Helse Midt-Norge RHF sier at sammenligningsgrunnlaget var basert på de erfaringene brukerne i evalueringsteamet hadde fra systemer de da brukte i arbeidshverdagen sin. Deltakerne i evalueringsteamet var bredt sammensatt av blant annet leger, sykepleiere, økonomer og virksomhetsarkitekter. Ifølge Helse Midt-Norge RHF fikk evalueringsteamet teste systemet i en «proof of concept» (PoC) gjennomført i april 2018, i første dialogrunde i anskaffelsen. Det var ingen ny test av brukervennligheten ved evaluering av siste tilbud.

I forberedelsesmøte med deltakerne før PoC er det presisert at «*Proof of Concept ikke skal benyttes direkte i evalueringen – gjennom PoC skal vi (programmet) se om 'kart og terreng stemmer' og bidra med kunnskap som gjør evalueringen mer robust. Det vi avdekker skal enten tas inn i dialog eller brukes til å underbygge eksisterende momenter i evalueringen (verifisering)*».¹³⁶

Det var satt av seks dager til PoC. Tiden som var satt av til brukervennlighet (hvor grunnlaget var gjennomgang av tre utvalgte brukerscenarioer i løsningen), utgjorde ett dagsprogram sammen med teamet «fleksibilitet i løsningen».¹³⁷

I oppsummeringen fra PoC står det blant annet at systemet framstår som brukervennlig og intuitivt, men også at førsteinntrykket gir en opplevelse av veldig mange klikk, og at mange muligheter for å finne fram kan gi et forvirrende inntrykk.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF sier i intervju at de burde ha lagt mer vekt på å bruke kompetanse på brukskvalitet i anskaffelsen av det nye journalsystemet, og også senere da det ble tilpasset. De ga fagekspertene stor innflytelse over kravspesifikasjonene til Helseplattformen og utformingen av den. Helsepersonell er imidlertid ikke eksperter på brukeropplevelser. Han sier at de først og fremst inkluderte IT-kompetanse og helsefaglig kompetanse, men manglet spesifikk kompetanse på hvordan man sikrer gode brukeropplevelser. Administrerende direktør erkjenner at Helse Midt-Norge RHF burde ha stilt krav om dette fra starten av.

2.8 Kontrakten avviker lite fra statens standardavtaler

Resultatet av konkurransen, og intensjonen om å inngå kontrakt med Epic ble behandlet på styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019. I et nytt styremøte 14. mars 2019 ble administrerende direktør i Helseplattformen AS, som da var opprettet som heleid forvaltningsselskap, gitt fullmakt til å signere kontrakten med Epic, som så blir signert fysisk 20. mars 2019.

2.8.1 Kontrakten ble kvalitetssikret av et eksternt advokatfirma

Advokatfirmaet Simonsen Wiig Vogt fikk i oppdrag å kvalitetssikre ulike aspekter ved kontraktsutformingen.

¹³⁴ E-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om rapportutkast – konseptvalg og anskaffelsen 4. juni 2024.

¹³⁵ Helseplattformen. (2019). *Evaluation Team 2.2.1 – User scenarios and usability, date: 09.01.2019, version: final*.

¹³⁶ Helseplattformen. (2018). Presentasjon: *PoC med Epic 10.–13. april forberedende møte med deltakere*.

¹³⁷ Helseplattformen. (2018). *Internt notat angående Proof of Concept*.

Utformingen av kontraktstekst (avtalebestemmelser og spesifikasjon) skulle holdes åpen, slik at det endelige valget skulle bli en presisering og ikke en endring. Som en del av første dialogrunde skulle leverandørene gi tilbakemelding på presiseringer eller komme med forbehold de hadde til utkastene til kontrakter.

Mulighetene for et fleksibelt kontraktsomfang ble vurdert i et eget notat av Simonsen Wiig Vogt.¹³⁸ Det ble påpekt at et bredt kontraktsomfang er potensielt konkurransebegrensende fordi få eller ingen aktører ville dekke alle områder. Leverandører av forskjellige elementer kunne finne hverandre frivillig, men den konkurransebegrensende effekten ville fremdeles være der. Dette var også noe prosjektet selv så i markedsundersøkelsene, hvor de innså at et stort omfang og krav til modenhet for løsningen ville begrense antall deltakere i konkurransen, jf. punkt 2.5.1 om mulige leverandører.

Videre pekte Simonsen Wiig Vogt på at leverandørmarkedet hadde interesser som til dels var motstridende med oppdragsgiverens behov for fleksibilitet, da leverandørene ønsker faste rammevilkår når de beslutter å ta del i en konkurranse. Ved avveiningen av disse motstridende interessene mente Simonsen Wiig Vogt at det måtte tas i betraktning at Helse Midt-Norge RHF hadde gjort det de kunne for å skaffe seg den nødvendige kunnskapen før anskaffelsen skulle kunngjøres. Blant annet hadde Helse Midt-Norge RHF gjennomført en markedsundersøkelse og mottatt og analysert svar på denne, uten at dette ga et svar på hva det presise kontraktsomfanget burde være, og derfor kunne tillate fleksibilitet.

2.8.2 Kontrakten bygger på statens standardavtale og har ti års varighet

Norsk lov gjelder ved uenighet om avtalens innhold

Kontraktene er basert på tilpassinger av statens standardavtaler for henholdsvis

- *kjøp av programvare*, som dekker kjøp, utvikling, konfigurasjon og innføring av løsningen (SSA-T)
- *kjøp av support og vedlikehold*, som gjelder fra tidspunktet da løsningen er innført (SSA-V)
 - Denne kontrakten løper uavbrutt / uten avtalt sluttdato til den sies opp av Helseplattformen AS.
 - Helseplattformen AS kan si opp kontrakten med tolv måneder varsel.
 - Leverandøren kan ikke si opp avtalen.
- løpende konsulentbistand (SSA-B)

I tillegg ville prosjektet benytte standardavtalen for smidig (agil) utvikling (SSA-S) der dette var hensiktsmessig, gitt at dette var leverandørens foretrukne metodikk for det som skal utvikles, og Helseplattformen var i stand til å stille med nødvendige ressurser og kompetanse.¹³⁹ De konkrete leveransene beskrives i stor grad i en rekke vedlegg til standardavtalene. En felles overbygningsavtale («bridging-contract») ble utformet for å binde avtalene sammen, og den inneholder en del fellesbestemmelser for de underliggende SSA-avtalene og forholdet mellom dem.

Overbygningsavtalen presiserer at det er norsk lov som er gjeldende dersom det oppstår disputer om kontraktene. Det er også presisert at selv om kontraktspråket er engelsk, er det norske retningslinjer som gjelder for tolkning av betydning og ord.

Ved eventuelle uenigheter om kontraktuelle forhold skal partene i første omgang forsøke å løse uenighetene med forhandlinger med «gode hensikter». Dersom det ikke oppnås enighet, skal partene i fellesskap utpeke en ekspert til å vurdere saken. Ved uenighet om valg av ekspert skal Advokatforeningen velge ut en.¹⁴⁰

¹³⁸ Notat fra advokatfirmaet Simonsen Wiig Vogt til PAS/EPJ om endringer i ytelsens omfang etter kunngjøring 26. november 2015.

¹³⁹ Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Helseplattformen. Merkantile forhold: Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ, dato: 10.02.2016, versjon: 1.0.*

¹⁴⁰ Helse Midt-Norge RHF (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – Bridging Contract (V1.0) – Case number: 2016/238.*

En gjennomgang av kontraktene viser at det er få avvik fra statens standardavtaler.

Økonomiske forpliktelser i kontrakten er i både kroner og i annen valuta

Kontrakten er dels en fastprisavtale med priser i norske kroner, dels en målprisavtale der kunden kan velge prising i norske kroner eller USD/EUR. Kontrakten har også en spesialregulering om godskrivning av kostnader til spesialutvikling for Norge, dersom løsningen tas i bruk av leverandørens andre kunder.

Avtalen varer i ti år etter at det siste helseforetaket i helseregionen har tatt i bruk Helseplattformen

Helse Midt-Norge RHF vurderte varighetene av avtalene i underlagene til anskaffelsesstrategien. Ut fra hensiktsmessighet ble det vurdert at avtalene som inngås, bør være lengst mulige og samsvare med det som er anslått teknisk levetid for løsningen, det vil si 15–20 år. Etter en samlet vurdering ble varigheten av kjøpsavtalen satt til ti år etter akseptanse hos siste helseforetak som innførte løsningen.

Også Simonsen Vogt Wiig vurderte varigheten av avtalene og konkluderte med at det er anledning til å ha en så lang varighet på kontraktene.¹⁴¹ Samlet sett vurderer Simonsen Vogt Wiig det slik at det er svært gode grunner til å akseptere en varighet på ti år for opsjons-/rammeavtale-elementene i kjøpsavtalen i henhold til gjeldende regelverk, selv om det knytter seg en liten usikkerhet til dette.

Utviklings- og tilpassingsavtalen (SSA-T) er mer utfyllende enn statens standardavtale for regulering av avbestilling og midlertidig stans. De utfyllende bestemmelsene gir kunden adgang til å trekke seg fra enkelte elementer, og det er ulike avbestillingsgebyrer, avhengig av om avbestillingen skjer før eller etter spesifikasjonsfasen. Det har sammenheng med avtalens karakter, med en rekke delleveranser og opsjoner.

Gjenstående leveranser kan sies opp med én måneds varsel.¹⁴² Hoveddelen av kontraktens leveranser er imidlertid allerede gjennomført, og derfor er det i praksis lite av kontraktsverdien for SSA-T som kan kanselleres.

Helseplattformen AS kan si opp hele vedlikeholdsavtalen (SSA-V) med tolv måneders varsel. Selskapet kan si opp hele eller deler av kontrakten med tre måneders varsel for hvis en kommune eller et helseforetak skal avvikle bruken av Helseplattformen.¹⁴³ Som for SSA-T er det også for SSA-V ulike beregninger av avbestillingsgebyrer, som avhenger av hva som er levert. SSA-V inneholder også føringer for hvordan en eventuell avvikling av kontrakten og overgang til ny leverandør skal håndteres.

¹⁴¹ Notat fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helse Midt-Norge RHF om anskaffelsesrettslig vurdering – varighet på avtaler for anskaffelse av PAS/EPJ 19. januar 2016.

¹⁴² E-post fra Helseplattformen AS til Helse- og omsorgsdepartementet om svar på spørsmål til HOD 18. mars 2024.

¹⁴³ E-post fra Helseplattformen AS til Helse- og omsorgsdepartementet om svar på spørsmål til HOD 18. mars 2024.

3 Forberedelser til innføringen

I dette kapittelet undersøker vi om Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene og Helseplattformen AS hadde gjort tilstrekkelige forberedelser før innføringene.

Relevante revisjonskriterier

- 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.
- Helseforetakene skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.
- Som eier av helseforetakene vil også de regionale helseforetakene kunne stilles til ansvar både for manglende oppfyllelse og for svikt/uforsvarlighet.
- 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.
- Virksomheter som yter helsetjenester innen spesialisthelsetjenesten, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring.
- Ved innføring av nye IT-systemer i helse- og omsorgssektoren er det viktig at alle som skal bruke systemene, får tilstrekkelig opplæring.
- Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta arbeidsmiljølovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Oppsummering

- Innføringen av Helseplattformen i helseforetakene er blitt utsatt flere ganger.
- Helse Midt-Norge RHF besluttet i en tidlig fase å innføre løsningen ved St. Olavs hospital først.
- Utformingen av Helseplattformen skulle bygge på standardiserte pasientforløp, men ble komplisert og uensartet i en forsinket prosess.
- St. Olavs hospital forberedte seg ikke tilstrekkelig på nye arbeidsprosesser.
- Testingen av Helseplattformen ga ikke nødvendig kvalitetssikring.
- Helsepersonell ved St. Olavs hospital fikk ikke tilstrekkelig opplæring.
- Helse Møre og Romsdal har lært fra tidligere innføringer og hadde et bedre utgangspunkt.

3.1 Innføringen av Helseplattformen har blitt utsatt flere ganger

3.1.1 Opprinnelig innføringsplan

Helse Midt-Norge RHF besluttet i en tidlig fase å innføre løsningen ved St. Olavs hospital først

Konkurransesgrunnlaget for anskaffelse av løsningen anga at St. Olavs hospital skulle være det første helseforetaket til å bruke Helseplattformen.¹⁴⁴ En annen forutsetning var at journalløsningen skulle innføres i Helse Møre og Romsdal samtidig med åpningen av det nye sykehuset i Nordmøre og Romsdal.

¹⁴⁴ Helse Midt-Norge RHF. (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – T Appendix 3 Project and Progress Plan – Case number: 2016/238.*

Helse Midt-Norge RHF la i konkurransegrunnlaget vekt på at tidsplanen måtte være særlig «robust», og at det ville være kostbart og vanskelig å endre tidsplanen etter at innføringen hadde startet.¹⁴⁵

Helse Midt-Norge RHF opplyser at de vurderte rekkefølgen på innføringen flere ganger, men utfallet var at det samlet sett var best å begynne med St. Olavs hospital.¹⁴⁶ Vurderingen var at dette ville gi lavest risiko og høyest nytte. Både Epic og Cerner anbefalte en slik tilnærming. Dette var argumentene:

- Selv om St. Olavs hospital er størst, og større organisasjoner øker risikoen, er ikke St. Olavs hospital større enn andre innføringsprosjekter som leverandøren har gjennomført tidligere.
- Det var viktig å få bygget en arbeidsprosess som passet for St. Olavs hospital, som har flest spesialiteter.
- Å begynne med St. Olavs hospital ville sikre samvirket med Trondheim kommune fra starten av.

Den opprinnelige innføringsplanen la opp til å innføre løsningen fra november 2021

Den opprinnelige innføringsplanen ble lagt gjennom dialogen i anskaffelsesprosessen og i kontrakten med Epic. Det ble lagt opp til følgende delleveranser, det vil si dato for å sette løsningen i drift:¹⁴⁷

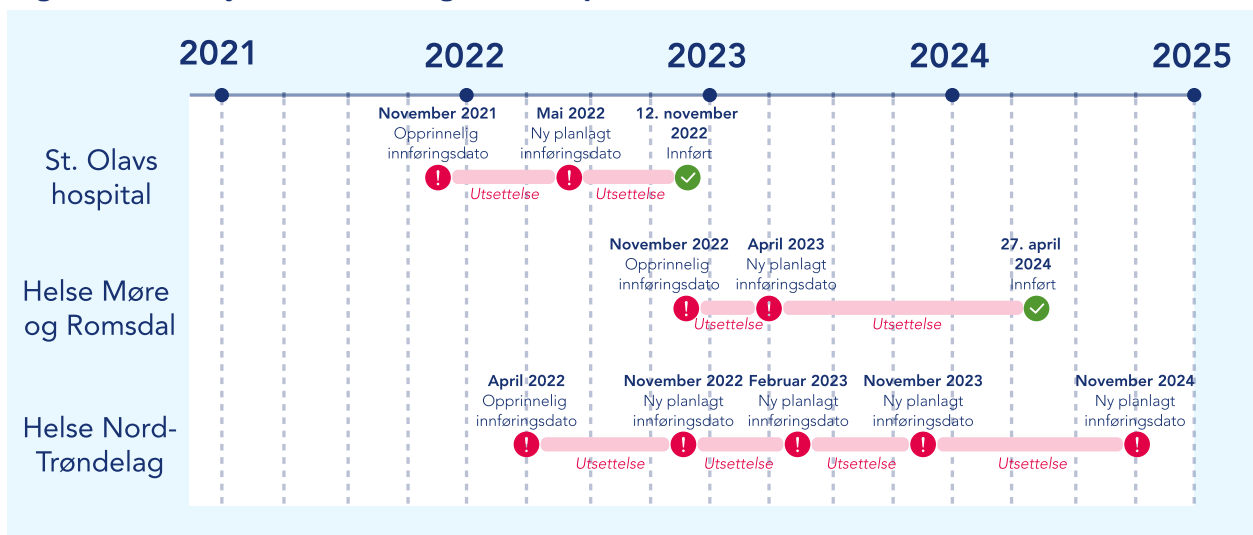
- delleveranse 1: St. Olavs hospital og Trondheim kommune (fjerde kvartal 2021)
- delleveranse 2: Helse Nord-Trøndelag HF¹⁴⁸ (andre kvartal 2022)
- delleveranse 3: Helse Møre og Romsdal (tredje kvartal 2022)

Planen var å samtidig innføre løsningen i kommunene i samme område som sykehusene.

Etter dette er innføringsplanen endret flere ganger.

Figur 11 gir en oversikt over planlagte datoer for å sette Helseplattformen i drift i helseforetakene, fram til datoen da løsningen faktisk ble satt i drift.

Figur 11 Tidslinje over innføring av Helseplattformen med utsettelse



Kilde: Boston Consulting Group. (2023). Se teksten for spesifikke kilder.

¹⁴⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2017, 2. februar). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: Invitation to Dialogue – Invitation to Dialogue Document – Case number 2016/238*.

¹⁴⁶ E-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen om konseptfasen og anskaffelsen av Helseplattformen 29. januar 2024.

¹⁴⁷ Kontrakt mellom Helse Midt-Norge RHF og Epic. (u.å.) *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: T Appendix 3 – Annex 1, The Contractor's Response to Project and Progress Plan, Based on SSA – T – Case number 2016/238*.

¹⁴⁸ Heretter omtalt som Helse Nord-Trøndelag.

3.1.2 Endringer i innføringsplanen

Det var ikke mulig å følge opprinnelig innføringsplan

Vinteren og våren 2020 kommer det fram i statusrapportene lagt fram for styret til Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF, at forberedelsene er forsinket. Dette var årsakene til forsinkelsene:¹⁴⁹

- Behovene for ressurser til å tilpasse løsningen var høyere enn tilgjengelige ressurser hos Epic og hos Helseplattformen AS.
- En del utviklingsarbeid var mer utfordrende enn forutsett.
- Det var særlig krevende at det var planlagt at Trondheim kommune og St. Olavs hospital skulle ta i bruk løsningen samtidig.
- Pandemien påvirket framdriften negativt.

Forsinkelsene økte utover året. Sommeren og høsten 2020 diskuterte Helseplattformen AS, Epic og de som skulle ta i bruk løsningen, alternative innføringsplaner og konsekvensene av en eventuell utsettelse.¹⁵⁰ Helseplattformen AS rapporterte at det hadde et mål om å ta igjen forsinkelsene som hadde oppstått.

I oktober 2020 ble det gjort en ekstern kvalitetssikring av innføringsplanen.¹⁵¹ Bakgrunnen var at det var tvil om løsningen kunne tas i bruk som planlagt med ønsket kvalitet. Kvalitetssikreren konkluderte med at det var betydelig risiko knyttet til planen, blant annet ga innføring på tvers av helseforetak og kommuner høyere kompleksitet enn innføringen i Danmark. Det var ingen erfaring i Norge fra et tilsvarende prosjekt.

Første utsettelse av innføringene

I styremøtet 30. november 2020 anbefalte styret i Helseplattformen AS å utsette datoen for når helseforetakene skulle ta i bruk løsningen, med seks måneder. I desember 2020 ga styret i Helse Midt-Norge RHF sin tilslutning til dette.¹⁵²

Den reviderte prosjektplanen la opp til første driftsettelse ved St. Olavs hospital og Trondheim kommune, tentativt 30. april eller 1. mai 2022.¹⁵³ I planen er det understreket at det er viktig at løsningen utformes og testes ferdig før opplæring starter, for å unngå at sluttbrukerne opplever at løsningen de tar i bruk, ikke samsvarer med den løsningen de fikk opplæring i. Innføringen i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal ble utsatt tilsvarende.

Den reviderte innføringsplanen ble gjennomgått av en ekstern kvalitetssikrer.¹⁵⁴ Overordnet mente kvalitetssikreren at planen var realistisk, og at beskrivelsene av risiko fremsto som realistiske, men kvalitetssikreren bemerket at planen var stram tidsmessig. Planen ble også gjennomgått av uavhengige eksperter i Epics egen organisasjon.¹⁵⁵

¹⁴⁹ [Statusrapport](#) for Helseplattformen februar 2020, jf. styremøte i Helse Midt-Norge RHF 22. april 2020, sak 47/20; protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 20. mai 2020, [sak 28/20](#) Vurderinger knyttet til go-live; [statusrapport](#) for Helseplattformen juni og juli 2020, jf. sak 43/20 på styremøte i Helseplattformen AS 24. august 2020.

¹⁵⁰ Statusrapporter for Helseplattformen i august, september, oktober og november 2020, jf. protokoller fra styremøter i Helseplattformen AS 21. september (sak 48/20), 28. oktober (sak 54/20), 30. november (sak 63/20) og 18. desember 2020 (sak 68/20).

¹⁵¹ NNIT. (2020-10). *Helseplattformen AS: Kvalitetssikring av grundlaget for og anbefalingene til implementeringsplan for Helseplattformen. Tredjepartsvurdering gjennomført av NNIT. Første delleverance.*

¹⁵² Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 17. desember 2020, sak [132/20](#) Utsettelse av idriftsettelse av Helseplattformen; protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 25. januar 2021, sak 04/21 Revidert fremdriftsplan.

¹⁵³ Styremøte i Helseplattformen AS 25. januar 2021, sak 04/21, [vedlegg 1](#) Revidert prosjektplan.

¹⁵⁴ NNIT. (2021, 18. januar). *Kvalitetssikring av re-planlægning for Helseplattformen: Tredjepartsvurdering gjennomført av NNIT.*

¹⁵⁵ Styremøte i Helseplattformen AS 25. januar 2021, sak 04/21 Revidert fremdriftsplan.

Andre utsettelse av innføringene

Helseplattformen AS gjorde i perioden november 2021–februar 2022 tre totalvurderinger av status før innføringen. Formålet var å avdekke kritiske forhold som måtte rettes før løsningen kunne tas i bruk.¹⁵⁶ Gjennomgangen viste totalt sett en akseptabel situasjon. Helseplattformen AS rapporterte i statusrapportene i perioden januar–april 2022 at situasjonen fram til ny innføringsdato ved St. Olavs hospital var akseptabel. Selv om prosjektet lå noe etter planen, var det administrasjonens vurdering at avbøtende tiltak ville være tilstrekkelige. Utover vinteren og våren jobbet prosjektet med test og opplæring, se punkt 3.3.2 og 3.3.3. Helseplattformen AS jobbet parallelt med å forberede innføringen i Helse Nord-Trøndelag og flere kommuner.

Administrasjonen ved St. Olavs hospital rapporterte på styremøtene i januar, februar og mars 2022 at det var kort tid til innføring sammenlignet med arbeidet som gjensto.¹⁵⁷ De viste til at det også var uklart hvordan Helseplattformen AS, helseforetakene og Hemit skulle samarbeide i normal drift. Det var også uklare ansvarsforhold i forvaltning av løsningen, og tjenesteavtalene var ikke på plass.

Styret ved St. Olavs hospital fattet 31. mars vedtak om å fortsette forberedelsene til innføring av Helseplattformen og å gjennomføre sluttbrukeropplæringen etter gjeldende innføringsplan. Administrerende direktør understreker i intervju at styret forutsatte som bakgrunn for sitt vedtak at den gjenværende restanseplanen skulle leveres fra Helseplattformen AS, og at administrerende direktør gjorde løpende forsvarlighets- og risikovurderinger.

Styreleder og administrerende direktør ved St. Olavs hospital fortalte i et intervju at de opplevde at eierne og Helseplattformen AS la stort press på dem for at de skulle holde tidsplanen med å sette løsningen i drift 30. april 2022. St. Olavs hospital valgte å starte opplæringen før systemet var ferdig utviklet. Forutsetningen var at Helseplattformen AS ville ta igjen forsinkelsene i leveransene raskt.

Administrerende direktør opplyser at på grunn av utfordringer med tilgangsstyringen fattet styret i Helseplattformen AS vedtak 21. april om utsettelse fra 30. april til 6. mai.

Administrerende direktør opplyser at St. Olav hospital tok initiativ til et møte med topledere og fagpersoner fra Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF 22. april 2022 for å gå gjennom pasientsikkerhetskritiske områder som ennå ikke var løst eller ikke ville bli løst før den planlagte datoen for driftsettelse. St. Olavs hospital opplevde at de to andre virksomhetene hadde lite forståelse for at problemene var så store eller kunne true pasientsikkerheten dersom Helseplattformen ble innført etter planen. Helseplattformen AS bekreftet i et notat til St. Olavs hospital at «*[f]or alle forhold er det enten satt i verk tiltak med planlagt ferdigstillelse i uke 17 og 18, eller forholdet er løst. Helseplattformen bekrefter med dette at Helseplattformen-løsningen er klar for produksjonssetting fra 6. mai 2022.*»¹⁵⁸

Styreleder ved St. Olavs hospital opplevde at det var «stor avstand» mellom Helseplattformen AS og St. Olavs hospital om de faktiske forholdene. Styrelederen hadde flere møter med Helseplattformen AS og opplevde at det var ulike virkelighetsoppfatninger og tillitskrise. Helseplattformen AS prioriterte framdrift og kostnadskontroll ved innføringen, mens for St. Olavs hospital var hensynet til pasientsikkerheten det viktigste. St. Olavs hospital vurderte det slik at det var alvorlig risiko for pasientsikkerheten, og var opptatt av at innføringen måtte være forsvarlig. Da prosjektet ble stadig forsinket i sine leveranser, ble det etter hvert en betydelig uenighet mellom St. Olavs hospital på den ene siden og Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS på den andre siden. Administrerende

¹⁵⁶ Styremøte i Helseplattformen AS 25. januar 2021, sak 04/21, [vedlegg 1](#) Revidert prosjektplan; statusrapporter for Helseplattformen i desember 2021 og januar, februar og mars 2022, jf. protokoller fra styremøter i Helseplattformen AS 31. januar (sak [02/22](#)), 28. februar (sak [18/22](#)), 23. mars (sak [28/22](#)), 21. april 2022 ([41/22](#)); protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 28. februar 2022, sak 18/22, [vedlegg 1](#) statusrapport for Helseplattformen januar 2022.

¹⁵⁷ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 31. mars 2022, sak [31/22](#) Tiltak og forberedelse for Helseplattformen ved St. Olavs hospital.

¹⁵⁸ Notat fra Helseplattformen AS til St. Olavs hospital HF om områder påpekt av St. Olavs hospital HF – status kl. 11:00 tirsdag 26. april 2022.

direktør ved St. Olavs hospital opplevde at risikovurderingene på St. Olavs hospital i liten grad ble vektlagt i Helse Midt-Norge RHF's beslutninger om å opprettholde innføringsplanen.

Styret ved St. Olavs hospital konkluderte 27. april med at innføringen burde utsettes til midten av september.¹⁵⁹ Styrelederen sier i intervju at til slutt måtte styret anbefale Helse Midt-Norge RHF å stanse innføringen av hensyn til pasientsikkerheten, da forsinkelsene i leveransene ble for store, med alvorlige konsekvenser for opplæringen og sikkerheten i systemet. Sett i ettertid mener styrelederen at dette var en riktig beslutning. Innføringen ved St. Olavs hospital ble utsatt.¹⁶⁰ Helseplattformen ble innført i Trondheim kommune 7. mai 2022.

9. juni 2022 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF en ny innføringsplan for helseforetakene:¹⁶¹

- St. Olavs hospital HF: 12. november 2022
- Helse Møre og Romsdal HF: april 2023
- Helse Nord-Trøndelag HF: februar 2023

Helse Midt-Norge RHF mente at tidsplanen fortsatt var stram.

Styret ved St. Olavs hospital vedtok i sitt møte 20. oktober 2022 å fortsette med planlagt innføring av Helseplattformen 12. november 2022. Administrerende direktør opplyser i intervju at hovedinntrykket var at organisasjonen var klar og motivert for å komme i gang med å bruke Helseplattformen. Styrelederen var opptatt av risiko før beslutningen om å innføre løsningen. St. Olavs hospital hadde blant annet identifisert radiologi, medikamenter, meldingsflyt og styringsdata som kritiske områder med høy risiko. Forutsetningene for innføringen var at disse områdene måtte være i orden. Helseplattformen AS forsikret St. Olavs hospital om at alt fungerte etter vedtatte planer, systemet var testet, og kritiske områder var klarert. Det viste seg likevel kort tid etter innføringen å være alvorlige feil på alle de fire nevnte områdene, se kapittel 1.

Styret i Helse Midt-Norge RHF fattet 27. oktober vedtak om tiltak for å redusere risiko ved innføringen.¹⁶² 31. oktober godkjente styret ved Helseplattformen AS at St. Olavs hospital skulle ta i bruk systemet 12. november 2022.¹⁶³ Helseplattformen ble satt i drift ved St. Olavs hospital HF etter denne planen.

Tredje utsettelse av innføringen i Helse Møre og Romsdal og tredje og fjerde i Helse Nord-Trøndelag

På et ekstraordinært styremøte 5. januar 2023 erkjente styret ved Helseplattformen AS at gjeldende innføringsplan for Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal ikke ville være gjennomførbar, på grunn av nødvendighet feilretting, optimalisering og organisasjonsutviklingsarbeid etter innføringen ved St. Olavs hospital, se kapittel 1.¹⁶⁴ Styret understreket at det var viktig å opprettholde gjeldende innføringsplan for kommunene, og ba selskapet om å prioritere dette i tillegg til arbeidet for St. Olavs hospital. Dette var den reviderte innføringsplanen som ble vedtatt i januar 2023:¹⁶⁵

- Helse Nord-Trøndelag 4. november 2023
- Helse Møre og Romsdal 27. april 2024

I mai 2023 vedtok styret i det regionale helseforetaket å utsette innføringen ved Helse Nord-Trøndelag ytterligere, til november 2024.¹⁶⁶ Bakgrunnen for vedtaket var utfordringene med å innføre løsningen ved St. Olavs hospital og den fortsatt utfordrende ressursituasjonen ved Helseplattformen AS.

¹⁵⁹ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 27. april 2022, sak 39/22.

¹⁶⁰ Protokoll fra ekstraordinært styremøte i Helseplattformen AS 5. mai 2022.

¹⁶¹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 9. juni 2022.

¹⁶² Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 27. oktober 2022.

¹⁶³ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 31. januar 2022.

¹⁶⁴ Protokoll fra ekstraordinært styremøte i Helseplattformen AS 5. januar 2023.

¹⁶⁵ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 26. januar 2023, sak [10/23](#) Ny innføringsplan Helseplattformen 2023.

¹⁶⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 16. mai 2023, sak [61/23](#) Revidert innføringsplan Helseplattformen.

Helseplattformen AS hadde også behov for å etablere bedre interne prosesser og stabilisere driftsorganisasjonen for å sikre løpende drift og vedlikehold av løsningen.

Styret i Helse Møre og Romsdal HF anbefalte i desember 2023 å utsette innføringen i helseforetaket av hensyn til pasientsikkerheten og forsvarlig drift.¹⁶⁷ Styret i Helse Midt-Norge besluttet imidlertid å opprettholde innføringsplanen.¹⁶⁸ Styret i Helse Midt-Norge RHF ba administrerende direktør iverksette tiltak for å legge til rette for å opprettholde opprinnelig innføringsplan med mulige tilpasninger, samtidig som pasientsikkerheten ble ivaretatt. 17. april vedtok styret i Helse Møre og Romsdal å innføre løsningen som planlagt.¹⁶⁹ Løsningen ble innført ved Helse Møre og Romsdal 27. april 2024.

3.2 Utformingen av Helseplattformen skulle bygge på standardiserte pasientforløp, men ble komplisert og uensartet i en forsinket prosess

Helse Midt-Norge RHF tok utgangspunkt i erfaringer fra andre prosjekter med lignende ambisjoner og vurderte det slik at et prosjekt som Helseplattformen ville innebære 70 prosent utvikling og endring av arbeidsmåter og 30 prosent anskaffelse og implementering av IT-verktøyene.¹⁷⁰ Før Helse Midt-Norge RHF bestemte seg for å innføre Helseplattformen, kom de fram til at det å innføre et nytt journalsystem ville kreve standardisering av pasientforløp og arbeidsprosesser for å lykkes, slik som vi beskrev i punkt 2.1.¹⁷¹



Standardiserte pasientforløp Et pasientforløp er en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakt med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. For ansatte i helsetjenesten gir dette retningslinjer for behandlingen de skal gjennomføre. Pasientforløpene blir standardisert og dokumentert gjennom skriftlige fagprosedyrer.

I forberedelsene til innføringen tilpasset Helseplattformen AS Epics grunnsystem til Helse Midt-Norges standardiserte pasientforløp. Dette arbeidet har ledet fram til et resultat som den største av brukerne, forvalteren av systemet og den statlige eieren vurderer ulikt:

- St. Olavs hospital uttaler i intervju at de ansatte ikke har fått et IT-verktøy som støtter en felles framgangsmåte godt nok. Systemet åpner for at de ansatte kan gjennomføre pasientforløpene på andre måter enn det helsetjenesten har definert som beste praksis. Konsekvensen er at de ansatte må forholde seg til skriftlige prosedyrer for gjennomføring av arbeidsprosessene sine, i tillegg til prosesser som følger av Helseplattformen. Helseforetakene er enige om St. Olavs hospitals beskrivelse.¹⁷² Fagekspertene har forsøkt å utforme systemet slik at ikke legene må ta over oppgaver som helsesekretærer og andre har hatt ansvar for.
- Helseplattformen AS mener i et intervju at systemet i stor grad er preget av helsetjenestens tradisjonelle arbeidsprosesser med mye fritekstmuligheter og delegering av dokumentasjonsoppgaver til andre enn legene. Helseforetakene har ikke utnyttet mulighetene tilstrekkelig til å arbeide på nye og mer effektive måter, slik Epics grunnsystem legger til rette for. De har måttet tilpasse grunnsystemet med helsefaglig innhold på en måte som ikke var tilstrekkelig gjennomtenkt til at det ville fungere godt i bruk.
- Det regionale helseforetaket mener at Helseplattformen i stor grad har blitt tilpasset en norsk kontekst, men at Helseplattformen AS og helseforetakene har tilpasset systemet på en for lite

¹⁶⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 7. desember 2023.

¹⁶⁸ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 12. og 13. desember 2023.

¹⁶⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 17. april 2024.

¹⁷⁰ Helse Midt-Norge RHF (2014). *Prosjektrapport: Forprosjekt for pasientbehandling og samhandling*, versjon 1.0, datert 20. november.

¹⁷¹ Helse Midt-Norge RHF (2019). *Styringskrav og rammer 2019: St. Olavs hospital HF*; Helse Midt-Norge (2019). *Styringskrav og rammer 2019: Helse Møre og Romsdal HF*; Helse Midt-Norge RHF (2019). *Styringskrav og rammer 2019: Helse Nord-Trøndelag HF*.

¹⁷² Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august) *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

helhetlig måte. Man burde i større grad ha bygget det på Epics grunnsystem og heller gjort tilpassinger etter innføringen.

 **Epics grunnsystem** Epics programvare er basert på et grunnsystem, Epic Foundation, med en rekke moduler og applikasjoner for forskjellige spesialområder og funksjoner i helsetjenesten.

Tilpassingen av Epics grunnsystem til Helseplattformen har vært omfattende, kom Boston Consulting Group fram til i sin evaluering.¹⁷³ I punkt 3.2 vil vi gå gjennom forklaringer på hvorfor utformingen av Helseplattformen og tilpassingen av Epics grunnsystem har gitt dette resultatet.

3.2.1 Helse Midt-Norge RHF mente at innføring av Helseplattformen krevde standardisering og virksomhetsutvikling, men krav og rammer var overordnede og ikke tilstrekkelig tydelige for helseforetakene og Helseplattformen AS

Helse Midt-Norge RHF og hvert av helseforetakene skulle lede arbeidet med å standardisere prosessene på hvert sitt nivå.¹⁷⁴ Arbeidet skulle innebære bred involvering av fagmiljøene og skje i samarbeid med primærhelsetjenesten i helseregionen.

Faktaboks 8 oppsummerer vesentlige styringskrav og rammer som Helse Midt-Norge RHF la for standardisering av pasientforløp da de skulle innføre Helseplattformen, etter hvert som deleier av Helseplattformen AS. Dette er styringskrav og rammer som helseforetakene skulle rette seg etter.

Da Helseplattformen AS var opprettet, skulle helseforetakenes standardiseringsarbeid også skje i samarbeid med selskapet gjennom tilpassingen av Epics grunnsystem. I tillegg mente Helse Midt-Norge RHF at standardiseringen ville kreve forankring av endringer hos ledere, koordinering av prioriteringer på tvers av fagområder og organisasjoner og utvikling av organisasjonene.¹⁷⁵

Flere sentrale aktører vi har intervjuet, mener at ambisjonsnivået, rammeverket for standardisering av pasientforløp og utformingen av systemet ikke var tilstrekkelig tydelige. Hvordan standardisering av pasientforløp gjennom dette nye IT-verktøyet skulle bidra til å realisere ambisjoner og gevinstene Helse Midt-Norge RHF ønsket seg, hadde administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF i for liten grad konkretisert før helseforetakene og Helseplattformen AS startet arbeidet. Helseplattformen AS trekker fram at Helse Midt-Norge RHF ikke tok stilling til hvilke prinsipper standardiseringen skulle ta utgangspunkt i, og ikke stilte tydelige krav, og ansvaret for beslutninger om standardisering var ikke tilstrekkelig avklart. Det var derfor ikke entydig avklart om Epics grunnsystem skulle tilpasses helseforetakenes regionale pasientforløp eller om disse skulle tilpasses Epics grunnsystem. St. Olavs hospital peker på at verken Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS eller helseforetakene forsto omfanget av beslutninger om standardisering som de skulle ta.¹⁷⁶ De mener at dette ble tydelig når Epic foreslo arbeidsprosesser som avvek betydelig fra den norske.

¹⁷³ Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

¹⁷⁴ Helseplattformen. (2016). *Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ: Mål og rammebetingelser, versjon 1.0.*

¹⁷⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2021). *Styringskrav og rammer 2021: St. Olavs hospital HF; Helse Midt-Norge RHF.* (2021). *Styringskrav og rammer 2021: Helse Møre og Romsdal HF; Helse Midt-Norge RHF.* (2021). *Styringskrav og rammer 2021: Helse Nord-Trøndelag HF.*

¹⁷⁶ E-post fra St. Olavs hospital HF til Riksrevisjonen med svar på tillegsspørsmål fra Riksrevisjonen mai 2024 (standardisering og tidslinje) 27. mai 2024.

Faktaboks 8 Helse Midt-Norge RHF's styring av standardisering og tilpassing

Oppdrag til fagledernetverk i 2012 om standardisering av helsefaglig innhold

De helsefaglige forumene for standardisering av pasientforløp i Helse Midt-Norge, som kalles regionale fagledernetverk (se punkt 3.2.2), fikk ansvar for å være «viktige fora» for utvikling av standardisert helsefaglig innhold i Helseplattformen.¹⁷⁷

Styringskrav og rammer for helseforetakene i 2015 og 2016 om å standardisere pasientforløp under ledelse av St. Olavs hospital

Helse Midt-Norge RHF ber helseforetakene standardisere flere pasientforløp og setter St. Olavs hospital til å lede dette arbeidet.¹⁷⁸

Styringskrav og rammer for helseforetakene i 2018 og 2019 om å standardisere

Helse Midt-Norge RHF legger vekt på at arbeidet med å standardisere er en forutsetning for hvordan Helseplattformen AS tilpasser systemet.¹⁷⁹ Helseforetakene skal bruke arbeidet til å forbedre hvordan de jobber. Helse Midt-Norge RHF presiserer at beslutninger om hvordan utforming av Helseplattformen skal være, er et helsefaglig ansvar.

Styringskrav og rammer for helseforetakene i 2020 om å standardisere gjennom utformingen av Helseplattformen, samarbeid med kommunene og egne forberedelser

Helse Midt-Norge RHF ba helseforetakene samarbeide tett med Helseplattformen AS og kommunene om tilpassingen av systemet.¹⁸⁰ Helseforetakene skal standardisere helsetilbudet gjennom utforming av Helseplattformen og andre forberedelser til å ta den i bruk.

Samlet plan for innføringsprosjektene 2020

Planen for forberedelsene beskrev at journal- og fagsystemet skulle tilpasses helsetjenesten, og at helseforetakene og Helseplattformen AS skulle samarbeide om dette.¹⁸¹

Styringskrav og rammer for Helseplattformen AS 2021 og 2022 om å tilpasse systemet basert på helsefaglige beslutninger om standardisering

Helseplattformen AS skulle tilpasse systemet basert på helsetjenestens beslutninger om utforming og gjennom samarbeid med dem.¹⁸² Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune presiserte samtidig at helseforetakene måtte sørge for at systemet gir regional standardisering.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune.

3.2.2 Helseforetakene og kommunene skulle beslutte utformingen av Helseplattformen basert på standardiserte pasientforløp, og helsepersonell tok de fleste beslutningene

Beslutninger om hvordan Helseplattformen skulle sikre standardiserte pasientforløp, skulle helsepersonellet i størst mulig grad ta selv.¹⁸³ Helseplattformen AS hadde ansvaret for å tilpasse Epics grunnsystem til hvordan helseforetakene og kommunene ville utforme Helseplattformen basert på de standardiserte pasientforløpene.¹⁸⁴ Arbeidet skulle bygge på to prinsipper:

- *Beslutninger om utforming tas av helsepersonell:* De som selv skulle bruke Helseplattformen – gjennom sine representanter – skulle i størst mulig grad ta beslutningene om utformingen. Helseplattformen AS hadde ikke en IT-faglig vetorett.

¹⁷⁷ Helse Midt-Norge RHF. (2019, 8. april). *Fagledernetverkene – forberedelse til arbeid med Helseplattformen*. (Brev sendt til helseforetakene).

¹⁷⁸ Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Styringskrav og rammer 2015: St. Olavs hospital HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Styringskrav og rammer 2015: Helse Møre og Romsdal HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Styringskrav og rammer 2015: Helse Nord-Trøndelag HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Styringskrav og rammer 2016: St. Olavs hospital HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Styringskrav og rammer 2016: Helse Møre og Romsdal HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Styringskrav og rammer 2016: Helse Nord-Trøndelag HF*.

¹⁷⁹ Helse Midt-Norge RHF. (2018). *Styringskrav og rammer 2018: St. Olavs hospital HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2018). *Styringskrav og rammer 2018: Helse Møre og Romsdal HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2018). *Styringskrav og rammer 2018: Helse Nord-Trøndelag HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2019). *Styringskrav og rammer 2019: St. Olavs hospital HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2019). *Styringskrav og rammer 2019: Helse Møre og Romsdal HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2019). *Styringskrav og rammer 2019: Helse Nord-Trøndelag HF*.

¹⁸⁰ Helse Midt-Norge RHF. (2020). *Styringskrav og rammer 2020: St. Olavs hospital HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2020). *Styringskrav og rammer 2020: Helse Møre og Romsdal HF*; Helse Midt-Norge RHF. (2020). *Styringskrav og rammer 2020: Helse Nord-Trøndelag HF*.

¹⁸¹ Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Samlet plan for innføring av Helseplattformen – Felles innføringsprosjekt og lokale innføringsprosjekt*. Versjon 2.0, godkjent 25. mars av felles innføringsprosjekt.

¹⁸² Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2021). *Styringskrav og rammer 2021: Helseplattformen AS*; Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2022). *Styringskrav og rammer 2022: Helseplattformen AS*.

¹⁸³ Helseplattformen. (2021). *Helseplattformen beslutningsstruktur, roller og ansvar*, versjon 2.0, datert 25. februar, kapittel 2.

¹⁸⁴ Helseplattformen. (2021). *Helseplattformen beslutningsstruktur, roller og ansvar*, versjon 2.0, datert 25. februar, kapittel 2 og 3.

- *Beslutninger om utforming tas basert 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 tilpassing* av Epics grunnsystem og *organisatorisk innføring* i helsetilbudet. Beslutningsstrukturen er beskrevet i kapittel 4 i del III.

Det laveste nivået for beslutninger om utforming var representanter for helsepersonell – de regionale fagekspertene – innenfor ulike fagfelt i både primær- og spesialisthelsetjenesten.¹⁸⁵ Fagekspertene og deres fagekspertgrupper tok ifølge St. Olavs hospital i praksis omtrent alle beslutninger om utforming.

3.2.3 Tilpassingen av Epics grunnsystem ble betydelig forsinket, og helseforetakene og Helseplattformen AS var uenige om behovet for tilpassinger

Faktaboks 9 forklarer sammenhengen mellom arbeidsprosesser, helsefaglig innhold og standardiserte pasientforløp.

Faktaboks 9 Arbeidsprosesser og helsefaglig innhold i standardiserte pasientforløp

Et standardisert pasientforløp inneholder beskrivelse av arbeidsprosesser (gjerne kalt *arbeidsflyt*), helsefaglig innhold og dokumentasjon av hvilken framgangsmåte dette krever i journal- og fagsystemene. Et skifte av journalsystem vil derfor kreve endringer i fagprosedyrene.

En arbeidsprosess bestemmer trinnene de ansatte må utføre i et pasientforløp, fra registrering til utskrivning.

Helsefaglig innhold legger til rette for hva helsepersonell skal registrere eller bestille i de ulike trinnene i arbeidsprosessene. Eksempler på helsefaglig innhold er blodprøver eller røntgenundersøkelser som skal tas i et pasientforløp, forhåndsdefinert oppfølging eller tekstmalere for notatskriving. Det kliniske innholdet legger til rette for en strukturert journal.

Pasientforløp kan være standardisert på *ulike nivåer*: (i) på et sykehus, (ii) i helseforetaket, (iii) på tvers av helseforetakene i regionen og (iv) på tvers av både helseforetak og kommunehelsetjenesten i regionen.

Kilde: Intervju med St. Olavs hospital; Salvesen, Anders. (2020) Utvikling av informasjonssystemer basert på generisk programvare: En casestudie om fagekspertordningen i Helseplattformen. Masteroppgave i datateknologi fra NTNU, utgitt i september 2023.

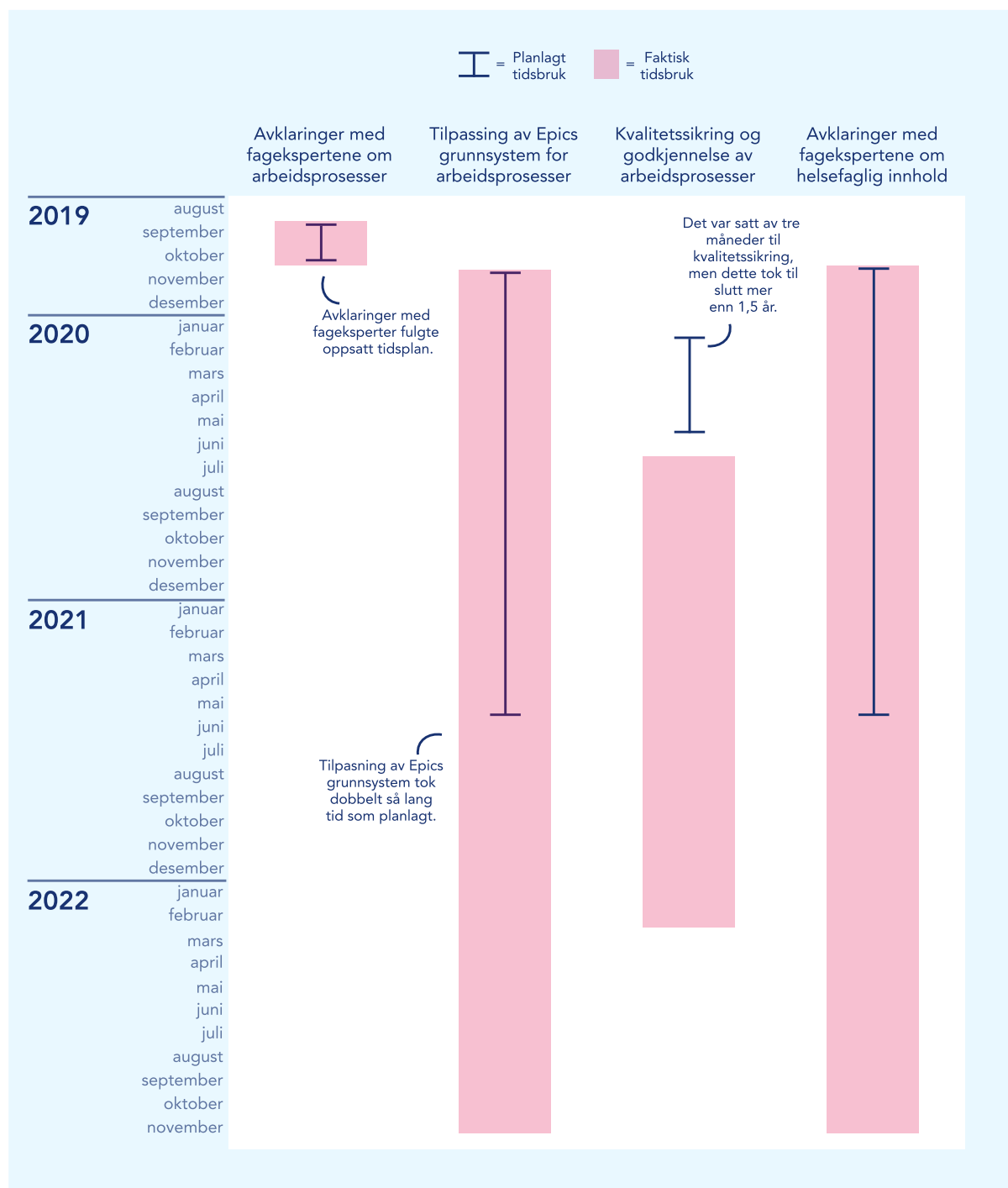
I hovedsak skulle arbeidet med å tilpasse arbeidsprosessene gjennomføres først, og deretter skulle disse fylles med helsefaglig innhold.¹⁸⁶ Fagekspertene i helsefaglig beslutningsstruktur fulgte ifølge Helseplattformen AS innføringsprosjektets tidsplan for når de måtte være ferdig med å beslutte utformingen av Helseplattformen.

Figur 12 viser i hvilken tidsperiode Helseplattformen AS skulle tilpasse Epics grunnsystem til beslutningene fra helsefaglig beslutningsstruktur, og i hvilken tidsperiode dette arbeidet faktisk ble gjennomført.

¹⁸⁵ Helseplattformen. (2021). *Helseplattformen beslutningsstruktur, roller og ansvar*, versjon 2.0, datert 25. februar, kapittel 3.2–3.4; [Ny styringsstruktur med økt fokus på digitalisering og standardisering; Beslutningsstruktur – Helseplattformen](#). Helseplattformens felles innføringsprosjekt, faglige ledere, Epic og hvert av de lokale innføringsprosjektene skulle sette sammen fagekspertgruppene. Dersom problemstillingen kun var relevant for helseforetakene, hadde ikke faglige ledere fra Trondheim kommune medbestemmelse. I Helse Midt-Norge er det de administrerende direktørene i helseforetakene, direktører i det regionale helseforetaket, en tillitsvalgt og en representant for pasientene som har ansvaret gjennom Styringsgruppe for Digitalisering og Standardisering i Helse Midt-Norge (SDS). I Trondheim kommune har Intern styringsgruppe for Helseplattformen i Trondheim kommune (Tk ISG) ansvaret.

¹⁸⁶ Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Samlet plan for innføring av Helseplattformen – Felles innføringsprosjekt og lokale innføringsprosjekt*. Versjon 2.0, godkjent 25. mars av felles innføringsprosjekt.

Figur 12 Tidslinje over planlagt og faktisk periode med tilpassing av Epics grunnsystem til vedtatt utforming



Kilde: Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Samlet plan for innføring av Helseplattformen – Felles innføringsprosjekt og lokale innføringsprosjekt*, versjon 2.0, godkjent 25. mars av felles innføringsprosjekt, side 21; St. Olavs hospital (2024). *Svar på Riksrevisjonens spørsmål om standardisering og tidslinje*, mottatt 27. mai. Der St. Olavs hospital og Helseplattformen AS har angitt noe ulike tidslinje, har vi lagt til grunn den mest presise angivelsen eller et middelalternativ.



Bygging og konfigurering Bygging og konfigurering er begreper som brukes om å sette sammen ulike deler eller egenskaper til en helhet. For eksempel kan to telefoner være konfigurert helt forskjellig, avhengig av hvordan ønsker å bruke dem. Et datasystem konfigureres til ulike bruk avhengig av de oppgavene som skal løses.¹⁸⁷

¹⁸⁷ [Roller og uttrykk i Helseplattformen.](#)

Arbeidet med arbeidsprosessene skulle pågå i 2019 og 2020. Arbeidet med helsefaglig innhold skulle også begynne i 2019 og være ferdig i midten av 2021. Figuren viser at arbeidet med å tilpasse Epics grunnsystem til vedtatte arbeidsprosesser tok mye lengre tid enn planlagt. Avklaringene om helsefaglig innhold skulle være ferdige i 2021, men varte ifølge St. Olavs hospital til november 2022. Det var ikke egne planer for når det helsefaglige innholdet skulle tilpasses og godkjennes. Vi ser altså at arbeidsprosesser i Helseplattformen var ferdig tilpasset betydelig senere enn planlagt, mens St. Olavs hospital oppgir at utviklingen av helsefaglig innhold fortsatt pågår. St. Olavs hospital og Helseplattformen AS er uenige om årsakene:

- St. Olavs hospital opplevde ifølge intervju at Helseplattformen AS ikke har hatt tilstrekkelig kapasitet til å tilpasse arbeidsprosessene fra Epics grunnsystem til behovene til helseforetakene og heller ikke til å utforme det helsefaglige innholdet som planlagt. Helseforetaket måtte derfor akseptere å redusere ambisjonsnivået. Da Helseplattformen AS hadde tilpasset arbeidsprosessene og St. Olavs hospital skulle teste dem, opplevde helseforetaket at disse ikke var utformet slik som helsepersonellet hadde besluttet. St. Olavs hospital mente derfor at det var behov for forbedringer.¹⁸⁸
- Helseplattformen AS sier i intervju at helseforetakene hadde mange ønsker om omfattende tilpassing av Epics grunnsystem til deres arbeidsprosesser og pasientforløp på et tidlig tidspunkt da ingen av dem kjente Epics system. De mener at det ville ha vært en fordel om de kunne utforme Helseplattformen basert på beste praksis internasjonalt. Epics grunnsystem er svært gjennomarbeidet med utgangspunkt i 3 000 sykehus i verden. Tidligere administrerende direktør uttaler i intervju at selskapet ville ta i bruk Epics grunnsystem og tilpasse det etter at helsetjenesten hadde fått erfaringer med systemet.
- Helseplattformen AS opplever ifølge intervju at de måtte «mase» på den faglige beslutningsstrukturen for å få dem til å ta nødvendige beslutninger, og at deres trege avklaringer forsinket tilpassingen av Helseplattformen.
- Helseforetakene mener at forsinkelsene i den faglige beslutningsstrukturen i hovedsak skyldes at Helseplattformen AS ga dem mangelfullt beslutningsgrunnlag og selskapet ikke hadde gjort nødvendige avklaringer før beslutningene.¹⁸⁹
- Innføringen av Epics modul for radiologi, *Radiant*, var en valgfri del av kontrakten. Både St. Olavs hospital og Helseplattformen AS ønsket ifølge intervju med Helse Midt-Norge RHF underveis å innføre denne modulen i helseforetaket umiddelbart.

St. Olavs hospital og Helseplattformen AS er enige om at koronapandemien forsinket framdriften.

Det kommer fram i intervjuer og dokumenter at helseforetakene og Helseplattformen AS også har hatt en grunnleggende uenighet om hvor mye Epics grunnsystem skulle tilpasses til helsetjenestens standardiserte pasientforløp.

Helseplattformen AS mener at fagekspertene ikke hadde et klart mandat til å drive helsefaglig utvikling, og at de som en konsekvens måtte ta beslutninger om utforming som videreførte eksisterende arbeidsprosesser. Klinikkllederne og fagledernetverkene ga ikke klare føringer til fagekspertene for hvilket handlingsrom de hadde til å lage nye pasientforløp i utformingen av Helseplattformen. Selskapet mener at dette kan forklare hvorfor fagekspertene besluttet omfattende tilpassinger av Epics grunnsystem. Generelt var Trondheim kommune derimot god til å forankre beslutningene fagekspertene tok i sine fagmiljøer, mener Helseplattformen AS. St. Olavs hospital peker imidlertid på at fagekspertene ble utnevnt av klinikkjefene og fikk et regionalt mandat fra alle

¹⁸⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

¹⁸⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

helseforetakene med nødvendig beslutningsmyndighet. Flere av beslutningene krevde at ulike fagmiljøer i helseforetakene skulle standardisere arbeidsprosesser og dette krevde forankring.¹⁹⁰

3.2.4 Det er komplisert å arbeide på tvers av ulike pasientforløp i Helseplattformen

400 fagekspertter fra helseforetakene, fastlegekontorer og kommunale helsetjenester har bidratt til utformingen av Helseplattformen.¹⁹¹ St. Olavs hospital mener at prosjektmetodikken for fagekspertgruppene var preget av silotekning.¹⁹² Helseforetakene opplevde prosessene for å ta beslutninger i faglig beslutningsstruktur som fragmenterte og at fagekspertene fikk mangelfullt beslutningsgrunnlag fra Helseplattformen AS og Epic.¹⁹³

Boston Consulting Group fant i sin evaluering at fagekspertter har arbeidet med enkeltmoduler og har hatt begrenset mulighet til å vurdere hvordan beslutningene deres har påvirket helheten.¹⁹⁴ De trekker også fram at tverrgående arbeidsprosesser ikke var tilstrekkelig kartlagt og beskrevet.

Helseplattformen AS peker på i intervju at standardisering på tvers av arbeidsprosesser viste seg å være krevende. Dette ble tydelig for dem når fagekspertene skulle beslutte mange ulike forhold og selskapet skulle sette dette sammen i Helseplattformen. Da ble det for mange varianter av arbeidsprosesser og helsefaglig innhold for de som skulle bruke systemet. De mener det var for mange prosesser som pågikk samtidig til at de klarte å se konsekvensene på tvers av fagekspertgruppens beslutninger. Dette ble ifølge den tidligere styrelederen ved Helseplattformen AS et problem når fagekspertgruppene hver for seg ble enige om beslutninger og de høyere nivåene i beslutningsstrukturen ikke fikk ta stilling til viktige spørsmål. Ingen samordnet beslutninger som hadde konsekvenser for andre brukere. Undersøkelser av arbeidet i den helsefaglige beslutningsstrukturen har konkludert med at det har vært et krevende samarbeid mellom ulike fagekspertgrupper.¹⁹⁵

Helseplattformen AS opplyser at de tok utgangspunkt i Epics metodikk for å koordinere beslutningene i fagekspertgruppene og sikre at det var enkelt å bruke Helseplattformen på tvers av de ulike pasientforløpene. Helseplattformen AS mener at det fortsatt gjenstår en del arbeid for at helsepersonell skal oppleve at det er enkelt å arbeide på tvers av ulike pasientforløp. Selskapet trekker fram flere forklaringer på hvorfor beslutningene i fagekspertgruppene ikke ga en helhetlig utforming av Helseplattformen:

- Helseplattformen AS la i starten for liten vekt på å harmonisere arbeidsprosessene i de ulike pasientforløpene. De informerte ikke fagekspertgruppene tilstrekkelig om hva andre fagekspertgrupper hadde besluttet. Dermed ble det utformet ulike løsninger for det samme behovet.
- Epics metodikk la i liten grad til rette for nødvendig koordinering mellom fagekspertgruppene. Den helsefaglige beslutningsstrukturen har imidlertid vært en god måte å koordinere arbeidet med standardisering på, også mellom kommunene og helseforetakene.
- Epics ansatte i Norge var gjerne unge og hadde begrenset erfaring fra innføring i land med lignende helsevesen, så de manglet erfaring med hvor stort behov fagekspertgruppene hadde for koordinering for å kunne ta gode, helhetlige valg.

¹⁹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

¹⁹¹ [Endringer som kommer med Helseplattformen](#).

¹⁹² St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport: Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen. (Versjon 1.0, godkjert 4. oktober)*.

¹⁹³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

¹⁹⁴ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen: Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læring for veien videre*.

¹⁹⁵ Sand, Adrian. (2022, juli). *Utfordringer med brukermedvirkning og implementasjon av en storskala helseinformasjonssystem: En case studie om Helseplattformen*, masteroppgave i informatikk fra NTNU; Stenvold, Astrid. (2023, juni). *Når kartet ikke passer terrenget: Helsepersonellens erfaringer med brukermedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen ved St. Olavs Hospital*. Masteroppgave i medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi fra NTNU.

- Epics ansatte gjorde det fagekspertgruppene ønsket i stor grad. Siden mulighetene for tilpassing er så store, mener Helseplattformen AS at Epic i større grad burde delt erfaringer og gitt tydeligere anbefalinger der fagekspertgruppene beslutninger avvok tydelig fra Epics beste praksis.
- Under pandemien var det særlig krevende å koordinere fagekspertene. Det ble da vanskelig å samle fagekspertene til møter, møtene måtte foregå digitalt, og fagekspertene fikk utfordringer med å forankre beslutninger i sine fagmiljøer.
- Helseplattformen AS mener også at de selv ikke har hatt nok kompetanse på brukervennlighet til å kunne styre prosessen rundt tilpassing av arbeidsprosesser i Epics grunnsystem, og at utformingen av Helseplattformen derfor i stor grad ble bestemt av fagekspertene.

En tidligere styreleder trekker også fram at Helseplattformen AS ikke hadde nok kompetanse på systemet til å kunne utforme det helhetlig. De forsto ikke godt nok hvilke konsekvenser beslutningene som fagekspertgruppene tok, ville ha for tilpassingen og for andre fagekspertgrupper.

Andre aktører trekker fram flere forklaringer på at Helseplattformen mangler en helhetlig utforming:

- Helseplattformen AS hadde ansvaret for å dokumentere og tilgjengeliggjøre beslutningene i den faglige beslutningsstrukturen, men Boston Consulting Group kommer i sin evaluering fram til at dette ikke var tilstrekkelig sporbart og systematisert.¹⁹⁶ St. Olavs hospital mener ifølge intervju at fagekspertene da ikke fikk oversikt over veivalg som andre fagekspertgrupper tok. De lot derfor noen ledende fagekspert delta på de fleste møtene som skulle diskutere og beslutte tverrfaglige arbeidsprosesser.
- Boston Consulting Group peker på at fagekspertenes forankring av nye eller tverrfaglige arbeidsprosesser i de standardiserte pasientforløpene hos helseforetakene ikke var tilstrekkelig.
- Boston Consulting Group viser også til at svært mange fagekspert hadde lave stillingsprosent, slik at de ikke hadde forutsetninger for å nødvendig innsikt.
- Bakgrunnen for at St. Olavs hospital valgte å ha så mange fagekspert, var at de ville involvere alle klinikker og sentrale fagmiljø, men erkjenner at det førte til at disse ble involvert i avgrensede deler av arbeidet og ikke kunne ivareta et helhetlig perspektiv.¹⁹⁷
- Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF åpner for at de slapp til for mange fagekspert uten å samtidig sikre tilstrekkelig koordinering av dem.

3.3 St. Olavs hospital gjennomførte ikke tilstrekkelige forberedelser før de tok i bruk Helseplattformen

En vellykket innføring av Helseplattformen forutsetter at alle vesentlige feil er rettet, at alle brukerne har fått god opplæring, og at det er god kommunikasjon om endringer etter at løsningen er satt i drift.¹⁹⁸

3.3.1 St. Olavs hospital forberedte seg ikke tilstrekkelig på nye arbeidsprosesser

St. Olavs hospital vurderte det slik at det viktigste å lykkes med i forberedelsene til en arbeidshverdag med Helseplattformen var å gjøre organisasjonen klar for de nye arbeidsprosessene den ville få.¹⁹⁹ Helseforetaket trekker fram at spesialisthelsetjenesten har kompliserte arbeidsprosesser og mange

¹⁹⁶ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen: Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læring for veien videre.*

¹⁹⁷ St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport: Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen (versjon 1.0 godkjent 4. oktober 2023).*

¹⁹⁸ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 27. september 2023, sak 83/23, [vedlegg 1](#) Epic Letter to Helseplattformen Board of Directors 15.09.2023.

¹⁹⁹ St. Olavs hospital HF. (2020, 17. november). *Prosjektplan: Lokalt innføringsprosjekt for Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF. Delprosjekt Forberedelse og Go-Live (versjon 3.0, godkjent 17. november).*

nye applikasjoner som de skulle innføre, sammenlignet med primærhelsetjenesten.²⁰⁰ Helseforetaket trekker fram at pandemisituasjonen og «kriseberedskap» i to og et halvt år i stor grad påvirket kapasiteten deres til å gjennomføre forberedelsene.²⁰¹ I tillegg måtte St. Olavs hospital endre planene sine fordi Helseplattformen AS var forsinket med å tilpasse arbeidsprosesser og utforme helsefaglig innhold.

St. Olavs hospital startet arbeidet med å forberede egen organisasjon våren 2020.²⁰² Da arrangerte de felles oppstartsmøter med ledere, tillitsvalgte og fagekspertene i alle klinikkene. Administrerende direktør opplyser i intervju at foretaksledelsen også innhentet erfaringer fra sykehus som bruker Epics system i andre land.

St. Olavs hospital gjennomførte ifølge intervju analyser av hvilke av arbeidsprosessene som Helseplattformen AS hadde tilpasset som ville kreve mest forberedelser for organisasjonen og hver klinikk. De prioriterte da ressurser til disse områdene. En viktig del av forberedelsene ved St. Olavs hospital, var å visualisere arbeidsprosessene som de ville få i det nye systemet.²⁰³ Ettersom St. Olavs hospital var første helseforetak til å ta i bruk Helseplattformen, opplevde de at det var «svært utfordrende» å gjennomgå nye arbeidsprosesser og etablere nye rutiner og tilpasse fordelingen av ansvar og oppgaver med de ansatte. St. Olavs hospital trekker fram at forsinkelsene i tilpassingen av nye arbeidsprosesser gjorde at de ikke hadde mulighet til å fullføre de skriftlige fagprosedyrene som skal ligge til grunn for de standardiserte pasientforløpene.²⁰⁴

Boston Consulting Group trekker også fram at forberedelsene ved St. Olavs hospital har vært fragmentert og St. Olavs hospital har hatt begrenset kapasitet til støtte og oppfølging av klinikkene.²⁰⁵ Det har trolig sammenheng med at ansvaret for tverrfaglige arbeidsprosesser i pasientforløpene ikke var avklart i helsefaglig beslutningsstruktur, som vi skrev om i punkt 3.2.4. Heller ikke helseforetakenes arbeid med eksisterende og nye arbeidsprosesser har vært tilstrekkelige for å forberede de ansatte.

Figur 13 viser hvordan leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital oppfatter gjennomgangen av arbeidsprosesser. De ble spurt om de hadde gått gjennom arbeidsprosessene på sin avdeling før og etter at de tok i bruk Helseplattformen.

²⁰⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august) *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

²⁰¹ St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport: Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen (versjon 1.0 godkjent 4. oktober 2023)*.

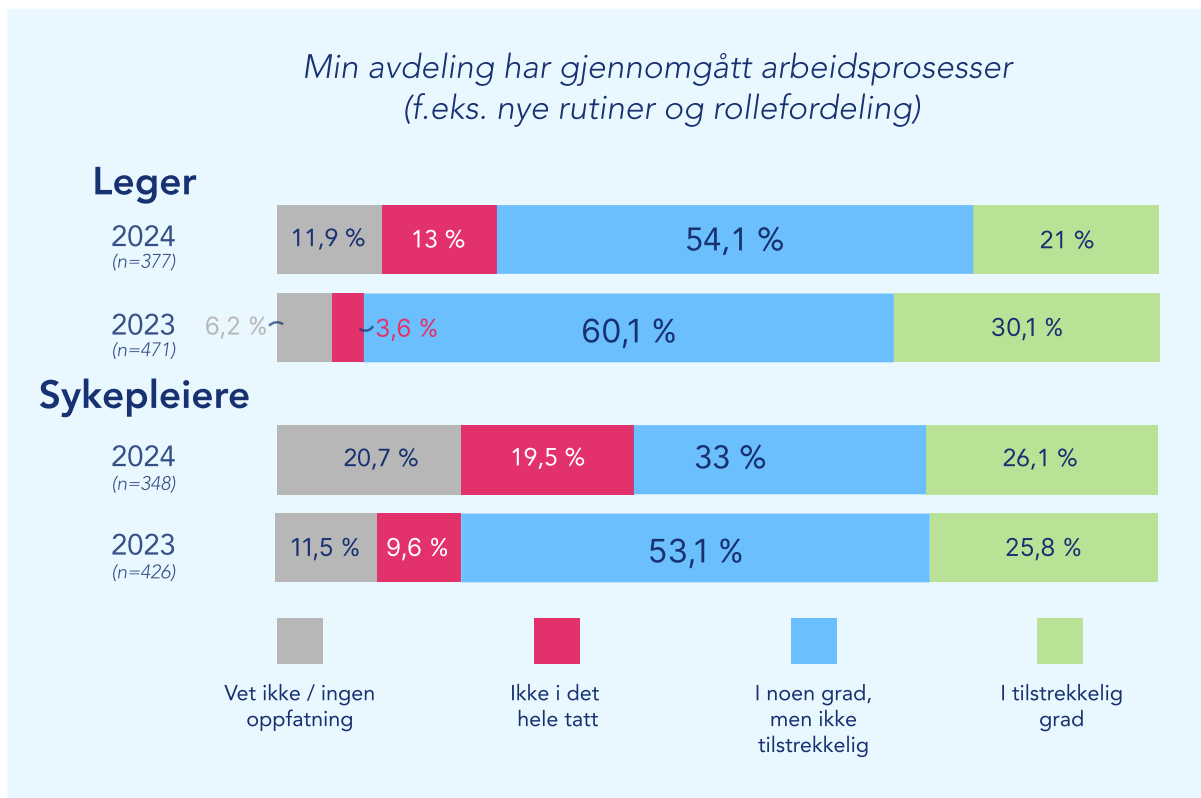
²⁰² St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport: Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen (versjon 1.0 godkjent 4. oktober 2023)*.

²⁰³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august) *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

²⁰⁴ St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport: Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen (versjon 1.0 godkjent 4. oktober 2023)*.

²⁰⁵ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen: Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læring for veien videre*.

Figur 13 Legers og sykepleieres oppfatning av om det var en tilstrekkelig gjennomgang av arbeidsprosessene før og etter at de tok i bruk Helseplattformen



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse ved St. Olavs hospital i mars 2023 og april 2024.

I 2023 opplevde omtrent tre av fem leger og sykepleiere at avdelingen ikke hadde gått gjennom arbeidsprosessene, eller at de ikke hadde gjort det i tilstrekkelig grad, før de tok systemet i bruk. 30 prosent av legene og 26 prosent av sykepleierne mente at avdelingens gjennomgang var tilstrekkelig. Da vi stilte det samme spørsmålet på nytt i april 2024, opplevde en mindre andel av legene at gjennomgangen hadde vært tilstrekkelig, mens hos sykepleierne er det ingen stor endring.

Det kom også fram i spørreundersøkelsen at syv av ti leger registrerer informasjon i Helseplattformen som andre tidligere hadde ansvar for å registrere. Halvparten av sykepleierne svarer at de registrerer informasjon i Helseplattformen som andre tidligere hadde ansvar for å registrere. Spørreundersøkelsen viser også at legene i stor grad opplever at de ikke har etablert en fast praksis for hva som skal registreres hvor i Helseplattformen. Kun 13 prosent av dem opplever at de har etablert en fast praksis, og at de også praktiserer denne. Andelen som opplever dette, er høyere hos sykepleierne, den ligger på 37 prosent.

3.3.2 Testingen av Helseplattformen ga ikke nødvendig kvalitetssikring

Helseplattformen AS testet løsningen før den var ferdig utformet

Testing av Helseplattformen har i tråd med vanlig praksis foregått i flere trinn, se faktaboks 10.



Testing av programvare gjennomføres for å finne feil og avklare kvalitet. Kvalitet omfatter to aspekter: at produktet oppfyller spesifikke krav, og at det oppfyller kundens og brukerens behov.

Faktaboks 10 Testing av Helseplattformen før innføringen ved St. Olavs hospital

Helseplattformen AS har gjennomført en rekke tester før St. Olavs hospital og kommunene tok i bruk løsningen. Selskapet hadde ansvaret for planlegging, gjennomføring og evaluering av testingen, med unntak av sluttbrukerakseptansetesten, hvor brukerne gjennomførte testene.

Testene kan inndeles i følgende grupper:

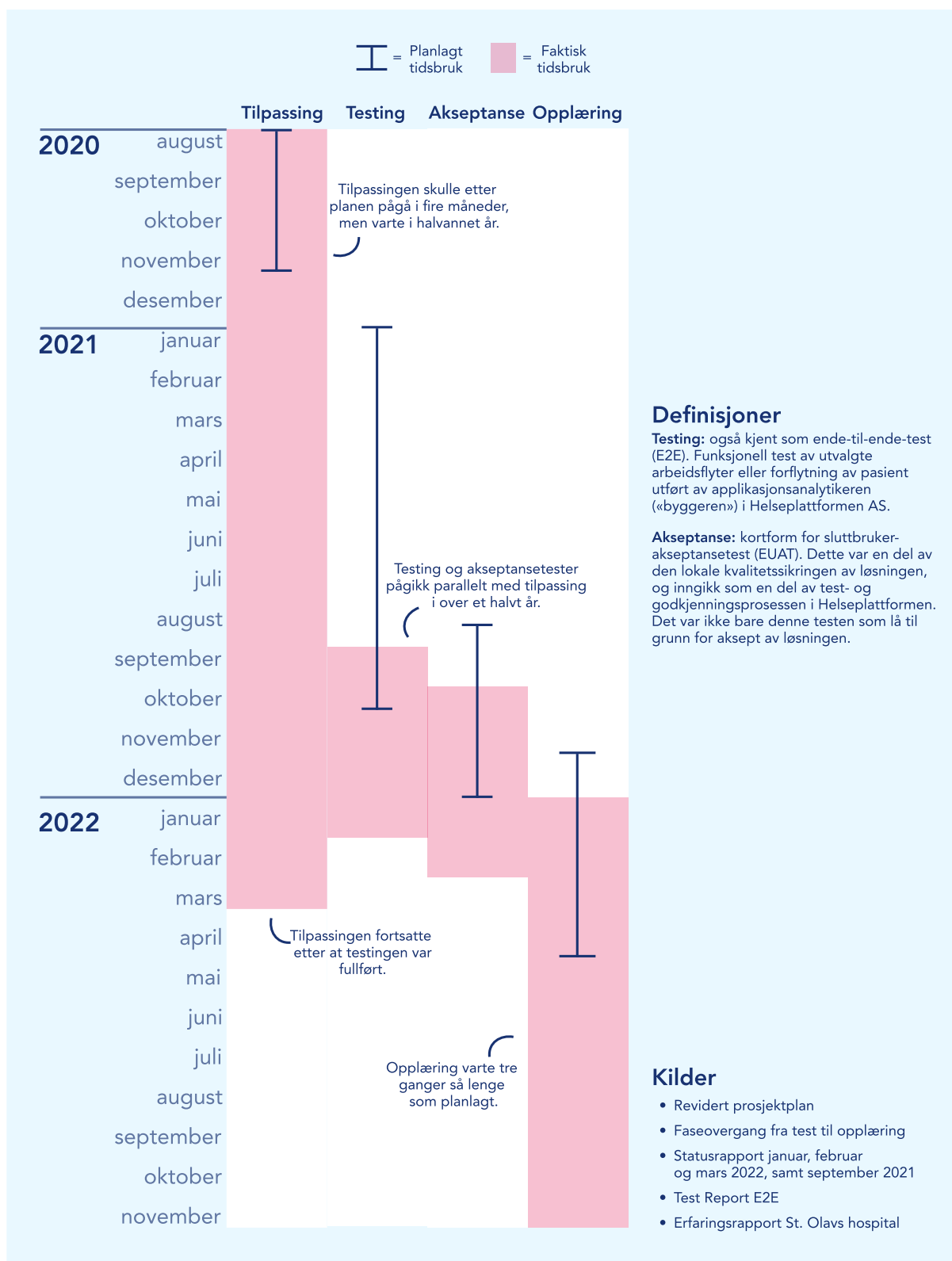
1. **Leverandørens tester:** Epic testet løsningen før leveranse, slik det er spesifisert i kontrakten. Testingen av grunnløsningen blir gjort av leverandøren ut fra interne rutiner.
2. **Systemtest:** Formålet med disse testene var å verifisere løsningens funksjonalitet i arbeidsflytene. Helseplattformen AS utførte testene med utgangspunktet i metodikk utarbeidet av Epic, men med noen tester i tillegg for den norske løsningen. Teststrategien lister opp 27 tester innen denne gruppen.
3. **Systemintegrasjonstester inkludert ende-til-ende-test:** Formålet med testene var å verifisere at løsningen kan kommunisere med andre systemer. Basis for testene er såkalte ende-til-ende-scenarier som følger en arbeidsflyt fra start til slutt. Teststrategien tar utgangspunkt i metodikk fra Epic med enkelte tillegg. E2E betyr ende-til-ende og er det begrepet Helseplattformen bruker. En E2E-test beskriver et hendelsesforløp for en pasient. For hvert scenario er det beskrevet hvilken framgangsmåte testerene skal følge, og hva som skal verifiseres gjennom testen. Denne gruppen tester er grunnlaget for Helseplattformen AS' godkjenning av leveransen og dermed utbetaling til Epic.
4. **Sluttbrukerakseptansetest:** Sluttbrukeren gjorde enkelte ende-til-ende-tester med andre scenarier enn tidligere. Formålet med testen er at sluttbrukerorganisasjonene skal kunne være sikre på for at løsningen støtter deres arbeidsoperasjoner. Testen baseres på et begrenset antall ende-til-ende-scenarier. Fageksperter hos Trondheim kommune og St. Olavs hospital har gjennomført testen med bistand fra Helseplattformen AS og Epic.
5. **Utrullingstest:** Dette er en test som blir gjort i produksjonsmiljøet med produksjonsdata like før og like etter at løsningen blir tatt i bruk. Hensikten er å verifisere at de viktigste arbeidsprosessene fungerer.

Kilde: Helseplattformen. (2019, 14. november). *ID400 Acceptance process and test strategy, version 1.0*.

Som beskrevet i punkt 3.1 pågikk det fortsatt tilpassinger og utforming etter at testingen var påbegynt. Dette førte til at sentrale tester som ende-til-ende-tester og sluttbrukerakseptansetesten ble gjennomført før løsningen var ferdig utformet.

Figur 14 viser tidsperiodene for gjennomføring av ende-til-ende-test og sluttbrukerakseptansetest. Dette er to svært sentrale tester som måtte gjøres før Helseplattformen AS og St. Olavs hospital kunne akseptere leveransen og bestemme om løsningen kunne tas i bruk. Figuren viser at disse testene kom senere i gang enn planlagt. Helseplattformen AS og St. Olavs hospital gjennomførte dermed tester parallelt med utforming av løsningen.

Figur 14 Planlagt og faktisk tidslinje for testing av Helseplattformen før den ble tatt i bruk ved St. Olavs hospital



Kilde: Se nederst i høyre hjørne av figuren.

Forsinkelser i utformingen og tilpassingen av løsningen førte også til at St. Olavs hospital og Helseplattformen AS gjennomførte færre tester enn planlagt.²⁰⁶ Det framgår av rapporten fra sluttbrukerakseptansetesten at fagekspertene hadde begrenset tid til testen.²⁰⁷

Testingen av løsningen ved St. Olavs hospital hadde flere svakheter

Testingen som ble gjennomført før innføring av Helseplattformen ved St. Olavs hospital, hadde flere svakheter. Blant annet var det mangelfull testing av om systemet fungerer, og om informasjonen flyter korrekt fra start til slutt (ende-til-ende-testing), og brukerne fikk ikke testet systemet ordentlig før det ble tatt i bruk.²⁰⁸ Administrerende direktør ved St. Olavs hospital har uttalt at manglende ende-til-ende-testing er en av årsakene til at helseforetaket aldri skulle ha tatt i bruk helseplattformen 12. november 2022.

Omfanget av sluttbrukerakseptansetesten ble i stor grad styrt av Helseplattformen AS. St. Olavs hospital mener at store områder som økonomi, rapporter, legemiddelområdet, e-meldinger og funksjonalitet knyttet til integrasjoner og bildediagnostikk ikke ble testet på en god måte i sluttbrukerakseptansetesten.²⁰⁹ Helseplattformen AS har i ettertid ment at sluttbrukerakseptansetesten var for dårlig på disse områdene. Dette er områder hvor det oppsto feil etter lanseringen.



Integrasjon er en sammenkobling av separate systemer som tillater automatisk flyt av informasjon mellom systemene. Eksempler på integrasjoner i Helseplattformen er automatisk utveksling av informasjon til nasjonale tjenester som e-resept og nasjonale helseregister.

Etter at Helseplattformen ble lansert ved St. Olavs hospital i november 2022, ble det oppdaget flere feil og problemer. Dette er beskrevet i kapittel 1. Faglige ledere fra helseforetak og kommuner presiserte dette i protokollen da de godkjente testfasen:²¹⁰

«Aktørene er bekymret for at det ikke har vært tilstrekkelig testing innen områdene økonomi (billing/fakturering), medikamentflyt, e-meldinger og radiologi (Radiant).»

Norsk helsenett påpeker i intervju at Helseplattformen AS hadde ansvar for å teste integrasjoner med andre systemer. Norsk helsenett mener at Helseplattformen AS burde ha testet meldingsutveksling i større grad enn de gjorde. Helseplattformen AS fulgte den nasjonale standarden for meldingsutveksling og testet om deres løsning var kompatibel med denne. Helsetjenestene følger imidlertid ikke alltid den nasjonale standarden.

Erfaringsrapporten fra innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital nevner at ved gjennomføringen av både ende-til-ende-testen og sluttbrukerakseptansetesten så St. Olavs hospital av og til at testbrukeren gjorde en feil som enten passerte uten kjent konsekvens, eller at konsekvensen av brukerfeilen måtte rettes før testen kunne fortsette.²¹¹ På bakgrunn av dette påpekte fagekspertene og det lokale innføringsteamet at foretaket også burde teste konsekvensen av bevisste brukerfeil. Ifølge St. Olavs hospital besvarte Helseplattformen AS dette ønsket med at test av feilbruk ikke var i med i omfanget av aktivitetene for funksjonell testing.

Når feil oppdages under testing, vil det være behov for å teste på nytt etter at feilen er rettet.²¹² På den måten er det mulig å sjekke om feilen faktisk er rettet, og at feilrettingen ikke har hatt negativ påvirkning på andre deler av systemet. I rapporten *Utnyttelse av IT-systemer på sykehus* fra Riksrevisjonen kommer det fram at det i liten grad er gjort testing av feilretting.²¹³

²⁰⁶ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen*.

²⁰⁷ Helseplattformen AS. (2022, 8. februar). *Test Rapport Sluttbrukerakseptansetest*, versjon 1.2, punkt 3.

²⁰⁸ Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus*.

²⁰⁹ St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport – Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen* (versjon 1.0, godkjent 4. oktober 2023).

²¹⁰ Protokoll fra møte i Helseplattformen Executive Steering Committee (ESC) 10. februar 2022, sak /22 Testrapport EUAT.

²¹¹ St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport – Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen*.


²¹² Formålet med retesting er bekreftelse på at feil er blitt rettet. Formålet med regresjonstesting er å se om endringer har hatt utilsiktede endringer. Jf. ISTQB. (2019). *Sertifisert Tester Pensum for grunnnivå (Foundation Level): Norsk versjon basert på CTFL 2018 V1.0, 28.04.2019*, punkt 2.3.

²¹³ Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus*.

I forbindelse med utsettelsen i mai 2022 fortsatte Helseplattformen AS og St. Olavs hospital med utvikling og testing, men det var ikke et strukturert testløp.²¹⁴ Dette skyldtes at selskapet hadde liten kapasitet utover å følge opp Trondheim kommune, som på dette tidspunktet hadde innført løsningen.

Liten vekt på hvordan brukerne opplevde løsningen

Rapporten fra Boston Consulting Group viser til at brukskvalitet ikke har blitt tilstrekkelig fulgt opp.²¹⁵ Under testingen la man vekt på å sjekke om løsningen oppfylte krav, men brukeropplevelse ble i liten grad blitt eksplisitt testet.

 **Brukskvalitet** Brukeropplevelser og «hvor lett å bruke og finne fram i» et system, knyttes til brukskvalitet.²¹⁶ Brukskvalitet kan defineres som i hvilken grad et produkt eller system kan bli brukt av spesifikke brukere til å oppnå spesifiserte mål i en spesifikk kontekst, med best mulig effektivitet, effekt og tilfredshet. Brukskvaliteten til et IT-system sier dermed noe mer enn hvor behagelig og tilfredsstillende systemet oppleves, det sier også noe om i hvilken grad systemet bidrar til at brukere får gjennomført det de har tenkt, på best mulig måte, blant annet effektivt.

Det går fram av Epics teststrategi at det i svært liten grad var planlagt å involvere sluttbrukerne i testing, bortsett fra i sluttbrukerakseptansetesten.²¹⁷ Helseplattformen AS planla å involvere både superbrukere og fagekspertene i sluttbrukerakseptansetesten. Det var imidlertid kun fagekspertene, som allerede hadde kjennskap til systemet, som gjennomførte testene. Fagekspertene fikk støtte av Helseplattformen AS og Epic.²¹⁸

3.3.3 Helsepersonellet ved St. Olavs hospital fikk ikke tilstrekkelig opplæring

Brukerne har behov for mer opplæring

Resultater fra spørreundersøkelsene som vi har gjennomført ved St. Olavs hospital, viser at:

- 65 prosent av legene mener i 2024 at de har behov for mer opplæring. Tilsvarende tall fra spørreundersøkelse som ble gjennomført i 2023, er 71 prosent.
- 67 prosent av sykepleierne mener i 2024 at de har behov for mer opplæring. I 2023 var det 74 prosent.

På spørsmål om de har fått tilbud om kurs for kompetanseheving i Helseplattformen de siste tolv månedene, svarer 37 prosent av legene i noen grad, men ikke tilstrekkelig. For sykepleiere er tallet 24 prosent. Blant sykepleierne svarer 55 prosent at de ikke har fått tilbud i det hele tatt. 30 prosent av legene svarer at de ikke har fått tilbud i det hele tatt.

88 prosent av legene og 67 prosent av sykepleierne mener at det ikke har vært lett å lære seg å bruke Helseplattformen. En av respondentene i spørreundersøkelsen skriver dette: «Mye støy og vanskelig å finne fram til tross for mange måneders opplæring».

Helseplattformen AS hadde en strategi for opplæring

Rapporten fra Boston Consulting Group peker på svakheter i opplæringen som en av de største utfordringene ved innføringen av løsningen.²¹⁹ Etter at løsningen ble innført ved St. Olavs hospital, har også den eksterne evalueringen fra KPMG konkludert med at kompleksitet i løsningen og lav brukskvalitet førte til et høyt opplæringsbehov for at brukerne skulle unngå feil.²²⁰

²¹⁴ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læring for veien videre.*

²¹⁵ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen.*

²¹⁶ Standard Norge. (2018). ISO 9241-11:2018 *Ergonomi for samhandling mellom menneske og system – Del 11: Brukskvalitet: Definisjoner og begreper.*

²¹⁷ Helseplattformen AS. (2019, 25. november). *ID 400 Acceptance process and test strategy*, versjon 1.0.

²¹⁸ Helseplattformen AS. (2022, 8. februar). *Test Rapport Sluttbrukerakseptansetest*, versjon 1.2, punkt 2.1.

²¹⁹ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læring for veien videre.*

²²⁰ KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen.*

I januar 2021 utarbeidet helseforetakene, Trondheim kommune og Helseplattformen AS en strategi for læring.²²¹ Helseplattformen AS hadde ansvar for tilrettelegging av opplæringen, planer og opplæring av superbrukere og sluttbrukere. De lokale innføringsprosjektene hadde, i samarbeid med Helseplattformen AS, ansvar for å rekruttere superbrukere, rekruttere instruktører og gi videre opplæring etter at løsningen var satt i drift.

Helseplattformen AS har tatt utgangspunkt i opplæringsmateriellet fra Epic og sammen med Epic, tilpasset det til norske forhold.²²² En ekstern evaluering av opplæringen ved St. Olavs hospital og Ålesund kommune har konkludert med at Helseplattformen AS' plan for opplæringsprogrammet har en gjennomarbeidet pedagogisk strategi.²²³ Opplæringsansvarlig ved St. Olavs hospital sier i intervju at samarbeidet med Helseplattformen AS har vært godt på dette området.

Opplæringen ved St. Olavs hospital startet før løsningen var ferdig tilpasset

Den reviderte prosjektplanen fra Helseplattformen fra januar 2021 forutsatte at man var ferdig med testing og bygging da opplæringsfasen begynte.²²⁴ 31. desember 2021 ble satt som frist for at løsningen skulle være klar til at man kunne begynne å lære opp superbrukere og sluttbrukere. Opplæring av superbrukere ved St. Olavs hospital startet i januar 2022. Som vist i figur 14 foregikk opplæringen delvis samtidig med utformingen og testingen av løsningen.

Erfaringen fra innføringen av Epic-systemer i andre land er at all bygging av løsningen må være ferdig når opplæringen starter.²²⁵ Også i Danmark var det en stor utfordring at de testet og rettet i systemet «Sundhetsplattformen» etter at de var i gang med opplæring. St. Olavs hospital mener at den største utfordringen med opplæring var at sluttbrukeropplæringen gikk parallelt med utformingen av løsningen.²²⁶ St. Olavs hospital opplevde også at kvaliteten på opplæringsmateriellet var preget av at løsningen ikke var ferdig utformet.

Opplæringsansvarlig ved St. Olavs hospital sier i intervju at det også var et stort problem at opplæringen ble gjennomført før innføringen ved St. Olavs hospital ble utsatt med et halvt år våren 2022. Den lange tiden som gikk mellom opplæringen og de daglige arbeidsoppgavene, gjorde at de ansattes kompetanse ikke var god nok i november 2022. Løsningen som ble tatt i bruk, var også forskjellig fra den de ansatte hadde fått opplæring i våren 2022.

Opplæringen har ikke hatt tilstrekkelig omfang og kvalitet

Etter klasseromsbasert undervisning skulle ansatte kunne trene på praktiske oppgaver på egen hånd for å holde kunnskapen ved like. Det var i praksis utfordrende å sette av nok tid til egentrening, også i oktober og november 2022.²²⁷ Ved utgang av april 2022 hadde kun 20 prosent av ansatte gjennomført sine definerte læringsmål for egentrening.²²⁸ Tallet på ansatte som hadde gjennomført læringsmålene for egentrening i november 2022, var ifølge opplæringsansvarlig på omtrent samme nivå som i april 2022. St. Olavs hospital ba medarbeiderne om å sette av tid til egentrening, men det tekniske miljøet var ikke godt nok til slik egentrening, og flere kom ikke inn i løsningen. Mange sluttbrukere rapporterte at ytterligere egentrening i opplæringsmiljøet ikke ble opplevd som nyttig og det var betydelige problemer med innlogging. Det medførte at mange med oppsatt/skjemalagt tid til egentrening ikke fikk gjennomført dette.²²⁹

²²¹ Helseplattformen AS. (2021). *Strategi for læring for Helseplattformen*. Versjon 1.0.

²²² Helseplattformen AS. (2021). *Strategi for læring for Helseplattformen*. Versjon 1.0.

²²³ Safetec. (2024, 31. januar). *Evaluering av opplæring av Helseplattformen*.

²²⁴ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 25. januar 2021, sak 4/21, vedlegg 1 Revidert prosjektplan per 18. januar 2021, versjon 1.0, jf. styremøte i St. Olavs hospital HF 31. mars 2022, sak 31/22, vedlegg 1.

²²⁵ Helseplattformen AS. (2021). *Strategi for læring for Helseplattformen*. Versjon 1.0; NNIT. (2020-10). *Helseplattformen AS: Kvalitetssikring af grundlaget for og anbefalingene til implementeringsplan for Helseplattformen. Tredjepartsvurdering gjennomført af NNIT. Første delleverance*.

²²⁶ St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport – Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen*.

²²⁷ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen*.

²²⁸ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 16. juni 2022, sak 53/22.

²²⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

Instruktørene som skulle holde kurs for sluttbrukere, ledende superbrukere og superbrukere, hadde behov for ekstra opplæring.²³⁰ Opplæring av superbrukere ble veldig utfordrende.²³¹ Siden de var de første som fikk sluttbrukeropplæring, var det mye i løsningen som ikke var ferdig utformet. Det betyr at flere ting ble endret etter at superbrukerne hadde fått opplæring. Superbrukerne fikk opplæring i alle endringer i løsningen i oktober 2022.²³² Helsetilsynet mener at foretaket kunne ha kvalitetssikret opplæringen superbrukerne fikk, slik at de kunne ha blitt kjent med endringer i løsningen som ble gjort i tiden mellom opplæring og oppstart.²³³ Superbrukerne ville sånn sett ha blitt tryggere i rollen og kunne ha bidratt i større grad til å hjelpe usikre brukere og å redusere tiden som gikk bort til feilsøking.



Superbruker En superbruker arbeider aktivt i sin klinikk/enhet innenfor et gitt fagområde. Superbrukerne lærer seg det nye systemet før de øvrige ansatte. Superbrukeren skal være lokal kollegastøtte. En **ledende superbruker** skal i tillegg være en støtte for klinikkens/enhetens øvrige superbrukere. Ledende superbrukere hadde en koordinerende funksjon. De skulle delta i testen av det nye systemet og formidle forbedringspunkter til de øvrige superbrukerne.

Opplæringen fulgte Epics metodikk, som var rollebasert.²³⁴ Opplæringsmateriellet med praktiske oppgaver var rettet mot arbeidsoppgavene brukeren hadde, og egnet seg ikke når man skulle øve på hele arbeidsflyter.²³⁵ Opplæringsansvarlig ved St. Olavs hospital mener at en svakhet i rollebasert opplæring er at det ble lagt liten vekt på samhandling mellom ulike roller.²³⁶ Et system som Helseplattformen er helt avhengig av at alle i ulike roller registrerer informasjon i arbeidsflyten helt riktig. Det ble ikke gitt opplæring i helheten i systemet. St. Olavs hospital meldte et sterkt behov for å kunne synliggjøre og øve på hele arbeidsprosessene. Men det krevde tilgang til demonstrasjonsmiljøet. Helseplattformen AS tillot ikke slik tilgang for sluttbrukerne.²³⁷ Opplæringsmateriellet er nå tilrettelagt for at man kan øve sammen med andre roller.²³⁸

St. Olavs hospital arbeider med å styrke opplæringen

På oppdrag fra Helseplattformen AS har Safetec gjennomført en evaluering av opplæringen som ble gitt ved implementering av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF og Ålesund kommune.²³⁹ Evalueringen har utarbeidet konkrete forslag til tiltak i opplæringen for fremtidige innføringer av Helseplattformen andre steder.

Opplæringsansvarlig ved St. Olavs hospital trekker frem at opplæringsmateriellet fra Helseplattformen AS for nye brukere ikke er oppdatert.²⁴⁰ Opplæringsmateriellet og brukerveiledningene er tilpasset en som overhodet ikke har kjennskap til systemet (grunnopplæring). I praksis er det ikke slik nå. St. Olavs hospital har siden slutten av 2022 bedt Helseplattformen AS om tilpasset materiale som reflekterer at sykehuset har tatt i bruk systemet, og legger til rette for videreutvikling av sluttbrukernes kompetanse.

St. Olavs hospital har fageksperter i store stillinger som var viktige ressurspersoner i arbeidet med videre opplæring. De måtte imidlertid bruke svært mye av sin tid på arbeid med kritisk feilretting og optimalisering av løsningen.²⁴¹

Det har også ifølge opplæringsansvarlig vært vanskelig for klinikkene ved St. Olavs hospital å formidle de mange og hyppige endringene i løsningen til sluttbrukerne. Opplæringsmateriellet og brukermanualene blir oppdatert av Helseplattformen AS ved endringer i systemet. Helseplattformen

²³⁰ Helseplattformen AS. (2021). *Strategi for læring for Helseplattformen*. Versjon 1.0.

²³¹ St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). *Erfaringsrapport – Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen*.

²³² Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

²³³ Statens helsetilsyn. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen*. *Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse*.

²³⁴ Helseplattformen AS. (2021). *Strategi for læring for Helseplattformen*. Versjon 1.0; referat fra intervju med opplæringsansvarlig St. Olavs hospital.

²³⁵ Helseplattformen AS. (2021). *Strategi for læring for Helseplattformen*. Versjon 1.0.

²³⁶ Referat fra intervju med opplæringsansvarlig St. Olavs hospital.

²³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

²³⁸ Safetec. (2024, 31. januar). *Evaluering av opplæring av Helseplattformen*.

²³⁹ Safetec. (2024, 31. januar). *Evaluering av opplæring av Helseplattformen*.

²⁴⁰ Intervju.

²⁴¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

AS har imidlertid ingen versjonskontroll eller angivelse av hva de har endret. Det er problematisk for sluttbrukerne hos St. Olavs hospital siden brukermanualene er på mange sider. Relevante brukergrupper ved St. Olavs hospital eller i løsningen blir heller ikke varslet når Helseplattformen AS endrer på løsningen og oppdaterer brukermanualene.

St. Olavs hospital besluttet i oktober 2023 å styrke ressursene til opplæring.²⁴² Foretaket har rekruttert ressurser fra klinikkene som skal brukes til lokale instruktører/superbrukere. Flere klinikker har opprettet kompetansemiljøer i egen klinikk med frikjøp av superbrukere som støtter sluttbrukere.

Helseplattformen AS og St. Olavs hospital har også etablert «Tiltakspakke brukervennlighet», som også omfatter bedre opplæringsprogrammer. Både St. Olavs hospital og Helseplattformen AS jobber med å forbedre opplæringen ved hjelp av tiltakspakken.²⁴³

3.3.4 Organiseringen av lokal brukerstøtte og superbrukere ved St. Olavs hospital har ikke fungert optimalt

En forutsetning i de tjenesteavtalene som er inngått mellom Helseplattformen AS og kundene, er at førstelinjebrukerstøtte skal ivaretas av kundene selv. Førstelinjebrukerstøtten vil normalt ta imot henvendelser, registrere, løse en del saker og videreformidle saker de ikke greier å løse, til Helseplattformen AS.

Helseplattformen AS mener at Trondheim kommune gjennom god førstelinjestøtte selv har løst mange saker uten at de ble sendt videre til selskapet.

Ved St. Olavs hospital har førstelinjebrukerstøtte vært mer utfordrende.²⁴⁴ I evalueringsrapporten fra innføringsprosjektet ved St. Olavs hospital kommer det fram store utfordringer ved brukerstøtteorganisasjonen. Det pekes på at det lokale innføringsteamet «opplevde det som svært utfordrende å forstå hvorvidt Helseplattformen AS tilbød brukerstøtte, primærvakt etc., i hvilket omfang, tilgjengelighet og med hvilken kompetanse. Dette grunnet motstridende beskjeder og manglende dokumentasjon fra Helseplattformen AS».

Evalueringsrapporten viser at uklarhetene samt manglende frikjøp av superbrukere hos St. Olavs hospital etter kommandosenterperioden, medførte at det ble etablert en dialog med Hemit for å dekke St. Olavs hospitals behov for brukerstøtte ved kjøp av superbrukerstøtte 24/7. Antall superbrukere på St. Olavs hospital ble gradvis redusert til en tredel etter innføringsperioden, fra 1 500 til ca. 550 fram til sommeren 2023.

Alle ansatte ved St. Olavs hospital kunne også melde saker direkte til Helseplattformen AS, og mange ansatte opplevde ifølge intervju at de ofte var usikre på om de skulle melde saken til Helseplattformen AS eller Hemit.

Fra november 2022 og fram til 1. mars 2024 hadde brukere ved St. Olavs hospital altså to kontaktpunkter for brukerstøtte, Hemit og Helseplattformen AS. 1. mars 2024 ble det etablert en avtale med Hemit hvor Hemit ivaretar førstelinjebrukerstøtten for St. Olavs hospital. Ansatte ved St. Olavs hospital har dermed ett kontaktpunkt å forholde seg til. St. Olavs hospital opplever at sakene som nå meldes til Hemit, er reelle feil. Det er trolig ikke mange saker som kunne ha vært løst av en superbruker før de ble meldt til Hemit. Ofte gjelder det tilpassing og utforming som må løses av Hemit eller Helseplattformen AS.

²⁴² Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 25. januar 2024, [sak 3/24](#) Status Helseplattformen.

²⁴³ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 29. februar 2024, sak [13-24](#) Status Helseplattformen.

²⁴⁴ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 12. og 13. desember 2023, sak 147/23, [vedlegg 1](#) St. Olavs hospital HF. (2023, 1. oktober). Erfaringsrapport: Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen (versjon 1.0 godkjent 4. oktober).

3.4 Helse Møre og Romsdal har lært fra tidligere innføringer og hadde et bedre utgangspunkt

3.4.1 Helse Møre og Romsdal innførte et mer modent system enn St. Olavs hospital og har fått støtte fra St. Olavs hospital og Helseplattformen AS

Det kommer fram i intervjuer at Helse Møre og Romsdal har hatt et mye bedre utgangspunkt for å innføre Helseplattformen fordi løsningen har blitt bedre.

Det kommer også fram at Helse Møre og Romsdal og St. Olavs hospital har hatt god dialog for å overføre erfaringer. Helse Møre og Romsdal har hatt forsterket bemanning i forbindelse med innføringen og fått støtte fra fageksperter ved de andre helseforetakene samt fagfolk fra Helseplattformen AS og Epic.

3.4.2 Det var et mindre behov for testing i Helse Møre og Romsdal enn ved St. Olavs hospital

Helse Møre og Romsdal hadde et annet behov for testing enn det St. Olavs hospital hadde før løsningen ble innført, se faktaboks 10. Helse Møre og Romsdal skal ta i bruk en løsning som allerede er tatt i bruk av St. Olavs hospital. Det er kun nødvendig å teste tilpassinger som er gjort for Helse Møre og Romsdal, og løsningen er godkjent for bruk regionalt i Helse Midt-Norge.

Forbedringspunkter fra innføringen ved St. Olavs hospital

Helseplattformen AS opplyser i intervju at før innføringen av løsningen i Helse Møre og Romsdal har selskapet gjort endringer i testplanene som følge av læringspunkter de har fra innføringen ved St. Olavs hospital:

- Helseplattformen AS har vært særlig oppmerksom på områder hvor det oppsto problemer ved St. Olavs hospital, for å være sikker på at de samme problemene ikke ville oppstå igjen ved innføringen i Helse Møre og Romsdal.
- Helse Møre og Romsdal har selv identifisert risikoområder som skulle testes spesielt.
- Sluttbrukertesting skulle være grundigere.
- Testingen skulle gjøres av den versjonen av løsningen som ble tatt i bruk ved lanseringen.

Det var planlagt at ved endringer i Helseplattformen som berører meldingsflyt, skal Helseplattformen AS gjennomføre ekstra testing for å sikre at det ikke oppstår følgefeil i løsningen.²⁴⁵ I tillegg var det etablert en plan for verifisering av meldingsflyten etter produksjonssetting.

Bedre testdekning for funksjonalitet som gjelder for Helse Møre og Romsdal

Helseplattformen AS, Helse Møre og Romsdal og Helse Nord Trøndelag har høsten 2023 gjennomført et omfattende arbeid for å forbedre testregimet før innføring i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord Trøndelag.²⁴⁶ I planen rettes oppmerksomheten særskilt mot noen områder, blant annet ende-til-ende-testing og sluttbrukertest.²⁴⁷

Rapporten som er utarbeidet av Helseplattformen AS etter ende-til-ende-test og sluttbrukertesten, framhever at samarbeidet mellom fageksperterne fra Helse Møre og Romsdal og applikasjonsanalytikerne fra Helseplattformen AS har vært godt.²⁴⁸ Helse Møre og Romsdal er enig i

²⁴⁵ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 12.–13. desember 2023, sak 146/23, [vedlegg](#) Planlagt arbeid med Helseplattformen frem mot innføring i HMR oppdatert 27.11.2023.

²⁴⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 12.–13. desember 2023, sak [145/23](#) Statusrapport Helseplattformen.

²⁴⁷ Testplan for innføringen ved Helse Møre og Romsdal HF ble godkjent 30. november 2023.

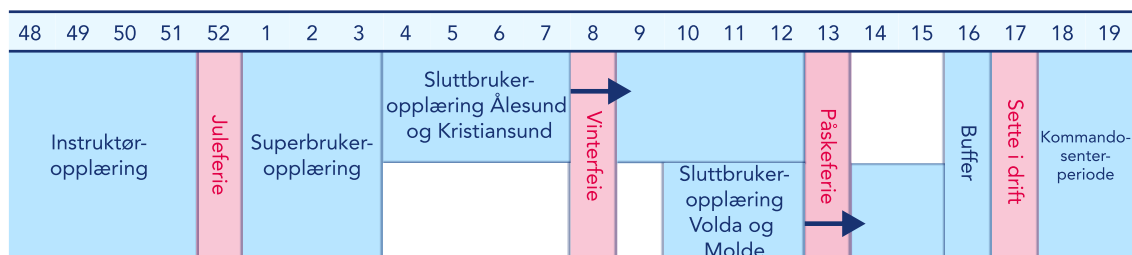
²⁴⁸ Helseplattformen AS. (2024, 21. mars). *Testrapport HMR Ende til Ende test, dato: 21.03.2024, versjon: 1.0 (test rapport HMR E2E og sluttbrukertest)*.

at det er større grad av samarbeid, og at de får tettere oppfølging fra Helseplattformen AS når det gjelder test enn hva som var tilfellet ved St. Olavs hospital.²⁴⁹

Rapporter fra testing i Helse Møre og Romsdal viser likevel at testgjennomføringen har vært preget av veldig høyt tempo og tester som ble gjennomført samtidig.²⁵⁰ Dette har ført til et stort press på ressurser, som igjen har ført til at det innledningsvis var lav kvalitet på testingen. Det ble også satt av for lite tid til kvalitetssikring av testscenariene. Helse Møre og Romsdal har rapportert at selv om den tekniske overgangen har gått bra, inneholdt løsningen de tok i bruk områder med feil som ikke ble avdekket av testing i forkant.²⁵¹

3.4.3 Opplæringen ved Helse Møre og Romsdal ble forbedret basert på erfaringene fra St. Olavs hospital

Figur 15 Tidslinje for opplæring i Helse Møre og Romsdal



Kilde: [Helseplattformen status styremøte 22. Mars \(helse-mr.no\)](#)

Figur 15 viser tidslinjen for opplæring i Helse Møre og Romsdal.

Opplæringsansvarlig ved Helse Møre og Romsdal opplyser at de viktigste endringene som er gjort i Helse Møre og Romsdal, er å utvide varigheten av kurset for leger og sykepleiere ved sengepost fra én til to dager. Helseplattformen har justert opplæringsmateriellet basert på erfaringene fra St. Olavs hospital og endringer i systemet.

Helse Møre og Romsdal har etablert delprosjektet «forberedelser», som har hatt ansvar for modningsfasen. Opplæringsansvarlig ved Helse Møre og Romsdal opplyser at ikke alle klinikkene har benyttet seg av dette tilbudet. Utsettelsen av lanseringen i 2023 kom rett før instruktør-opplæringen skulle starte, og skapte mye uro i klinikkene. Det har også vært mye uro blant de ansatte på grunn av negative medieoppslag og fordi det var usikkert om den planlagte lanseringen i april 2024 ville bli utsatt ytterligere. Mange ledere har derfor vært avventende til innføringen av Helseplattformen. Ikke alle ledere har for eksempel delt ut kompetanseplaner, som betyr at de ansatte får tilgang til opplæring, slik de skal. Noen ledere har heller ikke tilrettelagt for at ansatte kunne gjennomføre den forberedende e-læringen. En del personale har derfor vært lite motivert og har nølt med å melde seg på kurs selv om lederen har satt av tid til det.

Opplæringen av instruktører startet i november 2023. Helse Møre og Romsdal opplyser at de har rekruttert instruktørene fra sykepleiere og merkantilt personale fra eget helseforetak. Få leger var interessert i å være instruktør, og det har vært nødvendig for Helse Møre og Romsdal å leie inn konsulenter. Derfor har ikke alle instruktørene medisinsk kompetanse.

²⁴⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge 7. mars 2024, sak 27/24, vedlegg 3 Videre tilsynsmessig oppfølging i forbindelse med innføring av Helseplattformen.

²⁵⁰ Helseplattformen AS. (2024, 21. mars). *Testrapport HMR Ende til Ende test, dato: 21.03.2024, versjon: 1.0 (test rapport HMR E2E og sluttbrukertest)*.

²⁵¹ Helse Møre og Romsdal. (2024, 18. september). Helseplattformen i Møre og Romsdal. [Saksfremlegg](#).

I statusrapporten 17. april 2024 melder Helse Møre og Romsdal at det har vært krevende for organisasjonen å fristille personell fra klinisk drift til å delta på kurs. Til tross for dette viser tallene at Helse Møre og Romsdal kan være fornøyd med ansattes kursdeltakelse.²⁵²

Endringsstopp i løsningen ble ifølge Helse Møre og Romsdal satt til 26. januar 2024. Det har likevel kommet endringer gjennom tiltakspakken. Disse endringene er bedre brukervennlighet, ny legemiddelmodul og nye versjoner av systemet.

Helse Møre og Romsdal har ifølge intervju ikke lagt spesielt til rette for at egentreningen kan foregå tverrfaglig, for eksempel ved at sykepleiere og leger trener sammen. Det er i så fall klinikklederens ansvar. Helseplattformen AS har heller ikke levert et tverrfaglig øvingsmiljø til helseforetakene.

²⁵² Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF17. april 2024, [vedlegg 2](#) Status innføring samt videre oppfølging.

4 Helse Midt-Norge RHF og styrenes oppfølging av Helseplattformen

I dette kapittelet undersøker vi sammensettingen av styrene og om Helse Midt-Norge RHF har styrt helseforetakene hensiktsmessig. Vi undersøker også risikostyringen av prosjektet.

Relevante revisjonskriterier

- Helse Midt-Norge RHF har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen og har et helhetlig og overordnet ansvar for innføringen av Helseplattformen.
- Helse Midt Norge RHF skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som det eier.
- De regionale helseforetakene (RHF-ene) har et «sørge-for-ansvar» for spesialisthelsetjenester i sin region.
- Rekrutteringen av gode styrer er en vesentlig del av eierstyringen. Styrene (i det regionale helseforetaket og helseforetakene) må settes sammen på en slik måte at det til sammen har den nødvendige kompetansen til å ivareta oppdraget og ansvaret styret pålegges.
- Den som har det overordnede ansvaret for hver av virksomhetene, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter.
- Risikostyring skal være integrert i virksomhetens mål- og resultatstyring. Det bør skapes en sammenheng mellom risikovurderinger på et overordnet nivå og lavere nivåer.
- Helseforetakene skal sørge for at egen virksomhet arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Oppsummering

- Styrene har manglet kompetanse på digitalisering.
- Flere styremedlemmer har hatt ulike roller i utviklingen av Helseplattformen.
- Styrene fikk informasjon om risikoene som inntraff.
- Identifisert risiko har i stor grad inntruffet.
- Rapporteringen om risikoreduserende tiltak har vært overordnet.
- Helse Møre og Romsdal gjennomførte en helhetlig risikoanalyse før innføringen.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner jevnlig nye styremedlemmer til styrene i de regionale helseforetakene. Styrevalg har vært tema for tidligere undersøkelser fra Riksrevisjonen. I 2017 påpekte Riksrevisjonen at prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene ikke sikrer godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse.²⁵³

Helse Midt-Norge RHF oppnevner styrene i helseforetakene. Det regionale helseforetaket styrer selskapet Helseplattformen AS i felleskap med kommunene, og en sentral del av eierstyringen er å oppnevne styremedlemmer. Etablering og styring av Helseplattformen AS er behandlet i del III av rapporten.

4.1 Helse Midt-Norge RHF har vektlagt Helseplattformen i styringen av helseforetakene

Helse Midt-Norge RHF styrer underliggende helseforetak ved å stille krav som eier gjennom foretaksmøter og ved å gi føringer for hvordan rammen skal brukes, i «Styringskrav og rammer».

²⁵³ Dokument 3:2 (2018–2019). Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper 2017.

I tillegg til å ha ansvar for spesialhelsetjenesten har de blant annet også ansvar for å styre regionale prosjekter, inkludert å sikre at regionen har forsvarlige journal- og informasjonssystemer.²⁵⁴

Dokumentgjennomgangen viser at Helse Midt-Norge RHF har bedt helseforetakene følge opp innføringen av Helseplattformen. Helse Midt-Norge RHF har også formidlet at standardisering av pasientforløp er en forutsetning for å lykkes.²⁵⁵ Ettersom problemene økte ved St. Olavs hospital utover høsten 2023, ble det gjort en rekke vedtak på Helse Midt-Norge RHF's foretaksmøte med St. Olavs hospital i november 2023.²⁵⁶ Etter at evalueringsrapporten fra Boston Consulting Group forelå, ba Helse Midt-Norge RHF helseforetakene om å følge opp anbefalingene i rapporten.²⁵⁷

Helseforetakene har rapportert om sitt arbeid med Helseplattformen blant annet gjennom årlig melding fra 2016 og framover. Helseplattformen har også vært tema på foretaksmøter og i styringsdialogen mellom Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene. Dokumentgjennomgangen viser at styrene i de underliggende helseforetakene har blitt orientert regelmessig i form av statusrapporteringer.

4.2 Sammensetningen av styrene

4.2.1 Styrene har manglet kompetanse på digitalisering

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på å få en bred representasjon i styrene, og det må de eieroppnevnte styremedlemmene reflektere.

Når det startes et så omfattende digitaliserings- og organisasjonsutviklingsprosjekt, er det viktig at styrene har medlemmer som har erfaring med slike prosjekter. Vi har vurdert om det har vært tilstrekkelig kompetanse på digitalisering i styrene for Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS og de tre helseforetakene i helseregionen i den perioden de har jobbet med å utvikle det som har blitt Helseplattformen. I tillegg til de oppnevnte styremedlemmene har de ansatte egne representanter i styrene som vi ikke har vurdert.

Det er anbefalt at styret settes sammen slik at det samlet sett har en kompetanse som står i forhold til de oppgavene som styret har, og de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor.²⁵⁸ Rapporten fra Boston Consulting Group viser til at flere har pekt på begrenset erfaring fra store IT- og endringsprosjekter i styrene, og da særlig i styret i Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF. Boston Consulting Group var ikke kjent med styremedlemmer som har erfaring fra tidligere Epic-prosjekter.²⁵⁹

Administrerende direktør ved St. Olavs hospital uttaler i intervju at hun på forsommeren 2019 sa ifra både til styrelederen i Helseplattformen AS og til eierdirektøren i Helse Midt-Norge RHF om sin bekymring knyttet til den samlede kompetansen i Helseplattformen AS' styre, sett i lys av den ekstremt omfattende oppgaven det vil være å innføre Helseplattformen i hele helseregionen.

I den første perioden fra 2012–2016 var styrene i helseforetakene og Helse Midt-Norge RHF dominert av politikere med erfaring fra politikk sentralt, på fylkesnivå og/eller lokalt. Styremedlemmene var også personer med ledererfaring fra helsesektoren, kommuner og fylker. I hovedsak har styremedlemmene ledererfaring. Det gjelder også en god del av ansattrepresentantene.²⁶⁰

²⁵⁴ Spesialisthelsetjenesteloven, § 3-2.

²⁵⁵ Protokoll fra foretaksmøte i St. Olavs hospital HF12. februar 2021 – det er også formidlet tidligere, blant annet i 2019. Arbeidet med standardisering har helseforetakene rapportert om i årlig melding.

²⁵⁶ Protokoll fra foretaksmøte i St. Olavs hospital HF 8. november 2023.

²⁵⁷ Protokoll fra foretaksmøte i St. Olavs hospital HF 13. juni 2022.

²⁵⁸ For eksempel: Protokoll fra foretaksmøte i St. Olavs hospital HF 5. oktober 2023.

²⁵⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, mars). [Styrearbeid i regionale helseforetak](#). (Veileder).

²⁶⁰ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læring for veien videre.*

²⁶⁰ Dette stemmer med funnene fra Riksrevisjonens kontroll med Dokument 3:2 (2023–2024) forvaltningen av statens interesser i selskaper – 2022 – Statens eierutøvelse ved valg av styre i heleide selskap.

I de senere årene har det kommet flere fagfolk i disse styrene, for eksempel leger. Flere styremedlemmer har også kompetanse på økonomi og styrebakgrunn fra privat virksomhet. Et fåtall av styremedlemmene har imidlertid bakgrunn i IT/digitalisering. Tre²⁶¹ av i alt 89 styremedlemmer som er undersøkt, har mye digitaliseringskompetanse.

De vi har intervjuet, har særlig påpekt at det er manglende digitaliseringskompetanse i styrene i Helseplattformen AS og helseforetakene. Styrelederen i Helse Møre og Romsdal bekrefter at heller ikke de har tung IT-kompetanse. Den tidligere styrelederen i Helse Midt-Norge RHF uttaler at styret har hatt bred kompetanse på drift og krevende endringsprosesser. En tidligere styreleder trekker fram i intervju at styret manglet kompetanse på utvikling av komplekse IT-systemer og digitalisering i perioden 2014–2018, som var planleggingsfasen for det som ble Helseplattformen.

Departementet startet i 2018 med å lage kompetanseprofil fram mot styrevalget til de regionale helseforetakenes styrer i 2020. Fra 2018 er teknologi et av de mange kriteriene for styresammensetning.²⁶² Dette er ytterligere presisert i 2024 ved at kriteriet er endret til «digitalisering og styring av store prosjekter».²⁶³ Styret i Helse Midt-Norge RHF ble styrket med digitaliseringskompetanse i perioden 2022–2024.²⁶⁴

En annen tidligere styreleder ved Helse Midt-Norge RHF mener at styret hadde tilstrekkelig kompetanse til å styre et slikt omfattende digitaliseringsprosjekt på et overordnet plan, og at det hadde nødvendig kompetanse til å stille kritiske spørsmål til administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS om planer og risikovurderinger. Hun stiller imidlertid spørsmål om hvorvidt ledelsen i Helseplattformen AS hadde tilstrekkelig kompetanse på digitalisering.

4.2.2 Flere styremedlemmer har hatt ulike roller i utviklingen av Helseplattformen

Analysen viser at en del sentrale beslutningstakere har hatt ulike roller og posisjoner knyttet til IT-strategier og Helseplattformprosjektet. Det er også en del personer som er gjengangere i styrene, og som i tillegg har hatt sentrale lederstillinger i de ulike helseforetakene/selskapene. Flere personer som har vært sentrale i beslutningsprosesser i regionen, har vært styreledere i Helseplattformen AS. Dette inkluderer to tidligere direktører i Trondheim kommune og en som har hatt sentrale posisjoner i helseregionen i en årrekke. En var tidligere kommunedirektør for byutvikling i Trondheim kommune, og en annen var tidligere helse- og velferdsdirektør i Trondheim kommune.

Tidligere administrerende direktør ved St. Olavs hospital har også sittet i styrene til Helseplattformen AS, Helse Møre Romsdal HF, Helse Nord Trøndelag HF, St Olavs hospital og er nå styreleder i Hemit HF. I tillegg har han vært leder for programstyret for anskaffelse av Helseplattformen. Det er vanlig at personer i ledende stillinger i helseregionene sitter i styrene til datterforetakene, enten det er helseforetakene eller de felleseide selskapene. Direktøren for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF fra 2023 til høsten 2024, var samtidig styreleder i Helseplattformen AS og eierrepresentant i styret i Helse Nord-Trøndelag HF. Den første administrerende direktør i Helseplattformen AS var tidligere eierdirektør i Helse Midt-Norge RHF og har sittet i styrene i de tre helseforetakene i ulike tidsperioder fra 2012.

²⁶¹ Steinar Kristoffersen, professor i informatikk i styret i Helse Midt-Norge RHF. I Styret til Helseplattformen satt Terje Gårdsmoen, som har praksis fra digitaliseringsprosjekter både i offentlig og privat virksomhet. Toril A. Nagelhus Hernes, professor i medisinsk teknologi NTNU, var styremedlem ved St. Olavs hospital fra 2016 til januar 2020.

²⁶² Styresak 01/2018 Oppnevning av styrets valgkomite for perioden 2018-2020 – Kriterier for styresammensetning – herunder valg av styreleder.

²⁶³ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 23. januar 2024 – vedlegg til styresak 03/24 – Kriterier for styresammensetning.

²⁶⁴ Helse Midt-Norge RHF fikk inn Steinar Kristoffersen – rektor Høgskolen i Molde. Professor informatikk som satt i styret i perioden 2022–2024.

4.3 Styrene fikk informasjon om risikoene som inntraff

En sentral oppgave for ledelsen og de involverte styrene er å følge opp risikoen i prosjektet Helseplattformen.

Det kommer fram i kapittel 2 at konseptet som Helse Midt-Norge RHF valgte, hadde høy gjennomføringsrisiko og dermed var avhengig av god planlegging og systematisk risikohåndtering. Rapporten fra Boston Consulting Group har framhevet at prosjektet blant annet har hatt høyt ambisjonsnivå og høy risiko på grunn av²⁶⁵

- samtidig innføring av samtlige moduler og integrasjoner ved St. Olavs hospital og Trondheim kommune
- stramme tidslinjer

Risikostyring ble også vektlagt i avtalen mellom Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF fra 2016, jf. punkt 12 Innføring og forvaltning, punkt 12.1.2 d): «Ved motstrid mellom hurtig innføring og styring av risiko, skal hensynet til kontroll av risiko prioriteres».

4.3.1 Helse Midt-Norge RHF fastla prinsipper for risikostyring i innføringen

I februar 2019, etter at styret i Helse Midt-Norge RHF hadde tildelt kontrakten til Epic, ba styret administrerende direktør om å sikre at innføringsprosjektet gjennomfører løpende risikoanalyser, og at prosjektets risikoforhold følges tett opp av de styrende organene.²⁶⁶ Styresaken omtaler også risiko, hovedsakelig gjenværende økonomisk risiko i forbindelse med oppsett og innføring av løsningen. Administrasjonen påpeker at de vil kunne håndtere risikoen gjennom stram styring i innføringsfasen. Det ble særlig lagt vekt på at planlagt fremdrift må overholdes fordi forsinkelseskostnadene kan være betydelige. Helse Midt-Norge RHF påpeker også at det vil være sentralt å styre omfanget av endringsordre og tilleggsbestillinger gjennom tett oppfølging og tydelige fullmakter.

Helse Midt-Norge RHF stilte i avtalen med Epic krav om at leverandøren skal ha etablert metodikk og prosesser for risikostyring i samsvar med anerkjent ledende praksis på området. Helseplattformen AS opplyser at basert på kontraktsfestede krav til risikostyring ble partene etter kontraktsinngåelse enige om hvordan risikostyringen i fellesskap skulle organiseres og drives. Det ble etablert en felles risikologg for Helseplattformen og Epic, der risikoer fortløpende ble registrert, dokumentert og analysert. Også tiltak ble dokumentert.

Helseplattformen AS opplyser at risikobildet jevnlig ble gjennomgått i interne møter i selskapet. Det var definert risikoeiere på både Helseplattform-siden og på Epic-siden, som sammen var ansvarlige for å etablere og følge opp nødvendige tiltak.

Dokumentgjennomgangen viser at prosessen for risikostyring ble justert i løpet av innføringsperioden basert på erfaringene og behov for tettere samhandling på risikoområdet.

Etter at Helseplattformen ble satt i drift i Trondheim kommune våren 2022, har hvert innføringsprosjekt ifølge Helseplattformen AS hatt sine egne risikologger med tiltak som jevnlig oppdateres. Fra juni 2022 har felles regionalt innføringsprosjekt hatt en egen risikologg for å dekke risiko for det regionale prosjektet.

²⁶⁵ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

²⁶⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019.

I juni 2023 vedtok operativ styringsgruppe en ny prosess for risikostyring og hvordan risiko skal følges opp på tvers av prosjektet.²⁶⁷

4.3.2 Styrene i Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene og Helseplattformen AS er regelmessig blitt informert om risiko

Helse Midt-Norge RHF har rapportert «topp 10 risiko» til styret to ganger i året.²⁶⁸ I tillegg har ledelsen løpende rapportert status til styret, enten ved å legge ved Helseplattformen AS' statusrapport, gjennom et eget delkapittel i den månedlige statusrapporten for det regionale helseforetaket, eller gjennom en egen styresak om status for Helseplattformen. Det varierer hvor mye informasjon det er om risiko i disse sakene. Administrerende direktør ved Helse Midt-Norge RHF sier i intervju at Helse Midt-Norge RHF har arbeidet svært mye med å styre og kontrollere risikoen ved innføringen av Helseplattformen.

Styrene i helseforetakene ble også orientert. En tidligere styreleder i Helse Midt-Norge RHF opplyser at det ble gjennomført jevnlig dialogmøter med administrerende direktører og styreledere i helseforetakene, men de diskuterte i liten grad vesentlige problemstillinger for Helseplattformen.

Risikorapportene som er avgitt til styret i det regionale helseforetaket, har hovedsakelig vært en gjengivelse av risikovurderingene som er gjort av Helseplattformen AS.

Helseplattformen AS har hatt en risikologg som selskapet har oppdatert ukentlig for kritisk (rød) risiko, annenhver uke for høy og moderat risiko (oransje og gul) og månedlig for grønn risiko.²⁶⁹ Fra oppstarten i 2019 har ledelsen lagt fram for styret en oversikt over risikoene som er vurdert som kritisk eller høy, samt nye risikoer som er tatt inn.

St. Olavs hospital har hatt ukentlige gjennomganger av risiko. Risiko har blitt presentert for styret gjennom egne orienteringer fra direktøren, som en del av rapportering av «topp 10 risiko», i tillegg til at de månedlige statusrapportene har inneholdt en egen statusrapportering med overordnet informasjon om risiko.²⁷⁰ Helse Midt-Norge RHF uttaler at all risiko som var relevant for innføringen av Helseplattformen ved *St. Olavs hospital* ble presentert i egen styresak på hvert styremøte fra november 2021 til i dag etter mal utarbeidet av styret. Lokalt innføringsprosjekt ved *St. Olavs hospital* var tiltakseier på risikoene knyttet til forberedelsesaktivitetene som sykehuset hadde ansvaret for.²⁷¹

I 2022 – før løsningen ble satt i drift ved *St. Olav hospital* – var det lagt ved egne statusrapporter om Helseplattformen, men disse beskriver hovedsakelig framdrift og økonomi. Bare ett avsnitt beskriver hvor mange nye risikomomenter som er lagt til. Etter hvert som planlagt oppstart nærmet seg våren 2022 (jf. punkt 3.1.2) ba administrerende direktør ved *St. Olavs hospital* ifølge intervju flere ganger administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF om å få redegjøre for situasjonen på *St. Olavs hospital* i et styremøte i Helse Midt-Norge RHF. Det var kjent at administrerende direktør i Helseplattformen AS jevnlig deltok i disse styremøtene, og at virkelighetsoppfatningen om situasjonen var svært ulik mellom administrerende direktør ved *St. Olavs hospital* og administrerende direktør i Helseplattformen AS. Først i september 2023 deltok administrerende direktør ved *St. Olavs hospital* for første gang i et styremøte i Helse Midt-Norge RHF for å orientere om situasjonen på sykehuset.

Helsetilsynet og Statsforvalteren har deltatt i statusmøter med *St. Olavs hospital* i tiden før oppstart, og de har oppfattet det slik at *St. Olavs hospital* har arbeidet grundig og målrettet med å avdekke risiko for svikt, også sammenlignet med tilsynserfaringer fra IT-prosjekter i andre helseforetak.²⁷²

²⁶⁷ Protokoll fra styremøte i HMN RHF 7. september 2023 sak 92/23 Statusrapport Helseplattformen.

²⁶⁸ Topp 10 risiko ble ikke rapportert mellom oktober 2019 og desember 2021.

²⁶⁹ Risiko er delt inn i fire grupper: Governance, Project management, Business readiness / training og Local implementation.

²⁷⁰ [2023-10-04 Helseplattformen innføringsprosjekt STO - erfaringsrapport.pdf](#)

²⁷¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august) *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

²⁷² [Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen i Helsetilsynet](#), punkt 6.4 *St. Olavs hospitals arbeid med å avdekke risiko*.

Tilsynsmyndighetene ser ikke at helseforetaket i praksis kunne ha fått en bedre oversikt over risikofaktorer gitt organiseringen som er valgt for det regionale innføringsprosjektet i Helse Midt-Norge.

Fra mars 2023 har St. Olavs hospital laget en månedlig statusrapport for Helseplattformen som omfatter en egen framstilling av overordnet og samlet risikobilde etter innføring av Helseplattformen. Vurderingen viser situasjonen etter at det ble satt inn risikoreduserende tiltak.

4.3.3 Identifisert risiko har i stor grad inntruffet

Tabell 2 viser en oversikt over sentrale risikofaktorer som er identifisert i ulike faser. Disse samsvarer i stor grad med utfordringer som har oppstått i gjennomføringen.

Etter at Helseplattformen ble satt i drift ved St. Olavs hospital, har risikoene dreiet seg om driftsutfordringer, feilretting, høy arbeidsbelastning, pasientsikkerhet, at brukerne ikke behersker løsningen, og behovet for tiltak for å få St. Olavs hospital i full drift.

Det er også områder som har vist seg å bli utfordrende, og som i liten grad har vært løftet opp i risikovurderingene som har vært presentert for styrene:

- Det var i hovedsak St. Olavs hospital som vektla hensynet til **pasientsikkerhet** før Helseplattformen ble satt i drift.
- **E-meldinger** ble et stort problem, jf. kapittel 1 (del II).
- **Testingen** var utilstrekkelig. St. Olavs hospital oppgir at de i ettertid innså at de burde ha gjort mer for å forsikre seg om at funksjonaliteten var på plass.²⁷³ Også Helseplattformen AS viser til at det er underlig at ikke noen av aktørene som hadde erfaring med testing stilte spørsmål ved eller søkte å avklare hvordan dette skulle gjøres med ny løsning.²⁷⁴
- Mangler i **forberedelser** og omlegging av **arbeidsprosesser** ved St. Olavs hospital, se kapittel 2 (del II).

Dårlig **brukskvalitet**, blant annet at brukerne ikke behersker Helseplattformen, ble først løftet som en risiko av Helseplattformen AS fra mars 2023, selv om erfaringene fra andre land var kjent. Administrerende direktør ved St. Olavs hospital opplyser i intervju at ledelsen etter hvert fikk kjennskap til problemene hos Sundhedsplattformen i Danmark, og hun ble bekymret for om St. Olavs hospital også ville oppleve omfattende problemer. Dette var derfor et viktig tema i møter med administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF og administrerende direktør i Helseplattformen AS. Men de to direktørene mente i liten grad at de problemene innføringen av Sundhedsplattformen hadde møtt, ville inntreffe i Midt-Norge. De ble forsikret om at det var satt inn tiltak for å unngå de samme feilene

²⁷³ [Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen | Helsetilsynet](#)

²⁷⁴ Notat fra medisinsk direktør ved Helseplattformen AS, Nina Kongshaug, 30. april 2024.

Tabell 2 Oversikt over vesentlige risikofaktorer som er identifisert

Risiko	Aktør som identifiserte risikoen	Kapittel i rapporten som beskriver utfordringen
Risiko ved forberedelsene ved St. Olavs hospital		
Mangel på standardisering av arbeidsprosesser/pasientforløp. Manglende endringsledelse. Forhold ved virksomheten som skal ta Helseplattformen i bruk.	Helse Midt-Norge RHF (2017) Den eksterne kvalitetssikringen av revidert innføringsplan (2020) Helseplattformen AS desember 2020–januar 2022 St. Olavs hospital (2020)	Kapittel 3 i del II
Komprimerte testplaner, overlapp mellom test og opplæring, ikke god nok opplæring	Ekstern kvalitetssikring av opprinnelig innføringsplan (2020) Ekstern kvalitetssikring av revidert innføringsplan (2021) St. Olavs hospital (2021, 2022)	Kapittel 3 i del II
Mangel og feil tilgangsstyring	St. Olavs hospital (2022)	
Tilpassing av Helseplattformen til norske brukere		
Epic bygger på erfaring fra tidligere kunder	Ekstern kvalitetssikring av opprinnelig innføringsplan (2020)	Kapittel 3 i del III
Kvalitet / omfang av løsningen og fremdrift i prosjektet for å imøtekomme alle funksjonelle krav	Helseplattformen AS (desember 2020 til januar 2022)	Kapittel 3 i del III
Styring og organisering		
Kompleks beslutningsstruktur / lite effektive beslutninger	Ekstern kvalitetssikring av opprinnelig og revidert innføringsplan (2020, 2021) Helse Midt-Norge RHF (2019)	Kapittel 4 (del III)

Helseplattformen AS
(desember 2020 til januar
2022)

Uklare ansvarsforhold mellom Helseplattformen AS og organisasjonene som skal ta i bruk løsningen	Ekstern kvalitetssikring av revidert innføringsplan (2021)	Kapittel 4 (del III)
Etablering av drifts- og forvaltningsorganisasjon for Helseplattformen	Helse Midt-Norge (2017)	Kapittel 3 (del III)
Tilgang til relevante ressurser (kompetanse og kapasitet), både Helseplattformen AS og Epic-personell; slitasje på ansatte	Helseplattformen AS fra 2020 (både før og etter innføringen ved St. Olavs hospital)	Kapittel 3 (del III)
Oppslutning, samhandling og gevinster		
Reduserte gevinster dersom kommuner og fastleger ikke tar i bruk Helseplattformen	Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (2015)	Kapittel 2 (del III)
	Helse Midt-Norge RHF (2016)	
	Helseplattformen AS mars 2023	
Annet		
Framdrift/forsinkelser	Helse Midt-Norge (løpende)	Kapittel 3 (del II)
	Helseplattformen AS (løpende)	
	St. Olavs hospital HF (løpende)	
Driftsutfordringer i forbindelse med at Helseplattformen settes i drift	Helse Midt-Norge RHF (2022)	Kapittel 1 (del II)
Kostnader	Helse Midt-Norge (oktober 2017 og mars 2018)	Kapittel 1 (del III)
	De månedlige statusrapportene for St. Olavs hospital fram til desember 2022, delkapittel med status for Helseplattformen	

Kilde: Styredokumenter St. Olavs hospital, Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF.

4.3.4 Rapporteringen om risikoreduserende tiltak har vært overordnet

Flere informanter har pekt på at lengre innføringstid har vært brukt som et risikoreduserende tiltak. Det ble lagt inn mer tid i den opprinnelige innføringsplanen, og det har vært flere utsettelse av innføringen, se punkt 3.1.

Gjennomgangen av styredokumenter viser at styrene i Helse Midt-Norge RHF, St. Olavs hospital og Helseplattformen AS har fått informasjon om risikoreduserende tiltak i forbindelse med rapportering av risiko. Tiltakene som trekkes fram, er gjennomgående overordnede, og i noen tilfeller er de de samme over tid. Styrene har fått lite informasjon om gjennomføring og resultater av tiltakene. Mange av de samme risikoene er beskrevet over tid, uten at de blir redusert.

4.3.5 Helse Møre og Romsdal gjennomførte en helhetlig risikoanalyse før innføringen

I januar 2023 og mai 2023 gjorde Helse Midt Norge RHF en vurdering av risiko i forbindelse med nye innføringsplaner for Helse Møre og Romsdal og Helse Nord Trøndelag.²⁷⁵ Det regionale helseforetaket tok opp risikoen for at feilretting og optimalisering av løsninger ikke var ferdigstilt til avtalt tid. Også risikoen for at sluttbrukeren skulle bruke systemet feil, ble tatt opp. Det var også bekymring for økt belastning og slitasje for de ansatte i helseforetakene og i Helseplattformen AS. Helse Midt-Norge RHF trekker også fram tiltak for å redusere risikoen.

Til det ekstraordinære styremøtet i desember 2023 utarbeidet administrasjonen i Helse Møre og Romsdal en risikovurdering av innføringen.²⁷⁶ Helse Møre og Romsdal vurderte Helseplattformens kvalitet med tanke på foretakets evne til å ta i bruk løsningen og samtidig opprettholde ordinær drift. Den 7. desember 2023 vedtok styret i Helse Møre og Romsdal på bakgrunn av vurderinger rundt pasientsikkerhet og forsvarlig drift å anbefale å utsette innføringen av Helseplattformen.

På styremøtet i april 2024 vurderer administrasjonen i Helse Møre og Romsdal risikoen ved å innføre «Helseplattformen» som høy (oransje).²⁷⁷ Administrasjonen lister opp tiltak for å redusere risikoen før løsningen skal settes i drift. Helse Møre og Romsdal oppdaterte risikovurderingen fra desember.²⁷⁸ Det er i tillegg gjort vurderinger av pasientsikkerhet og forsvarlig arbeidsmiljø / HMS. Administrasjonen redegjør for tiltakene som er satt i verk på ulike nivåer i organisasjonen. Administrerende direktør viser i intervju til at Helseplattformen var forbedret siden desember. Han viser til at det er kjente problemer med legemiddelmodulen som vil måtte løses etter hvert som nye versjoner av løsningen blir tatt i bruk, og at dette vil ta tid.

Administrerende direktør viser videre til at sykehuset har en annen risikoprofil enn St. Olavs hospital. Legene i Helse Møre og Romsdal har ulike oppdrag innenfor avdelingen, klinikerne er noe mer generalister og jobber mer «på tvers» enn ved St. Olavs hospital. Helseforetaket har fra før vakante (udekte) legestillinger, og det er en større utfordring for Helse Møre og Romsdal enn for St. Olavs hospital. Samlet sett vil lav kapasitet utover normal drift gi økt risiko under innføringen av Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal.

²⁷⁵ Protokoll fra styremøte HMN RHF 16. mai 2023 – sak 61/23 Revidert innføringsplan Helseplattformen.

²⁷⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal 7. desember 2023, [Sak 92-23 - Vedlegg 14 - Risikoreport HP-styresak 7.12.2023.pdf \(helse-midt.no\)](#)

²⁷⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal 17. april 2024, [Sak 30-24 - Vedlegg 1 - Styresak Topp 10 HMR 1. tertial 2024.pdf \(helse-midt.no\)](#)

²⁷⁸ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal 17. april 2024, [Sak 34-24 - Vedlegg 1 - Pasientsikkerhet ved GoLive - Risikoreport april 2024 med vedlegg.pdf \(helse-midt.no\)](#)

4.4 Styrene forsøkte å redusere risiko, men internrevisjonen fikk en begrenset rolle knyttet til risikovurderinger

4.4.1 Styrene har bestilt evalueringer og gjennomført tiltak underveis

Styret i Helse Midt-Norge RHF har bedt om egne evalueringer etter at problemene oppsto ved innføringen ved St. Olavs hospital.²⁷⁹ Rapporten fra Boston Consulting Group ble lagt fram i august 2023. I forbindelse med styrets behandling av rapporten erkjente administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF at styringen av innføringen av Helseplattformen har vært mangelfull. Helse Midt-Norge RHF har formidlet oppfølging av rapportens anbefalinger blant annet gjennom vedtak i foretaksmøte med helseforetakene i november 2023.²⁸⁰ De har også rapportert om status.²⁸¹

Etter bestilling fra styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok styret i Helseplattformen AS i styremøtet 29. mars 2023 at en ekstern part skulle gjennomføre en revisjon av løsningen Helseplattformen. Etter en ekstern utlysning ble KPMG tildelt oppdraget 24. april 2023.²⁸² Rapporten er en revisjon av løsningen med utgangspunkt i prioriterte og utvalgte risikoområder. Formålet med revisjonen har vært å avdekke om det foreligger flere alvorlige feil, blant annet alvorlige feil i løsningen, manglende overvåking, manglende kritiske driftsrutiner osv. Revisjonen er ikke en komplett gjennomgang, men en risikobasert tilnærming for å identifisere områder der feilsituasjoner kan oppstå.²⁸³

Mange av vedtakene som er fattet av styrene i Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS, har måttet bli behandlet og vedtatt av generalforsamlingen i Helseplattformen AS. På grunn av blant annet utsettelsene og problemene som oppsto i prosjektet, har det også vært avholdt flere ekstraordinære styremøter og generalforsamlinger. Bare i 2023 ble det avholdt fem ekstraordinære generalforsamlinger.

St. Olavs hospital utarbeidet også en egen erfaringsrapport fra det lokale innføringsprosjektet på sykehuset.²⁸⁴

Styret i Helseplattformen AS har også gjennomført tiltak for å styrke selskapets organisering og oppgaveløsning, se kapittel 3 i (del III).

4.4.2 Internrevisjonen fikk på et sent tidspunkt oppdrag knyttet til Helseplattformen revisjonsutvalg

Rapporten fra Boston Consulting Group konkluderer med at internrevisjonen i Helse Midt-Norge ikke har fått tilstrekkelig oppdrag fra styrets revisjonsutvalg.²⁸⁵

Styrets revisjonsutvalg uttrykte 23. mai 2017 at de er tilfredse med at arbeidet med risiko- og kvalitetsstyring i Helseplattformen er etablert på et tidlig stadium i prosjektet og tilgjengelig for kontinuerlig forbedring.²⁸⁶

Styret ba programstyret i Helseplattformen gjennom administrerende direktør om å sikre

- at arbeidet med risiko- og kvalitetsstyring forbedres kontinuerlig og forankres i tråd med føringer i ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren.

²⁷⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 9. mars 2023, sak 39/2023 Ekstern evaluering av innføringen av Helseplattformen ved St Olavs Hospital.

²⁸⁰ Protokoll fra foretaksmøter i helseforetakene 8. november 2023.

²⁸¹ [Sak 63-24 Statusrapport Helseplattformen.pdf \(helse-midt.no\)](#)

²⁸² Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 1. september 2023, sak 75/23.

²⁸³ KPMG, i samarbeid med NEO Consulting, rapporten *Revisjon av løsning – Helseplattformen*, 29. august 2023.

²⁸⁴ Erfaringsrapport Lokalt innføringsprosjekt Helseplattformen. Dato: 01.10.2023. Versjonsnr: 1.0.

²⁸⁵ Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

²⁸⁶ Revisjonsutvalget sak 18/17 [KM_C554e-20171129133337 \(helse-midt.no\)](#), Møteprotokoll styrets revisjonsutvalg 23. mai 2017.

- at føringer i relevante internasjonale standarder for ledelsessystemer, risikostyring, kvalitetsstyring og revisjon blir tatt hensyn til i forbedringsarbeidet.

Internrevisjon la i 2020 fram forslag om mandat for revisjon av ny innføringsplan.²⁸⁷ Mandatet skulle dekke revidert innføringsplan og i hvilken grad Helseplattformen AS har tatt med planusikkerheter i estimatet for revidert innføringsplan. Internrevisjonen anbefalte også å se på behov for revisjon av akseptansetesting. Revisjonsutvalget vedtok ikke forslaget.²⁸⁸

Lederen av internrevisjonen opplyser at det i etterkant er gjort få undersøkelser knyttet til prosjektet.

Internrevisjonen fikk etter rapporten fra Boston Consulting Group var lagt fram et oppdrag fra styret i Helse Midt-Norge i desember 2023.²⁸⁹

²⁸⁷ [Protokoll RU 2020-09-23 \(signert\).pdf \(helse-midt.no\)](#)

²⁸⁸ Helse Midt-Norge RHF sak 16 /20 og sak 20/20.

²⁸⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 13. desember 2023. Sak 147/23 Erfaringsoverføring mht. innføring av Helseplattformen.

5 Helse- og omsorgsdepartementets tilrettelegging og oppfølging av Helseplattformen

I dette kapitlet har vi undersøkt hvordan Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til rette for innføringen av ny journalløsning, og hvordan de har fulgt opp arbeidet.

Relevante revisjonskriterier:

- Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgspolitikken og skal styre og koordinere utviklingen i helsesektoren.
- Økonomireglementet i staten fastsetter at departementet, innenfor gjeldende lover og regler, skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring.
- Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og hvorvidt virksomheten drives i samsvar med de kravene som er stilt i foretaksmøter, og de vilkårene som er satt for å tildele bevilgninger.
- 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.
- En forutsetning for en helhetlig helsesektor er et velfungerende samarbeid mellom statlig og kommunal sektor.
- 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.

Oppsummering:

- Helse- og omsorgsdepartementet ba Helse Midt-Norge RHF om å gjennomføre Helseplattformen som en regional utprøving av målet om «én innbygger – én journal».
- Helse- og omsorgsdepartementet la vekt på kommunal deltakelse i Helseplattformen.
- Helse- og omsorgsdepartementet har laget en ny strategi for digitalisering av sektoren.
- Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse (Helsedirektoratet) om å samarbeide med Helseplattformen.
- Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Midt-Norge RHF om å bidra til å utvikle felles språk.
- Helse- og omsorgsdepartementet har blitt orientert om innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge.
- Helse- og omsorgsdepartementet er opptatt av å høste erfaringer fra Helseplattformen.

5.1 Helse- og omsorgsdepartementets tilrettelegging

5.1.1 Helse- og omsorgsdepartementet ba Helse Midt-Norge RHF om å gjennomføre Helseplattformen som en regional utprøving av målet om «én innbygger – én journal»

Samtidig som Helse Midt-Norge har arbeidet med strategier og avklaringer om IT-løsninger (se kapittel 2 i del II), har nasjonale helsemyndigheter arbeidet med ulike modeller for felles lagring og tilgang til pasientinformasjon. I 2012 resulterte dette i målet om «én innbygger – én journal».²⁹⁰ For å nå målet ønsket regjeringen å modernisere helsesektorens journalløsninger og arbeide med å gjøre sektorens digitale løsninger mer helhetlige.

²⁹⁰ Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*.

Foretaksrådet for 2013 viste til at Helse Midt-Norge er en egnet region for regional utprøving av «én innbygger – én journal».²⁹¹ Helse- og omsorgsdepartementet ba Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett SF og de andre regionale helseforetakene, om å utarbeide forslag til innhold og konkretisering av regional utprøving. Arbeidet skulle skje i samarbeid med KS, kommuner og primærhelsetjenesten i regionen. Den regionale utprøvingen skulle sees i sammenheng med det nasjonale utredningsarbeidet.

Direktoratet for e-Helse og Helsedirektoratet gjennomførte i 2015 en utredning av målet om «én innbygger – én journal».²⁹² Vi skriver mer om utredningen i kapittel 2.

I foretaksrådet den 22. juni 2016 ba Helse- og omsorgsdepartementet Helse Midt-Norge om å gjennomføre Helseplattformen som et regionalt utprøvningsprogram for det nasjonale målbildet «én innbygger – én journal» og som et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.²⁹³ Formålet var en begrenset geografisk utprøving av den nasjonale utviklingsretningen for tidlig å teste samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet understreker i intervju at Helseplattformen i Midt-Norge fortsatt har status som en utprøvningsarena for det som tidligere gikk under benevnelsen «én innbygger – én journal».

5.1.2 Helse- og omsorgsdepartementet la vekt på kommunal deltakelse i Helseplattformen

Mot slutten av 2015 og begynnelsen av 2016 hadde Helse Midt-Norge RHF og Helsedirektoratet en dialog om hvilken rolle Helseplattformen skulle ha i det nasjonale målbildet.²⁹⁴

I februar 2016 skrev Trondheim kommune et brev til Helse- og omsorgsdepartementet for å få et klart signal fra statsråden om at det samarbeidet som var satt i gang mellom kommunene i Midt-Norge og det regionale helseforetaket, hadde en nasjonal forankring i departementet og kunne få status som nasjonal pilot.²⁹⁵ I juni 2016 informerte Helse- og omsorgsdepartementet Trondheim kommune om at statsråden hadde bedt Helse Midt-Norge RHF om å gjennomføre Helseplattformen som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «én innbygger – én journal» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.²⁹⁶

Protokollen fra foretaksrådet i Helse Midt-Norge RHF for 2017 framhever at kommunal deltakelse er en forutsetning for at Helseplattformen kan anses som et regionalt utprøvningsprosjekt.²⁹⁷ Helse Midt-Norge RHF arbeidet derfor ifølge administrerende direktør for å få Trondheim kommune og andre kommuner til å forplikte seg til å delta. Da administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF startet i stillingen, opplevde han at det var det en klar forventning fra Helse- og omsorgsdepartementet om å gjennomføre dette prosjektet i tråd med stortingsmeldingen om «én innbygger – én journal», som innebar en felles journal mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, inklusiv fastlegene.

I 2019 henvendte Trondheim kommune seg til Helse- og omsorgsdepartementet og tok opp behovet for at staten bidrar til å redusere den økonomiske risikoen.²⁹⁸ Bakgrunnen var at Trondheim kommune og andre kommuner som kommer tidlig inn i prosessen, ville bli eksponert for betydelige kostnader i egenskap av å være først. Trondheim kommune opplyste at den ikke kunne forskuttere eller ta risiko for slike kostnader på vegne av andre enn seg selv. Kommunene ba staten om en garanti for at

²⁹¹ Protokoll fra foretaksrådet i Helse Midt-Norge RHF 30. januar 2013 – Krav og rammer m.v. for 2013.

²⁹² Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. (2015, desember). *Utredning av «Én innbygger – én journal»*: V4 Alternativanalyse.

²⁹³ Protokoll fra foretaksrådet i Helse Midt-Norge RHF 22. juni 2016.

²⁹⁴ Dokument 3:14 (2020–2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal*.

²⁹⁵ Trondheim kommune. (2016, 8. februar). *Avklaring av status vedr. Trondheim kommunes tilslutning til samarbeidsavtalen med Helse Midt-Norge RHF om forberedelse og gjennomføring av anskaffelse om nytt felles pasientjournalssystem*. Brev til Helse- og omsorgsminister Bent Høie 8. februar 2016.

²⁹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Status. vedrørende programmet Helseplattformen – Én innbygger – én journal, Trondheim kommunes tilslutning til samarbeidsavtalen*. Brev til Trondheim kommune juni 2016.

²⁹⁷ Protokoll fra foretaksrådet i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2017 – Krav og rammer m.v. for 2017.

²⁹⁸ Trondheim kommune. (2019). *Henvendelse til HOD – Statens rolle i Helseplattformen med å ta risiko på vegne av kommunene*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 11. oktober 2019; Trondheim kommune. (2021). *Tidskritisk å sikre økonomien for Helseplattformen*. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 18. oktober 2021.

kommunene ikke tar økonomisk risiko for andre enn seg selv i det videre arbeidet med Helseplattformen. Helse- og omsorgsdepartementet har etablert låne- og tilskuddsordninger for Helseplattformen, se kapittel 1 (del III).²⁹⁹

5.1.3 Helse- og omsorgsdepartementet har laget en ny strategi for digitalisering av sektoren

Helse- og omsorgsdepartementet har i sine budsjettproposisjoner til og med 2021 skrevet at det å utvikle Helseplattformen som en felles journalløsning i helseregion Midt-Norge har vært viktig for å realisere målet om «én innbygger – én journal».³⁰⁰ I budsjettproposisjonen som ble lagt fram i 2022, er dette målet ikke nevnt.³⁰¹ Målet er at digitale løsninger og bedre digital samhandling skal bidra til at innbyggere får gode, sammenhengende og tilgjengelige tjenester. Deling av pasientens journaldokument skal gi helsepersonell tilgang til journaldokumenter fra andre virksomheter.³⁰²

I 2024 har regjeringen lagt fram en ny strategi for digitalisering, som legger opp til å gå stegvis fram og henter ut gevinster underveis.³⁰³ Bakgrunnen for den nye strategien er erfaringene med store digitaliseringsprosjekter sammen med den teknologiske utviklingen.³⁰⁴ Tilrettelegging for deling av data og effektiv samhandling er viktige elementer i strategien. Strategien legger også vekt på økt standardisering, hvor samhandling i hovedsak er basert på relevante internasjonale standarder, kodeverk og terminologi, med nødvendige nasjonale tilpassinger. Meldingen viser til Helseplattformen og at kommunene i Midt-Norge får en modernisert journalløsning samtidig som innføringen vil gi bedre samhandling i hele helse- og omsorgstjenesten i regionen. Helse- og omsorgsdepartementet understreker i intervju at målbildet overordnet er det samme, og at Midt-Norge fortsatt er en utprøvningsarena for «én innbygger – én journal».

På foretaksrådet i januar 2024 var Helse- og omsorgsdepartementet opptatt av at digitaliseringsarbeidet skal ha en stegvis tilnærming for å redusere risiko og kompleksitet.³⁰⁵ De regionale helseforetakene skal prioritere innføring av nasjonale digitale samhandlingsløsninger og gi helsepersonell tilgang til gode arbeidsverktøy som bidrar til en mer effektiv og trygg arbeidsdag og styrket pasientsikkerhet. Videre merket foretaksrådet seg at de regionale helseforetakene legger vekt på at felles oppdrag og felles planarbeid har vært en driver for økt samarbeid mellom regionene.

5.2 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av det regionale utprøvningsprogrammet i Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF uttalte i forbindelse med behandlingen av investeringene i 2019 at Helseplattformen var godt forankret hos Helse- og omsorgsdepartementet, og departementet har tilrettelagt for investeringer ved å stille til rådighet både lånefinansiering og statstilskudd.³⁰⁶

5.2.1 Departementet har bedt Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse (Helsedirektoratet) om å samarbeid med Helseplattformen

Foretaksrådet i 2016 vedtok å sikre nasjonal representasjon i programstyret for Helseplattformen og nasjonal innflytelse i arbeidet med den.³⁰⁷ Målet var å sikre samarbeid med og innflytelse fra Direktoratet for e-helse. Dokumentgjennomgangen viser at en representant fra direktoratet i tråd med

²⁹⁹ Prop. 117 S (2019–2020). *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2020*. Finansdepartementet.

³⁰⁰ Prop. 1 S (2021–2022). *For budsjettåret 2022*. Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁰¹ Prop. 1 S (2022–2023). *For budsjettåret 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁰² Prop. 1 S (2023–2024). *For budsjettåret 2024*. Helse- og omsorgsdepartementet.

³⁰³ Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*.


³⁰⁴ Regjeringen. (2024, 1. mars). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenester*.

³⁰⁵ Protokoll fra foretaksråd med Helse Midt-Norge RHF 16. januar 2024 – Krav og rammer for 2024.


³⁰⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19.

³⁰⁷ Protokoll fra foretaksråd i Helse Midt-Norge RHF 22. juni 2016.

dette deltok som observatør i programstyret for utviklingen av Helseplattformen. Direktoratet har også gjennomført flere oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til Helseplattformen.

 **Direktoratet for e-helse** Fagorgan på e-helseområdet for helse- og omsorgstjenesten.³⁰⁸ Direktoratet skulle følge med på forhold som påvirker utviklingen av e-helse i helse- og omsorgstjenesten, og gi råd og veiledning på området. Fra 1. januar 2024 er direktoratet slått sammen med Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene pekt på hvor viktig det er at Norsk helsenett SF prioriterer tiltak for å understøtte Helseplattformens behov knyttet til de nasjonale e-hesløsningene som statsforetaket har ansvar for. Helseplattformen ble ikke nevnt i foretaksmøtet for 2024.³⁰⁹

 **Norsk helsenett SF** Et statsforetak som skal ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, og legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling.³¹⁰ Første januar 2020 overtok Norsk helsenett SF ansvaret for forvaltning og drift av nasjonale e-helse løsninger, slik som e-resept, kjernejournal og Helsenorge.³¹¹

En samarbeidsavtale om Helseplattformen ble inngått mellom Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge RHF og Direktoratet for e-helse i 2019. Avtalen regulerte

- samarbeid knyttet til det nasjonale målet om én innbygger – én journal
- nasjonale krav og retningslinjer og Helseplattformens behov for nasjonale beslutninger og føringer
- samarbeid knyttet til integrasjon med de nasjonale løsningene for å ivareta partenes oppdrag

I juni 2020 ble Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF invitert til å stille med hver sin observatør i styringskomiteen for innføringen i helseforetakene. Hensikten med nasjonal deltakelse i Helseplattformens i beslutningsstruktur var å ivareta rollen Helseplattformen har som utprøvingsarena for det nasjonale målbildet «én innbygger – én journal», ytterligere bidra til tett samarbeid og få de nasjonale aktørene til å prioritere Helseplattformen.

Det kommer fram i årsrapportene at Direktoratet for e-helse i de påfølgende årene har samarbeidet med Helseplattformen om nasjonale temaområder, med hovedvekt på kodeverk og terminologi, legemiddelområdet, grunnmur og pasientportal samt samarbeid og erfaringsutveksling knyttet til det nasjonale målbildet «én innbygger – én journal».

Norsk helsenett opplyser i intervju at de ikke har ønsket å forlenge dette trepartssamarbeidet, men har heller inngått en egen avtale om leveranser med Helseplattformen AS. Fordelingen av ansvar er nå tydeligere. I tillegg har Norsk helsenett deltatt i et samarbeidsforum for Helseplattformen og enkelte tekniske arbeidsgrupper.

Helse- og omsorgsdepartementet har også bedt Norsk helsenett om å prioritere aktivitet som er nødvendig for å understøtte innføring av Helseplattformen i kommunene i Midt-Norge.

Helsedirektoratet viser til at økt statlig ansvar for gjennomføringen av de nasjonale samhandlingsløsningene trolig vil kunne gi raskere framdrift mot målet om å sikre sømløse pasientforløp og gode tjenester i hele landet, samt at digitalisering og teknologi må bidra til effektivisering av tjenesten. Sterkere nasjonal styring kan bidra til at felles utfordringer løses én gang. Dette er effektivt og kan bidra til større nytte.

³⁰⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Hovedinstruks for Direktoratet for e-helse*.

³⁰⁹ Protokoll fra foretaksmøte Norsk helsenett SF 15. januar 2024 – Krav og rammer for 2024.

³¹⁰ Norsk helsenett SF. (2022, 23. juni). *Vedtekter for Norsk helsenett SF*.

³¹¹ Norsk helsenett SF. (2020). *Årsrapport 2020*.

5.2.2 Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Midt-Norge RHF om å bidra til å utvikle felles språk

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt flere oppdrag til Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med Helseplattformen:

- innta en lederrolle for helseregionene i arbeidet med standardisert språk SNOMED CT, jf. foretaksmøte 14. januar 2020
- prøve ut en felles legemiddeloversikt gjennom Helseplattformen, jf. foretaksmøte 10. januar 2022
- sørge for at svangerskapsomsorg inngår i arbeidet med Helseplattformen, jf. foretaksmøte 16. januar 2018

Direktørene i Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS, St. Olavs hospital og Helsedirektoratet viser i intervju til at arbeidet med felles språk har vært særlig omfattende.

Helseplattformen bygger på felles språk

Et felles språk bidrar til bedre digital samhandling ved at helsedata dokumenteres, formidles, forstås og brukes på en entydig måte.³¹² Helsedirektoratet viser i intervju til at strukturering av data og oppdaterte kodeverk med støtte til klinisk koding nevnes som sentrale forutsetninger for å realisere visjonen i stortingsmeldingen om «én innbygger – én journal». Helse Midt-Norge RHF viser til at den nasjonale beslutningen om å velge SNOMED CT som «felles språk» og knytte seg til dette arbeidet internasjonalt ble fremskyndet av utviklingsarbeidet og behovene Helseplattformen hadde.³¹³ Se Faktaboks 11 om SNOMED CT.

Faktaboks 11 SNOMED CT

- SNOMED CT³¹⁴ er en systematisk samling av helsefaglige begreper som kan brukes til å dokumentere og dele opplysninger om pasientbehandling. Ved å bruke et felles begrepsapparat skal det bli lettere for de ulike delene av helsetjenesten å kommunisere med hverandre.
- Nasjonalt e-helseråd vedtok i 2016 at Norge skulle søke medlemskap i SNOMED internasjonalt for å benytte internasjonalt helsefaglig terminologi. I 2017 ble Norge det 22. medlemslandet av i dag 49 land.
- Helsedirektoratet anbefaler at SNOMED CT alltid skal vurderes som en alternativ terminologi ved innkjøp og videreutvikling av e-helseløsninger med behov for terminologi.

Kilde: [SNOMED CT – e-helse](#); intervju med Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (tidligere Direktoratet for e-helse) har ansvar for å etablere og forvalte et nasjonalt, standardisert språk i kombinasjon med helsefaglige kodeverk for strukturering av informasjon i journalsystemene i samarbeid med aktørene i sektoren.³¹⁵ Direktoratet skulle bistå Helseplattformen i Midt-Norge med utprøving og innføring.

Helseplattformen har tatt i bruk SNOMED CT som standard språk. Helsedirektoratet (tidligere Direktoratet for e-helse) sier i intervju at de har hypoteser om at SNOMED CT med kobling til andre kodeverk vil gi gevinster for helse- og omsorgstjenesten fordi dataene får en enhetlig beskrivelse, og fordi det legges til rette for deling av data mellom ulike samhandlingsnivåer i helsetjenesten. SNOMED

³¹² Direktoratet for e-helse. (2023, 15. mars). *Årsrapport 2022: Direktoratet for e-helse*.

³¹³ Dokument 3:14 (2020–2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementet styring av arbeidet med Én innbygger – én journal*.

³¹⁴ Shahpori, R. & Doig, C. (2010, juni). Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms direction and its implications on critical care. *Journal of Critical Care*.

³¹⁵ Direktoratet for e-helse. (2023, 15. mars). *Årsrapport 2022: Direktoratet for e-helse*.

CT benyttes til dokumentasjon og samhandling i en rekke land i og utenfor Europa. Direktoratet trekker fram at Helseplattformen er det største prosjektet i Norge som tar i bruk SNOMED CT med kobling til andre kodeverk. Helse Midt-Norge og Helseplattformen har lagt et godt grunnlag for et standardisert språk i helse- og omsorgstjenesten, blant annet gjennom å koble SNOMED CT til andre kodeverk.

Det har vært ressurskrevende for Helseplattformen AS å utvikle felles språk

Fagekspertene på St. Olavs hospital har hatt ansvar for utviklingsarbeidet sammen med Direktoratet for e-helse. Ifølge faglig leder for innføringsprosjektet ved St. Olavs hospital har det vært utfordrende for fagekspertene å fastsette detaljeringsnivået på bruken av kodeverket. Verken Helse Midt-Norge RHF eller Helseplattformen AS bidro med noen konkrete føringer. Vurderingene ble dermed overlatt til hver fagekspert, og resultatet ble at kodene er svært detaljerte på noen områder, mens de er overordnede på andre. Det siste er upresist i praktisk bruk, mens et finoppdelt språk er svært arbeidskrevende for legene.

Arbeidet ble avsluttet i 2023.³¹⁶ Norsk helsenett peker på at terminologien er svært omfattende og er dårlig likt av brukerne fordi den innebærer mye mer «klikk» og tid som går med til å registrere informasjon.³¹⁷ Helsedirektoratet viser til at det kan være flere årsaker til dette.³¹⁸ Faglig leder for innføringsprosjektet ved St. Olavs hospital opplever at SNOMED CT fungerer greit i praktisk bruk, men er likevel usikker på om gevinstene er særlig store sammenlignet med arbeidsinnsatsen som er lagt ned. Gevinstene vil særlig være i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Foreløpig er det imidlertid få fastleger som bruker løsningen.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i intervju at Helseplattformens eneste alternativ til SNOMED CT ville være å bruket språket som ligger i Epic-løsningen, og dette ville ha liten overføringsverdi til de andre helseregionene.

Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord har en mer stegvis tilnærming til innføring av strukturert journal og felles språk tilpasset kliniske strukturingsbehov, nytteverdi og tilgang på ressurser.³¹⁹ Planen er at standardisert språk på sikt skal innføres i øvrige virksomheters journalsystemer og de nasjonale e-helseløsningene.³²⁰ Innføringen vil skje trinnvis på egnede områder og basert på erfaringene med standardisert språk i Helseplattformen. Flere helseregioner tatt i bruk standardisert språk i veiledende planer for sykepleie, og det foregår automatisk innrapportering av kreftmeldinger for prostata fra Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) til Kreftregisteret ved hjelp av standardisert språk.³²¹ Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er det så langt ikke besluttet om de andre helseregionene skal ta i bruk SNOMED CT.

5.2.3 Helse- og omsorgsdepartementet har blitt orientert om innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge

Helse- og omsorgsdepartementet ba i 2019 Helse Midt-Norge om å rapportere om framdrift og risikofaktorer i programmet Helseplattformen.³²² Departementet opplyser at det har hatt månedlige oppfølgingsmøter med Helse Midt-Norge RHF hvor de i hovedsak fikk den samme rapporteringen som styret i Helse Midt-Norge RHF har fått. Helse- og omsorgsdepartementet gikk gjennom rapportene i etterkant. I den første fasen var det anskaffelsen av løsningen og forhold knyttet til pandemien som fikk oppmerksomhet. Helse- og omsorgsdepartementet mener at de har en god plan for oppfølgingen.

³¹⁶ Direktoratet for e-helse. (2023, 15. mars). *Årsrapport 2022: Direktoratet for e-helse*.

³¹⁷ Referat fra intervju med Norsk helsenett 2. februar 2024.

³¹⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august) *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

³¹⁹ Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. (2022, 2. oktober). *Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2022: De regionale helseforetakenes årlige rapportering for journal- og samhandlingsløsninger og hjemmeoppfølging og innbyggertjenester* (versjon 1.0).

³²⁰ Prop. 1 S (2023–2024). *For budsjettåret 2024. Helse- og omsorgsdepartementet*.

³²¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august) *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. Brev til Riksrevisjonen.

³²² Protokoll fra foretaksmøte med Helse-Midt-Norge RHF tirsdag 15. januar 2019.

Oppdraget i 2019 var at Helse Midt-Norge RHF skulle melde inn eventuelle forhold departementet burde gripe inn i.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at de har vært godt informert om risikoene ved innføringen ved St. Olavs hospital. De var forberedt på at det ville bli krevende, men det ble mer krevende enn de hadde ventet. Etter departementets vurdering ville det ha vært et tungt innføringsløp uansett hva man hadde gjort. Selv om innføringen ble noe mer kompleks i kommunene, har departementet fått mange gode tilbakemeldinger fra kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet tok opp status for Helseplattformen i foretaksmøtet 27. oktober 2023.³²³ Foretaksmøtet viste til det pågående arbeidet med innføring av Helseplattformen i Helse Midt-Norge og at det er oppdaget flere feil i systemet. Helse Midt-Norge RHF har satt i gang et betydelig arbeid i regionen for å rette feil og forbedre løsningen. Departementet viser til at innføringen av Helseplattformen krever samarbeid og koordinering og god forståelse av roller og ansvar hos de ulike aktørene. Helse Midt-Norge RHF har som eier et overordnet ansvar for samordning av spesialisthelsetjenesten i helseregionen, blant annet et overordnet ansvar for valg og beslutninger rundt spesialisthelsetjenestens IT-løsninger. Foretaksmøtet uttaler at arbeid med å løse de forholdene som tilsynet har påpekt, fortsatt må ha prioritet, og legger til grunn at arbeidet prioriteres av alle ansvarlige.

På det samme foretaksmøtet høsten 2023 ba departementet Helse Midt-Norge RHF om å

- vurdere organiseringen av det videre arbeidet med innføring og drift av Helseplattformen slik at denne understøtter best mulig samhandling mellom aktørene, tydeliggjør ansvar og roller samt sikrer at de samlede ressursene hos de ulike aktørene benyttes samordnet og effektivt
- vurdere en samling av ressursene i Helseplattformen AS og Helse HF for å styrke kapasitet og kompetanse og sikre best mulig ressursutnyttelse i det pågående arbeidet med feilretting og forbedring av Helseplattformen
- følge opp de særskilte utfordringene ved St. Olavs hospital HF, noe som må skje i tett samarbeid med helseforetaket

5.2.4 Departementet er opptatt av å høste erfaringer fra Helseplattformen

Foretaksmøtet har lagt vekt på at utviklingen av journal- og samhandlingsløsninger og felleskomponenter i de andre helseregionene skal bygge på erfaringene fra Helseplattformen,³²⁴ og har over flere år bedt Helse Midt-Norge RHF om å dele læringspunkter fra arbeidet med Helseplattformen. Helseplattformen AS er særlig blitt bedt om å bidra med erfaringer fra utviklingen av standardisert språk, men også legemidler.³²⁵

Helse Midt-Norge RHF har svart på oppdraget i Felles plan 2023.³²⁶ Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet 2024 gitt Helsedirektoratet et oppdrag om å samarbeide med Helse Midt-Norge RHF om å utarbeide en plan for å innhente og dele relevante læringspunkter fra Helseplattformen.³²⁷ Felles plan anbefaler at temaet «Læring fra Helseplattformen» følges opp i årene fremover, både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.³²⁸

³²³ Protokoll fra foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF 27. oktober 2023.

³²⁴ Protokoll fra foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF 17. januar 2023 – Krav og rammer for 2023.

³²⁵ I 2023 skal erfaringene fra utprøvingen og erfaringene fra Helseplattformen danne grunnlag for videre realisering av pasientens legemiddelliste, jf. Prop. 1 S (2023–2024) Helse- og omsorgsdepartementet.

³²⁶ Intervju av Helsedirektoratet.

³²⁷ Direktoratet for e-helse. (2023, 15. oktober). *Vurdering av de regionale helseforetakenes Felles plan 2023 for IKT-utvikling og digitalisering*. (Notat til Helse- og omsorgsdepartementet 15. oktober 2023).

³²⁸ Direktoratet for e-helse. (2023, 15. oktober). *Vurdering av de regionale helseforetakenes Felles plan 2023 for IKT-utvikling og digitalisering*.

Særlig relevante læringsområder som er trukket fram, er

- strukturert journal og standardisert språk
- legemiddelhåndtering med oppdatert legemiddelliste, virkestoffordinering og
- beslutningsstøtte
- helhetlige pasientforløp med standardiserte arbeidsprosesser
- nye beslutningsstrukturer på tvers av omsorgsnivåer og aktører

Direktoratet for e-helse vil bidra til å dele læringspunktene på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren.³²⁹

Norsk helsenett sier i intervju at Helseplattformen foreløpig ikke har bidratt med erfaringer eller bedre løsninger som de andre helseforetakene kan ta i bruk eller la seg inspirere av, verken for helsepersonell eller innbyggerne. Imidlertid mener Norsk helsenett at målsettingen med Helseplattformen viser hvilke ambisjoner helseforetakene bør ha for samarbeid med kommuner og fastleger. Norsk helsenett mener at Helse Midt-Norge RHF hadde en god analyse av hvilket behov helse- og omsorgstjenesten har for samhandling som grunnlag for sitt arbeid med å modernisere IT-løsningene sine.

³²⁹ Direktoratet for e-helse. (2023, 15. oktober). *Vurdering av de regionale helseforetakenes Felles plan 2023 for IKT-utvikling og digitalisering*.

Vedlegg 5:

Fakta fra felles undersøkelse Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon

Revisjonen er gjennomført i henhold til

- **lov om Riksrevisjonen § 9 andre ledd**
- **instruks om Riksrevisjonens virksomhet § 5 andre ledd**
- **INTOSAI standard for forvaltningsrevisjon (ISSAI 3000)**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for selskapskontroll**
- **Riksrevisjonens faglige retningslinjer for forvaltningsrevisjon**
- **RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon (NKRF) (gjelder for Trondheim kommunerevisjon)**

Innhold

1	Økonomisk styring av Helseplattformen	5
1.1	Oversikt over typer av kostnader	5
1.2	Totalt kostnader til investeringer og utvikling av Helseplattformen er usikre	7
1.2.1	Helse Midt-Norge RHF vedtok rammen for prosjektet	9
1.2.2	Helseplattformen AS har regnskapsmessig avsluttet det sentrale innføringsprosjektet før løsningen var ferdig utviklet og innført	10
1.2.3	Sentrale innføringskostnader i andre kommuner	13
1.3	Kostnader til forberedelser/anskaffelse	14
1.4	Lokale innføringskostnader har blitt høye	15
1.4.1	Kostnader til de lokale innføringsprosjektene i helseforetakene er usikre	15
1.4.2	Trondheim kommune har hatt et prosjektrekskap for innføringen	17
1.4.3	Opsjonskommunenes investeringsutgifter	18
1.5	Driftskostnadene har blitt høyere enn planlagt	18
1.5.1	Tjenesteavtalene regulerer brukernes kostnader til drift	19
1.5.2	Driftskostnadene til helseforetakene har blitt vesentlig høyere enn planlagt	20
1.5.3	Antall kommuner som deler på Helseplattformen sine fellesutgifter blir færre enn planlagt	23
1.6	Innføringen av Helseplattformen har hatt andre økonomiske konsekvenser	25
1.6.1	Merkostnader for helseforetakene har blitt større enn det Helse Midt-Norge RHF planla med	25
1.6.2	Merkostnader i Trondheim kommune	27
1.6.3	Merkostnader i opsjonskommunene	27
1.7	Kompleks økonomimodell – aktørene mener selv det er krevende å få økonomisk oversikt ..	27
1.7.1	Budsjett og regnskapsoppfølging	27
1.7.2	Behov for mer kontroll	27
1.7.3	Helseforetakenes oppfølging	28
2	Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	29
2.1	Helseplattformen legger til rette for omfattende samhandling, men oppslutningen varierer ...	30
2.1.1	Få fastleger og ingen avtalespesialister bruker Helseplattformen, og flere kommuner i regionen bruker den heller ikke	30
2.1.2	Kommunehelsetjenesten i Trondheim opplever at Helseplattformen har lagt til rette for bedre samhandling internt og med spesialisthelsetjenesten	32
2.1.3	Pasient- og pårørendeorganisasjoner mener samhandlingsmulighetene ikke er godt nok utnyttet	32
2.2	Helseplattformen legger til rette for helhetlige pasientforløp mellom påkoblede virksomheter	33
2.2.1	Helseplattformen sikrer umiddelbar deling av pasientopplysninger mellom påkoblede virksomheter	34
2.2.2	Leger og sykepleiere må fortsatt registrere samme informasjon flere ganger	35
2.2.3	Pasienter og pårørende kan registrere informasjon i Helseplattformen, men påkoblede virksomheter benytter i liten grad denne muligheten	39

2.2.4	Helseplattformen samler nødvendig informasjon på ett sted, gir mulighet for søk og åpner for enkel digital kommunikasjon	39
2.3	De tre andre helseregionene samarbeider om utvikling av digital samhandling uten Midt-Norge.....	40
2.3.1	Myndighetene gjennomfører flere utviklingsprosjekter for å sikre digital samhandling på tvers av ulike løsninger	40
2.3.2	De tre andre helseregionene samarbeider om journalløsninger fra DIPS	41
3	Helseplattformen AS' ansvar for utvikling og drift	43
3.1	Om Helseplattformen AS	43
3.2	Eiernes betalingsvillighet har i stor grad vært dimensjonerende for selskapet.....	44
3.2.1	For lite ressurser til å tilpasse grunnløsningen til brukerne	44
3.2.2	Selskapet har knappe ressurser til drift og forvaltning	44
3.3	Tjenesteavtalene oppfattes som utydelige av Helseplattformen AS og kundene.....	48
3.4	Selskapet har manglet tilstrekkelig IT-kompetanse, og det har høy bruk av innleide konsulenter	49
3.4.1	Mangel på IT-kompetanse	49
3.4.2	Høy konsulentbruk	50
3.5	Systemer og rutiner for drift og utvikling har ikke fullt ut vært på plass	50
3.5.1	Det har vært et stort etterslep i behandlingen av innmeldte saker	51
3.5.2	Mangelfull implementering av drifts- og utviklingsprosesser	54
3.6	Det er kulturforskjeller mellom selskapet og leverandøren.....	56
3.7	Det har vært lite samarbeid med Helse Midt-Norges IT-selskap	57
3.8	Brukernes ønsker om forbedringer	58
3.9	Selskapet jobber med mange tiltak for å forbedre svakheter	59
3.10	Helseplattformen AS har hatt dialog med Epic om hvorvidt leveransene er i henhold til kontrakten.....	61
4	Organisering og beslutningsstruktur	62
4.1	Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune har styrt Helseplattformen AS i fellesskap .	62
4.1.1	Aksjeselskap ble betraktet som eneste mulige organisasjonsform og fungerer godt.....	62
4.1.2	Styring av Helseplattformen AS	63
4.1.3	Arbeidet til styret	63
4.2	Den faglige beslutningsstrukturen for prosjektet Helseplattformen har vært kompleks og fragmentert.....	64
4.2.1	Den faglige beslutningsstrukturen involverte alle interessenter i stat og kommune	64
4.2.2	St. Olavs hospital opplever å ha hatt en for lite sentral rolle i beslutningsstrukturen	67
4.2.3	Trondheim kommune opplever at beslutningsstrukturen i hovedsak fungerer godt	68
4.2.4	De høyere nivåene i beslutningsstrukturen tok beslutninger i svært få saker	69
4.2.5	Endringer i strukturen underveis har ikke løst utfordringene	69
4.3	Manglende tillit mellom sentrale aktører i spesialisthelsetjenesten	70
4.3.1	Tillitsutfordringer og konflikter mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten	70

4.3.2	Trondheim kommune har samarbeidet godt med Helseplattformen AS.....	71
4.3.3	Bedret samarbeid mellom helseforetakene og Helseplattformen AS	71

Tabelloversikt

Tabell 1	Styringsramme for Helseplattformen i sentralt innføringsprosjekt i 2023, per aktør. Millioner 2023-kroner.	9
Tabell 2	Kostnader til konsulenter i anskaffelses- og gjennomføringsfasen. Millioner kroner.	12
Tabell 3	Innføringsramme i opsjonskommunene og utgifter per juli 2024. Millioner kroner.....	13
Tabell 4	Trondheim kommunes bokførte utgifter merket Helseplattformen	17
Tabell 5	Helseforetakenes betaling til Helseplattformen AS i 2022 og 2023. Millioner kroner.	20
Tabell 6	Tjenestepriis fordelt på helseforetakene. Millioner kroner.....	21
Tabell 7	Estimerte forvaltnings- og driftskostnader for primærhelsetjenesten i 2026 (millioner 2022-kroner).....	23
Tabell 8	Trondheim kommunes driftsrelaterte kostnader med Helseplattformen. Regnskap og budsjett. Millioner kroner.	24

Figuroversikt

Figur 1	Anslag over samlede kostnader til innføring og utvikling av Helseplattformen (HP) fordelt på ulike formål per oktober 2024	7
Figur 2	Helhetlige pasientforløp og effektive arbeidsprosesser i Helseplattformen	34
Figur 3	Dobbeltregistrering av informasjon om pasienter	36
Figur 4	Sykehuslegers behov for tilgang til pasientopplysninger fra fastlegene gjennom Helseplattformen.....	37
Figur 5	Fastlegene i Trondheims opplevelse av informasjonsdeling med kommunen og St. Olavs hospital etter innføringen av Helseplattformen	38
Figur 6	Antall innmeldte saker til Helseplattformen AS fra St. Olavs hospital, Trondheim kommune og Helse Møre og Romsdal siden mai 2022	51
Figur 7	Andel innmeldte saker til Helseplattformen AS fra St. Olavs hospital, Helse og Møre og Romsdal og Trondheim kommune fordelt på prioritet i perioden mai 2022 til januar 2024 (antall i parentes).....	52
Figur 8	Innmeldte og løste saker fra St. Olavs hospital og Trondheim kommune	53
Figur 9	Forbedringsområder som leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital ønsker å prioritere, respondentene kunne sette flere kryss.....	58
Figur 10	Opprinnelig felles faglig beslutningsstruktur	66

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Det sentrale innføringsprosjektet	8
Faktaboks 2	Tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet og Statsforvalterne til kommunene.....	14
Faktaboks 3	Fordeling av kostnader mellom stat og kommune.....	19
Faktaboks 4	Vanskelig å sammenligne IT-driftsutgifter mellom helseforetakene	23
Faktaboks 5	Tilnærminger og ambisjonsnivåer for digital samhandling	30
Faktaboks 6	Administrative bestemmelser i kontrakten	55
Faktaboks 7	Grunnlaget for beslutningsstrukturen for Helseplattformen	65
Faktaboks 8	Prosjektstyringsstruktur i Helseplattformen	67

1 Økonomisk styring av Helseplattformen

I dette kapittelet undersøker vi styringen og oppfølging av kostnadene til investering og utvikling av Helseplattformen samt kostnadene brukerne må betale for å benytte seg av Helseplattformen.

Relevante revisjonskriterier

- Styret skal fastsette budsjettet og planene for foretakets virksomhet.
- Ressursene skal utnyttes best mulig.
- Helse- og omsorgsdepartementet ba i 2012 Helse Midt-Norge RHF om å sikre realistisk budsjettering.
- God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomhetene i foretaksgruppen.
- Styret skal holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med de lovpålagte målene, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet og vedtatte planer og budsjetter.
- I henhold til reglement for økonomistyring i staten skal Helse- og omsorgsdepartementet sikre at statlige midler brukes og inntekter oppnås i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger. Statlige midler skal brukes effektivt, og statlige mål og resultatkrav skal oppnås.
- Kommuneloven stiller krav til at det utarbeides realistiske planer for kommunens virksomhet og økonomi. Trondheim kommunes økonomireglement stiller også krav til budsjettrealisme, fullstendighet og krav til økonomirapportering.

Oppsummering

- De totale kostnadene til investeringer og utvikling av Helseplattformen er usikre.
- Helseplattformen AS har regnskapsmessig avsluttet det sentrale innføringsprosjektet før løsningen var ferdig utviklet og innført.
- Lokale innføringskostnader har blitt høye.
- Driftskostnadene har blitt høyere enn planlagt.
- Antall kommuner som deler på Helseplattformen sine fellesutgifter blir færre enn planlagt.
- Økonomimodellen er kompleks, og aktørene mener selv det er krevende å få god økonomisk oversikt.

1.1 Oversikt over typer av kostnader

Kostnadene til Helseplattformen som helhet kan deles inn i

- sentrale innføringskostnader (investeringer og tilrettelegging av løsningen)
- lokale innføringskostnader i helseforetak og kommuner
- driftskostnader
- indirekte kostnader som følge av mindre effektiv drift

Helse Midt-Norge RHF har også hatt kostnader til blant annet arbeidet med å anskaffe løsningen.

De største direkte kostnadene i innføringsfasen omfatter betaling til leverandøren av løsningen og konsulentutgifter.

Helseplattformen AS rapporterer nå på fire elementer:¹

¹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 7. mars 2024, sak 27/24 Statusrapport Helseplattformen. Innføring i nye helseforetak er nytt rapporteringspunkt. Tidligere rapporterte de om tre andre elementer, jf. protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 9. mars 2023, sak 34/23 Statusrapport Helseplattformen.

- *Det sentrale innføringsprosjektet* (Helseplattformen Main Project), som startet i 2019 og omfattet etablering og innføring av systemet i Trondheim kommune og St. Olavs hospital HF², Helse Møre og Romsdal HF³, Helse Nord-Trøndelag HF⁴ og to fastlegekontor.⁵
- *Innføring i nye helseforetak*. Dette er delprosjekter etablert som følge av utsatt produksjonssetting for Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal.
- *Innføringsprosjekter* som er knyttet til andre kommuner enn Trondheim (opsjonskommuner).
- *Drift og forvaltning av Helseplattformen AS* (herunder lisensbetaling til Epic for blant annet support og vedlikehold av programvaren).

Prosjektet har definert tre kundegrupper som skal betale for driften av løsningen: 1) helseforetak, 2) Trondheim kommune og 3) opsjonskommuner.⁶ I tillegg er det planlagt at fastlegene og avtalespesialistene skal bruke systemet, og betale driftskostnader.

Aktørene som er intervjuet, har uttalt at det har vært krevende å få oversikt over økonomien i prosjektet. Figur 1 viser et usikkert anslag over kostnadene til ulike elementer i innføringen. Figuren er sammensatt av regnskapstall, budsjettall og framtidig prognoser. Det er usikkerhet hva kostnadene blir til slutt, men figuren gir en illustrasjon over kostnadsbildet.

Det er usikkerhet om innføringskostnadene fordi Helseplattformen ikke er innført i Helse Nord-Trøndelag og Helseplattformen ikke er ferdig utviklet for fastlegene og avtalespesialistene. Anslaget over innføringskostnader i helseforetakene er konservativt. Helse Midt-Norge har stilt 1,9 milliarder kroner til disposisjon for helseforetakene i perioden 2020–2026 for å redusere risikoen ved innføring av Helseplattformen. Helseforetakene har opplyst at 971 millioner kroner av disse midlene er direkte knyttet til innføringen av Helseplattformen hittil og det er dette beløpet som er inkludert i figur 1.

De framtidige driftskostnadene er også usikre.

² Heretter omtalt som St. Olavs hospital.

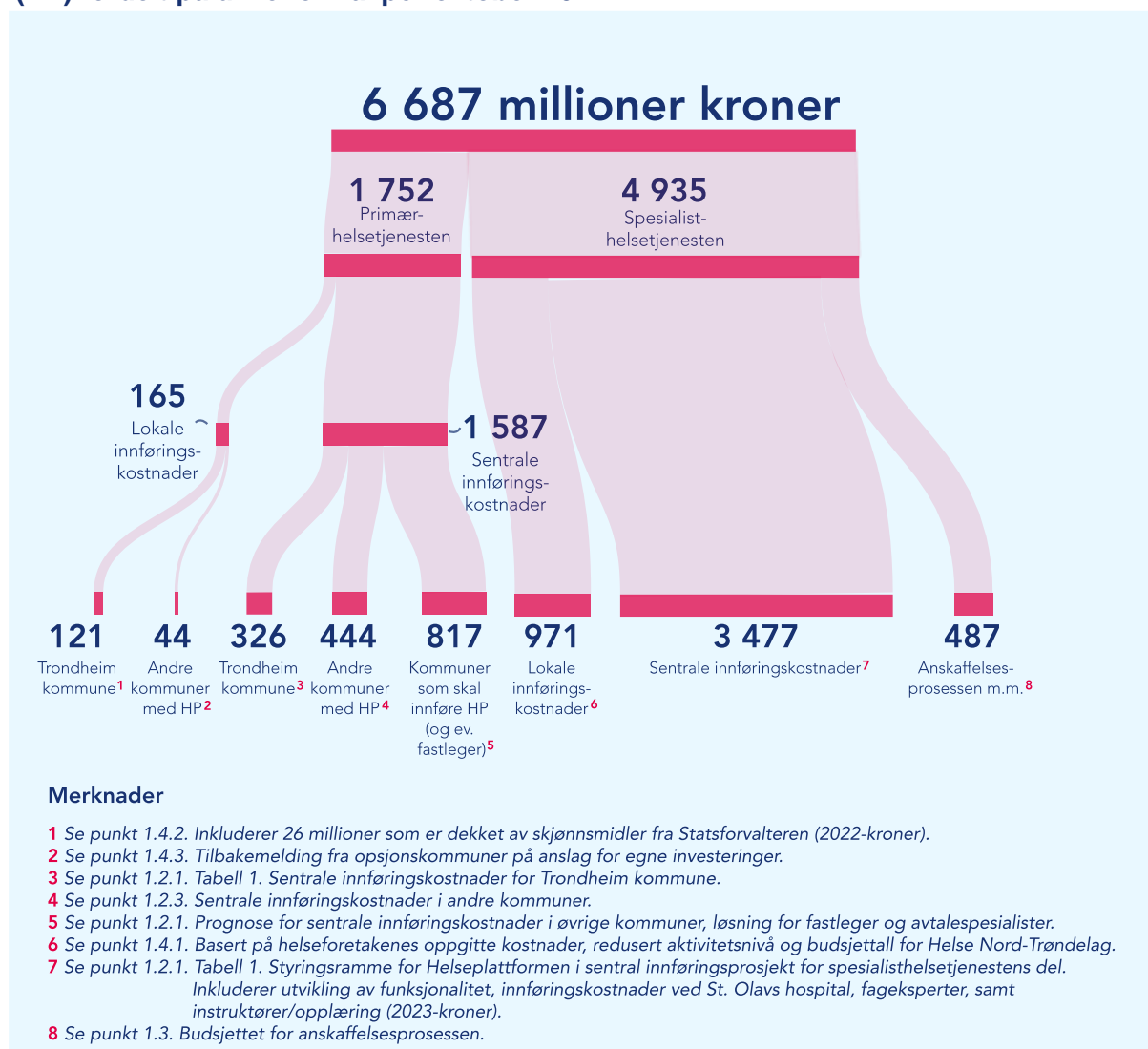
³ Heretter omtalt som Helse Møre og Romsdal.

⁴ Heretter omtalt som Helse Nord-Trøndelag.

⁵ Senere ble innføringen av de to gjenstående helseforetakene tatt ut av det sentrale innføringsprosjektet.

⁶ Styremøte i Helseplattformen AS 28. februar 2022, sak 19/22 Tjenesteavtaler for kommuner og helseforetak.

Figur 1 Anslag over samlede kostnader til innføring og utvikling av Helseplattformen (HP) fordelt på ulike formål per oktober 2024



Kilde: Riksrevisjonen basert på informasjon mottatt fra Helse Midt-Norge RHF, helseforetakene, Trondheim kommune og Helseplattformen AS.

1.2 Totale kostnader til investeringer og utvikling av Helseplattformen er usikre

Hvilke kostnader som skal finansieres gjennom det sentrale innføringsprosjektet, er regulert i kontrakten med leverandøren, Epic⁷, og listet opp i styresak 10/2019 *Investering i Helseplattformen* og i konseptrapporten, som gjengitt i faktaboks 1.⁸ Det sentrale innføringsprosjektet er fordelt på spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, se figur 1.

⁷ Helse Midt-Norge RHF. (u.å.) *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: T Appendix 6 Price and Pricing Provisions, Based on SSA – T. Case number: 2016/238.*

⁸ Helse Midt-Norge RHF. (2017, 30. november). Konseptrapport, kapittel 9.2 Overordnede forutsetninger.

Faktaboks 1 Det sentrale innføringsprosjektet

Det sentrale innføringsprosjektet (Helseplattformen Main Project) består av

1. Utvikling av løsningen, inkludert all funksjonalitet for spesialist- og primærhelsetjenesten
2. Innføring i de tre helseforetakene, i Trondheim kommune og to fastlegekontor
 - Kostnader forbundet med opsjonsaktører (det vil si øvrige kommuner i helseregionen).
 - Det enkelte helseforetak og kommune bærer kostnader for egen ressursinnsats ved lokale innføringsprosjekter og praktisk gjennomføring av «datavask»/-oppdrydding.
 - Det var planlagt med frikjøp av noen ressurser fra helseforetakene i det sentrale innføringsprosjektet:
 - lokal innføringsleder i 100 prosent stilling samt en ledende ressurs i 50 prosent stilling
 - 40 fulltidsengasjerte (FTE) fageksperter fra august 2019 til oktober 2021
 - 42 fulltidsengasjerte sertifiserte instruktører som skulle drive opplæring i de tre siste månedene før løsningen ble tatt i bruk ved St. Olavs hospital, og 30 fulltidsengasjerte hos de to andre helseforetakene
 - Investeringer i lokale tekniske «tilpassingsbehov» (lokale nettverk, periferiutstyr og lignende) skal ivaretas gjennom ordinære oppgraderings- og gjenanskaffelsesinitiativer.

Kilde: Helse Midt-Norge RHF styresak 10/2019: Investering i Helseplattformen og Konseptrapport (2017)⁹

Helse Midt-Norge RHF fikk i 2019 tildelt lån fra Stortinget¹⁰ til etablering av Helseplattformen. Lånerammen utgjør 70 prosent av forventet investeringskostnad for spesialisthelsetjenestens del av prosjektet, det vil si 2 140 millioner 2019-kroner.¹¹



Bakgrunnen for lånet Helseforetakene har ikke mulighet til å ta opp ordinære lån.¹² Når det gjelder store prosjekter med en kostnadsramme over 500 millioner kroner, kan de regionale helseforetakene søke og ta opp lån fra staten. De har adgang til å låne inntil 70 prosent av de estimerte prosjektkostnadene, jf. Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, jf. Innst. 206 S (2015–2016).

I samarbeidsavtalen mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune ble det avtalt at 70 prosent av felleskostnadene til investering og drift¹³ skal dekkes av Helse Midt-Norge, og 30 prosent skal dekkes av primærhelsetjenesten (kommunene/fastlegene).¹⁴ Kostnader som ikke finansieres gjennom innvilget lån eller tilskudd, som behov for ytterligere investeringer, må egenfinansieres av de respektive virksomhetene.¹⁵

Det er foreløpig usikkert hvor store merkostnader det vil få å innføre Helseplattformen i Midt-Norge. Kostnadsøkningen skyldes utfordringer med feil ved selve løsningen og tilretteleggingen av den samt utsettelse og forsinkelser i innføringen. Det er usikkert hva gjenstående arbeid vil koste, og det er også diskusjoner mellom Helseplattformen AS og leverandøren Epic når det gjelder hvor mye leverandøren skal dekke av den nye fastlegemodulen, og hvordan de skal fordele kostnadene for utsettelsen av innføringen i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag, se punkt 3.10.¹⁶

⁹ Dette er også regulert i kontrakten med Epic, jf. T Appendix 3 Project and Progress Plan – Case number: 2016/238.

¹⁰ Jf. blant annet Prop. 1 S (2018–2019). Helse- og omsorgsdepartementet.

¹¹ Protokoll fra foretaksmøte Helse Midt-Norge RHF 15. januar 2019 – Krav og rammer m.v. for 2019.

¹² Helseforetaksloven § 33.

¹³ I 2016 ble det satt i gang et arbeid i regi av Helseplattformen knyttet til kostnadsfordeling av antatte felleskostnader til både investering og drift. Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 15. desember 2016, sak 96/16 Lånesøknad IKT.

¹⁴ Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2019, 18. november). *Samarbeidsavtale Helseplattformen – bilag 3 Økonomiske forhold*.

¹⁵ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19 Investering i Helseplattformen.

¹⁶ Notat fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helseplattformen AS om anskaffelsesrettslig vurdering av endring i kontrakt med Epic 2. mai 2024.

1.2.1 Helse Midt-Norge RHF vedtok rammen for prosjektet

Det formelle vedtaket om investering i Helseplattformen ble gjort på styremøtet i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019.¹⁷ Styringsrammen per aktør i 2023 er vist i tabell 1.

Tabell 1 Styringsramme for Helseplattformen i sentralt innføringsprosjekt i 2023, per aktør. Millioner 2023-kroner¹⁸.

Aktør	Helse Midt-Norge RHF ¹⁹	Trondheim kommune ²⁰	Øvrige kommuner	Fastleger	I alt
	2 963 ²¹	326	555	262	4 106 ²²

Kilde: Talloppstilling mottatt fra Helseplattformen AS.²³

Helseplattformen AS opplyser at de har holdt seg innenfor styringsrammen for det sentrale innføringsprosjektet med et lite mindreforbruk.²⁴ Imidlertid er prosjektets omfang redusert ved at innføringen i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag ble flyttet til neste fase av prosjektet. Det er også usikkerhet, da regnskapet ble avsluttet før løsningen var ferdig utviklet, jf. punkt 1.2.2. Styrelederen i Helse Midt-Norge RHF mener det er krevende å vite hva innføringen av Helseplattformen har kostet Helse Midt-Norge totalt, men legger vekt på at Helse Midt-Norge sin andel av prosjektet er innenfor styringsrammen P85. De sentrale innføringskostnadene ligger inne i figur 1 som den største grenen med sentrale innføringskostnader - til sammen 3 477 millioner kroner. Beløpet består av sentralt innføringsprosjekt med 2 963 millioner kroner og anslag på kostnad til innføring i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag med 514 millioner kroner.²⁵ Se også punkt 3.10 om kontraktsoppfølging.

Mye av utbetalingene fra Helseplattformen AS har gått til de to hovedleverandørene og konsultantselskaper:

- Epic Trondheim AS, som er hovedleverandør, har i perioden 2019–1. halvår 2024 mottatt i overkant av 1,2 milliard kroner fra Helseplattformen AS.²⁶ Kontraktsverdien for anskaffelsen var 1,2 milliarder kroner ved inngåelse og omfatter lisenser, tjenestekjøp og ti års vedlikehold.²⁷

¹⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19, jf. protokoll fra styremøte 14. mars 2019, sak 26/19. Kostnadsanalysen viser en styringsramme på 2 863 millioner kroner og risikoavsetning på 243 millioner kroner for Helse Midt-Norge RHF's del av Helseplattformen. Investeringene i kostnads- og usikkerhetsanalysen inndelt i følgende to deler: 1) aktiverbare investeringer og 2) investeringsrelatert drift. Aktiverbare investeringer er kostnader som kan aktiveres og balanseføres, mens investeringsrelatert drift er engangskostnader som er en direkte konsekvens av at investeringsprogrammet gjennomføres, men som regnskapsmessig vil måtte behandles som driftskostnader.

¹⁸ Rammen justeres med prisnivået.

¹⁹ Helseforetakenes kostnader dekkes av RHF-ets ramme.

²⁰ Bystyret i Trondheim kommune fattet vedtak om investeringen 29. august 2019, sak 103/19. Bystyrets rammer er større, da bystyrets ramme i tillegg inneholder egne utgifter med innføringen. Til Helseplattformen AS er rammen gitt som videre utlån som er blitt tilbakebetalt i forbindelse med kjøp av engangslisens. Rammen på 326 millioner kroner er prisnivåjusterte tall per 2023.

²¹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 16. februar 2023, sak 20/23 Helseplattformen – økonomiske konsekvenser av ny fremdriftsplan: Styringsrammen P50 som er bevilget fra Helse Midt-Norge RHF til Helseplattformen AS, er 2 963 millioner i 2023-kroner. Betegnelsen P50 for styringsrammen innebærer den rammen de med 50 prosent sannsynlighet vil holde kostnadene innenfor. Dette er det kostnads målet prosjektet skal styres etter. I tillegg er det i langtidsbudsjett 2023–2032 for Helse Midt-Norge RHF budsjettert med en risiko- og usikkerhetsavsetning på 600 millioner kroner, som minst tilsvarer det nivået de med 85 prosent sannsynlighet forventer å holde prosjektet innenfor (P85).

²² Prisjustert ramme: Rammen på 4 106 millioner kroner kommer fram ved at man tar den opprinnelige rammen på 3 531 millioner kroner, som oppjusteres årlig fram til og med 2023 (benyttes av Helse Midt-Norge RHF).

²³ E-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen 15. februar 2024 med svar på spørsmål stilt 17. januar 2024. Bekreftet i Helseplattformen AS sin tilbakemelding av 15. august 2024 på Riksrevisjonen henvendelse av 20. juni 2024

²⁴ 64,6 millioner kroner i henhold til protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 27. oktober 2023, sak 99/23.

²⁵ Tallet er verifisert av Helse Midt-Norge 5. september 2024.

²⁶ Tall mottatt fra Helseplattformen AS per 30. juni 2024 – 1 248 535 kroner. Jf. Helse Midt-Norge RHF. (u.å.). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: V Appendix 7 Price and pricing provisions. Based on SSA-V – Case number: 2016/238.*

²⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 14. mars 2019, sak 26/19 Investering i Helseplattformen – ny felles elektronisk pasientjournal, fullmakter, signering av kontrakt og tildeling av styringsrammer. Total kontraktsforpliktelse ved signering utgjør 662 millioner kroner i lisenser og leverandørtjenester og 56 millioner kroner i årlig vedlikehold. Av dette utgjør Helse Midt-Norges RHF's forpliktelse 575 millioner kroner i lisenser og leverandørtjenester og 53 millioner kroner i årlig vedlikehold forutsatt en kostnadsfordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten på hhv. 70 prosent og 30 prosent; Helse Midt-Norge RHF. (2019, 21. mars). [Signerte kontrakten om ny pasientjournal](#).

- IBM (International Business Machines AS), som har levert tilgangsstyringsmodulen som Helseplattformen benytter, har mottatt 141 millioner kroner i perioden 2019 – 1. halvår 2024.²⁸ Avtalen har en samlet kontraktsverdi på 445 millioner kroner dersom alle opsjoner blir løst ut.

I tillegg har det gått betydelige beløp til konsulent tjenester, se tabell 2 i punkt 1.2.2.

Helse Midt-Norge RHF har ikke satt av midler til tilpassing av løsning og innføring hos avtalespesialistene.

1.2.2 Helseplattformen AS har regnskapsmessig avsluttet det sentrale innføringsprosjektet før løsningen var ferdig utviklet og innført

Per 30. juni 2023, da Helseplattformens sentrale innføringsprosjekt ble avsluttet,²⁹ var løsningen utviklet for spesialist- og kommunehelsetjenesten og innført ved St. Olavs hospital, i Trondheim kommune og i ytterligere seks³⁰ kommuner.

Helseplattformen AS la i oktober 2023 fram en sak for styret angående avslutning av det sentrale innføringsprosjektet.³¹ Styret godkjente det endelige regnskapet for det sentrale innføringsprosjektet, som viser at regnskapet pr 30. juni 2023 var belastet med 3 455 millioner kroner. I tillegg er det gjort en avsetning på 377,6 millioner kroner til avtalte leveranser som pr 30. juni 2023 ikke er belastet regnskapet.

Det gjensto arbeid da hovedprosjektet ble avsluttet

Sammenlignet med konseptrapporten og kontrakten med Epic gjensto det å utvikle funksjonalitet for fastlegene / avtalespesialistene, innføre løsningen for fastlegene / avtalespesialistene og innføre løsningen i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag. Når det gjelder utsettelsen i de to helseforetakene, er det ikke signert avtale med Epic for den reviderte planen som endelig avtaler endringen i Epics målpris. Disse kostnadene håndteres utenfor hovedprosjektet, som en del av «prosjekt innføring Helse Møre og Romsdal» og prosjekt innføring i Helse Nord-Trøndelag.³² Rammen til innføring i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag er 522 millioner kroner.³³

Den regnskapsmessige avslutningen av det sentrale innføringsprosjektet 30. juni 2023 innebar ikke at Helseplattformen AS regnet alle deler av prosjektet som gjennomført. Det er gjort avsetninger av gjenværende ramme for restanser etter prosjektet. Det det var imidlertid restanser i leveransen, flere feil i løsningen og endringsønsker for å få bedret funksjonalitet som Helseplattformen AS ikke har gjort avsetninger for.



Avsetning Innen regnskap og næringsvirksomhet betyr avsetning å sette av penger til forventede utgifter eller tap som man antar vil komme i fremtiden.

Avsetningene i avslutningsregnskapet på 377,6 millioner kroner var kjente kostnader som man forventet ville påløpe på et senere tidspunkt.

Det ble ikke gjort avsetninger for risiko eller andre uforutsette kostnader. På et ekstraordinært styremøte i mai 2023 besluttet styret i Helse Midt-Norge RHF å gi administrerende direktør fullmakt til å øke bruken av risikoavsetningen for Helseplattformen til innføring i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal.³⁴

²⁸ Tall mottatt fra Helseplattformen AS per 30. juni 2024.

²⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 21. juni 2023, sak 69/23 Helseplattformen (saksframlegg per 19. juni 2023).

³⁰ Røros, Os, Holtålen, Indre Fosen, Ørland og Åfjord, jf. Helseplattformen AS' årsberetning 2022 – mars 2023.

³¹ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 25. oktober 2023, sak 99/23 Avslutning Helseplattformen Main Project HMP.

³² Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 25. oktober 2023, sak 99/23 Avslutning Helseplattformen Main Project HMP.

³³ Helse Midt-Norges oversikt presentert i møte med Riksrevisjonen 27. august 2024.

³⁴ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 16. mai 2023, sak 61/23 Revidert innføringsplan Helseplattformen.

I avslutningsregnskapet til Helseplattformen AS oppgir selskapet at dette gir et positivt resultat på 64,6 millioner kroner mot rammen for det sentrale innføringsprosjektet, som per juni 2023 var på 3 897 millioner kroner.³⁵ I etterfølgende perioder har Helseplattformen AS redusert eller oppløst enkelte av avsetningene som følge av faktiske kostnader. Fra avslutningsregnskapet for hovedprosjektet ved utgangen av juli 2024 gjenstår 229,3 millioner kroner.³⁶ I økonomirapporten i mars 2024 framgår det at avslutningen av det sentrale innføringsprosjektet pågår som planlagt, og det har ikke dukket opp forhold som avviker vesentlig fra de vurderingene som ble tatt sommeren 2023. Det påløper hver måned kostnader til fastlegeprosjektet i tillegg til at avsetninger gjort 30. juni 2023 reduseres i takt med levert tjeneste.³⁷

Årsaken til at avsetningene ved avslutningen av det sentrale innføringsprosjektet blir såpass store, er tidsforskjellen mellom økonomisk avslutning av prosjektet og kontraktuell avslutning av prosjektet. Den kontraktuelle avslutningen vil først skje etter at det siste helseforetaket har tatt i bruk løsningen, og den aller siste kontraktsbetalingen vil skje et gitt antall måneder etter dette igjen.³⁸

Det er ikke er avsatt midler for alle restanser i avslutningsregnskapet

I styringskrav og rammer for Helseplattformen AS for 2023 står det at restanser etter avslutningen sommeren 2023 skal dokumenteres, og at selskapet skal avklare med eierne om og hvordan restansene skal overføres som oppgaver til driftsorganisasjonen.³⁹ Det er planlagt at kostnadene skal dekkes av overskuddet etter at det sentrale innføringsprosjektet er avsluttet.⁴⁰

Helseplattformen AS planlegger nå hvordan midlene i praksis skal benyttes til å dekke det som gjenstår av restanser i løsningen, og dette skal være tema i kundemøter framover.

I avslutningsregnskapet ble det listet opp restanser på fire områder som det per i dag ikke er avsatt midler til, og det er ikke beregnet hva disse områdene samlet sett vil koste:⁴¹

- *Kontraktsmessig eller besluttet og bestilt funksjonalitet som ikke er levert i det sentrale innføringsprosjektet.* Dette er avtalefestet utvikling⁴², og det er anslått at dette til sammen kan koste i underkant av 50 millioner kroner.
- *Arbeid / etterarbeid i det sentrale innføringsprosjektet som ikke var ferdigstilt 30.06.23.* Dette inkluderer utestående feil som ikke er rettet (2 812 åpne hendelser per 30.06.23), og annet etterarbeid som ikke ble ferdigstilt⁴³. Dette er anslått til å komme på i overkant av 30 millioner kroner.
- *Utvikling, pilotering og innføring av Helseplattformen for fastleger.* Planen forutsatte innføring våren 2022 med utrulling fra 2022 til høsten 2025. Planen er to til tre år forsinket, det er behov for utvikling, og det er noen framtidige valg som fører til stor forskjell i finansieringsbehov.⁴⁴ Det framkommer av styrepapirer sommeren 2024 at de gjenværende midlene avsatt til

³⁵ I henhold til Helseplattformens svar til Riksrevisjonen av 15. februar 2024 vedrørende forskjell mellom prisjustert ramme på 4 106 millioner kroner og prisjustert ramme på 3 897 millioner kroner i sak 35/23 Budsjett 2023: Dette er for alle praktiske formål de samme størrelsene, men de baserer seg på to ulike forutsetninger. Tallet 3 897 millioner kroner (tabell 3) kommer fram gjennom prisjustering av årlig ubenyttet ramme – hvilket er den tradisjonelle måten å justere prosjektrammer på. Rammen på 4 106 millioner kroner kommer fram ved at man tar den opprinnelige rammen på 3 531 millioner kroner som oppjusteres årlig fram til og med 2023 (benyttes av Helse Midt-Norge RHF).

³⁶ Helseplattformen AS sitt svar til Riksrevisjonen av 16. august 2024. Årsaken til de store avsetningene i HMP skyldes tidsforskjellen mellom økonomisk avslutning av prosjektet og kontraktuell avslutning av prosjektet.

³⁷ Økonomirapport for Helseplattformen AS mars 2024.

³⁸ Økonomirapport for Helseplattformen AS mars 2024; Helse Midt-Norge RHF. (u.å.). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: V Appendix 7 Price and pricing provisions, Based on SSA-V – Case number: 2016/238*; vedtatt på ordinær generalforsamling i Helseplattformen AS 27. april 2023.

³⁹ Vedtatt på ordinær generalforsamling i Helseplattformen AS 27. april 2023.

⁴⁰ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 8. mars 2024, sak 16/24 Disponering av overskudd HMP.

⁴¹ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 25. oktober 2023, sak 99/23 Avslutning Helseplattformen Main Project HMP.

⁴² Inkluderer for eksempel Beacon-protokoller, E-Multidose (avsatt utvikling, men ikke ressursbruk), automatisering av sending av fakturafilere via SAP-integrasjon og bestillinger om utvikling hvor ressursbruk ikke er avsatt til blant annet mottak, utvikling, tilpassinger i løsningen mot annen funksjonalitet osv.

⁴³ Tilpassinger til Service Now, evaluering av opplæring, utvikling og innføring av PAM, rapporter for virksomhetsstyring, arbeid med revisjoner knyttet til GDPR, DPIA, IKT-sikkerhet og dokumentasjon.

⁴⁴ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 8. mars 2024, sak 15/24 Plan for utvikling og innføring av fastlegeløsning.

fastlegeløsningen ikke er tilstrekkelig til både å ferdigstille løsningen med etterfølgende innføring i helseforetakene.⁴⁵ Se også punkt 3.10 om oppfølging av kontrakten.

- Per 31. desember 2023 var det 94,3 millioner i resterende midler fra statslånet på 249 millioner til dekning av kostnader for fastlegeløsningen. Midlene skal dekke alle aktiviteter forbundet med produktutvikling, pilotering og innføring av fastlegeløsningen. Det vil ikke være tilstrekkelige midler i statslånet til å dekke framtidige innføringskostnader for fastlegeløsningen. Estimert ekstra behov for å dekke innføringsaktiviteter vil være 82,9 millioner. En rekke variabler vil kunne påvirke total kostnader for innføring.⁴⁶ De gjenværende midlene er ikke tilstrekkelige til både å ferdigstille løsningen og innføre løsningen.⁴⁷
- *Ønsker om endring, utvikling og optimalisering fra aktørene:* St. Olavs hospital har registrert en lang rekke optimaliserings- og endringsønsker. Trondheim kommune har også levert egne lister med ønsker om endring, utvikling og optimalisering. Listene omfatter arbeid som ikke ble fullført før produksjonssetting. Listene med ønsker om endringer og utvikling er ikke i like stor grad som de andre punktene formelt avtalte leveranser.⁴⁸

Kostnadene til konsulenter ble større enn fastsatt i rammeavtale

Konsulentutgifter er oppgitt i tabell 2.

Tabell 2 Kostnader til konsulenter i anskaffelses- og gjennomføringsfasen. Millioner kroner.

	Ernst & Young AS	Andre selskaper	Totalt 2014–2023
2014–2019	162 ⁴⁹	47 ⁵⁰	209
2019–1 halvår 2024	735 ⁵¹	448 ⁵²	1 183
SUM	897	495	1 392

Kilde: Boston Consulting Group og opplysninger fra Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS.

Kostnadene til konsulenter i perioden 2014–2019 på til sammen 209 millioner kroner er ikke en del av styringsrammen, jf. tabell 1, men inngår i kostnadene til forberedelse og tilhørende prosjekter, grenen ytterst til høyre i figur 1. Resten inngår i sentrale innføringskostnader.

Helse Midt-Norge RHF inngikk 5. mai 2015 en rammeavtale med Ernst & Young AS for å sikre tilgang til kompetanse på viktige fagfelt hvor erfarne program- og prosjektkonsulenter skulle bistå i anskaffelsesprosjektet.⁵³ Helseplattformen AS fortsatte å benytte selskapet, og de har vært engasjert i hele prosjektperioden. Avtalen hadde opprinnelig en varighet på tre år, med mulighet for forlengelse i to år. Den samlede kontraktsverdien ble estimert til mellom 6 og 70 millioner kroner ekskl. mva. i kunngjøringen, og opp til 150 millioner kroner ekskl. mva. i kvalifikasjons- og konkurransegrunnlaget. I etterkant er det fastslått at Helseplattformen AS har brutt anskaffelsesregelverket ved å bruke avtalen

⁴⁵ Protoll fra styremøte i Helseplattformen AS 27. juni 2024 sak 45/24 Status pr. mai for Helseplattformen AS - Økonomirapport for Helseplattformen AS Mai 2024.

⁴⁶ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 8. mars 2024, sak 15/24 Plan for utvikling og innføring av fastlegeløsning.

⁴⁷ Økonomirapporten for Helseplattformen AS – juni – juli 2024.

⁴⁸ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 25. oktober 2023, sak 99/23 Avslutning Helseplattformen Main Project HMP.

⁴⁹ Boston Consulting Group-rapport, side 101, jf. Helse Midt-Norges svar til Riksrevisjonen 8. januar 2024.

⁵⁰ Boston Consulting Group-rapport, side 101, jf. Helse Midt-Norges svar til Riksrevisjonen 8. januar 2024.

⁵¹ Per 30. juni 2024. Tall mottatt fra Helseplattformen AS 15. august 2024.

⁵² Per 30. juni 2024. Tall mottatt fra Helseplattformen AS 15. august 2024. Dette er et konservativt anslag da her er tall fra de store selskapene innen IT og rådgivning tatt med. Enkeltmannsforetak og mindre firma som har fakturert små beløp er ikke med. Oversikten omfatter heller ikke kostnadene til innleide fageksperter fra spesialisthelsetjenesten og kommunene.

⁵³ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 17. og 18. juni 2015, sak 53/15.

ut over den opprinnelige estimerte verdien.⁵⁴ Helseplattformen AS opplyser at det totalt er utbetalt 897 millioner kroner til Ernst & Young AS per 30. juni 2024, se tabell 2.

Helseplattformen AS har hatt behov for å knytte til seg flere konsultentselskaper og IT-selskaper både for å få juridisk bistand og for å utvikle og forbedre systemløsningen. Dette utgjør om lag 450 millioner kroner i perioden 2019–2023. Totalt har Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF utbetalt nesten 1,4 milliarder kroner til konsulenter.

1.2.3 Sentrale innføringskostnader i andre kommuner

Helseplattformen AS' budsjett for innføringen av Helseplattformen i kommunene utenom Trondheim (opsjonskommuner) er beregnet til 443,9 millioner kroner i perioden 2019–2026.⁵⁵ Dette er illustrert i den midterste grenen i den delen som omfatter primærhelsetjenesten i figur 1. Innføringsrammen forutsetter at samtlige 65 opsjonskommuner kobler seg på løsningen innen første halvår 2026. Per mars 2024 har Helseplattformen AS hatt 224,8 millioner kroner i kostnader på innføringen i opsjonskommunene, noe som tilsvarer om lag halvparten av innføringsrammen. De budsjetterte innføringskostnadene og regnskapsførte kostnader per mars 2024 er vist i tabell 3.

Tabell 3 Innføringsramme i opsjonskommunene og utgifter per juli 2024. Millioner kroner

	Innføringsramme 2019–2026 (2022-kroner)	Regnskapsførte kostnader per juli 2024
Innføring i opsjonskommuner	385,0	
Instruktører i opsjonskommuner	58,9	
Sum innføringsramme og påløpte utgifter	443,9	261,1

Kilde: Helseplattformen AS og opplysninger i Helseplattformen AS' budsjett for 2023.

Opsjonskommunene betaler kostnadene for en standardpakke med migrering og integrasjon etter hvert som de tar helseplattformen i bruk, og her har samarbeidsrådet for opsjonskommuner blitt enig om en delingsmodell. 70 prosent fordeles etter innbyggertall og 30 prosent likt mellom kommunene.⁵⁶

Helseplattformen AS opplyser at kostnadene med innføringen påløper etter hvert som kommunene starter forberedelsene til innføringen av Helseplattformen. Kostnadsrammen for innføringen skal dekke Helseplattformen AS' kostnader til instruktører, migrering og integrasjon samt øvrige innføringskostnader for kommunene gjennom et planlagt innføringsløp for perioden 2022–2026.

I Helseplattformen AS' økonomirapport for mars 2024 framgår det at budsjetteringen av innføringsprosjektet for kommunene har vist seg å være utfordrende, da rammen er gitt for hele innføringsløpet, mens det var forventet at hovedtyngden av kostnadene kom i starten av innføringsløpet. Videre bygger budsjettammen på en forventning om at det avtalte innføringsløpet faktisk opprettholdes, og at utsettelsene av innføringsløpet kan øke kostnadene. Helseplattformen AS skriver i økonomirapporten for juni/juli 2024 at det ikke blir noen produksjonssetting for kommunene

⁵⁴ Advokatfirmaet Wiersholm AS. (2022, 24. august). *Helseplattformen AS' bruk av konsulent tjenester: Vurdering etter anskaffelsesrettslige regler.*

Helseplattformen AS bestilte oppdraget, og undersøkelsen omfatter en anskaffelsesrettslig vurdering av Helseplattformens bruk av konsulent tjenester fra opprettelsen av selskapet i 2019.

⁵⁵ Jamfør Helseplattformens budsjett for 2023. Ifølge økonomidirektøren i HP AS belastes kommunene med innføringen gjennom en «delingsmodell» vedtatt av samarbeidsrådet. Staten bidrar her med en mellomfinansieringsbehovet knyttet ved at statslån nedbetales tolv måneder etter at kommunen har innbetalt kostnadene med innføringen til Helseplattformen.

⁵⁶ Helseplattformen AS. (2022, 18. februar). *Bilag 5 – Samlet pris og prisbestemmelser.* Delingsmodellen gjelder alle kommuner unntatt Trondheim kommune.

våren 2025 og i beste fall begrenset produksjonssetting høsten 2025. Kostnadene må derfor reduseres og selskapet må omstilles etter innføringen i november 2024.

Innføringen i opsjonskommunene er finansiert med statlig tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet som skal tilbakebetales, se faktaboks 2. Det er en risiko for at Helse- og omsorgsdepartementet ikke får disse midlene tilbake dersom ikke alle kommunene og fastlegene i Midt-Norge tar Helseplattformen i bruk, og dette er departementet ifølge intervju innforstått med.

Faktaboks 2 Tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet og Statsforvalterne til kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert en tilskuddsordning tilsvarende 100 prosent av den faste investeringskostnaden for kommunene og fastlegene i Midt-Norge. Tilskuddsordningen ble etablert fordi Helse Midt-Norge RHF og kommuner som gikk tidlig inn i prosjektet, ikke skulle bære risikoen for eventuell manglende deltakelse. Tilskuddet skulle brukes for å utvikle og innføre løsningen for primærhelsetjenesten.

Med den faste investeringskostnaden for kommuner og fastleger menes engangskostnader knyttet til anskaffelse, innføring og driftsplattform som påløper uavhengig av hvor mange kommuner og fastleger som deltar i prosjektet. Dette er et tilskudd som skal betales tilbake med renter etter hvert som kommuner og fastleger tar i bruk løsningene. Ved behandlingen av Prop. 117 S (2019–2020) ble tilskuddsrammen satt til 601 millioner 2019-kroner.⁵⁷

I tillegg til det statlige tilskuddet som kommunene har fått til anskaffelse og innføring av Helseplattformen, har Statsforvalterne i henholdsvis Trøndelag og Møre og Romsdal bidratt med skjønnsmidler til kommunene i Midt-Norge. Skjønnsmidlene har blant annet bidratt til å finansiere etableringen av regionale og lokale innføringsledere samt ekstrakostnader kommunene har med utvikling og innføring av Helseplattformen. I sum har kommunene per mai 2024 mottatt eller fått tilsagn om 118 millioner kroner i skjønnsmidler til utvikling og innføring av Helseplattformen i perioden 2018–2024.⁵⁸ Aktørene på kommunesiden opplyser at de også vil søke om skjønnsmidler for 2025.

Kilde: Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 15. november 2018, sak 99/18 Helseplattformen – Utsendelse av endelig konkurransegrunnlag; protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 15. januar 2019 – Krav og rammer m.v. for 2019; Statsforvalteren i henholdsvis Trøndelag og Møre og Romsdal.

1.3 Kostnader til forberedelser/anskaffelse

Helse Midt-Norge RHF startet den konkrete planleggingen av det som senere skulle bli Helseplattform-prosjektet, i 2015.⁵⁹ Anskaffelsesprosjektet har i perioden 2015–2019 budsjettert med 487,3 millioner kroner, hvorav 192 millioner kroner er bevilget til Hemit / regional IT-portefølje og 295,3 millioner kroner til avdeling Helseplattformen i Helse Midt-Norge.⁶⁰ Helse Midt-Norge RHF opplyser at dette er budsjettall, da det ikke ble ført prosjektrekskap for forberedelsesarbeidet, og det vil være noe over-/underforbruk i forhold til faktisk regnskap de enkelte år.⁶¹ Helse Midt-Norge RHF har ikke ført eget prosjektrekskap for disse kostnadene. Dette er kostnader som kommer *i tillegg* til det som ble satt av til det sentrale innføringsprosjektet.⁶²

Uavhengig av prosessen med Helseplattformen ble Prosjektet Helse Midt-Norge Lab (Epic Beaker) (2016–2020) startet. Helse Midt-Norge RHF vedtok prosessen med anskaffelsen av nytt

⁵⁷ Tilskuddet ble ikke gitt til Trondheim kommune, som gikk inn i prosjektet på et tidligere tidspunkt og ikke har behov for statlig mellomfinansiering gjennom tilskuddsordningen.

⁵⁸ Trondheim kommune har i perioden 2018–2024 mottatt 68,5 millioner kroner. Kommunene i Møre og Romsdal har i perioden 2020–2023 mottatt 49,75 millioner kroner.

⁵⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 6. november 2014, sak 74/14 Inntektsfordeling og aktivitet 2015 Helse Midt-Norge. Kostnader til anskaffelsesprosjektet nytt PAS/EPJ ble gjennomført i regnskapet til RHF-et i perioden fram til etablering av Helseplattformen AS i 2019 og er ikke tatt med i estimerte kostnader til investering i anskaffelse og innføring av Helseplattformen, jf. Helse Midt-Norge RHF's e-post til Riksrevisjonen 5. mars 2024.

⁶⁰ Tall mottatt fra Helse Midt-Norge RHF.

⁶¹ Kommentar i regnearket mottatt fra Helse Midt-Norge RHF.

⁶² E-post fra Helse Midt-Norge RHF til Riksrevisjonen 5. mars 2024.

laboratoriesystem i 2016.⁶³ Selv om prosjektet ikke er en del av Helseplattformens sentrale innføringsprosjekt eller en del av styringsrammen, er systemet viktig for at Helseplattformen skal bli en helhetlig løsning. Hemit HF har hatt ansvar for både anskaffelse og innføring. Leverandøren ble også her Epic⁶⁴, og det ble tidlig i 2020 besluttet at Helseplattformen AS skulle overta forvaltningen av lab-modulen Epic Beaker etter en innkjøringsperiode. Helseplattformen AS tok over drift og forvaltning av systemet i september 2020.⁶⁵

Prosjektet startet opp i 2016. Ved prosjektets avslutning i 2021 viser regnskapet at det er brukt 329 millioner kroner til prosjektet.⁶⁶ Disse 329 millioner kroner er ikke en del Helseplattformprosjektet og er ikke med i talloppstillingen i Figur 1.

1.4 Lokale innføringskostnader har blitt høye

Brukerne har også hatt kostnader de må dekke selv.

1.4.1 Kostnader til de lokale innføringsprosjektene i helseforetakene er usikre

I kostnadsanalysen i styresaken om investeringsbeslutningen listes det opp en rekke ressurser som skulle ivaretas i helseforetakene:⁶⁷

- opplæring av egne ansatte
- ressursinnsats til egne lokale innføringsprosjekter ut over lokal innføringsprosjektleder
- ressursinnsats for forbedring av datakvalitet forut for overføring av data fra den gamle løsningen
- superbrukerroller for veiledning i forbindelse med at løsningen tas i bruk

Helse Midt-Norge har kompensert helseforetakene for om lag 1,9 milliarder kroner for å lette innføringen, jf punkt 1.6.⁶⁸

St. Olavs hospital har ikke hatt prosjektrekskap for innføringen

St. Olavs hospital har ikke ført et eget prosjektrekskap for det lokale innføringsprosjektet på sykehuset, og merkostnader kun er markert spesielt i regnskapet i 2023 og senere. St Olavs hospital opplyser at det derfor ikke er mulig å entydig svare ut hvor store de faktiske lokale innføringskostnadene ble.

I mai 2020 presenterte St. Olavs hospital en prosjektplan og en foreløpig kartlegging av kostnader for styret, basert på en antakelse om innføring av løsningen i 2021.⁶⁹ Denne kartleggingen viste at kostnadene ville bli på 232,5 millioner kroner, hvorav de største kostnadene var til opplæring.⁷⁰

Innspillene til langtidsbudsjett per august 2020 og april 2021 var basert på en innføring av Helseplattformen ved St. Olavs hospital i april/mai 2022.⁷¹ I august 2020 estimerte foretaket at innføringen ville koste totalt 333 millioner kroner, mens estimatet per april 2021 var redusert til 259 millioner kroner. Reduksjonen i kostnadsestimatene er hovedsakelig grunnet en reduksjon i kostnader til forberedelser på 70 millioner kroner.

⁶³ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 15. desember 2016, sak 97/16 Beslutning om kunngjøring av anskaffelse nytt laboratedatasystem.

⁶⁴ Styringsgruppe e-helse i Helse Midt-Norge vedtok i februar 2016 prosjektet HMN LAB, som skulle anskaffe og innføre en felles og framtidsrettet laboratorieløsning i regionen, jf. Helse Midt-Norge RHF styresak 97/16, og valget falt på laboratorieløsningen Beaker, levert av Epic. Kontrakt med leverandøren Epic ble inngått i april 2018.

⁶⁵ Helseplattformen AS. (2021, 23. mars). *Årsberetning for 2020 Helseplattformen AS*.

⁶⁶ Mottatt oversikt fra Helse Midt-Norge RHF.

⁶⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19 Investering i Helseplattformen.

⁶⁸ Styremøte i Helse Midt-Norge RHF 7. oktober 2024 styresak 99/2024

⁶⁹ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 28. mai 2020, sak 35/20 Status Helseplattformen (vedlegg 1 Prosjektplan lokalt innføringsprosjekt og vedlegg 2 Kostnadsanalyse).

⁷⁰ Protokoll fra styremøte St. Olavs hospital HF 28. mai 2020, sak 35/20 vedlegg 2 Helseplattformens effekt på LTB for St. Olavs hospital (per 04.05.2020).

⁷¹ Helseplattformen AS. (2021, 20. april). *Helseplattformen i helseforetakenes langtidsbudsjett (versjon: Oppdatering april 2021)*.

St Olavs hospital opplyser at fordi det ikke er ført et ekstra prosjektreknskap, så har St. Olavs hospital løpende analysert totale budsjettavvik for deretter å tilskrive dem ulike årsaker. St Olavs hospital har hatt en lavere aktivitetsvekst enn planlagt som skyldes Helseplattformen i 2022 og 2023. Med denne bakgrunn estimerer St Olav hospital de totale lokale innføringskostnadene til 539 millioner kroner.⁷²

Kostnader ved innføring i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag

I henhold til *Helseplattformen i helseforetakenes langtidsbudsjett*, som ble oppdatert i april 2021, vil innføringen i Helse Møre og Romsdal koste 144,2 millioner kroner⁷³ og innføringen i Helse Nord-Trøndelag 82,4 millioner kroner.⁷⁴

Kostnadsestimatene forutsatte innføring i Helse Nord-Trøndelag i november 2022 og i Helse Møre og Romsdal i april/mai 2023.⁷⁵ Vi er ikke kjent med at det er gjort noen oppdaterte kostnadsanalyser etter ytterligere utsettelse. Estimaten tok hensyn til behovet for superbrukere, omorganiseringer på klinikknivå, oppdatering av lokale kostnader for de lokale gjennomføringsprosjektene og ny periodisering sett i lys av utsettelse av oppstart.

Helse Midt-Norge RHF utredet våren 2023 nye økonomiske konsekvenser av endret innføringsplan for Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag.⁷⁶ Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok å tildele Helse Nord-Trøndelag 35 millioner kroner ekstra i forbindelse med innføringen av Helseplattformen.⁷⁷

I Helse Møre og Romsdal er det for 2024 budsjettet med en innføringskostnad på 105 millioner kroner:

- 45 millioner kroner i redusert inntekt som del av redusert aktivitet
- 80 millioner kroner i økte kostnader

Administrerende direktør ved Helse Møre og Romsdal mener det er krevende å få oversikt over hva innføringskostnadene blir, men de kommer til å bli mye høyere enn det som er budsjettet. I behandlingen av langtidsbudsjettet kommer det fram at Helse Møre og Romsdal etter første tertial 2024 har et negativt resultat på minus 213 millioner kroner og en prognose for året på minus 400 millioner kroner. Store deler av det negative resultatet skyldes forberedelser og innføring av Helseplattformen.⁷⁸ Helseforetaket opplyser at de første måned etter innføring bruker 328 flere brutto månedsværk sammenlignet med tilsvarende periode i 2023. Dette blir i stor grad begrunnet med behov for ekstra bemanning for å sikre en forsvarlig innføring av Helseplattformen.⁷⁹ Helseforetaket opplyste i juni 2024 at hittil i år er det et negativt avvik fra budsjett på om lag 300 millioner kroner, hvor om lag 250 millioner kroner i stor grad knyttes til innføring av Helseplattformen.⁸⁰ Dette er langt høyere enn de 105 millioner kroner som det ble budsjettet med. Nye beregninger i september 2024 viser at kostnadene inkl. manglende inntekt utgjør i underkant av 350 millioner kroner ved utgangen av juli, mens planlagt budsjett inkl. styrking av rammen og inntektstap er 151 millioner kroner. Helseforetaket uttaler at de må fortsatt ta litt forbehold på disse summene.⁸¹

Helse Nord-Trøndelag HF, som får den lengste utsettelsen – nå sist fra november 2023 til november 2024, påpeker flere effekter. Helseforetaket uttaler at det må foretas en omplanlegging, og opplæringsbehovet vil bli større enn hva tilfellet var ved innføring i november 2023. Det er i tillegg økte

⁷² Svar fra St Olavshospital til Riksrevisjonen 12. august 2024.

⁷³ Helseplattformen AS. (2021, 20. april). *Helseplattformen i helseforetakenes langtidsbudsjett (versjon: Oppdatering april 2021)*.

⁷⁴ Helseplattformen AS. (2021, 20. april). *Helseplattformen i helseforetakenes langtidsbudsjett (versjon: Oppdatering april 2021)*.

⁷⁵ Helseplattformen AS. (2021, 20. april). *Helseplattformen i helseforetakenes langtidsbudsjett (versjon: Oppdatering april 2021)*.

⁷⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 16. mai 2023, sak 61/23 Revidert innføringsplan Helseplattformen.

⁷⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 20 juni 2024 sak 63/24 Statusrapport Helseplattformen.

⁷⁸ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 22. mai 2024, sak 45/24 Vedtakssak – Langtidsbudsjett 2025–2030 Vedlegg - Langtidsbudsjett Helse Møre og Romsdal 2025–2030 - innledning.

⁷⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 19. juni 2024, sak 53/24 Statusrapport – Fag, økonomi og HR for mai 2024. I samme sak opplyses det at helseforetaket samlet per mai 2024 har et resultat på minus 324 millioner kroner.

⁸⁰ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 19. juni 2024 sak 54/24 Plan for nødvendig omstilling i Helse Møre og Romsdal jf. sak 53/24 Vedlegg statusrapport fra HF.

⁸¹ Helse Møre og Romsdals tilbakemelding til Riksrevisjonen av 10. september 2024 og Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal 18. september 2024 sak 63-24 Statusrapport – Fag, Økonomi og HR for 2. tertial 2024, Vedlegg 2 – Vedlegg til statusrapport HMR – august 2024

kostnader til blant annet leieavtaler og videre drift av gamle systemer som skulle erstattes, og det er økte kostnader til implementeringsressurser.⁸²

Helse Nord-Trøndelag har budsjettet innføring av Helseplattformen i både 2022 og 2023. Helse Nord-Trøndelag har så langt brukt til sammen ca. 47 millioner kroner til tilrettelegging, planlegging og opplæring.⁸³ Det er dermed brukt om lag halvparten av estimatet i langtidsbudsjettet fra 2021 på 82,4 millioner kroner før selve innføringen av løsningen i helseforetaket er startet.

Det er usikkert hva de lokale samlede kostnadene til innføring av helseplattformen i de tre helseforetakene vil bli. Hvis tallene oppgitt av St. Olav Hospital (539 millioner kroner inkludert redusert aktivitet) og Helse Møre og Romsdal (348 millioner kroner) samt budsjettallene for Helse Nord-Trøndelag (82 millioner kroner) summeres vil det bli minimum bli 971 millioner kroner. Tallet blir trolig høyere da innføringen i to av helseforetakene ikke er fullført og at Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med Helseplattformen har stilt til rådighet for helseforetakene om lag 1,9 milliarder kroner gjennom likviditetsbedring, rammeøkning og tilskudd fram mot 2026.

1.4.2 Trondheim kommune har hatt et prosjektregnskap for innføringen

I den innledende fasen, før kontraktinngåelsen i 2019, bidro Trondheim kommune med fagpersoner til utarbeiding av kravspesifikasjonen for anskaffelsen. Disse utgiftene er refundert av Helse Midt-Norge RHF og nullet ut i kommuneregnskapet.

Trondheim kommune har hatt et prosjektregnskap for lokale innføringskostnader. Tabell 4 viser Trondheim kommunes bokførte utgifter⁸⁴ med innføringen av Helseplattformen i perioden 2019–2022.⁸⁵

Tabell 4 Trondheim kommunes bokførte utgifter merket Helseplattformen

	Millioner kroner
Netto driftsutgifter, 2019–2022	38
Netto investeringsutgifter, 2019–2022	57
Sum nettoutgifter 2019–2022	95
Utgifter dekket med skjønnsmidler fra Statsforvalter 2019–2022	26
Sum bruttoutgifter 2019–2022	121

Kilde: Kommunedirektøren i Trondheim kommune. Kommuneregnskapet 2019–2022.⁸⁶

I sum utgjør Trondheim kommunes nettoutgifter i innføringsfasen 95 millioner kroner, mens bruttokostnadene utgjør 121 millioner kroner for perioden 2019–2022.⁸⁷ Av kommunens nettoutgifter er en stor andel knyttet til etablering av 600–700 superbrukere og kostnader med opplæring.

⁸² Protokoll fra styremøte i Helse Nord-Trøndelag HF 22. juni 2023, sak 38/23 Status forbedrings- og omstillingsarbeid i Helse Nord-Trøndelag.

⁸³ E-post fra Helse Nord-Trøndelag HF til Riksrevisjonen 16. februar 2024.

⁸⁴ Merk at kommunen følger kontantprinsippet i regnskapsføringen, mens Helseplattformen AS som aksjeselskap følger regnskapsloven. Kontantprinsippet fører til at regnskapsføringen føres etter betalbare utgifter, mens et AS fører regnskap etter pådratte kostnader. I kommunen føres regnskapet etter anordningsprinsippet, mens hos et AS periodiseres kostnadene.

⁸⁵ Trondheim kommune har i tillegg til disse utgiftene betalt en engangslisens til Helseplattformen AS. Engangslisensen er betalt ved at Trondheim kommune har fått tilbakebetalt kommunens videreutlån til Helseplattformen AS for bygging av kommuneløsningen. Kommunens lån til Helseplattformen AS er knyttet til kostnadsrammen på 326 millioner kroner som er nevnt i tabell 1.

⁸⁶ Hoveddelen er det som utgjør Trondheim kommunes egne utgifter, det vil si utgjør en stor del av de 121 millioner kronene som står i figur 1.

⁸⁷ Trondheim kommune har som bruttokostnad holdt utenfor det som er refundert fra Helseplattformen AS innføringsfasen, da de utgiftene inngår i det overordnede innføringsprosjektet.

Kommunedirektøren i Trondheim anser at utgiftene kommunen har hatt til anskaffelse og innføring av Helseplattformen, i hovedsak er i samsvar med det som ble satt av til Helseplattformen og vedtatt av bystyret. Skjønnsmidler fra Statsforvalteren i innføringsfasen, jf. tabell 4, er relatert til utgifter Trondheim kommune har hatt med fellesløsningene for kommunedelen, fastlegene og regionalt kommunenettverk.⁸⁸ Kommunen vurderer at de i tilstrekkelig grad har fått refundert utgiftene de har hatt med fellesløsningen til kommunene, noe som var en av forutsetningene da kommunen utløste opsjonen om kjøp av Helseplattformen.

1.4.3 Opsjonskommunenes investeringsutgifter

I forbindelse med gjennomgangen har vi innhentet informasjon fra 16 opsjonskommuner som hadde tatt Helseplattformen i bruk innen 2023. Disse kommunene representerer 43 prosent av innbyggerne i opsjonskommunene. Opsjonskommunene oppgir at innføringen av Helseplattformen stort sett gikk etter planen, bortsett fra at 5 av 16 kommuner oppgir å ha fått noe merforbruk i forhold til oppsatt innføringsbudsjett:

- mer tid til opplæring
- behov for ekstrahjelp i oppstarten
- ekstra utgifter med overføring av data
- ekstra ressurser på å koordinere og drifte løsningen
- ekstra kostnader ved at de måtte beholde gamle datasystemer etter oppstart

14 av 16 kommuner oppgir at de hadde egne investeringsutgifter knyttet til oppstart av Helseplattformen ut over det Helseplattformen AS har fakturert dem for i innføringskostnader og engangslisens. I sum har kommunene anslått at det dreier seg om 43,6 millioner kroner. Ekstrakostnader som kommunene opererer med, er i hovedsak knyttet til oppgraderinger og investeringer i IT-utstyr, forberedelse med tilrettelegging av data og egne kostnader med innføringsløpet. Kommunene oppgir at de også har brukt en del administrative ressurser på innføringen av Helseplattformen som ikke er ført på prosjektet.

1.5 Driftskostnadene har blitt høyere enn planlagt

I 2019 ble det beregnet at helseforetakene samlet skulle betale om lag 280 millioner kroner (i 2019-kroner) årlig fra da løsningen var i full drift, tilsvarende 333 millioner 2024-kroner.⁸⁹ Underveis ble det estimert at kostnadene ble høyere.⁹⁰ I 2023 har de tre helseforetakene samlet betalt 495,4 millioner kroner til Helseplattformen AS, jf. tabell 5.⁹¹ Helse Midt-Norge RHF antyder nå at helseforetakene framover vil få en samlet årlig tjenestekostnad for Helseplattformen på om lag 800 millioner kroner, jf. punkt 1.5.2.⁹² Dette er ikke helt sammenlignbare tall, men illustrerer likevel at helseforetakene må beregne noe høyere kostnader til drift framover.

Prisen for tilgang til og bruk av løsningen fordeles på etableringspris og årlig tjenestepris for kommunene. Helseforetakene betaler ikke etableringspris, men for avdrag/avskrivning og årlige renter på investeringen. Helseplattformen AS håndterer lån, avdrag og renter for helseforetakene og helseforetakenes tilbakebetaling regnes som en IT-kostnad.⁹³

⁸⁸ Kommunen mottok 40 millioner kroner i skjønnsmidler fra Statsforvalteren i Trøndelag til arbeidet med Helseplattformen i innføringsfasen 2019–2022. Av dette er 36 prosent fordelt til opsjonskommuner, det øvrige benyttet til dekning av utgifter i Trondheim kommune. Beløpet på 26 millioner kroner er anslag ut fra kommunens rapportering til Statsforvalteren. Kommunen mottok også 8,5 millioner kroner i skjønnsmidler i 2018, og 20 millioner kroner i 2023 og 2024 der en andel av midlene er tildelt regionlederne i opsjonskommunene i Trøndelag.

⁸⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/2019 Investering i Helseplattformen.

⁹⁰ Styremøte i Helse Midt-Norge RHF 17. juni 2021 Sak 55/21 Langtidsbudsjett 2022 – 2032 «Estimerte fremtidige årlige kostnader opp mot 600 millioner kroner til drift og forvaltning av Helseplattformen.

⁹¹ De tre helseforetakene har betalt for driften av Helseplattformen fra 2022 selv om ikke alle helseforetakene har fått innført løsningen.

⁹² Beløpet inkluderer finansielle kostnader.

⁹³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. [Brev til Riksrevisjonen].

Det framkommer av informasjon fra Helseplattformen AS at betaling for driften består av årlig lisenspris til leverandør, vedlikeholdsavgift på programvare, vedlikeholdsavgift på teknisk driftsplattform og årlige kostnader til tjenesteleveranse.

Kostnadene fordeles mellom stat og kommune, se faktaboks 3.

Faktaboks 3 Fordeling av kostnader mellom stat og kommune

Hovedprinsippet for kostnadsfordelingen mellom staten og primærhelsetjenesten (kommuner/fastleger) er at staten ved Helse Midt-Norge RHF skal betale 70 prosent av felleskostnadene og primærhelsetjenesten skal betale 30 prosent.

For den tekniske driftsplattformen, som Hemit har ansvaret for, er fordelingen 80 prosent til Helse Midt-Norge RHF og 20 prosent til primærhelsetjenesten.

Mellom aktørene innen primærhelsetjenesten fordeles kostnadene med 10 prosent til fastlegene og 90 prosent til kommunene. Kommunekostnaden fordeles etter antall innbyggere i den enkelte kommune. Hver enkelt aktør må dekke egne partsspesifikke kostnader.

Kilde: Samarbeidsavtalen Helseplattformen (2019).

Styret i Helseplattformen AS understreket i planfasen at Helseplattformen AS' tjenestepriismodell må sikre inndekning av de investeringene og innføringskostnadene som påløper fram til idriftsettelse, samt dekke løpende drifts- og finanskostnader for selskapet når det er i drift og forvaltning.⁹⁴ Våren 2024 er ikke alle aktørene med, slik at Helseplattformen AS mangler 10 prosent for å få en kostnadsdekning av hele driften. Du kan lese mer om dette i kapittel 3.

1.5.1 Tjenesteavtalene regulerer brukernes kostnader til drift

Det enkelte helseforetak inngår egne tjenesteavtaler med de regionale IT-leverandørene (Hemit HF og Helseplattformen AS). Brukerne betaler for driften av Helseplattformen tekniske plattform til Hemit HF. Driften av Helseplattformen AS betales via tjenesteavtaler. De endelige driftskostnadene belastes og bokføres hos den enkelte bruker.

Helseforetakene startet med betaling av drifts- og forvaltningskostnader til Helseplattformen AS i 2022 i henhold til tjenesteavtalen.⁹⁵ Prinsippet er at alle helseforetakene deler på å betale for både gamle systemer og driftskostnadene til Helseplattformen, uavhengig av om de har innført Helseplattformen. Det betyr at alle tre helseforetak har betalt for Helseplattformen siden 2022.⁹⁶

Helse Midt-Norge RHF beregnet hva de ventet at framtidige driftskostnader for Helseplattformen ville bli, da de valgte leverandør. De løpende kostnadene til Epic står også beskrevet i kontrakten. I henhold til kontrakten med Epic vil brukerne via Helseplattformen AS betale Epic i overkant av 80,4 millioner kroner (2016-kroner) til vedlikehold og support årlig etter at løsningen er i drift.⁹⁷ Helseplattformen AS opplyser at det med dagens kroneverdi og med noe tilleggsfunksjonalitet utgjør 110–120 millioner kroner.

⁹⁴ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 1. april 2020, sak 9/20 Kostnadsestimater som grunnlag for arbeidet med tjenestepriismodell.

⁹⁵ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 9. mars 2023, sak 34/23 Statusrapport Helseplattformen.

⁹⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge HF 12. og 13. desember 2023, sak146/23 Videre innføring av Helseplattformen.

⁹⁷ Helse Midt-Norge RHF (u.å.). *Procurement of an EHR solution with adjacent systems and services: V Appendix 7 Price and pricing provisions, Based on SSA-V – Case number: 2016/238.*

Tabell 5 Helseforetakenes betaling til Helseplattformen AS i 2022 og 2023. Millioner kroner.

	2022	2023
St. Olavs hospital	117,1	246,5 ⁹⁸
Helse Møre og Romsdal	76	163,6
Helse Nord-Trøndelag	40	79 (82 ⁹⁹)
I alt	233,1	495,4

Kilde: Oversikt mottatt fra Helseplattformen AS 20. februar 2024.¹⁰⁰

I selskapets vedtekter står det at Helseplattformen AS skal drives etter prinsippet om kostnadsdekning og ikke ha til formål å skape økonomisk overskudd ut over det som kreves for en forsvarlig drift og forvaltning av løsningen med tilhørende tjenester.¹⁰¹

Vi skriver om utfordringene med tjenesteavtalene i kapittel 3 i denne delen av rapporten.

1.5.2 Driftskostnadene til helseforetakene har blitt vesentlig høyere enn planlagt

En av gevinstene Helse Midt-Norge RHF har sett for seg med innføring av Helseplattformen, er å redusere kostnadene til IT-drift.¹⁰² Foretaket estimerte at det ville koste minst 121 millioner kroner årlig, basert på forutsetningene i 2015, å fortsette med de systemene de hadde før innføring av Helseplattformen.¹⁰³

Helse Midt-Norge RHF gjorde i 2019 en beregning av de ordinære driftskostnadene for Helseplattformen samlet for perioden 2019–2025. Beregningene ble gjort på samme tid som selskapet Helseplattformen AS ble etablert og Helse Midt-Norge RHF inngikk avtalen med Epic.¹⁰⁴ Beregningen la til grunn minimale driftsutgifter de første årene:

- styringsramme (p50) – 959 millioner kroner¹⁰⁵
- kostnadsramme (p85) – 1 086 millioner kroner
- risikoavsetning (p85-p50) – 127 millioner kroner

Ifølge beregningene skulle 2023 bli det første året da alle helseforetakene var i full drift. Helse Midt-Norge RHF beregnet at fra dette året ville den årlige driftskostnaden for helseforetakene komme på 278 millioner kroner til sammen.¹⁰⁶ Dette er kostnader til vedlikehold av programvare og forvaltning av løsningen samt årlige leiekostnader for teknisk plattform etter innføringsprosjektet. Styrelederen i denne perioden uttaler at administrasjonen orienterte styret i 2019 om hvilke vurderinger de hadde gjort av hva Helseplattformen AS ville koste Helse Midt-Norge RHF som driftsorganisasjon. Hun

⁹⁸ St. Olavs hospital har bokført 241,4 millioner kroner i kostnader fra Helseplattformen AS. Årsaken til at dette beløpet avviker fra det Riksrevisjonen har fått fra Helseplattformen AS, er at St. Olavs hospital har tatt hensyn til meldingen fra Helseplattformen AS om at St. Olavs hospital vil bli kreditert ca. 3,9 millioner kroner for 2023, jf. svar fra St. Olavs hospital til Riksrevisjonen 13. mars 2024.

⁹⁹ 82 millioner kroner er tall mottatt fra Helse Nord-Trøndelag 16. februar 2024. Helseplattformen AS og helseforetakene oppgir litt ulike tall, men dette ikke av betydning for helheten.

¹⁰⁰ Denne oppstillingen er ment å vise hva helseforetakene har betalt, uten at det relaterer seg til figur 1, da disse tallene inneholder både rene driftsutgifter og investeringsrelaterte driftskostnader som inngår. Det vil si alle ekstraordinære driftskostnader som påløper som konsekvens av investeringstiltak så lenge anskaffelse, utvikling og innføring av IKT-løsningene pågår.

¹⁰¹ Helseplattformen AS. (2019). *Selskapets vedtekter* (vedtektsdato: 20. februar 2019). Helseplattformen AS. (2022). *Selskapets vedtekter* (vedtektsdato: 11. mars 2022).

¹⁰² Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 20. og 21. juni 2013, sak 53/13 IKT-strategi Helse Midt-Norge Del II, Handlingsplan, jf. vedlegg *IKT-strategi Helse Midt-Norge: Del II, Handlingsplan 2013–2018 (versjon 0.99)*. Dette gjentas i *Helseplattformen: konseptbeskrivelse 05.12.2016 (versjon 0.9)*: «Programmet skal videre bidra til en mer rasjonell og effektiv systemforvaltning og IKT-drift i helseregionen», jf. protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 15. desember 2016, vedlegg til sak 96/16.

¹⁰³ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 17. og 18. juni 2015, sak 53/15 Anskaffelsesprogram ny PAS/EPJ.

¹⁰⁴ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/19 Investering i Helseplattformen.

¹⁰⁵ Fordelingen er slik: 2019: 4 millioner, 2020: 4 millioner kroner, 2021: 29 millioner kroner 2022: 76 millioner 2023: 278 millioner kroner 2024: 281 millioner kroner: 2025: 287 millioner, sum 959 millioner kroner. Jf. styresak 10/19.

¹⁰⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 10/2019 Investering i Helseplattformen.

opplevde at særlig helseforetakene var opptatt av spørsmålet om konkrete tall og beregninger på drift, uten at dette synes å være konkret nok beskrevet og kommunisert.

Driftskostnadene vil langt overstige den ovennevnte beregningen. Selv om tallene ikke er helt sammenlignbare, vil den samlede tjenestepreisen helseforetakene skal betale, bli langt høyere enn det som ble beregnet i kostnadsrammen fra 2019, jf. tabell 6.

Tabell 6 Tjenestepreis fordelt på helseforetakene. Millioner kroner.

	2022	2023	2024	2025
St. Olavs hospital	127,3	241,2	299,7	303,5
Helse Møre og Romsdal	82,6	157,0	198,1	200,5
Helse Nord-Trøndelag	43,5	81,0	101,1	102,4
Sum	253,4	479,2	598,9	606,4

Kilde: Tjenesteavtale mellom Helseplattformen AS og St. Olavs hospital HF 24.05.2022.

Tabellen viser hva helseforetakene skal betale i henhold til tjenesteavtalen. Tabell 5 viser hva de reelt har betalt. På grunn av blant annet utsettelsen har det blitt betalt en del mindre i 2022 enn avtalt.

Helse Midt-Norge RHF uttaler i slutten av 2023 at budsjetterte tjenestekostnader for 2024 ligger på om lag 700 millioner kroner. Det er noe høyere enn det som ligger i tjenesteavtalen.¹⁰⁷ Foretaket viser til at gjeldende innføringsplan fører til en årlig økning i tjenestekostnadsnivå fra 2025, estimert til 50 millioner kroner. Dette gir en samlet årlig tjenestekostnad på minimum 750 millioner kroner som vil bli fordelt på helseforetakene.

Helse Midt-Norge RHF antyder at dersom innføringen i helseforetakene blir ytterligere utsatt, vil samlet årlig tjenestekostnad øke med 55 millioner kroner og komme på 805 millioner kroner. Dette inkluderer ikke eventuelle effekter av endret nivå på vedlikeholdsavgiften.¹⁰⁸ I langtidsbudsjettet 2025–2030 beregnes samlet betaling for helseforetakene i 2026 til 799 millioner kroner (i 2024-kroner).¹⁰⁹

Helse Midt-Norge RHF har bestemt at kostnader knyttet til å opprettholde gamle systemer før Helseplattformen blir innført, skal fordeles på alle tre helseforetak.¹¹⁰ Ekstrakostnader knyttet til parallell drift av gamle systemer dekkes av helseforetakenes betaling for IT-driften.¹¹¹ Forsinkelsene i innføringsprosjektene innebærer at alle de tre helseforetakene har måttet drifte de gamle systemene mye lenger enn det som var planlagt.

I langtidsbudsjettet for 2022–2032 estimerte Helse Midt-Norge RHF at de framtidige årlige kostnadene til drift og forvaltning av Helseplattformen ville komme på bortimot 600 millioner kroner. I styrebehandlingen kommer det fram at regionens samlede nivå på likviditet i langtidsbudsjettet vil reduseres dersom kostnaden ved innføring eller drift og forvaltning av Helseplattformen blir høyere.¹¹²

¹⁰⁷ Her må det tas høyde for at finansieringskostnadene har blitt høyere.

¹⁰⁸ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 12. og 13. desember 2023, sak 146/23 Videre innføring av Helseplattformen.

¹⁰⁹ Inkludert økte kostnader som følge av utsettelse i Helse Møre og Romsdal som gir høyere lisenspris og høyere renteutgifter. Det er også lagt inn en økning knyttet til videreutvikling av løsningen på om lag 20-30 millioner kroner – jf. Helse Midt-Norge RHF's tilbakemelding til Riksrevisjonen av 29. august 2024.

¹¹⁰ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 12. og 13. desember 2023, sak 146/23 Videre innføring av Helseplattformen.

¹¹¹ Ifølge Hemit HF er kostnadene med å kjøre gamle systemer parallelt med innføringen av Helseplattformen ca. 100 millioner kroner per år, jf. brev fra Hemit HF til Riksrevisjonen 30. januar 2024.

¹¹² Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 17. juni 2021, sak 55/21 Langtidsbudsjett 2022–2032 og foreløpig inntektsfordeling 2022.

Beregningene til helseforetakene i regionen tyder også på at det estimerte beløpet på 600 millioner kroner til drift og forvaltning av Helseplattformen trolig kommer til å bli langt høyere. Helse Midt-Norge RHF opplyser at de totale IKT-kostnadene i regionen er om lag 2 100 millioner kroner.

Helseforetakene har i sine langtidsbudsjetter tatt høyde for økte IKT-kostnader¹¹³:

- Helse Møre og Romsdal har lagt til grunn at foretakets samlede IT-kostnader (det vil si betaling til Helseplattformen AS og Hemit) vil ligge på over 600 millioner kroner årlig.¹¹⁴
- St. Olavs hospital har lagt til grunn at de årlige samlede IT-kostnadene deres vil ligge på i overkant av 1 milliard kroner.¹¹⁵
- Helse Nord-Trøndelag har tilsvarende budsjettet med om lag 330 millioner kroner i årlige samlede IT-kostnader.¹¹⁶

I budsjettbehandlingen for 2024 ved St. Olavs hospital kommer det fram at de vesentligste kostnadsøkningene i budsjett 2024 sammenlignet med 2023 er 116 millioner kroner i økte IT-kostnader (i hovedsak Helseplattformen) og 131,9 millioner kroner som er tilført klinikkene for å løse utfordringer i Helseplattformen.

Det er stor bekymring i helseforetakene over de framtidige IT-kostnadene. Flere vi har intervjuet, uttrykker bekymring for at IT-kostnadene blir for store for helseforetakene.

Helseplattformen AS har vurdert ulike avskrivningstider og modeller. Valg av avskrivningstid vil ha en betydelig effekt for de årlige driftskostnadene.¹¹⁷ Etter en vurdering falt selskapet ned på 18 år. Dette reduserer de årlige driftskostnadene til brukerne.

Det er flere usikkerhetsfaktorer om hva brukere må betale:

- Det er en pågående diskusjon mellom Helseplattformen AS og kundene om hva som dekkes av tjenesteavtalene, jf. kapittel 3. Det er derfor usikkert hvor mye kundene må betale, for eksempel ved behov for videreutvikling og organisasjonsendringer hos brukerne.
- Det er uklart hvor mye leverandøren skal dekke av utgifter til feilretting og uløste problemer. Problemene med radiologiløsningen må Helseplattformen AS dekke selv. Helseplattformen AS påpeker at det gjennom arbeidet med optimalisering, feilretting og opplæring er valgt løsninger som avhenger av utvikling fra Epic, som Helseplattformen AS ikke har avklart finansiering av.¹¹⁸

Driftskostnadene er nå høyere enn Helse Midt-Norge RHF beregnet, men administrerende direktør peker på at dette skyldes flere forhold, blant annet har utsettelsene gitt økte investeringskostnader med lenger drift av prosjektorganisasjonen og forlenget kostnadene til drift av de eksisterende systemene.

¹¹³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august) *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. [Brev til Riksrevisjonen].

¹¹⁴ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 22. mai 2024, sak 45/24 Vedtakssak – Langtidsbudsjett 2025–2030.

¹¹⁵ Protokoll fra styremøte ved St. Olavs hospital HF 25. mai 2024, sak 38/24 Langtidsbudsjett 2025–2030.

¹¹⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Nord-Trøndelag HF 23. mai 2024, sak 31/24 Langtidsbudsjett 2025–2030.

¹¹⁷ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 1. april 2020, sak 9/20 Kostnadsestimater som grunnlag for arbeidet med tjenesteprismodell.

¹¹⁸ Referat fra møte i styringsgruppen for regional innføring av Helseplattformen 4. oktober 2023.

Faktaboks 4 Vanskelig å sammenligne IT-driftsutgifter mellom helseforetakene

Det er ikke mulig å foreta en direkte sammenligning av IT-kostnadene i helseforetak i de ulike regionene, fordi løsningene i helseregionene er så ulike og helseforetakene ikke er direkte sammenlignbare og fordi helseforetakene har ulike størrelse, organisering og oppgaver. Helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF må blant annet forholde seg til to tjenesteleverandører, Helseplattformen AS og Hemit HF. Du kan lese mer om samarbeidet mellom Hemit og Helseplattformen AS i punkt 3.7.

Helseregionene har litt forskjellige modeller for å beregne og fordele IKT- kostnader.¹¹⁹ Vi får likevel en indikasjon på at driftskostnadene er større i Helse Midt-Norge, ved å at IT-driftskostnaden fra St. Olavs hospital for 2023 er på 803,6 millioner kroner¹²⁰ mens IT-driftskostnaden fra Helse Bergen på 683 millioner kroner.¹²¹ Dette er helseforetak som er relativt like selv om Helse Bergen er en del større med flere ansatte¹²² og høyere produksjon av DRG-poeng¹²³.

1.5.3 Antall kommuner som deler på Helseplattformen sine fellesutgifter blir færre enn planlagt

Tabell 7 Estimerte forvaltnings- og driftskostnader for primærhelsetjenesten i 2026 (millioner 2022-kroner)

Trondheim kommune	38,3
Øvrige kommuner	99,0
Fastleger	15,3
I alt	152,6

Kilde: Trondheim kommune. Kostnadsfordelingen mellom partene er beregnet med utgangspunkt i fordelingsnøkler og Trondheim kommunes tjenesteavtale.

Beregnete forvaltnings- og driftskostnader for primærhelsetjenesten i kommunene er vist i tabell 7.

Tallene baserer seg på avtalen som ble inngått med Trondheim kommune i 2022,¹²⁴ og er beregnet ut fra den avtalte fordelingen mellom opsjonsaktørene i primærhelsetjenesten. Oppdaterte fordelingsnøkler mellom aktørene er tatt inn i tjenesteavtalen basert på innbyggertall i kommunene i helseregionen.¹²⁵ Beregningene viser at samlede drifts- og forvaltningskostnader for primærhelsetjenesten i 2026 vil være på 152,6 millioner kroner, forutsatt at alle opsjonskommuner og fastleger tar løsningen i bruk.

¹¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, 20. august). *Tilbakemelding på utkast til hovedanalyserapport fra Helse- og omsorgsdepartementet*. [Brev til Riksrevisjonen].

¹²⁰ Betaling til Helseplattformen AS og Hemit HF. Tall mottatt fra St. Olavs hospital 13. mars 2024.

¹²¹ Svar fra Helse Bergen HF til Riksrevisjonen 2. april 2024. Beløpet utgjør betaling til HV IKT AS. I tillegg utgifter til drift av blant annet Medisinsk Teknisk Utstyr til andre selskaper, totalt 687 millioner kroner.

¹²² Ifølge årsmeldingene for 2023 hadde St. Olavs hospital HF i snitt 11 575 ansatte som utførte 9 502 årsverk. I Helse Bergen HF er det ved utgangen av 2023 13 924 ansatte.

¹²³ Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. I stedet for antall opphold brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål. I henhold til statistikk fra SSB og Helsedirektoratet var det i 2022 i alt 238 833 sengedøgn i somatikk og 114 639 DRG-poeng og 24 000 DRG-poeng for polikliniske kontakter ved St. Olavs hospital. Ved Helse Bergen var det i samme periode i alt 322 319 sengedøgn i somatikk og totalt 145 482 DRG-poeng – og i underkant av 32 000 DRG-poeng for polikliniske kontakter.

¹²⁴ Tjenesteavtalen mellom Trondheim kommune og Helseplattformen AS.. I avtalen er det avtalt en opptrapping av den årlige betalingen fram til 2026, fra 14,9 millioner kroner i 2022 til 38,3 millioner kroner i 2026 (2022-kroner). Beregningene er forelagt Helseplattformen AS' økonomidirektør, som gir uttrykk for at de er gode nok som anslag.

¹²⁵ I de oppdaterte fordelingsnøklerne har Trondheim kommune en befolkningsandel på 27,9 prosent i helseregionen. Trondheim kommunes andel er ut fra folketall er beregnet til 7,53 prosent av de samlede drifts- og forvaltningskostnadene med unntak av teknisk plattform, der Helse Midt-Norge HF tar 80 prosent av kostnadene.

Som vi skriver i punkt 2.1.1 er det flere kommuner som har utsatt beslutningen om å ta i bruk Helseplattformen, og noen av disse vurderer en anskaffelse av et annet system. 5 kommuner har sagt nei.

Trondheim kommunes driftskostnader med Helseplattformen blir høyere enn planlagt

Bystyret i Trondheim kommune ble i 2019 forespeilet at de årlige driftskostnadene fra Helseplattformen AS vil kunne komme på 26,5 millioner kroner.¹²⁶ I en ny gjennomgang i 2021 ble forventede driftskostnader ifølge kommunedirektøren økt med om lag 6,2 millioner kroner.¹²⁷ Trondheim kommune får i tillegg økt sin andel av kostnadene knyttet til kommunesammenslåingen med Klæbu og befolkningsøkningen. Det er beregnet at den delen utgjør rundt 4 millioner kroner.

I 2021 antydte kommunedirektøren at driftskostnadene samlet vil kunne komme på 34–36 millioner kroner.¹²⁸ I tjenesteavtalen 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 kommunes kostnader til drift og forvaltning av Helseplattformen er oppsummert i tabell 8. De består av kostnader Helseplattformen AS fakturerer Trondheim kommune og kommunens egne driftskostnader.

Tabell 8 Trondheim kommunes driftsrelaterte kostnader med Helseplattformen. Regnskap og budsjett. Millioner kroner.

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

Kilde: Trondheim kommune.

Økningen i drifts- og forvaltningsutgifter skyldes i hovedsak at driftslisens til Helseplattformen AS ble dyrere. Driftslisensen er prisnivåjustert og er i hovedsak i samsvar med inngått tjenesteavtale.

Regnskapet viser at Trondheims 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.

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

¹²⁶ Trondheim kommune. (2019). Sak PS 0103/2019 i bystyret 29. august 2019.

¹²⁷ Trondheim kommune. (2021). Sak PS 0101/2021 i bystyret 16. juni 2021.

¹²⁸ Trondheim kommune. (2021). Sak PS 0101/2021 i bystyret 16. juni 2021.

1.6 Innføringen av Helseplattformen har hatt andre økonomiske konsekvenser

1.6.1 Merkostnader for helseforetakene har blitt større enn det Helse Midt-Norge RHF planla med

Langtidsbudsjettet for 2025–2030 viser at innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital blir en større belastning enn antatt, noe som skyldes redusert aktivitetsvekst og høyere bemanning.¹²⁹ I styremøtet i Helse Midt-Norge RHF i juni 2024 kommer det fram at de i flere saker har understreket betydningen av å redusere risikoen i innføringsperioden av Helseplattformen gjennom vedtak om økt støtte til helseforetakene.¹³⁰ Helse Midt-Norge RHF har opplyst at den økonomiske ramme for støtte til helseforetakenes lokale innføring er tredelt:

- varig rammeøkning 152,4 millioner kroner (bevilget i 2020). Akkumulert 2020–2024 utgjør dette 762 millioner kroner
- engangstilskudd 400 millioner kroner (bevilget i 2022–2023)
- likviditetsbidrag 600 millioner kroner (2022–2026)¹³¹

I tillegg bevilget Helse Midt-Norge 35 millioner kroner til innføring av Helseplattformen i Helse Nord-Trøndelag.¹³² I sum er Helse Midt-Norge RHF's bidrag til lokal innføring av Helseplattformen i de tre helseforetakene 1 797 millioner kroner.¹³³ Dette beløpet er oppjustert til 1 907 millioner kroner i oktober 2024 (640 millioner kroner til Helse Møre og Romsdal, 348,5 millioner kroner til Helse Nord-Trøndelag og 918,5 millioner kroner til St Olavs hospital).¹³⁴

Merkostnader for St. Olavs hospital

Gjentatte feil og mangler i Helseplattformen har ifølge St. Olavs hospital ført til et behov for høyere bemanning for å redusere risiko og for å sørge for pasientsikkerheten.¹³⁵

For å kompensere for de utfordringene som har oppstått ved innføringen og i etterkant, har St. Olavs hospital måttet overføre oppgaver til andre helseforetak og benyttet overtid, økt vikarbruken og kjøpt private helsetjenester.¹³⁶

Administrerende direktør ved St. Olavs hospital mener at de økonomiske konsekvensene av Helseplattformen også må inkludere merkostnadene knyttet til drift hos kundene etter at Helseplattformen ble innført. I desember 2022 ga ledelsen ved St. Olavs hospital beskjed om at alle merkostnader som skyldes Helseplattformen, skulle føres på en egen prosjektkode. St. Olavs hospital antok at det underrapporteres på denne koden, både fordi det er lett å glemme å bruke den, og fordi det er vanskelig å registrere daglig ineffektivitet som oppstår som følge av dårlig brukergrensesnitt. I tillegg registreres ikke sykefraværet som følge av belastning knyttet til Helseplattformen på denne koden.

I 2024 venter St. Olavs hospital at summen av merkostnadene og tapt inntekt vil komme opp mot 146 millioner kroner. Dette forutsetter at feil er rettet og løsningen er optimalisert som planlagt innen 30. juni 2024.¹³⁷

¹²⁹ Protokoll fra styremøte ved St. Olavs hospital HF 25. mai 2024 sak 38/24 Langtidsbudsjett 2025–2030.

¹³⁰ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 20. juni 2024, sak 63/24 Statusrapport Helseplattformen.

¹³¹ Helse Midt-Norge RHF's svar til Riksrevisjonen av 1. juli 2024.

¹³² Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 20. juni 2024, sak 63/24 Statusrapport Helseplattformen.

¹³³ Helse Midt-Norge RHF's svar til Riksrevisjonen av 1. juli 2024.

¹³⁴ Styremøte i Helse Midt-Norge RHF 7. oktober 2024 styresak 99/2024.

¹³⁵ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF, sak 5/24 vedlegg 1 Utkast til Årlig melding 2023 fra St. Olavs hospital HF til Helse Midt-Norge RHF.

¹³⁶ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 16. november 2023, sak 69/23 – Notat vedrørende merkostnader og tapt inntekt som skyldes innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF i 2023 per september og 2024 (datert 4. november 2023).

¹³⁷ Protokoll fra styremøte ved St. Olavs hospital HF 11. desember 2023, sak 77/23 Budsjett 2024.

Inntektstap for helseforetakene

Det er beregnet et visst aktivitetsfall eller en redusert aktivitetsvekst ved innføring av Helseplattformen i helseforetakene:

- St. Olavs hospital har i løpet av 2023 brukt en egen modell for å beregne tapt inntekt som følge av innføringen av Helseplattformen. Selv om det er usikkerhet i anslagene, er Helseplattformen en medvirkende årsak til lavere aktivitetsbaserte inntekter.^{138,139} Inntektene har falt fra 3,9 milliarder kroner i 2022 til 3,6 milliarder kroner i 2023.¹⁴⁰ Dette skyldes i hovedsak Stortinget vedtok en reduksjon av ISF-andelen i statsbudsjettet for 2023. Den ble redusert fra 50 prosent til 40 prosent og som følge av dette fikk alle helseforetak i Norge en reduksjon i sine aktivitetsbaserte inntekter fra 2022 til 2023.¹⁴¹
- Avhengig av beregningsmetode varierer summen av det estimerte inntektstapet og merkostnaden fra 64 til 113 millioner kroner for 2023.¹⁴²
- Helse Møre og Romsdal legger til grunn at helseforetaket i 2024 vil få et lavere aktivitetsnivå enn i et normalår grunnet innføring av Helseplattformen.¹⁴³ Helseforetaket rapporterer at innføringen av Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal innebærer at aktivitetsbudsjettet knyttet til DRG-aktiviteten i 2024 er redusert. Helseforetaket ser en reduksjon i elektiv aktivitet/opphold pr mai på om lag 16,2 prosent sammenlignet med samme periode i 2023.¹⁴⁴
- Kostnadsestimatene som foretakene har gitt i innspill til langtidsbudsjett per april 2021, tilsa et inntektstap det første året på 42,6 millioner kroner ved innføringen i Helse Møre og Romsdal. Det er i budsjettet for 2024 tatt høyde for en aktivitetsnedgang på 2 prosent og økte lønnskostnader på 1,5 prosent på grunn av innføringen av Helseplattformen.¹⁴⁵ Etter en måned i drift rapporterer helseforetaket at de ser en reduksjon i elektiv aktivitet på i overkant av 16 prosent sammenlignet med mai 2023.¹⁴⁶
- Helse Nord-Trøndelags innspill til langtidsbudsjett per april 2021 tilsa et inntektstap det første året på 26,6 millioner kroner. Det er estimert en reduksjon i aktivitetsbaserte inntekter og en økning i bemanningsutgifter/inneleie for 2024 på 70 millioner kroner som følge av innføringen av Helseplattformen. Helseforetaket estimerer også, etter erfaring fra implementeringen til St. Olavs hospital, at innføringsperioden vil strekke seg inn i 2026, med 40 millioner kroner i reduserte aktivitetsbaserte inntekter og høyere bemanningskostnad enn ordinært første tertial.¹⁴⁷

Utfordringene med Helseplattformen fører også til at det er mindre ressurser til andre investeringer og prosjekter. For 2024 er det i budsjettet til St. Olavs hospital lagt inn en reduksjon i investeringer i medisinsk teknisk utstyr og bygg på totalt 221 millioner kroner, sammenlignet med langtidsbudsjettet.¹⁴⁸ Styret uttrykker bekymring for at likviditetssituasjonen gjør at nødvendige investeringer må skyves på, og at dette kan få konsekvenser for pasientbehandlingen. I budsjettet poengteres det at det vil være svært knappe rammer til nødvendige investeringer i 2024 og de kommende årene. Dette skyldes blant annet økt bemanning for å håndtere utfordringene med Helseplattformen.¹⁴⁹

¹³⁸ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 16. november 2023, sak 69/23 - Notat vedrørende merkostnader og tapt inntekt som skyldes innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF i 2023 per september og 2024.

¹³⁹ Det ble antydnet at sykehuset skulle være i full drift etter 90 dager.

¹⁴⁰ Årsregnskap for St. Olavs hospital HF 2023.

¹⁴¹ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen av 20. august 2024.

¹⁴² Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 16. november 2023, sak 69/23 Notat vedrørende merkostnader og tapt inntekt som skyldes innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital HF i 2023 per september og 2024.

¹⁴³ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 22. mai 2024, sak 45/24 Vedtakssak – Langtidsbudsjett 2025–2030.

¹⁴⁴ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal sak 53/24 19. juni 2024.

¹⁴⁵ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 7. desember 2023, sak 92/2023.

¹⁴⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Møre og Romsdal HF 19. juni 2024, sak 53/24.

¹⁴⁷ Protokoll fra styremøte i Helse Nord-Trøndelag HF 18. desember 2023, sak 69/23 vedlegg 1 – Risiko- og konsekvensvurdering 5. desember 2023.

¹⁴⁸ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 11. desember 2023, sak 77/23 Budsjett 2024.

¹⁴⁹ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 11. desember 2023, sak 77/23 Budsjett 2024.

1.6.2 Merkostnader i Trondheim kommune

I Trondheim kommunes regnskap er merkostnader med Helseplattformen registrert for legevakta. I sum er det anslått at merkostnader for legevakta utgjør 30 millioner kroner.¹⁵⁰ Ekstrakostnader skyldes svakheter i faktureringsystemet i Helseplattformen. For å sikre betalingen til legene som går vakter på legevakta gir man dem et fast kronebeløp per vakt i kompensasjon.¹⁵¹ I Trondheim kommune har også enkelte andre enheter signalisert at de har merkostnader med Helseplattformen, men da uten at disse er skilt ut som egne kostnader i regnskapet. Blant annet har enheter i hjemmetjenesten økt ressursbruk for å følge opp legemiddellistene i Helseplattformen. Trondheim kommune har i tillegg satt av 10 millioner kroner i regnskapet til dekning av underfinansieringen i Helseplattformen AS, se kapittel 3.¹⁵²

1.6.3 Merkostnader i opsjonskommunene

Flere av de opsjonskommunene vi har vært i kontakt med, viser til at merkostnader i hovedsak er knyttet til utsatt oppstart og mangler ved faktureringsløsningen i Helseplattformen. Betydningen av merkostnader for utsatt oppstart varierer mellom kommunene. Enkelte kommuner vurderer det til å være av mindre vesentlig betydning, mens andre kommuner oppgir frustrasjon og betydelige merkostnader ved at de har måttet lønne ansatte ekstra og beholde gamle datasystemer lengre. Det er også kommuner som oppgir at de etter hvert fikk større behov for opplæring enn forutsatt, og at de har måttet leie inn ekstra personell mens faste ansatte gjennomfører opplæringen. Også overføring av data fra gamle til nytt system nevnes som eksempler på forhold som fikk større omfang enn først antatt. Med unntak av én kommune er det ingen av kommunene som har tallfestet merkostnadene.

Helseplattformen AS har understreket at kommuner som ønsker utsettelse eller å trekke seg, må dekke utgiftene som selskapet har hatt. Bakgrunnen for dette er at de andre kommunene ikke skal bære konsekvensene av at en kommune trer ut av samarbeidet.¹⁵³

1.7 Kompleks økonomimodell – aktørene mener selv det er krevende å få økonomisk oversikt

1.7.1 Budsjett og regnskapsoppfølging

Etter opprettelsen av Helseplattformen AS har selskapet utarbeidet månedlige statusrapporter.¹⁵⁴ Rapportene er lagt fram for styret i Helseplattformen AS, ledelsen og styret i Helse Midt-Norge RHF og ledelsen i Trondheim kommune. Rapportene har omfattet forbruk, økonomiske prognoser og likviditet.

Dokumentgjennomgangen viser at styret i Helseplattformen AS også har behandlet langtidsbudsjettet til selskapet. Helseplattformen AS uttaler at etter at byggingen av løsningen er ferdig, finner de det naturlig med fire til seks års perspektiv på langtidsbudsjettene.¹⁵⁵

1.7.2 Behov for mer kontroll

Styret i Helseplattformen AS så i løpet av 2023 behov for å få bedre oversikt over økonomien i prosjektet. Boston Consulting Group påpekte også i sin rapport i august 2023 at det er stor usikkerhet knyttet til totalkostnadene for Helseplattformens sentrale innføringsprosjekt fordi flere leveranser er

¹⁵⁰ Merkostnader i perioden 7. mai 2022 – 30. juni 2024.

¹⁵¹ Vi får opplyst fra kommunen at beløpet i starten var 5 000 kroner per vakt og at det etter forbedringer er justert ned til 2 000 kroner.

¹⁵² Ifølge Helseplattformen AS utgjør underfinansieringen i selskapet 110 millioner kroner (akkumulert prognose for 2024). De opplyser at det var planlagt og at det skal ha blitt tatt opp med eierne siden 2021. En av delprosjektlederne i Trondheim kommunen opplyser at beløpet på 10 millioner kroner som er satt av til dekning av underfinansieringen kan bli høyere. Hvordan underfinansieringen skal fordeles mellom eierne er per september 2024 ikke avklart.

¹⁵³ Protokoll fra ekstraordinært styremøte i Helseplattformen AS 13. mars 2024, sak 23/24.

¹⁵⁴ Statusrapporten er inndelt i fem delområder: Overordnet status, Fremdrift & kvalitet, Gevinstrealisering, Økonomi, HR og Risiko.

¹⁵⁵ Helseplattformen AS. (2024, 19. januar). Besvarelse spørsmål i e-post 13. desember 2023 [e-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen].

utestående, se punkt 1.2.¹⁵⁶ Det gjaldt både prosjektrengskapet for Helseplattformens sentrale innføringsprosjekt og de framtidige driftskostnadene.

I utviklingsfasen ble det ikke foretatt noen vurdering av eller noe anslag over hva utviklings- og forbedringstiltakene kostet. Helseplattformen AS påpeker i intervju blant annet at det under arbeidet ikke var tilstrekkelig kontroll over hva endringsforslagene innebar av kostnader. Man var heller ikke oppmerksom nok på de ekstra kostnadene som ville tilkommet dersom fagekspertene tok beslutninger som førte til mer vedlikeholdskostnader.¹⁵⁷ Den nåværende styrelederen mener det har vært en utfordring å koble de faglige beslutningene som er knyttet til løsningsens kvalitet, tydelig til tid og kostnader.

I 2023 så selskapet behov for en tettere oppfølging fordi kostnadene hadde beveget seg over den generelle styringsrammen P50.¹⁵⁸ I løpet av 2023 og 2024 iverksatte selskapet flere tiltak for å få en bedre oversikt over økonomien:

- innføring av timerapportering i Helseplattformen AS
- definerte kontrollhandlinger/økonomigjennomgang selskapets revisor¹⁵⁹
- opprettelse av underutvalg til styret for økonomi- og internkontroll¹⁶⁰

1.7.3 Helseforetakenes oppfølging

I 2020 startet Helse Midt-Norge RHF et arbeid for å estimere hvilken økonomisk konsekvens det ville få for foretakene å innføre Helseplattformen. Arbeidet var sentralt for utarbeidelse av foretakenes langtidsbudsjett. Det regionale helseforetaket nedsatte en arbeidsgruppe bestående av en faglig leder, en økonom fra hvert foretak og en representant fra Helseplattformen AS.¹⁶¹ Helse Midt-Norge RHF ble også involvert i arbeidet.

Arbeidsgruppen foretok beregninger ut ifra potensielle kostnadselementer som opplæring, forberedelser, aktivitetsnedgang, egne superbrukere, investeringer i eget utstyr og så videre. Arbeidsgruppen la fram sitt første kostnadsestimat i august 2020. Gruppen la fram nye beregninger og kom med oppdaterte tall i april 2021.¹⁶² Etter 2021 har det ifølge intervju ikke vært noen aktivitet i gruppen.

Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag har ført lokalt prosjektrengskap for sine lokale kostnader. St. Olavs hospital har ikke ført eget prosjektrengskap for innføringen jf. punkt 1.4.1.

¹⁵⁶ Boston Consulting Group. (2023). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

¹⁵⁷ Verifisert referat fra intervju med medisinsk direktør 12. april 2024.

¹⁵⁸ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 16. februar 2023, sak 20/23. Det legges til en uspesifisert-post for å få estimat med en sannsynlighet på 50 prosent mot overskridelse. Det utgjør en styringsramme for prosjektet.

¹⁵⁹ BDOs presentasjon framlagt på styremøte i Helseplattformen AS 25. oktober 2023.

¹⁶⁰ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 7. februar 2024, sak 6/24 Opprettelse av underutvalg til styret for økonomi og internkontroll.

¹⁶¹ Beslutningsgruppe faglige ledere, jf. dokumentet Helseplattformen i helseforetakenes langtidsbudsjett av 20. april 2021.

¹⁶² Helseplattformen AS. (2021, 20. april). *Helseplattformen i helseforetakenes langtidsbudsjett (versjon: oppdatering april 2021).*

2 Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

I dette kapitlet undersøker vi i hvilken grad Helseplattformen legger til rette for bedre samhandling.

Relevante revisjonskriterier

- Et hovedmål for helse- og omsorgspolitikken er gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester.
- Tjenesteytere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal samarbeide for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.
- Digitale løsninger og bedre digital samhandling skal bidra til at innbyggere får gode, sammenhengende og tilgjengelige tjenester.
- Et helhetlig helsetilbud forutsetter god samhandling mellom de ulike tjenestene og nivåene. Dette gjelder særlig for pasientgrupper med sammensatte sykdomsbilder og helseutfordringer.
- Helse- og personopplysninger som skal behandles, skal være tilgjengelige til den tid og på det sted det er behov for opplysningene. Tilgjengelig informasjon for helsepersonell er en forutsetning for god og forsvarlig helsehjelp.
- Helseplattformen er regional utprøvningsarena for det nasjonale målbildet definert i *Meld. St. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal*, hvor
 - 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

Oppsummering

- Helseplattformen legger til rette for omfattende samhandling, men få fastleger deltar, ingen avtalespesialister og avtalefysioterapeuter deltar, og flere kommuner deltar ikke.
- Helseplattformen legger til rette for helhetlige pasientforløp mellom påkoblede virksomheter.
- De tre andre helseregionene samarbeider om utvikling av digital samhandling uten Midt-Norge.

Bedre samhandling var et viktig mål med anskaffelsen av Helseplattformen. Du kan lese mer om anskaffelsen i kapittel 2 i del II av rapporten og om overordnede gevinstmål for Helseplattformen i kapittel 1 i del I av rapporten. I dette kapitlet undersøker vi samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, altså mellom sykehus, fastleger og kommunale tjenester, som sykehjem og hjemmetjenester. Faktaboks 5 forklarer hvilke tilnærminger og ambisjonsnivåer helsevesenet har for digital samhandling.

Faktaboks 5 Tilnærminger og ambisjonsnivåer for digital samhandling

Samhandling mellom helsepersonell

Noen pasienter får behandling i flere deler av helse- og omsorgstjenesten. Det kan for eksempel bety rask og hyppig overgang fra fastlege og legevakt til sykehus, og overgang tilbake til fastlege og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. For at man skal kunne gi best mulig helsehjelp, er det en forutsetning at nødvendige helseopplysninger følger pasienten.

Helse- og omsorgstjenestene kan samhandle ved å sende papirdokumenter, sende elektroniske meldinger eller dele informasjon digitalt i dokumenter eller gjennom strukturerte data.

Illustrasjonen viser måter helsepersonell i Norge kan samhandle på i dag.

Nasjonale e-helseløsninger og bruken av dem i Helseplattformen

- Helsenettet er et sikkert digitalt nett for alle aktører i helsesektoren. Helseplattformen bruker helsenettet til å sende meldinger til aktører som ikke bruker Helseplattformen.
- Kjernejournal er en digital tjeneste som gir personell tilgang til viktige opplysninger om sykdom, vaksiner og legemidler. Dokumenter i pasientjournalen på sykehus kan deles med andre via kjernejournal. Kjernejournal kan åpnes gjennom Helseplattformen.
- Helsenorge er innbyggernes inngang til helse- og omsorgstjenester digitalt. HelsaMi, som er innbyggernes inngang til Helseplattformen, er et supplement til Helsenorge.



Datadeling

Helseplattformen bygger på deling i sanntid av journaler med strukturerte data. Kjernejournal deler ulike kritiske helseopplysninger.



Dokumentdeling

Kjernejournal deler dokumenter, som epikriser, mellom sykehus og til fastleger og legevakt.



Meldingsutveksling

Henvisninger, epikriser, pleie- og omsorgsmeldinger, vaksinasjoner og prøvesvar sendes via helsenettet mellom ulike journal- og fagsystemer.



Papirutveksling

Resept på multidosepakkelegemidler fra fastlege til apotek, Helsekort for gravide, MSIS-melding, attester.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*; Helse Nord-Trøndelag HF. (2022.) *HelsaMi er innbyggerens digitale inngang til helse- og omsorgstjenester*. Hentet 13. august 2024 fra <https://www.hnt.no/nyheter/2022/helsami-er-innbyggerens-digital-inngang-til-helse-og-omsorgstjenester>; Helsenorge. (2024). Om *kjernejournal*. Hentet fra [Om kjernejournal - Helsenorge](#), august 2024.

Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune har ikke planlagt at gevinstene fra den økte muligheten til å samhandle skal inntreffe umiddelbart. Faktaboks 1 i kapittel 1 i del I av Riksrevisjonens rapport og vedlegget til kommunerevisjonens rapport beskriver hvilke overordnede gevinstmål Helseplattformen har for blant annet samhandling, og når helsetjenesten skal realisere slike gevinster.

2.1 Helseplattformen legger til rette for omfattende samhandling, men oppslutningen varierer

2.1.1 Få fastleger og ingen avtalespesialister bruker Helseplattformen, og flere kommuner i regionen bruker den heller ikke

Få fastleger bruker Helseplattformen

Fastlegene er gjerne pasientenes første kontakt med helsetjenesten når de får et helseproblem, og fastlegene har et ansvar for å utrede problemene, diagnostisere og vurdere behov for behandling, noe

som gjerne innebærer å koordinere tilbudet av tjenester med spesialisthelsetjenesten og eventuelt kommunehelsetjenesten.¹⁶³

Generalforsamlingen ga i *Styringskrav og rammer for 2020* styret i Helseplattformen AS i oppdrag å sikre ivaretagelse av fastlegenes og avtalespesialistenes interesser, slik at de vil kjøpe seg inn i løsningen.¹⁶⁴

Det er frivillig for selvstendig næringsdrivende fastleger og avtalespesialister å bruke Helseplattformen. Kommunene kan imidlertid bestemme om egne fastlegekontor skal bruke Helseplattformen.

På grunn av manglende funksjonalitet sammenlignet med journalsystemene de har, og sen framgang i oppfølging av krav som var stilt til løsningen, tok ikke fastlegene i bruk Helseplattformen da Trondheim kommune skulle ta systemet i bruk våren 2022.¹⁶⁵ Helseplattformen AS fortsatte arbeidet med å forbedre fastlegeløsningen. I oktober 2023 sendte allmennlegeutvalgene for fastleger i Trondheim og Malvik en uttalelse til Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune der de orienterte om at de ikke ville ta i bruk Helseplattformen ved sine kontor.¹⁶⁶ Fastlegeløsningen er derfor kun tatt i bruk ved det kommunale fastlegekontoret Øya legesenter i Trondheim og i Vanylven kommune.

Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse til fastleger i april 2024 viser at ingen av dem er positivt innstilt til å ta i bruk Helseplattformen slik systemet er nå, og et flertall er heller ikke positivt innstilt til å ta i bruk systemet i framtiden, selv om det blir forbedret og konkurransedyktig med journalsystemet de har i dag.

Mange kommunale aktører opplever, ifølge intervjuer som Trondheim kommunerevisjon har gjennomført, at det blir vanskeligere å nå målene for Helseplattformen når fastlegene ikke bruker løsningen.

Ingen avtalespesialister bruker Helseplattformen, og finansieringen er ikke avklart

Avtalespesialister er selvstendig næringsdrivende som er en del av spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norge RHF opplyser at i anskaffelsesstrategien og kravspesifikasjonen er det lagt opp til at løsningen kan tas i bruk av avtalespesialister. Disse utfører poliklinisk behandling på lik linje med sykehusenes poliklinikker basert på avtaler med det regionale helseforetaket.

Det er i Midt-Norge ca. 130 avtalespesialister innenfor 11 spesialiteter, ingen av disse bruker Helseplattformen. Kommunerevisjonens undersøkelse viser at heller ingen avtalefysioterapeuter i kommunen bruker Helseplattformen. Løsningen for denne gruppen vil bygge på løsningen for fastlegene.

Styret i Helseplattformen AS besluttet i september 2022 at arbeidet med avtalespesialister (og avtalefysioterapeuter) ikke gis høy prioritet før alle helseforetak har innført Helseplattformen. Helseplattformen AS opplyser at mye av funksjonaliteten for fastleger sannsynligvis også vil være aktuell for avtalespesialister. Det finnes imidlertid i dag ifølge selskapet ingen avklart finansiering eller konkret plan for utvikling og innføring av løsninger for avtalespesialister. Helseplattformen AS har spilt inn til Helse Midt-Norge RHF at det bør tas økonomisk høyde for dette i arbeidet med langtidsbudsjett for 2025–2030.

¹⁶³ Braut, Geir Sverre; Hagen, Terje P.: *Fastlege i Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 24. juni 2024 fra <https://snl.no/fastlege>.

¹⁶⁴ Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Helseplattformen AS – Styringskrav og rammer 2020*.

¹⁶⁵ Saksgrunnlag til intern styringsgruppe i Trondheim kommune.

¹⁶⁶ Uttalelse fra allmennlegeutvalget i Trondheim datert 19. oktober 2023.

Fire kommuner har sagt nei til å bruke Helseplattformen, mange har utsatt beslutningen

Helseplattformen AS opplyser at 71 prosent av befolkningen dekkes av Helseplattformen per august 2024. Det er 67 kommuner i Midt-Norge. Per oktober 2024 har

- 28 kommuner tatt i bruk Helseplattformen
- Ytterligere 6 kommuner vedtatt å innføre Helseplattformen
- 5 kommuner sagt nei til Helseplattformen
- 24 kommuner har utsatt beslutningen
- 4 kommuner har ikke tatt en beslutning

Flere kommuner i Midt-Norge har inngått et samarbeid om en alternativ anskaffelse av en elektronisk pasientjournal

Flere kommuner i helseregionen har gjennomført en markedsdialog knyttet til alternative systemer for elektronisk pasientjournal.¹⁶⁷ Flere kommuner, blant annet Stjørdal, Steinkjer, Orkland og Malvik, har vedtatt å starte en anskaffelsesprosess for å sikre et egnet system for elektronisk pasientjournal sammen med andre kommuner.¹⁶⁸ Kommunene i samarbeidet skal innen 1. november 2024 fatte formelt vedtak om de vil tiltre arbeidet med anskaffelsen.

2.1.2 Kommunehelsetjenesten i Trondheim opplever at Helseplattformen har lagt til rette for bedre samhandling internt og med spesialisthelsetjenesten

Trondheim kommunerevisjons undersøkelse viser at mange av informantene deres er tilfredse med at Helseplattformen gir mulighet til å samhandle godt internt i kommunen og med sykehusene. Ansatte i kommunehelsetjenesten erfarer at flere av funksjonene i Helseplattformen er nyttige:

- Å ha samme journalsystem som sykehuset gir direkte tilgang til sykehusets informasjon om pasientene.
- Det er mulighet for enkel kommunikasjon med helsepersonellet som har behandlet pasientene på sykehusene.
- Det er mulig å dele bilder av for eksempel sår direkte med sykehusene.
- En virtuell visning av pasientens kropp i en såkalt avatar kan brukes til å dele informasjon med sykehusene om plaster, sår, dren og kateter.

2.1.3 Pasient- og pårørendeorganisasjoner mener samhandlingsmulighetene ikke er godt nok utnyttet

Trondheim kommunerevisjons undersøkelse av Helseplattformen viser at noen enheter i Trondheim kommune legger til rette for kommunikasjon med pasientene gjennom HelsaMi. Disse enhetene bruker HelsaMi til timebestilling, påmelding til kurs, formidling av prøveresultater, direkte kommunikasjon med innbyggerne, informasjon om pasientens behandler og videokonsultasjoner.



HelsaMi Helseplattformen har en innbyggerportal som kalles HelsaMi, hvor pasienter og pårørende blant annet får tilgang til timeavtaler, prøvesvar og digital dialog med helsepersonell.¹⁶⁹

¹⁶⁷ IT-leder Værnesregionen, sak 107/23 Strategisk valg - anskaffelse av Elektronisk pasientjournal (EPJ) Stjørdal kommune, formannskapet i Stjørdal, 16.11.23, sak 22/24 Status Helseplattformen og videre anbefalinger knyttet til anskaffelse av elektronisk pasientjournal, kommunestyret i Malvik, 13.5.24, arkivsak 24/06279 Helseplattformen - beslutning om veien videre, kommunestyret i Orkland, 18.6.24 og sak 81/2024 Helseplattformen - beslutning om veien videre, kommunestyret i Steinkjer, 18.9.24."

¹⁶⁸ 15 kommuner i Trøndelag har per 1.oktober 2024 tilsluttet seg samarbeidet om anskaffelse av en alternativ løsning til Helseplattformen. De fem kommunene som ennå ikke har tatt stilling til det, behandler sak om det i løpet av oktober.

¹⁶⁹ Løsningen er tilgjengelig via app eller nettleser. Alle som er over 16 år og pasient eller pårørende ved en enhet eller avdeling som bruker Helseplattformen, kan bruke HelsaMi. Trondheim kommune og Øya legesenter tok i bruk HelsaMi i mai 2022. St. Olavs hospital HF og seks andre kommuner tok i bruk løsningen i november 2022, jf. Helseplattformen AS. (2022, 12. desember). *Hva er HelsaMi?* <https://www.helseplattformen.no/helsami/hva-er-helsami/>

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 at samhandlingen gjennom HelsaMi ikke er godt nok utnyttet av helsetjenestene. De mener potensialet er stort, men opplever flere mangler:

- Informasjonen de får der, 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.¹⁷⁰

2.2 Helseplattformen legger til rette for helhetlige pasientforløp mellom påkoblede virksomheter

Figur 2 viser i hvilken grad helsepersonell ved St. Olavs hospital og Trondheim kommune opplever at Helseplattformen legger til rette for helhetlige pasientforløp og effektive arbeidsprosesser. Vi har i dette kapittelet ikke undersøkt brukskvalitet. Du kan lese mer om Helseplattformens brukskvalitet i kapittel 1 i del II av rapporten og i kapittel 2 i Trondheim kommunerevisjons rapport.

Figuren viser i hvilken grad Helseplattformen har funksjonalitet for å realisere mål om samhandling. Dersom Helseplattformen har funksjonalitet som legger til rette for målene, har vi markert den med *grønt*.¹⁷¹ Dersom funksjonaliteten mangler eller spørreundersøkelser viser at funksjonaliteten ikke er tilstrekkelig for å nå målene, har vi markert den med *rødt*. Dersom Helseplattformen har funksjonaliteten, men mulighetene i liten grad er tatt i bruk, har vi markert den med *gult*.

Figuren viser at på fem av åtte områder gir Helseplattformen mer helhetlige pasientforløp og effektive arbeidsprosesser i helsetjenesten i helseregionen. Helseplattformen mangler automatisk deling av informasjon med fastleger og avtalespesialister, og helsepersonellet registrerer fortsatt informasjon flere ganger selv om de samhandler i en strukturert journal. Helsetjenesten utnytter også i liten grad pasientenes mulighet til å registrere informasjon i Helseplattformen gjennom *HelsaMi*-appen.

Statusen for det enkelte samhandlingsmål- og funksjonalitet er nærmere beskrevet i punkt 2.2.1–2.2.4.

¹⁷⁰ Brev fra Pasient- og brukerombudet til Riksrevisjonen om erfaringer fra Pasient- og brukerombudet i Trøndelag 5. april 2024.

¹⁷¹ Se punkt 2.5 i del I av rapporten for å få informasjon om framgangsmåte og definisjon av populasjon og utvalg. Informasjonen kommer fra informantenes aggregerte svar på våre strukturerte spørsmål om funksjonalitet og fra spørreundersøkelse gjennomført ved St. Olavs hospital HF i 2023 og 2024 og strukturerte samtaler med helsepersonell ved St. Olavs hospital og i Trondheim kommune. I tillegg bygger vi på Trondheims kommunerevisjons undersøkelse, både intervjuer med helsepersonell i kommunen og spørreundersøkelse blant fastleger i deres kommune. Noen av disse fastlegene har erfaring med bruk av Helseplattformen som gjennom f.eks. vakter på legevakt.

Figur 2 Helhetlige pasientforløp og effektive arbeidsprosesser i Helseplattformen

Funksjonalitet	Status	Kommentar
Umiddelbar deling av informasjon	Grønn	Helsepersonell rapporterer imidlertid om at dette i liten grad gir god oversikt over pasientenes legemidler.
Informasjon kan gjenbrukes	Grønn	
Informasjon registreres kun én gang	Rosa	Helsepersonell rapporterer om dobbeltregistreringer.
Deling av informasjon med fastleger og avtalespesialister	Rosa	Unntak: Trondheim og Vanylven kommune har ett kommunalt fastlegekontor som er påkoblet.
Pasienter og pårørende kan registrere informasjon	Gul	Muligheten brukes i liten grad.
Nødvendig informasjon er tilgjengelig i én arbeidsflate	Grønn	Unntak: Enkelte spesialiteter har fagsystemer som ikke deler data med Helseplattformen.
Mulighet for å søke i informasjonen	Grønn	
Mulighet for digital kommunikasjon på tvers	Grønn	

Kilde: Analyser gjennomført av Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon

2.2.1 Helseplattformen sikrer umiddelbar deling av pasientopplysninger mellom påkoblede virksomheter

Helseplattformen sørger for at informasjonen som helsepersonellet registrerer om pasientene, *deles* umiddelbart mellom påkoblede virksomheter, altså virksomheter som har tatt i bruk Helseplattformen. Informantene vi har snakket med ved fire enheter ved St. Olavs hospital og i Trondheim kommune, opplever det som positivt at de har tilgang til mer informasjon fra andre helsetjenester enn tidligere. De opplever at informasjonsdelingen gir bedre innsikt i pasientenes helsehistorikk, hvilken oppfølging pasientene får fra andre påkoblede helsetjenester, og hva som er planlagt videre, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus. Dette gjør det mulig for helsepersonell å være mer forberedt når pasienten kommer til behandling.

En informant forteller at arbeidet går raskere og bedre når helsepersonell kan kommunisere i samme system. Tidligere var det behov for mange telefonsamtaler, og det kunne føre til kommunikasjonssvikt. Flere av informantene peker på at Helseplattformen har bidratt til mindre behov for å ringe og til færre misforståelser.

Et eksempel på en påkoblet virksomhet som merker stor forskjell, er legevakta i Trondheim. En lege der trekker fram at Helseplattformen har åpnet for bedre samhandling internt i kommunehelsetjenesten, for eksempel med sykehjem, hjemmetjenesten og fengselshelsetjenesten. Tidligere hadde ikke de ansatte på legevakta tilgang til helseopplysninger fra slike aktører, men nå kan de finne informasjon om tidligere sykdommer, legemidler og pasientens status de siste dagene. Legen opplever at dette gir et mer helhetlig pasientforløp.

Deling av informasjon mellom påkoblede virksomheter foregår digitalt, utenom avklaringer per telefon. Informantene forteller at helsetjenestene ikke lenger sender dokumentasjon på papir eller gjennom

faks. Informantene peker imidlertid på at de fortsatt har behov for noe kontakt per telefon for å gi eller motta supplerende informasjon.

Problemer med samhandling om pasientenes legemidler

Spørreundersøkelsen som vi gjennomførte ved St. Olavs hospital viser at leger og sykepleiere i liten grad mener at Helseplattformen gir god oversikt over legemidlene pasientene bruker under oppholdet, men at legene og sykepleierne har blitt mer positive til legemiddellisten siden mars 2023. I mars 2023 svarte 67 prosent av legene at Helseplattformen ikke ga god oversikt over medisiner, mens i april 2024 var andelen redusert til 59 prosent. Andelen som mener oversikten over medisiner er veldig eller nokså god, har økt fra 30 til 36 prosent. Oversikten over legemidler fungerer noe bedre for sykepleiere. Andelen sykepleiere som mener at oversikten over legemidler er veldig eller nokså god, har økt fra 35 prosent i mars 2023 til 49 prosent i april 2024.

Informantene vi har snakket med ved St. Olavs hospital og i Trondheim kommune, opplyser at informasjonen om hvilke legemidler pasientene faktisk bruker, kan være utdatert, eller at leger gir nye resepter uten at de samtidig tar stilling til om eksisterende resepter bør videreføres.

I Trondheim kommunerevisjons undersøkelse kommer det fram at innføringen av Helseplattformen har ført til noen utfordringer når det gjelder legemiddellistene. Hjemmetjenestene har måttet øke ressursbruken på medisinrommene for å fange opp endringer og kvalitetssikre og samstemme legemiddellistene. Også helse- og velferdssentrene og legevakta opplever at legemiddellistene er uoversiktlige og må samstemmes. De fleste informantene i kommunen opplyser at det er behov for å ta like mange eller flere telefoner enn før knyttet til legemidler.

2.2.2 Leger og sykepleiere må fortsatt registrere samme informasjon flere ganger

Dobbeltregistrering av informasjon

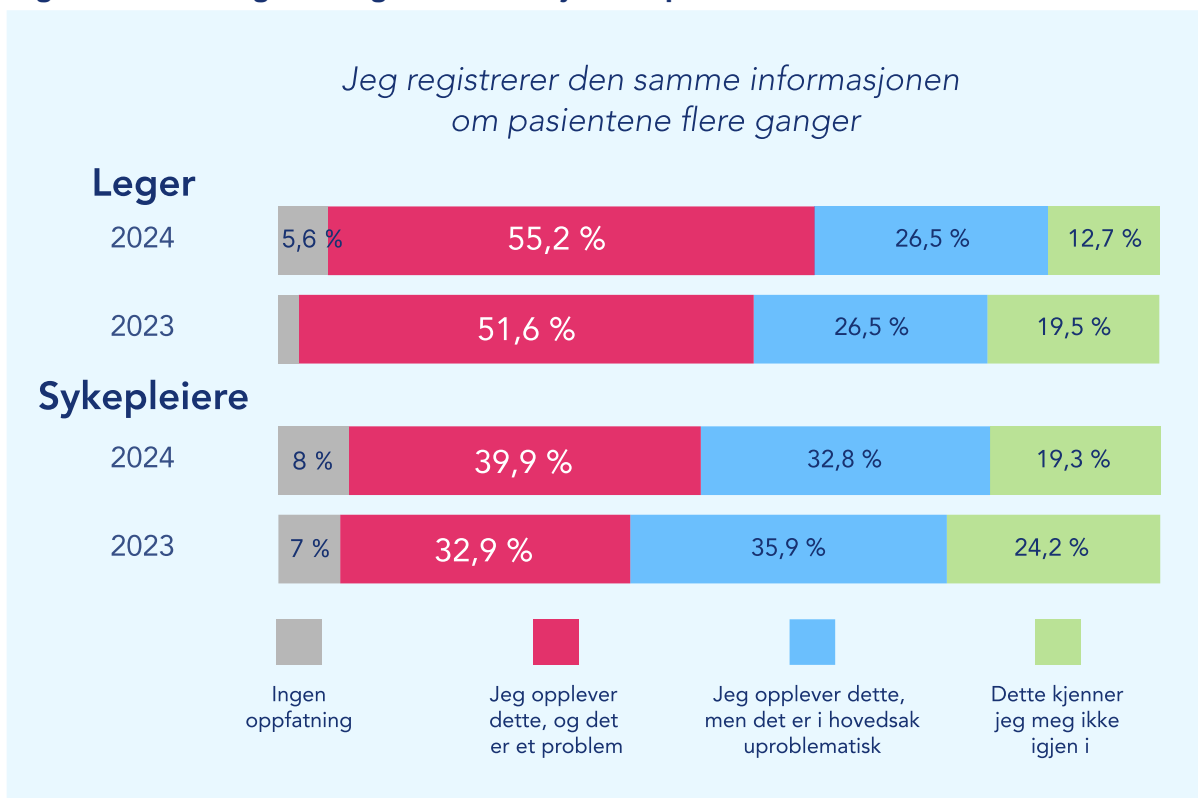
Helseplattformen har funksjonalitet som legger til rette for at helsepersonell kan gjenbruke informasjon som registreres. Dette er en vesentlig gevinst ved en strukturert journal, som vi beskriver i boksen til høyre. Spørreundersøkelsene våre ved St. Olavs hospital og informanter i Trondheim kommune viser at helsepersonell i noen tilfeller likevel registrerer informasjon flere ganger i Helseplattformen.



Helseplattformen som strukturert journal Helseplattformen er en såkalt strukturert journal. Det vil si at pasientdata skal lagres på en strukturert måte, ikke som fri tekst, som tidligere.¹⁷² Informasjonen skal nå være tilgjengelig raskt og effektivt. Det skal også sørge for mindre bruk av ressurser til registrering, oppslag og håndtering av helsedata. Strukturerte data skal gi mer tilgjengelig og søkbar informasjon, og øke gjenbruk og forskning på helsedata.

¹⁷² Helseplattformen. (2016). *Anskaffelsesstrategi for ny PAS/EPJ: Mål og rammebetingelser*, versjon 1.0.

Figur 3 Dobbelregistrering av informasjon om pasienter



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse ved St. Olavs hospital i 2023 og 2024.

Figur 3 viser i hvilken grad leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital registrerer den samme informasjonen flere ganger, og om dette har endret seg fra 2023 til 2024. Mer enn halvparten av legene oppgir at det er et problem at de må registrere den samme informasjonen flere ganger, og problemet er større i 2024 enn i 2023. Tilsvarende oppgir omkring 40 prosent av sykepleiere at dette er et problem i 2024, noe som også er høyere enn i 2023.

Kvaliteten på strukturert informasjon

Informantene er i stor grad enige om at Helseplattformen framstiller den registrerte informasjonen på en slik måte at de ikke må undersøke kvaliteten på den. Flere informanter peker på at de foretrekker å lese epikriser og andre notater framfor å bruke den strukturerte informasjonen i journalene for å få en god oversikt. Enkelte informanter uttaler likevel at de undersøker kvaliteten på den strukturerte informasjonen mot andre kilder, som epikriser og kjernejournal. Flere nevner at de undersøker ulike kilder nøye for å være sikker på at de har oppdatert informasjon om særlig allergier hos pasientene. De bruker da informasjon fra både det tidligere journalsystemet, kjernejournal og Helseplattformen.

Egen og andres registrering av informasjon og effektivitet

Spørreundersøkelsen ved St. Olavs hospital viser at mindre enn hver tiende lege og hver fjerde sykepleier er helt eller delvis enig i at egen og andres registrering av informasjon, som bidrag til en strukturert pasientjournal, faktisk gir bedre pasientbehandling eller mer effektiv gjennomføring av arbeidsoppgaver enn før de fikk Helseplattformen. 85 prosent av legene og 65 prosent av sykepleierne er helt eller delvis uenig i at de opplever bedre pasientbehandling, mens 89 prosent av legene og 72 prosent av sykepleierne er helt eller delvis uenig i at de kan utføre egne arbeidsoppgaver mer effektivt.

Du kan lese mer om i hvilken grad Helseplattformen gir en effektiv og forsvarlig pasientbehandling, i kapittel 1 i del II av Riksrevisjonens rapport. Trondheim kommunerevisjons rapport omtaler dette temaet for Trondheim kommune i kapittel 2.

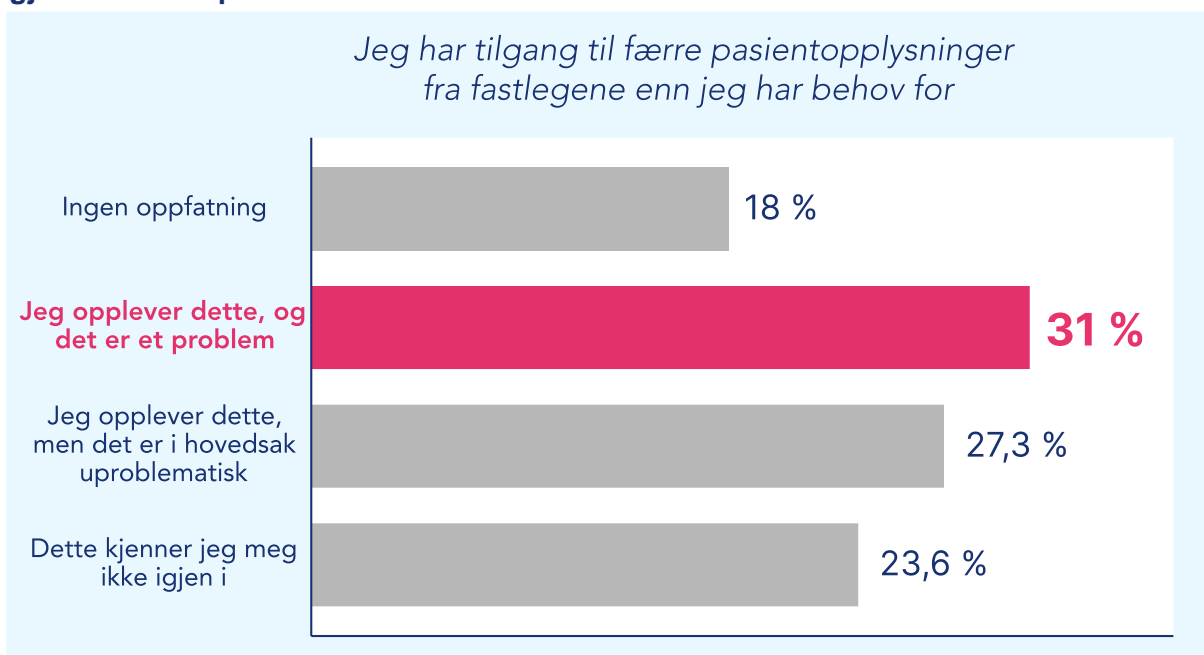
Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse blant fastleger i Trondheim viser at de som også tar vakter ved påkoblede virksomheter, i liten grad opplever at Helseplattformen gjør at de kan jobbe effektivt. Kun tre prosent opplever at Helseplattformen gjør at de kan jobbe effektivt.¹⁷³

Helseplattformen, fastleger og avtalespesialister deler ikke informasjon, og spørreundersøkelsene viser at fastleger og sykehusleger mener at samhandlingen gjennom Helseplattformen er mangelfull.

Helseplattformen sikrer ikke at informasjonen om pasientene deles med private helseaktører, siden disse ikke bruker Helseplattformen. Notater og prøveresultater fra avtalespesialister, private laboratorium og notater fra fastleger krever derfor en henvendelse før påkoblede virksomheter får tilgang til dem.

Figur 4 viser at omtrent hver tredje lege har tilgang til færre pasientopplysninger fra fastlegene enn de har behov for, og samtidig opplever dette som et problem.

Figur 4 Sykehuslegers behov for tilgang til pasientopplysninger fra fastlegene gjennom Helseplattformen



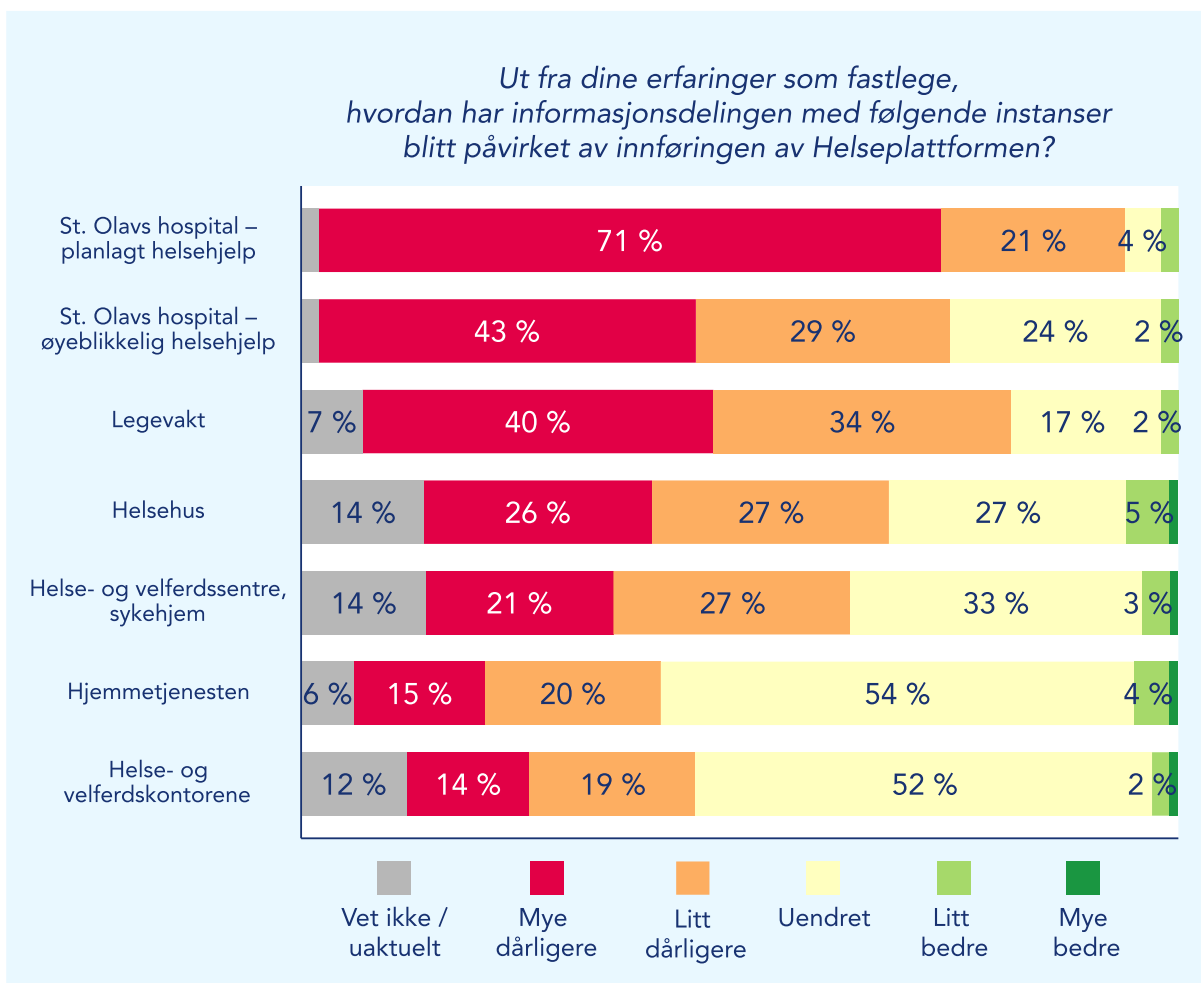
Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse ved St. Olavs hospital i 2024.

En spørreundersøkelse Trondheim kommunerevisjon har gjennomført, viser at fastlegene i Trondheim opplever at informasjonsdelingen med St. Olavs hospital og Trondheim kommune har blitt dårligere etter innføringen av Helseplattformen.¹⁷⁴ Svar fra deres spørreundersøkelse er gjengitt i figur 5.

¹⁷³ 79 prosent er helt uenig i dette, 17 prosent er ganske enig, og 2 prosent svarer vet ikke.

¹⁷⁴ Trondheim kommunerevisjon sendte spørreundersøkelsen til alle fastlegene i Trondheim, også til det ene kommunale fastlegekontoret som har tatt i bruk Helseplattformen. 127 av 200 fastleger svarte, noe som ga en svarrespons på 64 prosent. Enkelte fastleger svarte ikke på alle spørsmålene. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i april 2024.

Figur 5 Fastlegene i Trondheims opplevelse av informasjonsdeling med kommunen og St. Olavs hospital etter innføringen av Helseplattformen



Kilde: Trondheim kommunerevisjons spørreundersøkelse til fastlegene i Trondheim.¹⁷⁵ Det er én prosent som har svart «mye bedre» ved Helsehus, Helse- og velferdssentre, sykehjem, Hjemmetjenesten og Helse- og velferdskontorene.

Spørreundersøkelsen vi gjennomførte til fastleger viser at de fleste fastlegene opplever at informasjonsdelingen med kommunen og St. Olavs hospital er uendret eller dårligere etter innføring av Helseplattformen. Særlig opplever fastlegene informasjonsdelingen med St. Olavs hospital 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 har blitt dårligere. 72-74 prosent mener informasjonsdelingen med legevakta og øyeblikkelig helsehjelp ved St. Olavs hospital 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 opplever at informasjonsdelingen med sykehuset og kommunale enheter har blitt bedre etter innføringen (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), helse- og velferdssentrene (33 prosent) og helsehus (27 prosent).

¹⁷⁵ N = 126, unntatt for legevakt hvor N = 125.

90 prosent av fastlegene er ikke trygge på at de mottar informasjon som blir sendt via systemet fra St. Olavs hospital. 83 prosent opplever at det tar lengre tid å få svar fra St. Olavs hospital etter innføringen av Helseplattformen. De opplever også at de bruker mer tid på å etterspørre informasjon fra St. Olavs hospital enn tidligere. 62 prosent av fastlegene er ikke trygge på at de mottar all informasjon som blir sendt via Helseplattformen til Trondheim kommune, og 29 prosent opplever at det tar lengre tid å få svar fra kommunen etter innføringen av Helseplattformen.

Spørreundersøkelsen til fastlegene viser at de opplever betydelige utfordringer med samhandlingen med St. Olavs hospital. De formidler at innføringen av Helseplattformen har ført til betydelige konsekvenser for pasientene, særlig problemene med meldingsutveksling, som er beskrevet i kapittel 1 i del II av rapporten og i kapittel 2.4 og 3.5 i Trondheim kommunerevisjons rapport.

2.2.3 Pasienter og pårørende kan registrere informasjon i Helseplattformen, men påkoblede virksomheter benytter i liten grad denne muligheten

Pasientene selv har mulighet til å registrere informasjon i Helseplattformen, gjennom å bruke applikasjonen HelsaMi. Ved avdeling for dagkirurgi ved Klinikk for ortopedi har de for eksempel lagt til rette for å at pasientene kan registrere informasjon om helsetilstand eller legemiddelbruk i HelsaMi før de kommer til behandling.

Spørreundersøkelsen vi har gjennomført ved St. Olavs hospital viser at leger og sykepleiere i liten grad har erfaring med at pasienter og pårørende registrerer relevant informasjon i HelsaMi. Omtrent hver tiende lege er enige i at pasienter og pårørende registrerer relevant informasjon. Sykepleiere opplever i mindre grad enn legene at pasienter og pårørende har registrert relevant informasjon for dem.

2.2.4 Helseplattformen samler nødvendig informasjon på ett sted, gir mulighet for søk og åpner for enkel digital kommunikasjon

Helseplattformen gjør det i all hovedsak mulig å finne all relevant klinisk informasjon på én arbeidsflate. Gjennom arbeidsflaten har de ansatte tilgang til blant annet kjernejournal. Informantene ved St. Olavs hospital og i Trondheim kommune opplever imidlertid at Helseplattformen også presenterer mye informasjon som ikke er relevant for dem, og at de må lete og gjøre mange trykk for å finne informasjonen de trenger. Men de har tilgang til søkefunksjonalitet som gjør det mulig å finne informasjon raskt på tvers av journalnotater og strukturerte data. Samtalene med informantene viser at det er ulik kunnskap om søkefunksjonen, slik at ikke alle nødvendigvis bruker den.



En **arbeidsflate** består av tjenestene og applikasjonene den ansatte trenger for å kunne gjøre jobben sin.¹⁷⁶



Kjernejournal En digital løsning for deling av pasientenes helseopplysninger på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. I pasientens kjernejournal kan helsepersonell se de samme opplysningene uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus eller legevakt.

I punkt 1.1 i del II av rapporten beskrev vi at 88 prosent av legene og 74 prosent av sykepleierne ved St. Olavs hospital opplevde at det ikke gikk fort å finne fram i Helseplattformen. Dette er imidlertid en liten bedring fra da spørreundersøkelsen ble gjennomført i mars 2023. Trondheim kommunerevisjons informanter trekker også fram at det heller ikke oppleves som enkelt å finne fram i systemet. I kommunerevisjonens spørreundersøkelse blant fastleger i kommunen kommer det også fram at kun

¹⁷⁶ Norsk helsenett. (u.å.) *Digital arbeidsplass*. Hentet 24. juni 2024 fra <https://www.nhn.no/tjenester/tjenestesenter-for-helseforvaltningen/tjenestekatalog-for-helseforvaltningen/digital-arbeidsplass>.

5 prosent av fastlegene som tar vakter ved påkoblede virksomheter, mener at Helseplattformen er oversiktlig, mens 79 prosent er helt uenig, og 15 prosent er ganske uenig i dette.¹⁷⁷

2.3 De tre andre helseregionene samarbeider om utvikling av digital samhandling uten Midt-Norge

2.3.1 Myndighetene gjennomfører flere utviklingsprosjekter for å sikre digital samhandling på tvers av ulike løsninger

Helseforetakenes felles plan for IKT-utvikling og digitalisering legger vekt på digital samhandling. Det foregår flere utviklingsprosjekter i de fire helseregionene, blant annet¹⁷⁸

- dokumentdeling gjennom kjernejournal, med regional utprøving i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Norsk Helsenett har ansvar for produktet;¹⁷⁹
- pasientenes legemiddelliste med regional utprøving i Helse Vest. Arbeidet er koordinert gjennom et nasjonalt program;
 - Pasientens legemiddelliste skal tilgjengeliggjøre oppdaterte, relevante legemiddellister for alle pasienter til alt behandlende helsepersonell i Norge, uavhengig av tilhørighet.
- pasientens prøvesvar;
 - Tjenesten skal imøtekomme behovet for å tilgjengeliggjøre alle prøvesvar på tvers av behandlingsnivå, uavhengig av hvem som har bestilt undersøkelsen, og hvor den er utført.
- digitale innbyggertjenester (informasjon og selvbetjeningsløsninger på Helsenorge).
- felles språk.



Helsenorge er den offentlige nettsiden for informasjon om og tilgang til helsetjenester for innbyggerne i Norge. Innholdet blir levert av ulike aktører i helsesektoren, og det er Norsk helsenett som har ansvar for drift og utvikling av nettsiden.

Norsk helsenett opplyser i intervju at de ønsker å legge til rette for bedre tjenester gjennom flere integrasjoner mellom systemer. Helse Midt-Norge bruker i stor grad felleskomponenter gjennom Norsk helsenett. Det er nødvendig at integrasjoner mellom Helseplattformen og Norsk Helsenetts nasjonale løsninger fungerer, og at videreutvikling av Helseplattformen og de nasjonale løsningene samordnes bedre for å sikre effektiv ressursbruk. Norsk Helsenett ønsker særlig et tettere samarbeid rundt felleskomponenter for innbyggere/pårørende i den videre utviklingen av Helseplattformen og de nasjonale løsningene.

Norsk helsenett opplyser i intervju at det har flere pågående prosjekter med Helseplattformen AS, blant annet bedre integrasjon av e-resept og integrasjon mellom Helse Norge-tjenesten og Helseplattformens HelsaMi-tjeneste. Dette prosjektet skal sikre at også innbyggerne i Midt-Norge kan få oversikt over informasjonen helsevesenet har om dem, slik som innbyggerne i resten av landet. I dag er det ingen slik integrasjon mellom disse to tjenestene. Det er i tillegg et problem at «HelsaMi» ikke er integrert med fastlegenes systemer, slik Norsk helsenett vurderer det.

¹⁷⁷ Se tabell 5 i kapittel 3.5 i Trondheim kommunerevisjons rapport.

¹⁷⁸ Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. (2022, 2. oktober). *Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2023*; Direktoratet for e-helse. (2023, 15. oktober). *Vurdering av de regionale helseforetakenes Felles plan 2023 for IKT-utvikling og digitalisering*. Notat til Helse- og omsorgsdepartementet 15. oktober 2023.

¹⁷⁹ Regjeringen. (2024, 16. februar). *Ny milepæl nådd i deling av journaldokumenter i helsetjenesten*. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-milepal-nadd-i-deling-av-journaldokumenter-i-helsetjenesten/id3025973/?utm_source=regjeringen.no&utm_medium=email&utm_campaign=nyhetsvarselVeke%208; Helse Sør-Øst RHF. (2023, 20. juni). *Enklere for behandlere å dele journaldokumenter*. Hentet 24. juni 2024 fra <https://www.helse-sorost.no/nyheter/enklere-for-behandlere-a-dele-journaldokumenter2/>.

2.3.2 De tre andre helseregionene samarbeider om journalløsninger fra DIPS

Samarbeid om journalsystemer i øvrige regionale helseforetak

Rask teknologisk utvikling, har gjort åpen plattform- eller økosystemløsninger mer aktuelle for helsesektoren. Riksrevisjonens undersøkelse av «én innbygger – én journal» konkluderte med at utredningen (som foregikk i perioden 2013–2020) kunne ha fanget opp disse perspektivene tidligere enn det som ble gjort.

På foretaksmøtet i januar 2017 ba Helse- og omsorgsdepartementet Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF om å sørge for en felles plan for og koordinert utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative systemer (PAS), bl.a. for å danne grunnlag for felles framtidig realisering av «én innbygger – én journal». Parallelt med innføringen av Helseplattformen har de andre helseregionene arbeidet med å forbedre sine journalsystemer.¹⁸⁰ De har blant annet hatt et tett samarbeid om journalløsningen som er levert av DIPS.¹⁸¹

Ifølge helseforetakenes felles plan for IKT-utvikling og digitalisering har alle de fire regionale helseforetakene god framdrift i arbeidet med å modernisere journalløsningene sine. Per 2023 er DIPS Arena innført på samtlige helseforetak i Helse Nord og Helse Vest. Helse Sør-Øst har innført systemet ved Oslo universitetssykehus HF. De tre regionale innføringene av DIPS Arena vil være fullført i 2025.

Øvrige regionale helseforetak jobber med å knytte sammen ulike systemer

Norsk helsenett mener at fordelene med tilnærmingen i Helse Midt-Norge, der de har én helhetlig løsning, er at det reduserer behovet for integrasjoner mellom systemer. De andre helseforetakene har en annen tilnærming. De velger det de vurderer som de beste løsningene fra ulike leverandører, og til sammen skal løsningene skal dekke behovene. Samhandlingsbehovene dekkes gjennom integrasjoner mellom løsningene. Disse to valgte tilnærmingene til målet om «én innbygger – én journal» har, ifølge Norsk helsenett, ulike forutsetninger for å lykkes.

Kommunene i de øvrige helseregionene samarbeider om et digitalt journalløft

Etter det Helse- og omsorgsdepartementet kjenner til, er det ingen kommuner utenfor Midt-Norge med journalløsninger som inkluderer både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.¹⁸²

Departementet viser til at kommunene har plikt til å sørge for forsvarlige journalløsninger. Utvikling av journalløsningene skjer i leverandørenes egen regi i dialog med kundene. I det norske markedet er det 4–5 leverandører for fastleger og 3–4 leverandører for journalløsninger som dekker pleie- og omsorg.¹⁸³

Helse- og omsorgsdepartementet framhever følgende tiltak:

- I 2024 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet helseteknologiordningen, som forvaltes av Helsedirektoratet. Ordningen skal hjelpe kommunene med å ta i bruk journalløsninger og velferdsteknologi og bidra til bedre samhandling. Virkemidlene er tilskudd og veiledning. Ordningen skal bygges ut over tid.
- Norsk helsenett har fått i oppdrag å legge til rette for deling av kommunale data internt i kommunen via sine plattformer, for å understøtte prosjektet *Felles journalløft for kommunene*, som KS fikk finansiering til å ferdigstille i 2023.

¹⁸⁰ Prop. 1 S (2021–2022). *For budsjettåret 2022*. Helse- og omsorgsdepartementet.

¹⁸¹ Dokument 3:14 (2020–2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementet styring av arbeidet med Én innbygger – én journal*.

¹⁸² E-post fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen med svar på oppfølgings spørsmål 24. mai 2024.

¹⁸³ Direktoratet for e-helse. (2023, 1. februar). *Kartlegging av elektroniske pasientjournalsystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger*.

- Helse- og omsorgsdepartementet og KS har inngått en samarbeidsavtale som skal legge til rette for at digitale løsninger og helseteknologi blir prioritert. Som en del av avtalen skal KS også samordne felles satsinger i kommunal sektor. KS har publisert dokumentet [Felles krav og rammer](#), som skal hjelpe kommunene i anskaffelsesprosessen.¹⁸⁴

¹⁸⁴ KS har vært noe involvert i arbeidet med Helseplattformen. De har oppnevnt kommunedirektører til samarbeidsrådet for Helseplattformen fra regionen som sammen skal representere alle kommunene i Midt-Norge, og har stått som innkaller til møter mellom kommunene, som informasjonsmøter og lignende.

3 Helseplattformen AS' ansvar for utvikling og drift

I dette kapitlet undersøker vi selskapets rammevilkår og etterlevelse av sentrale elementer i internkontrollen. Vi viser også status for selskapets arbeid med å følge opp kontrakten.

Relevante revisjonskriterier

- Aksjeeierne har den øverste myndighet i selskapet, og denne myndigheten utøves gjennom generalforsamlingen.
- God praksis for IT-drifts- og styringsprosesser skal ivareta hensynet til systematisk styrte prosesser gjennom hele livsløpet, fra planlegging til overvåkning og forbedring av prosessen.
- Det er anbefalt å ha et ledelsessystem for kvalitet for å lede og styre de aktivitetene som skal bidra til å oppnå tilsiktede resultater.¹⁸⁵ Digitalisering krever god strategisk IT-kompetanse, og digitalt modne virksomheter kjennetegnes gjerne ved at de har
 - 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
 - et opplegg som tar hensyn til andre virksomheters behov for data
 - en god dialog med sine leverandører

Oppsummering

- Eiernes betalingsvillighet har i stor grad vært dimensjonerende for selskapet.
- Selskapet har hatt for lite ressurser til å tilpasse grunnløsningen til brukerne og har knappe ressurser til drift og forvaltning.
- Tjenesteavtalene oppfattes som utydelige av Helseplattformen AS og kundene.
- Selskapet har manglet tilstrekkelig IT-kompetanse og bruker innleide konsulenter i stor grad.
- Systemer og rutiner for drift og utvikling har ikke fullt ut vært på plass.
- Det har vært et stort etterslep av behandling av innmeldte saker.
- Det er kulturforskjeller mellom selskapet og Epic.
- Det har vært lite samarbeid med Helse Midt-Norges IT-selskap.
- Helseplattformen AS jobber med mange tiltak for å forbedre svakheter.
- Helseplattformen AS har hatt dialog med Epic om leveransene er i henhold til kontrakten.

3.1 Om Helseplattformen AS

Aksjeselskapet Helseplattformen AS ble stiftet 20. februar 2019 av Helse Midt-Norge RHF, kort tid før kontrakten med Epic ble undertegnet.¹⁸⁶ Selskapet skal i henhold til stiftelsesdokumentet og vedtektene være et redskap for et offentlig–offentlig samarbeid og levere en løsning for en elektronisk pasientjournal med et pasientadministrativt system til helseforetak, kommuner og øvrige aktører som tilbyr helsetjenester til befolkningen i Trøndelag og Møre og Romsdal fylker.

Etter vedtak i bystyret kjøpte Trondheim kommune 40 prosent av aksjene i Helseplattformen AS. Trondheim kommune eier per 16. september 22,3 prosent av aksjene, etter at flere kommuner har blitt aksjonærer.¹⁸⁷

Trondheim kommune inngikk en samarbeidsavtale og en aksjonæravtale med Helse Midt-Norge RHF 18. november 2019.¹⁸⁸ Partene avtalte at selskapet skulle drives effektivt, profesjonelt og lojalt mot

¹⁸⁵ Standard Norge. (2015). *NS-EN ISO 9001:2015. Ledelsessystemer for kvalitet – Krav (ISO 9001:2015)*.

¹⁸⁶ Stiftelsesprotokoll for Helseplattformen AS 8. februar 2019, jf. vedtak i styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019.

¹⁸⁷ Trondheim kommune.

¹⁸⁸ Trondheim kommune. (2019). Sak [PS 0103/2019](#) i bystyret 29. august 2019.

partenes strategiske valg. Partene forpliktet seg til å stemme i samsvar med bestemmelsene i aksjonæravtalen og i tråd med selskapets formål både i styret og i generalforsamlingen.¹⁸⁹ Du kan lese mer om styringen av selskapet i kapittel 4.

Den første tiden etter at selskapet ble stiftet, var hovedoppgaven å tilpasse løsningen til brukerne, sikre identitets- og tilgangsstyringsløsning og legge til rette for innføringen i helseforetak og kommuner. Selskapet er nå i en mellomfase der det arbeider med innføring av løsningen i det siste helseforetaket og flere kommuner, samtidig som det er i en drifts- og forvaltningsfase overfor helseforetak og kommuner som har tatt i bruk løsningen. Selskapet har også ansvar for oppfølging av leverandøren.

Helseplattformen AS har hatt negative årsresultater og negativ egenkapital i store deler av perioden. I 2023 var årsresultatet minus 120 millioner kroner.¹⁹⁰ Selskapet har budsjettert med et negativt driftsresultat for 2024 på 426 millioner kroner.¹⁹¹ Deltakerne i samarbeidet dekker kostnadene ved den felles løsningen og de tilknyttede tjenestene gjennom felles tjenesteavtale for Helseplattformen.¹⁹² Tjenesteavtalen er fremforhandlet med delegasjoner oppnevnt av Helse Midt-Norge RHF, Trondheim kommune og Samarbeidsrådet for opsjonskommuner.¹⁹³ Revisor har avgitt ren revisjonsberetning siden selskapet ble opprettet.

3.2 Eiernes betalingsvillighet har i stor grad vært dimensjonerende for selskapet

3.2.1 For lite ressurser til å tilpasse grunnløsningen til brukerne

Som vi har beskrevet i kapittel 1 i Riksrevisjonens rapport (del II) og i kapittel 2 i kommunerevisjonens rapport, dukket det opp mange uventede feil etter at Helseplattformen ble satt i drift ved St. Olavs hospital og i Trondheim kommune.

Rapporten fra Boston Consulting Group har påpekt mangler i kapasitet og kompetanse i selskapet. Eierne besluttet at Helseplattformen AS skulle ha 200 årsverk (240 årsverk når alle aktører hadde tatt systemet i bruk), basert på Epics erfaringstall (som var en del av tilbudet) og tilsvarende prosjekter. Faktisk behov for ressurser har vært betydelig høyere.

Gjennom arbeidet med videreutvikling av organisasjonen er det i styresaker gjennom 2021–2022 rapportert flere utfordringer rundt kapasiteten til selskapet.¹⁹⁴ Ifølge Helseplattformen AS har løsningens kompleksitet, som har vært høyere enn opprinnelig antatt, bidratt til et høyere behov for ressurser til selskapet for å tilpasse løsningen. I tillegg ble det ved dimensjoneringen av selskapet lagt til grunn at St. Olavs hospital og de andre sykehusene skulle standardisere arbeidsprosesser både internt i sykehuset og i regionen, noe som ikke ble gjort som forutsatt, se rapportens del II, kapittel 3 om innføringen ved St. Olavs hospital.

3.2.2 Selskapet har knappe ressurser til drift og forvaltning

Løsningen Helseplattformen er krevende å drifte og oppgradere, og flere av de intervjuede i Helseplattformen AS peker på at selskapet har altfor knapt med ressurser med tanke på løsningens størrelse og kompleksitet. Dette bekreftes av styrelederen våren 2024.

¹⁸⁹ Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2019, 18. november). *Aksjonæravtale vedrørende aksjonærforholdet i Helseplattformen AS mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune*, punkt 1.

¹⁹⁰ Årsregnskapet Helseplattformen AS signert og godkjent på ordinær generalforsamling 22. mai 2024.

¹⁹¹ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 21. desember 2023, sak 127/23.

¹⁹² Tjenesteavtalens Bilag 5 - Samlet pris og prisbestemmelse 18. februar 2022.

¹⁹³ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 28. februar 2022 sak 19/22 Tjenesteavtaler for kommuner og helseforetak.

¹⁹⁴ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 25. januar 2021, sak 5/21.

Styret har påpekt at det er kritisk for Helseplattformen AS og selskapets eiere å lykkes med å gå fra en krevende prosjektmodell til en tydelig organisasjons- og fullmaktstruktur som er godt egnet for en IT-tjenesteleverandør.¹⁹⁵

Per august 2024, opplyser selskapet at de etter innføringen i Helse Nord-Trøndelag og 6 nye kommuner i november 2024 vil ha 89 prosent av aktørene på (målt ut fra samarbeidsavtalen fra 2019). Selskapet opplyser at dette betyr at selskapet har 89 prosent av finansieringen av driften på plass.

Dette betyr at Helseplattformen AS må redusere kapasiteten sammenlignet med de 240 årsverk som ble vedtatt av eiermøtet som ramme når alle aktører er på, til ca. 214 årsverk. Før innføringen i november har Helseplattformen AS ca. 500 årsverk, og står ifølge selskapet foran en stor omstilling gjennom avslutning av innføringsprosjektene for både helseforetakene og kommuner og ned på den kapasitet som skal betjene driften.

Selskapet sier at de vil kartlegge mer eksakt informasjon om behovet for kapasitet, kompetanse og skalering av virksomhet gjennom budsjettprosessen fremover.

Beslutningen om selskapets dimensjonering for en driftsfase har vært krevende

Epics spesifikasjon og erfaringstall tilsa et behov for 114 årsverk i driftsfasen.

Selskapet opplyser at Epics tall ikke tok høyde for følgende forhold:

- ordinære selskapsmessige funksjoner (HR, økonomi, jus, innkjøp og så videre)
- innføring og drift av brukerpåloggingen og sikkerheten i og rundt løsningen
- support
- utvikling og drift av felles språk (SNOMED)
- innføring i øvrige opsjonskommuner og fastleger ut over de som inngikk i det sentrale innføringsprosjektet (helseforetakene, Trondheim kommune og to fastlegekontor)

Epic ga heller ingen dimensjonering av omfanget av integrasjoner og sluttbrukerutstyr, og dette er områder som har blitt svært omfattende. Etter innføringen i Helse Møre og Romsdal og åtte kommuner i april 2024 er det nå satt opp 223 integrasjoner fra tredjeparter mot Helseplattformen, og mengden sluttbrukerutstyr er meget høyt. Eksempelvis teller håndholdte enheter (Rover) over 9 000.

Ifølge selskapet fører dette til at det er vanskelig å sammenligne Epics tall med hva som er eller har vært behovet, men det ser ut til å ha vært behov for langt flere arkitekter/analytikere enn det Epic anslo. Noen årsaker kan være at aktørene eller fageekspertene har ønsket mange tilpassinger og et høyt volum av arbeidsflyter, og at mengden integrasjoner krever mye tilpassing av løsningen både i innføringsfasen og i driftsfasen.

Per mars 2024 utgjør Helseplattformen AS egne ansatte 355 årsverk, som består av både faste og midlertidige ansatte.¹⁹⁶ Selskapet har ikke datagrunnlag for å kunne svare Riksrevisjonen på hvor mange årsverk innleide konsulenter utgjør, men rapporterer et *antall* innleide på 156. Selskapets ressursbudsjett per måned for 2024 varierer noe gjennom året, men ligger gjennomsnittlig på i overkant av 500 årsverk.

291 årsverk er budsjettet til drift og forvaltning per mars 2024. Helseplattformen AS opplyser at disse årsverkene finansieres av tjenesteavtalene og tilleggsbestillinger fra kundene.¹⁹⁷ De resterende

¹⁹⁵ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 26. mai 2021, sak 37/21.

¹⁹⁶ E-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om ressursbruk i Helseplattformen AS 7. mai 2024.

¹⁹⁷ Ca. 20 av årsverkene gjelder ifølge selskapet drift av LAB-løsningen for spesialisttjenesten, som er en egen kontrakt og ikke en del av Helseplattformen og tilhørende tjenesteavtale.

årsverkene brukes til innføring i nye helseforetak og kommuner og det sentrale innføringsprosjektet, og de har særskilt finansiering.

Rapporten fra Boston Consulting Group viste til at planen for drift og forvaltning ble for sent ferdigstilt. Gjennom styringskrav og rammer til Helseplattformen AS som ble vedtatt i generalforsamlingen 16. april 2020, ble selskapet bedt om å prioritere planlegging av samlet drift og forvaltning av hele Epic-løsningen og tilhørende løsning for tilgangsstyring i tråd med retningslinjer fra eieren.¹⁹⁸ Helseplattformen AS startet deretter en intern utredning av forvaltningsorganiseringen i selskapet.

Eiermøtet behandlet i mai 2020 en sak om mandat for utredning av drift og forvaltning av løsningen, med frist «etter sommeren».¹⁹⁹ Det kom fram på møtet at samarbeidsrådet for kommuner var bekymret for kostnadene. Saker i eiermøtet videre i 2020 viser at arbeidet var krevende og lå etter skjemaet. Fristene for ferdigstillelse ble forskjøvet flere ganger, og fristen ble etter hvert satt til mars 2021.

Samtidig jobbet administrasjonen i Helseplattformen AS med en intern utredning om drifts- og forvaltningsorganiseringen. Et forslag ble gjennomgått av styret i Helseplattformen AS 4. mars 2021.

Eiermøtet 23. april 2021 la ytterligere premisser og forutsetninger for dimensjoneringen av Helseplattformen AS. Det var blant annet en vesentlig forskjell i vurderingen av behov for årsverk mellom eiermøtet og administrasjonen i Helseplattformen AS. Selskapets utredning viste et behov for 271 årsverk, som var høyere enn rammen gitt i eiermøtet. Styret i Helseplattformen AS uttalte at det ikke anser at et forsvarlig tjenestenivå for løsningen kan oppnås uten tilleggskjøp fra eierne. De mente dette må forankres gjennom langsiktige rammeavtaler for tilleggskjøp, slik at selskapet er i stand til en helhetlig planlegging av drift og forvaltning.

I endelig vedtak i styret i Helseplattformen AS fikk administrerende direktør fullmakt til å ansette nødvendig personell innenfor de rammene som er fastsatt av eierne, og fullmakt til å forhandle fram tjenesteavtaler om tilleggskjøp med eierne.²⁰⁰ På tidspunktet for styresaken hadde Helse Midt RHF gitt tydelige signaler om at de ville definere et omfang av langsiktig tjenestekjøp, slik at dette ville gi økt rom for bemanning innenfor de aktørspesifikke modulene og områdene i løsningen.

En endelig ramme for antall årsverk for Helseplattformen AS ble vedtatt i ordinær generalforsamling 28. juni 2021. Selskapet skal i henhold til vedtaket ha en drifts- og forvaltningsorganisasjon på inntil 200 årsverk for å levere en basistjeneste med en trygg og sikker journalløsning, som kan økes til inntil 240 årsverk dersom alle aktører tar i bruk Helseplattformen.

Administrasjonen beskrev drifts- og forvaltningsorganisasjonen for styret i Helseplattformen AS i april 2021, og i denne beskrivelsen presiserer administrasjonen at behovet for 240 årsverk ikke har vært kommunisert fra Helseplattformen, og at selskapet ikke har beregnet dimensjonering av selskapet for en situasjon hvor alle aktører tar i bruk Helseplattformen.²⁰¹

Videre i samme beskrivelse understreker administrasjonen at den faglige beslutningsstrukturen (se kapittel 4) har ansvar for hvordan selskapet skal prioritere oppgavene som det er forventet å utføre i en ordinær driftssituasjon. Helseplattformen AS mener dette fører til en meget stram prioritering og aksept for lavere leveransekapasitet enn det som var Helseplattformen AS' forståelse av ambisjonen som lå til grunn for anskaffelsen.

¹⁹⁸ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 20. mai 2020, sak 31/20.

¹⁹⁹ Referat fra eiermøte i Helseplattformen AS 6. mai 2020, sak 28/20.

²⁰⁰ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 29. mai 2021, sak 39/21.

²⁰¹ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 29. mai 2021, sak 39/21, vedlegg 4 Beskrivelse av drifts- og forvaltningsorganisasjon, datert 30. april 2021.

Helseplattformen AS opplyser at det framover vil være tre hovedkategorier av leveranser og tilhørende inntektsstrømmer: drift og forvaltning, innføringsprosjekter og tilleggstjenester.²⁰² Ressursene vil bli brukt forskjellig over tid avhengig av behov.²⁰³ Versjonsoppgraderinger av Epic-løsningen eller perioden etter at løsningen er satt i drift i en ny kommune eller helseforetak, krever for eksempel nesten alle ressursene i selskapet.

Dimensjoneringen av selskapet er lav sammenlignet med Danmark og Finland

Styresaken i Helseplattformen AS april 2021 viser til at selskapet har hatt flere møter med Apotti (Finland) og Sundhedsplattformen (Danmark) for å få høre deres erfaringer med behov for drifts- og forvaltningsorganisasjon for et system levert av Epic i en nordisk kontekst. Erfaringene fra begge steder viser at det er behov for en større organisasjon enn hva leverandøren i utgangspunktet hadde foreslått. I 2021 hadde de følgende dimensjonering:

- Apotti: **400–450 årsverk i forvaltning**. I Finland leverer Apotti journalsystem til noen sykehus, helseområder og sosiale tjenester, men ikke fastlegeløsning. De har noenlunde samme omfang av applikasjoner og antall brukere.
- Sundhedsplattformen: **400 årsverk i forvaltning** (uten administrative selskapsfunksjoner). Sundhedsplattformen brukes her i noen sykehus, ikke i kommuner. Det er i 2023 gjort, og skal i 2024, gjøres endringer i organisasjonen, noe som ifølge Sundhedsplattformen vil medføre at årsverkene vil reduseres til nærmere 300.²⁰⁴

Administrasjonens vurdering var at tallene tilsier at Helseplattformen AS' anbefaling er en dimensjonering med lav bemanning, og uttrykte en bekymring for at også dette alternativet gir en risiko for begrenset kapasitet til videreutvikling. I en ekstern kvalitetssikring av utredningen i 2021, bestilt av Helseplattformen AS, ble det også kommentert at basert på erfaringer fra Danmark og Sveits, er bemanningen på den lave siden.²⁰⁵

Lite rom for utvikling innenfor vedtatte rammer

Helseplattformen AS sier i intervju at avviket mellom vedtatte årsverk og behovet betyr at det er lite sannsynlig at det vil være rom for utvikling av Helseplattformen innenfor disse rammene. Helseplattformen AS vil bare kunne tilby en basistjeneste for å holde løsningen versjonsoppdatert og i tråd med gjeldende regelverk.

Selskapet opplyser at det pågår diskusjoner om hva som omfattes av tjenesteavtalen og ikke, se punkt 3.3. Jo mer som defineres som en del av tjenesteavtalen, jo mer vil dette påvirke selskapet evne til å levere. I selskapets økonomirapportering per mars 2024 framgår det som risiko at «organisasjonen i liten grad er dimensjonert for etterspørsel etter tjenester ut over basistjenester, og skal slik kompetanse bygges opp må rekruttering og utvikling av personell skje i god tid før behovet er til stede».²⁰⁶

Per august 2024 er det med det antall årsverk de må forholde seg til fortsatt stor usikkerhet knyttet til om selskapet vil kunne innfri leveransene i tjenesteavtalene, og at det «..vil helt sikkert medføre at kapasiteten til videreutvikling av løsningen ut over å ta imot nye Epic-versjoner vil være liten eller ingen.»²⁰⁷

²⁰² E-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om ressursbruk i Helseplattformen AS 7. mai 2024.

²⁰³ E-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om ressursbruk i Helseplattformen AS 7. mai 2024.

²⁰⁴ E-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om utkast til faktagrunnlag oppfølgingsspørsmål 7. juni 2024.

²⁰⁵ IQVIA. (2021, 5. april). *Kvalitetssikring av rapport: Drift og forvaltning av Helseplattformen*.

²⁰⁶ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 24. april 2024, 28/24, vedlegg 4 Økonomirapport for Helseplattformen AS (mars).

²⁰⁷ E-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om økonomirapport 26. august 2024.

Tilleggskjøp kan finansiere ekstra årsverk

Helseforetakene besluttet i april 2024 årlige tilleggskjøp fra Helseplattformen AS på 10 millioner kroner som gjelder organisasjonsendringer, 20 millioner kroner som gjelder videreutvikling, og ca. 10 millioner kroner som gjelder ekstra vedlikehold. Selskapet opplyser i intervju at dette gir grunnlag for noe økt grunnbemanning.²⁰⁸

Kommunene har ikke konkretisert sine behov for videreutvikling overfor Helseplattformen AS. Helseplattformen AS har imidlertid oppfattet at det er stor interesse for utvikling av innbyggportalen HelsaMi, som vil gi effektivitetsgevinst hos kundene. Kommunene er også interessert i å ta i bruk kunstig intelligens i løsningen, og Trondheim kommune har inngått et samarbeid med NTNU på dette området.²⁰⁹

3.3 Tjenesteavtalene oppfattes som utydelige av Helseplattformen AS og kundene

Tjenesteavtalene som er inngått mellom Helseplattformen AS, helseforetakene og kommunene, regulerer de grunnleggende juridiske vilkårene for tjenesteleveransen. Avtalene har underliggende bilag som regulerer faglige sider ved samarbeidet, blant annet felles faglig beslutningsstruktur. Det er lagt stor vekt på å etablere én helhetlig og standardisert tjenesteavtale som er så lik som mulig for alle kundegrupper, men særlige forhold hos den enkelte kunde skal ivaretas.²¹⁰ Helseplattformen AS opplyser at avtalene er «inspirert av» statens standardavtaler.

Standard tjenesteavtale ble vedtatt av styret i Helseplattformen AS i februar 2022, etter at utarbeidelse og forhandlinger ble gjennomført i perioden oktober 2021–februar 2022 i samarbeid mellom Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge RHF og helseforetakene, Hemit, Trondheim kommune og representanter for opsjonskommunene.

Før styret i Helseplattformen AS gjorde endelig vedtak i 2022, ble utkastet til tjenesteavtale behandlet i eiermøtet.²¹¹ I saken hvor utkastet behandles, kommer det fram ulike syn på omfanget av utvikling av løsningen som inngår i tjenesteavtalen, gitt rammen på 200 årsverk som selskapet skal forholde seg til. Helseplattformen AS uttrykte at det ikke er mulig å utvikle løsningen innenfor rammen på 200 årsverk. Eiermøtet mente at det ikke er mulig å være kategorisk på dette, og at kunden til enhver tid må ha muligheter for å prioritere utvikling når det er ledig kapasitet, eller når løpende driftsoppgaver krever det. Det kommer også fram at for kundene er det krevende å oppfylle intensjonene i samarbeidsavtalen hvis det ikke er rom for utvikling, særlig for opsjonskommunene.



Eiermøtet Det øverste nivået i den felles faglige beslutningsstrukturen i Helseplattformen. Her sitter blant annet Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. Beslutninger blir tatt med konsensus. Se kapittel 4.

Styrelederen i perioden da tjenesteavtalene ble framforhandlet og vedtatt, uttaler at kommunene var skeptiske til om avtalene ville ta tilstrekkelig hensyn til behovene deres. Bakgrunnen for det er blant annet at sykehusene generelt sett har en dominerende stilling i helse- og omsorgstjenesten. Styret var opptatt av at beslutningsstrukturen skulle ivareta alle parter, og styrelederen hadde som rolle å legge til rette for at partene skulle bli enige.

Den daværende styrelederen la vekt på at de formelle og økonomiske sidene av tjenesteavtalen måtte være tydelige. Tjenesteavtalen forpliktet også kommunene til å bidra aktivt til utvikling og drift. Selv om

²⁰⁸ E-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om ressursbruk i Helseplattformen AS 7. mai 2024.

²⁰⁹ Målet er å undersøke nye metoder for å sikre bærekraftige helse- og velferdstjenester.

²¹⁰ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 28. februar 2022, sak 19/22 Tjenesteavtaler kommuner og helseforetak.

²¹¹ Beslutningsnotat fra eiermøte i Helseplattformen AS 7. februar 2022, sak 14/22.

ressursene i Helseplattformen AS er for små i forhold til behovene, var det viktig for kommunene som vurderte å kjøpe seg inn, at ressursbehovet var forutsigelig.

Den tidligere styrelederen opplever at sluttresultatet ble gode løsninger på de områdene av tjenesteavtalene som var problematiske. Han ser imidlertid at det i praksis har vært helt nødvendig å prioritere forbedringer i løsningen for sykehus med akuttfunksjon. Foreløpig har det vært mindre rom for å videreutvikle Helseplattformen for kommunene.

Flere har framhevet i intervju at det i prosessen med å bli enige om tjenesteavtalene ble lagt stor vekt på å få med kommunene. Det ga imidlertid en del uklarheter. Både administrerende direktør ved St. Olavs hospital og ledere i Helseplattformen AS opplever at tjenesteavtalene har store mangler når det gjelder ansvar og oppgaver i forvaltning av Helseplattformen. Det er uklart hva som inngår som basistjenester, og hva som er tilleggskjøp. Et eksempel på dette er uklarheter i hvem som skal betale for å tilpasse løsningen til organisasjonsendringer. Videre er roller og ansvar uklare på enkelte områder. Det er for eksempel påpekt i rapporten fra Boston Consulting Group at det har vært ulike oppfatninger av tjenesteavtalens innhold knyttet til brukerstøtte.

Noen informanter mener styret i Helseplattformen AS har flere hatter og sitter på både eiersiden og kundesiden. Derfor har styret vært opptatt av at selskapet ikke skal vokse, og at kostnadene skal holdes nede for kundene.

Tjenesteavtalen skal revideres senest seks måneder etter at siste helseforetak innfører journal-løsningen.²¹² Dette har imidlertid blitt forsinket fordi innføringen i helseforetakene er utsatt. Det er per august 2024 uenighet om fire viktige områder/temaer i tjenesteavtalene, som har store konsekvenser for selskapets organisering. Uenigheten er både med helseforetakene og kommunene.²¹³

Felles for de fire omstridte områdene er, ifølge selskapet, at disse alle representerer en endring/utvidelse av løsningen Helseplattformen, samt at disse ikke er del av den normale daglige driften for hverken Helseplattformen AS eller kundene. Disse områdene vil kunne beslaglegge vesentlig kapasitet i drift- og forvaltningsorganisasjonen periodevis og med ujevne mellomrom.

3.4 Selskapet har manglet tilstrekkelig IT-kompetanse, og det har høy bruk av innleide konsulenter

Da Helseplattformen AS ble opprettet, ble mange av medarbeiderne fra anskaffelsesprosjektet overført til selskapet.

3.4.1 Mangel på IT-kompetanse

Rapporten fra Boston Consulting Group pekte på flere områder hvor IT-faglig kompetanse og kapasitet i Helseplattformen AS ikke har vært tilstrekkelig.²¹⁴ Kompetansen og kapasiteten har vært særlig begrenset når det gjelder system- og prosessarkitektur og brukergrensesnitt. De fleste ansatte som har jobbet med utvikling av Helseplattformen, har hatt helsefaglig og ikke IT-faglig kompetanse i bunnen, og de har i tillegg blitt sertifisert i Epic-løsningen. Helseplattformen AS er også bekymret for sårbarhet knyttet til kompetanse fordi det er enkelte områder av løsningen der bare en eller to personer har kompetanse. Dette kan ha betydning for selskapets evne til å drifte, vedlikeholde og rette feil i løsningen.

²¹² Avtale om bruk av felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal («Tjenesteavtalen»), pkt. 1.5. Jf. styremøte i Helseplattformen AS 28. januar 2022, sak 19/22, vedlegg Hoveddokument (ferdig forhandlet).

²¹³ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 28. august 2024, sak 59/24.

²¹⁴ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

I en av styresakene i Helseplattformen AS tidlig i 2022 kommer det fram kompetanseutfordringer:

Vi er en organisasjon som i stor grad er preget av ansatte som ikke har med seg kjennskap til praksiser som er typisk for IT-baserte virksomheter i ryggsekken. De fleste av våre applikasjonsanalytikere som utgjør tyngden av verdiskapinga i selskapet, har bakgrunn fra helsetjenesten. Med sin bakgrunn fra helsetjenesten har de vært i en unik posisjon til å forstå brukerbehov og være en oversetter mellom Epic og amerikanske forhold og norsk helsevesen og helsetjenestep praksis. [...] Samtidig så vil en organisasjon med en stor andel ansatte uten referanserammer til hva det vil si å være en IT-tjenesteleverandør, ha en lengre vei å gå på enkelte områder før struktur og kultur understøtter de målene som selskapet etter hvert skal levere på etter at løsningen er innført.²¹⁵

Det kommer fram av intervjuene med tidligere styreledere og ledelsen i selskapet at det har vært en utfordring å rekruttere og beholde kompetanse. Informantene uttaler at selskapet i større grad burde ha bygget opp egen IT-kompetanse på en del områder, særlig innenfor prosjekt, drift og forvaltning.

Selskapet hadde heller ikke nok kompetanse på systemnivå, og det hadde ikke god nok forståelse av implikasjonene av løsningene som fagekspertene kom fram til. Valg som ble tatt ett sted, hadde konsekvenser for andre brukere. Et eksempel er radiologiområdet, hvor det har oppstått mange problemer i ettertid.

Ledelsen i selskapet trekker også fram at det var manglende kompetanse på brukervennlighet/brukeropplevelse (UX) i fasen med å tilpasse løsningen, og at det var manglende kompetanse på test og verifikasjon og smidig utviklingsmetodikk.

3.4.2 Høy konsulentbruk

Flere vi har intervjuet, påpeker at selskapet har blitt veldig avhengig av konsulenter som følge av mangelen på kompetanse og kapasitet internt.

Andelen innleide konsulenter i drift og forvaltning er per mars 2024 ca. en fjerdedel av totalbemanningen.²¹⁶ Krittisk kompetanse knyttet til leveranse i innføringsprosjektet for kommuner og helseforetak er trukket ut av drift, og man har kompensert for deler av dette ved å leie inn tjenester. Se også punkt 3.2.2 i denne delen av rapporten. Innleide konsulenter har samme rolle og ansvar som fast ansatte og arbeider side om side med dem, men koster selskapet to til tre ganger så mye.²¹⁷ I tillegg har det ifølge administrerende direktør i selskapet vært for høy bruk av eksterne prosjektledere. Direktøren ønsker å redusere konsulentbruken.

3.5 Systemer og rutiner for drift og utvikling har ikke fullt ut vært på plass

Som påpekt i kapittel 1 i del I og i rapporten fra Trondheim kommunerevisjon har det tatt lang tid å rette feil, og det tok også lang tid før noen feil ble oppdaget. Helseplattformen AS har også måttet gjøre store endringer i løsningen etter at den var satt i drift, jf. del II av rapporten. Ifølge administrerende direktør i selskapet kan også Helseplattformen AS' eget tilpassingsarbeid av løsningen ha ført til feil.

Driftsprosesser for feil-/hendelseshåndtering og endringshåndtering som følger god praksis, for eksempel ITIL, skal bidra til

²¹⁵ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 31. januar 2022, sak 7/22.

²¹⁶ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 24. april 2024, 28/24, vedlegg 4 Økonomirapport for Helseplattformen AS (mars).

²¹⁷ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 31. mai 2023, sak 56/23.

- rask og effektiv løsning av feil slik at driftsforstyrrelsene blir minimale
- at endringer i løsningen introduseres på en kontrollert måte som ikke påvirker løsningens stabilitet eller integritet
- å finne og løse rotårsaker på problemer for å hindre gjentakende feil/hendelser



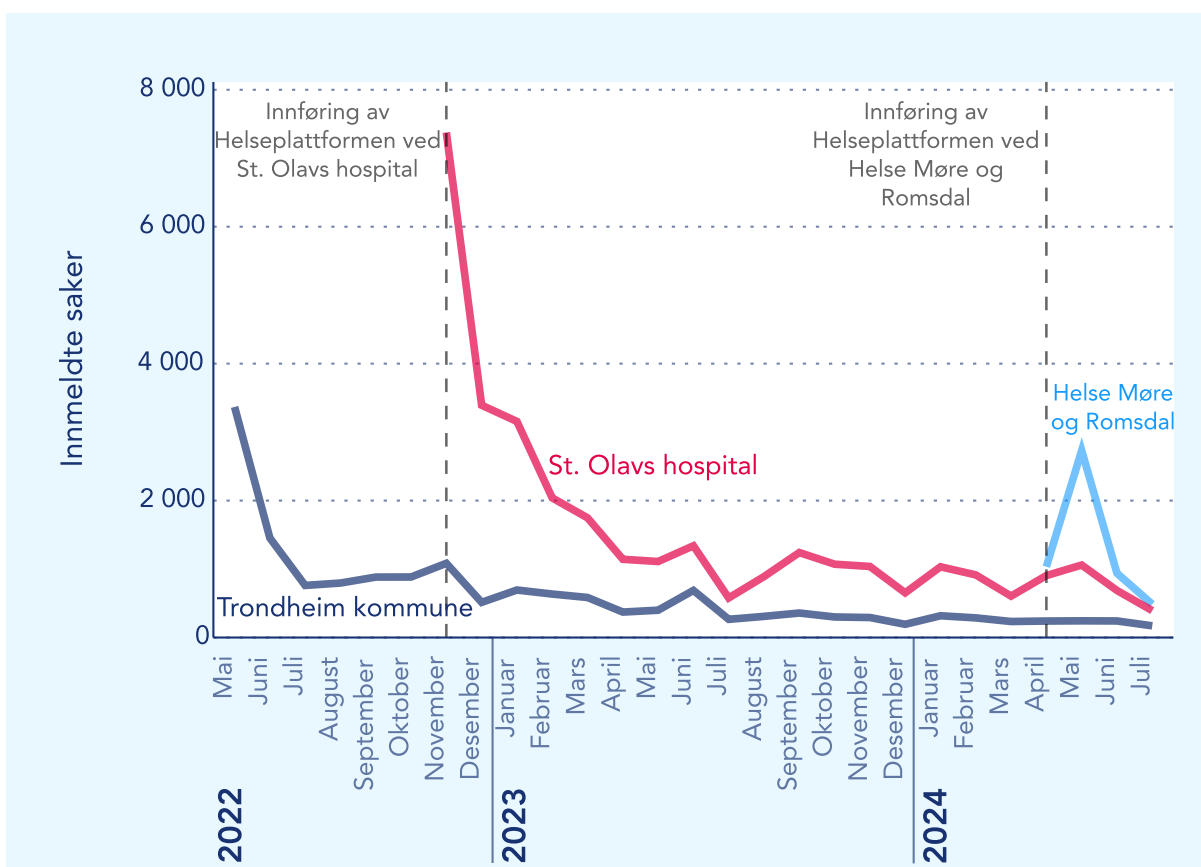
Om ITIL Information Technology Infrastructure Library (ITIL) er et beste praksis-[rammeverk](#) for kvalitetssikring av leveranse, drift og støtte innen IT-tjenestehåndtering.

ITIL viser til et sett med praksiser eller prosesser på tvers av hele livssyklusen til en tjeneste. Disse praksisene eller prosessene er leverandøruavhengige og relevante for alle aspekter ved et IT-driftsmiljø.

3.5.1 Det har vært et stort etterslep i behandlingen av innmeldte saker

Figur 6 viser innmeldte saker til Helseplattformen AS. Her kommer det fram at Helseplattformen AS har fått mange henvendelser fra St. Olavs hospital og Trondheim kommune. Et høyt antall saker ble innmeldt i perioden etter at løsningen var satt i drift i mai 2022 for Trondheim kommune og november 2022 for St. Olavs hospital. Antall innmeldte saker har gått ned, men nedgangen skjedde raskere i Trondheim kommune enn ved St. Olavs hospital. Også ved Helse Møre og Romsdal ble det innmeldt et høyt antall saker når løsningen ble tatt i bruk 27 april 2024. Antall innmeldte saker følger samme trend som ved St. Olavs hospital og Trondheim kommune.

Figur 6 Antall innmeldte saker til Helseplattformen AS fra St. Olavs hospital, Trondheim kommune og Helse Møre og Romsdal siden mai 2022

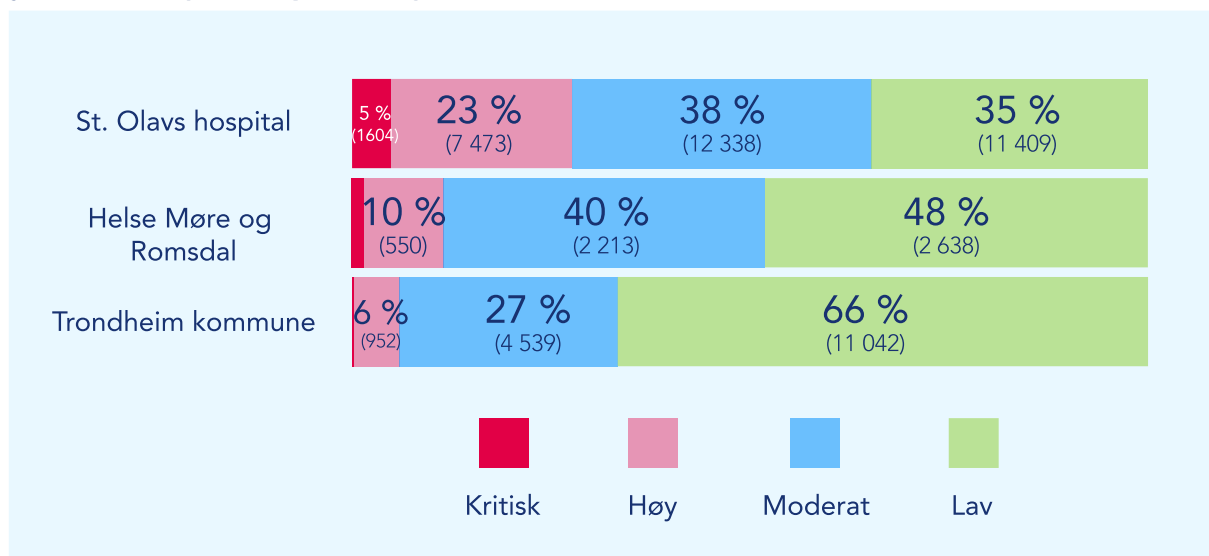


Kilde: Helseplattformen AS' sakssystem ServiceNow.

Brukerne prioriterer selv sakene ut fra hvor kritiske de vurderer at sakene er. Helseplattformen AS opererer med fire kategorier av prioritet: kritisk, høy, moderat og lav. Figur 7 viser at det er en klar

forskjell i prioritering av saker mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital. Fem prosent av sakene fra St. Olavs hospital er innmeldt som kritiske. Tilsvarende tall for Trondheim kommune er 0,3 prosent. 1,5 prosent av sakene meldt inn fra Helse Møre og Romsdal er meldt som kritisk, og 10 prosent er meldt inn som høy.

Figur 7 Andel innmeldte saker til Helseplattformen AS fra St. Olavs hospital, Helse og Møre og Romsdal og Trondheim kommune fordelt på prioritet i perioden mai 2022 til januar 2024 (antall i parentes)



Kilde: Helseplattformen AS' sakssystem ServiceNow.

Rapporten fra KPMG viser til at det har blitt meldt inn et stort antall feil fra spesialisthelsetjenesten som skyldtes enten at løsningen har blitt brukt feil, eller at melderer har overvurdert alvorlighetsgraden av feilen.²¹⁸ Også forbedringsønsker har blitt meldt som feil.

Som beskrevet i del 2 av rapporten, punkt 3.3.4, har Trondheim kommune hatt en bedre førstelinjesupport, mens St. Olavs hospital har meldt inn mange saker direkte til selskapet.

Med tanke på svartid, løsningsstid og tilbakemeldinger på feil opplever St. Olavs hospital at foretaket noen ganger melder saker med for høy kritikalitet, i et håp om raskere løsningsstid. Antallet innmeldte saker med høy kritikalitet er redusert ettersom løsningen har blitt bedre, men fortsatt er andelen saker med høy kritikalitet for stor. Generelt mener St. Olavs hospital at svartiden er bra, men at løsningsstiden ofte er for lang. De opplever at de ofte får oppgitt en vei rundt feilen i stedet for en løsning.

Administrerende direktør ved Helseplattformen AS uttaler at det er en utfordring at en del saker knyttet til endringsønsker og feil går utenom formelle kanaler i ServiceNow og beslutningsstrukturen. Det er nevnt eksempler på at noen personer hos kundene tar direkte kontakt med applikasjonsanalytikere i Helseplattformen AS. Disse utgjør en begrenset ressurs og bør skjermes bedre. Det er derfor viktig at alle saker går gjennom formelle kanaler og blir prioritert. Dette kommer også fram i undersøkelsen til Trondheim kommunerevisjon.

I hele perioden²¹⁹ er gjennomsnittlig løsningsstid på saker ifølge dataene i systemet 19,5 dager. Gjennomsnittlig løsningsstid for saker meldt fra Trondheim kommune er 14 dager, og for saker meldt

²¹⁸ KPMG og NEO Consulting. (2023, 29. august). *Revisjon av løsning – Helseplattformen..*

²¹⁹ Uttrekket er fra perioden 7. mai 2022 til 31. juli 2024.

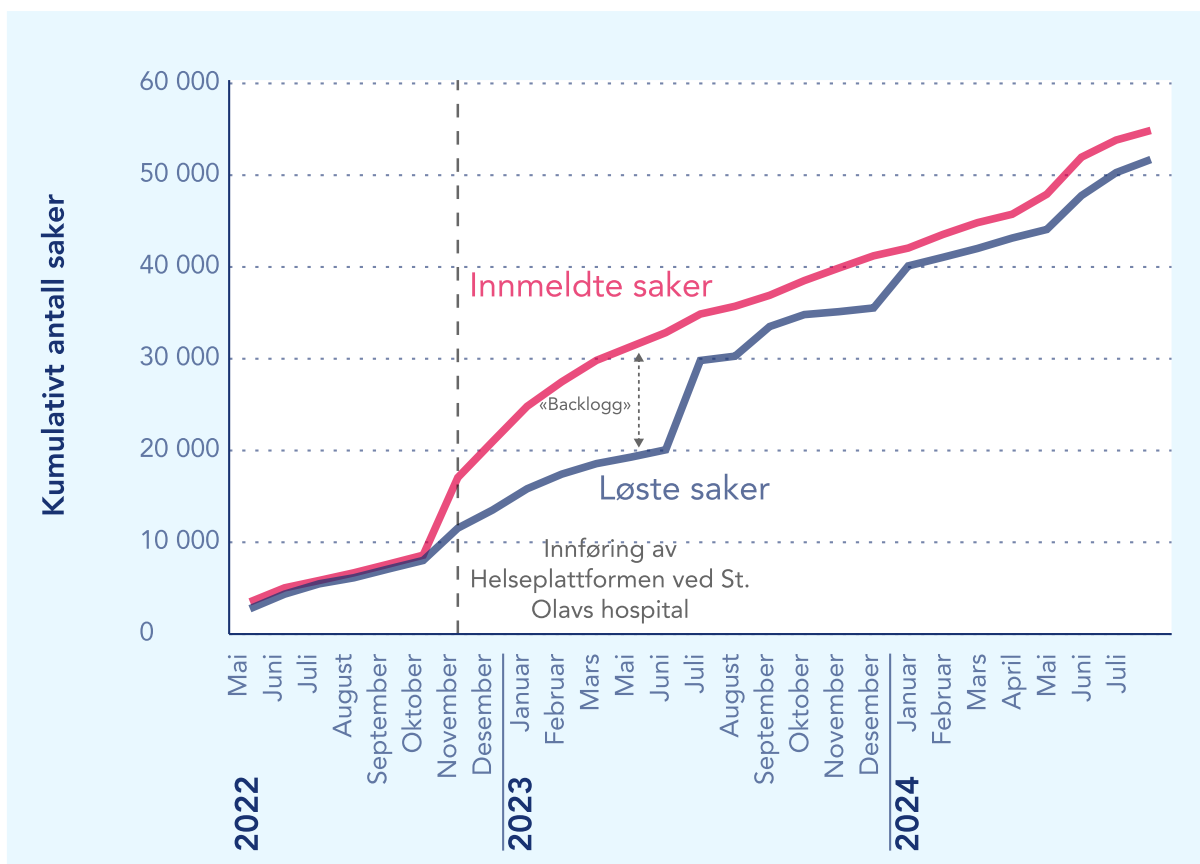
fra St. Olavs hospital er det 24,5 dager. For saker meldt fra Helse Møre og Romsdal er løsningsstiden nær 9 dager. Løsningsstiden er redusert utover høsten og vinteren 2023 og videre utover i 2024.

Ifølge tall i sakssystemet er det 38 saker innmeldt i 2022 som fortsatt er uløste per juli 2024. 408 saker som ble meldt inn i løpet av første halvår av 2023, og 1 082 saker som ble meldt inn siste halvår 2023, er også uløste.

Kommunerevisjonens undersøkelse viser at det har vært og er lang svartid hos Helseplattformen AS for saker som er meldt inn fra Trondheim kommune. Dette gjelder ikke kritisk viktige saker. Kommunen er ikke 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 inn er fortsatt åpne. Per 18.august 2024 var det ifølge kommunen 248 saker med høy, moderat og lav prioritet som ikke er løst. Sakene er tatt opp med Helseplattformen AS på flere nivå.

Figur 8 viser akkumulerte tall for innmeldte og løste saker i perioden. Listen over uløste saker fra St. Olavs hospital og Trondheim kommune økte etter oktober 2022. Ifølge statusrapporter fra Helseplattformen AS er dette redusert utover 2024 fordi man har vært ekstra oppmerksom på dette.²²⁰

Figur 8 Innmeldte og løste saker fra St. Olavs hospital og Trondheim kommune



Kilde: Helseplattformen AS' sakssystem ServiceNow.

²²⁰ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 24. april 2024, 28/24, vedlegg 4 Økonomirapport for Helseplattformen AS (mars 2024).

3.5.2 Mangelfull implementering av drifts- og utviklingsprosesser

Rapportene fra gjennomgangene til Boston Consulting Group og KPMG våren og sommeren 2023 påpeker flere forbedringsområder knyttet til drifts- og utviklingsprosessene i Helseplattformen AS:

- Perioden etter at Helseplattformen ble satt i drift, var preget av uklar ansvarsfordeling i support og prioritering av feilretting.
- Det var besluttet at feilretting skulle prioriteres framfor endringsønsker, men det var ikke tydelig definert hvordan innmeldte saker klassifiseres, og av hvem.
- Selskapet har ikke innført en formell policy som definerer prosessen for endringshåndtering «ende til ende». Dette har resultert i at forskjellige utviklingsteam i Helseplattformen AS arbeider på ulik måte.

I utredningen av drift og forvaltning som eiermøtet bestilte i 2020 (jf. punkt 3.2), ble det lagt til grunn at selskapet skulle etablere drifts- og forvaltningsprosesser basert på ITIL-rammeverket.²²¹ Ved oppstarten av utredningsarbeidet tydeliggjorde arbeidsgruppen at de «i første omgang (ønsker) å få kontroll på de 'klassiske' forvaltningsoppgavene som må være på plass, som feilretting, endringer, videreutvikling og en solid bestillerstruktur».²²²

I en styresak fra september 2023 som handlet om status for etablering av drifts- og forvaltningsorganisasjonen i Helseplattformen AS,²²³ kommer det fram at «[g]runnleggende ITIL-prosesser som Incident (feilhåndtering) og Change (endringskontroll) er etablert med verktøystøtte og har vært i bruk siden våren 2022. Implementering av Problem-prosessen for å strukturere arbeid med å adressere rotårsaker, er i pilot».

Gjennom dokumentgjennomgangen har vi observert at Helseplattformen AS' prosesser for håndtering av feil/hendelser, problemer og endringer ikke er utarbeidet på en enhetlig måte, og at de har ulik begrepsbruk. De beskriver heller ikke grensesnitt mot Epic og deres verktøy Sherlock for oppfølging av feil/hendelser og utviklingsoppgaver som meldes videre fra Helseplattformen AS. Faktaboks 6 viser noen av grensesnittene mellom Helseplattformen AS og Epic for disse prosessene.

Det er også utydelig hvilken status enkelte av dokumentene har, og om de er oppdatert. Helseplattformen AS har opplyst at dokumentene for prosessene er under oppdatering og forbedring, og vi har derfor ikke gått videre i dybden på disse.

I en egevaluering av prosessmodenhet som ble behandlet på ledermøtet 30. april 2024, betraktes modenheten som veldig varierende.²²⁴ Noen prosesser betraktes som godt styrt, mens andre fortsatt er på laveste nivå. Ledergruppen ser behov for å jobbe videre med å sette tydelige mål for prosessarbeidet.

²²¹ Referat fra eiermøte i Helseplattformen AS 6. mai 2020, sak 28/20.

²²² Referat fra eiermøte i Helseplattformen AS 22. september 2020, sak 66/20.

²²³ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 26. august 2023, sak 77/23.

²²⁴ Internt notat til diskusjon i ledermøte i Helseplattformen AS om status og veien videre for prosessutvikling og produktorientering 30. april 2024.

Faktaboks 6 Administrative bestemmelser i kontrakten

- Helseplattformen AS skal først forsøke å løse saker om feil og hendelser gjennom endring i kundens oppsett av løsningen.
- Hvis feilen/hendelsen ikke kan løses gjennom endring av oppsett, er leverandøren Epic ansvarlig for å gjøre nødvendige endringer i koden til programvaren.
- Feil/hendelser og endringsønsker som meldes til leverandøren, registreres og logges i leverandørens nettverktøy Sherlock.
- Kundespesifikke endringsønsker skal løses gjennom samarbeid mellom Helseplattformen AS og leverandøren, hvor fagekspertene har en viktig rolle.
- Ny kundespesifikk funksjonalitet som utvikles, blir normalt implementert gjennom en av de fire årlige oppdateringene av programvaren fra leverandøren.
- Dersom fem eller flere kunder kan nyttiggjøre seg funksjonaliteten, vil Helseplattformen AS få tilbakebetalt utviklingskostnadene.

Kilde: Prosesser og kommunikasjon mellom leverandør og kunde er beskrevet i vedlegg til vedlikeholds kontrakten, V Appendix 6 Administrative Provisions.

I intervjuene om driftsprosessene sier lederne i Helseplattformen AS at

- grensesnittet mellom Helseplattformen AS' verktøy ServiceNow og Sherlock er manuelt, med potensial for å effektiviseres;
- det er ikke enighet ute hos kunden (St. Olavs hospital) om hvordan løsningen skal være. Derfor opplever selskapet ressurskrevende diskusjoner om hvorvidt noe er en feil eller et endringsønske. Selskapet opplyser også at det jobbes med å forankre felles terminologi og begrepsbruk, både internt i Helseplattformen AS og mellom Helseplattformen AS og kundene;
- flere av selskapets prosesser, ikke bare IT-prosesser, ikke har vært tilstrekkelig implementert, overvåket og målt;
- eierskapet til prosessene må forankres i selskapet. Det er ulik modenhet på de ulike prosessene, og det er et behov for å tydeliggjøre prosesser og ansvar i et kvalitetsstyringssystem;
- det har ikke vært tilstrekkelig vekt på implementering og etterlevelse av god praksis i driftsprosesser (ITIL);
- det har dreid seg veldig mye om å innføre løsningen hos flere kunder, også fra styrets side. Arbeidet med driftsprosesser har dermed ikke blitt prioritert.

I intervjuene om driftsprosessene sier lederne i Helseplattformen AS om endringshåndtering og felles beslutningsstruktur at

- selskapet har vært gjennom en lang periode med både utvikling og drift, noe som har gjort det vanskelig å få beslutningsstrukturen til å fungere godt;
- prosesser relatert til endringshåndtering har vært vanskelige å påvirke for Helseplattformen AS;
- utviklingsgruppene som jobber operativt i beslutningsstrukturen, fungerer veldig ulikt. Det er utarbeidet mandat for gruppene, men det er fortsatt behov for å avklare forhold rundt oppgaver, grensesnitt, avhengigheter, dokumentasjon og verktøy i prosessen;
- det er utfordringer knyttet til felles samhandlingsverktøy med eksterne i endringshåndteringsprosessen. For utviklingsgruppene, hvor eksterne deltar, er Teams det eneste samhandlingsverktøyet per i dag.

St. Olavs hospital uttaler at de mangler tilgang til utviklingsverktøyet Helseplattformen AS bruker, og de får derfor ikke mulighet til å følge saker som er meldt inn til endringsprosessen.

For versjonsoppgraderinger, som hører til selskapets vedlikeholdsoppgaver, er det ifølge Helseplattformen AS et klart grensesnitt mot Epic, og det pågår et omfattende arbeid for å forberede kundene på endringene som kommer. Testing er en omfattende del av oppgraderingene, og selv om selskapet på grunn av mer erfaring har håndtert testingen bedre i siste versjonsoppgradering (mars 2024), er det fortsatt et behov for forbedringer.

3.6 Det er kulturforskjeller mellom selskapet og leverandøren

Både styrelederen våren 2024 og tidligere styreledere og ledere i Helseplattformen AS har i intervjuer trukket fram kulturforskjeller som en utfordring i relasjonen mellom selskapet og leverandøren Epic.

Innføringsmetodikken til Helseplattformen var basert på anbefalinger fra Epic. Ifølge både den styrelederen våren 2024 og en tidligere styreleder har Epic gitt uttrykk for at kulturelle særegenheter gjør det mer krevende å innføre løsningen i nordiske land. Den tidligere styrelederen forteller at det er kulturelle forskjeller i form av at de skandinaviske landene generelt er lite hierarkiske, og at mange blir involvert i diskusjoner og beslutninger.

Noen av lederne i Helseplattformen AS trekker også fram lignende forhold:

- Epic kjenner ikke norsk arbeidslivskultur, blant annet føringer i arbeidsmiljøloven.
- Det er i Norge en kultur for omkamper, noe som er krevende i et stramt innføringsløp, og som Epics innføringsmetodikk ikke tar hensyn til.
- Epic har ifølge Helseplattformen AS uttalt underveis i innføringsprosjektet at de synes Helseplattformen AS har vært for langt unna sluttbrukerne i utviklingsarbeidet, og derfor har de ikke alltid har funnet de beste løsningene. At det ble slik, skyldes også i stor grad koronapandemien.

Også Epics innføringsmetodikk var utfordrende, ifølge flere av lederne i Helseplattformen AS:

- Metodikken bar preg av detaljerte oppgavelister, uten rom for at teamene i Helseplattformen AS kunne ha dialog med Epic.
- Metodikken la i liten grad til rette for nødvendig koordinering mellom fagekspertgruppene i tilpassing av løsningen. Det norske helsevesenet bygger vesentlig mer på samhandling og tverrfaglighet enn det amerikanske helsevesenet. Du kan lese mer om dette i kapittel 3.2.4 i del II av rapporten.
- Epic brukte generelt i liten grad erfaringene de allerede har gjort seg med innføringer i Nord-Europa, til å forbedre sin innføringsmetodikk før den ble brukt i Midt-Norge.

I et ordinært Epic-prosjekt sitter utviklerne sammen med brukerne på sykehuset. Leverandøren Epic advarte tidlig mot å ha et mellomledd som Helseplattformen AS mellom kunden og leverandøren.²²⁵ Det at Helse Midt-Norge RHF besluttet å ha Helseplattformen AS som et mellomledd, har ifølge administrerende direktør på St. Olavs hospital hatt negative konsekvenser for innføringen. Administrerende direktør ved Helse Møre og Romsdal opplever det samme.

Samtidig framhever Helseplattformen AS at Epic er svært opptatt av kundene og sluttbrukerne, noe som oppfattes som positivt. Styrelederen våren 2024 sier at Epic og Helseplattformen AS har jobbet

²²⁵ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre.*

tett sammen med helseforetakene i forbindelse med tiltakspakken for bedre brukervennlighet, og det har fungert godt.

3.7 Det har vært lite samarbeid med Helse Midt-Norges IT-selskap

Partene avtalte i aksjonæravtalen at Helseplattformen AS i de tilfellene det er hensiktsmessig, kan motta tjenester fra aksjonærene etter nærmere avtale med disse. Dette gjaldt blant annet en eventuell avtale om levering av IT-tjenester fra Helse Midt-Norges interne IT-selskap Hemit.²²⁶

 **Hemit** et helseforetak under Helse Midt-Norge RHF som har ansvar for sentral drift og forvaltning av felles IT-systemer for alle sykehus i helseregionen.

Ved utgangen av første tertial 2024 hadde Hemit 448 ansatte.²²⁷

Rapporten fra Boston Consulting Group peker på at Helseplattformen AS i begrenset grad har utnyttet Hemits kompetanse. Både selskapet og Hemit har opplevd at fordelingen av ansvar var uryddig. Helseplattformen AS viser til at flere oppgaver som tidligere lå hos Hemit, nå er overført til Helseplattformen AS. Et eksempel er drift og overvåkning av integrasjoner.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har flere ganger tatt opp at det bør avklares hvilken organisasjon/enhet som skal ha ansvaret for teknisk drift og forvaltning av løsningen når den er på plass.²²⁸ Dette ble vurdert gjennom 2016–2020 og påpekt som en risiko.

På foretaksrådet til Helse Midt-Norge RHF i 2018 ba Helse- og omsorgsdepartementet det regionale helseforetaket om å vurdere framtidig forvaltning og drift av Helseplattformen. Dette skulle gjøres i samarbeid med Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse. Ifølge intervjuer ble det vurdert om Norsk helsenett eller Hemit burde drifte Helseplattformen. Utfordringen med å gi Hemit denne oppgaven var at Hemit er eid av Helse Midt-Norge RHF. Kommunene var opptatt av sitt behov for medvirkning og innflytelse.

Det kom fram i styrebehandlingen i 2019 at endelig ansvarsfordeling ville bli avklart gjennom et regionalt prosjekt i løpet av første halvår av 2020.²²⁹ Hemit har fått ansvaret for den tekniske driften av løsningen.²³⁰

Det er ulike syn på hvordan spørsmålet om Hemits rolle i Helseplattform-organisasjonen ble behandlet:

- Helseplattformen AS uttaler at Helse Midt-Norge RHF ikke avklarte hvilken rolle Hemit skulle ha overfor Helseplattformen AS. Ledelsen i Helseplattformen AS påpekte gjentatte ganger over flere år til ledelsen i Helse Midt-Norge RHF at dette burde gjøres snarlig.
- At en avklaring ikke ble gjort, gjorde at de som skulle utføre oppgavene i Helseplattformen AS kom i diskusjoner med Hemit rundt ansvarsforhold der oppgavene var overført til Helseplattformen AS.
- En tidligere styreleder sier at muligheten for et tettere samarbeid med Hemit var et tema for styret. Som styreleder oppfattet han at selskapet var skeptisk til et tettere samarbeid med Hemit. Hans inntrykk var at selskapet generelt var lite åpent for samarbeid med andre og ønsket å løse mye selv.

²²⁶ Avtalene skal i henhold til aksjonæravtalen av 8. februar 2019 godkjennes av generalforsamlingen og krever to tredjedels flertall.

²²⁷ Styremøte i Hemit HF 14. juni 2024, sak 24/2024 Statusrapport april og Tertialrapport T1 2024.

²²⁸ For eksempel styremøte i Helse Midt-Norge RHF 7. desember 2017, sak 100/17 Orienteringssaker og sak 97/17.

²²⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 28. november 2019, sak 103/19 Status Helseplattformen.

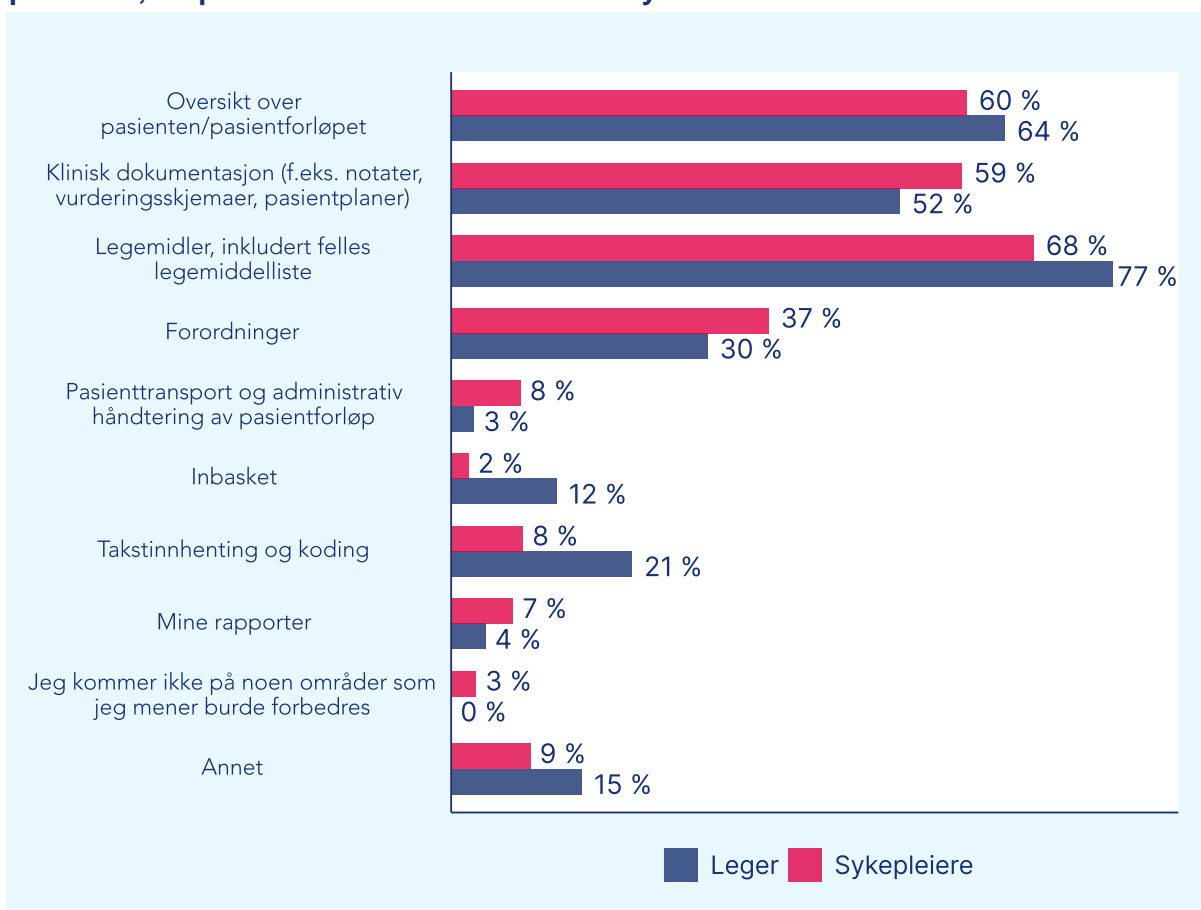
²³⁰ Samlet plan for innføring av Helseplattformen – Felles innføringsprosjekt og lokale innføringsprosjekt – 25. mars 2020.

- Samtidig ga representanter for Trondheim kommune også klart uttrykk for at de ikke ønsket at et foretak eid av Helse Midt-Norge RHF skulle drifte og forvalte løsningen alene.
- Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF trekker fram at det regionale helseforetaket ga sterke styringssignaler til Helseplattformen AS om at de måtte hente inn erfaring og kompetanse fra Hemit når de skulle bemanne organisasjonen, og at mange av Hemits ansatte fikk jobb i Helseplattformen AS ved opprettelsen av selskapet.

3.8 Brukernes ønsker om forbedringer

Figur 9 viser at legemidler og felles legemiddelliste er det området som flest leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital ønsker å prioritere som forbedringsområder. Et annet område er oversikt over pasienten/pasientforløpet. De to samme forbedringsområdene ble også rangert høyest av leger som bruker Sundhedsplattformen i Danmark, både i 2019 og 2021.²³¹

Figur 9 Forbedringsområder som leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital ønsker å prioritere, respondentene kunne sette flere kryss



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til leger og sykepleiere ved St. Olavs hospital i 2024.

Trondheim kommune har sendt en liste med 35 endringsønsker til Helseplattformen AS. Viktige punkter er

- reduksjon i behovet for å kopiere notater
- raskere oversikt over behandling
- bedre løsninger for tildeling av institusjonsplasser, fakturering og kommunikasjon

²³¹ Center for Patientinddragelse. (2021, mai). Sundhedsplattformen: Overordnede resultater SP brugerundersøgelse. Foråret 2021.

- felles tjenesteepisode for psykisk helse og rus
- utvikling av verktøyet pasientplan
- forbedring av arbeidsflyt ved planlegging av og oppstart av avlastningsopphold.

Vi får opplyst at det ikke har skjedd vesentlige endringer i listen siden oktober 2023. Kommunen mener at ingen av punktene på listen er kritiske med tanke på pasientsikkerhet, men flere har konsekvenser for effektiviteten og kommunens mulighet til å hente ut gevinster.

3.9 Selskapet jobber med mange tiltak for å forbedre svakheter

Helseplattformen AS har satt i verk flere tiltak for å utbedre kjente svakheter.

Organisatoriske tilpassinger

Etter at det sentrale innføringsprosjektet ble avsluttet 30. juni 2023, har selskapet ført timer per oppgave. Ledelsen i selskapet opplyser i intervju at dette har gitt ledelsen et bedre styringsverktøy. Fortsatt gjenstår det tiltak som skal øke presisjonsnivået på rapportering av ressursbruk: økende grad av timeføring, økt datakvalitet i grunndataene og bedre tilgang til data fra lønns- og personalsystemene. Per juli 2024 er datagrunnlaget fra timeføringssystemet fortsatt noe ufullstendig, og selskapet jobber med å forbedre systemet.²³²

Som følge av at Helseplattformen er innført i alle helseforetakene i regionen, vil selskapet måtte redusere antall ansatte i 2024 og 2025. Selskapet planlegger også å trappe ned konsulentbruken betydelig. Administrerende direktør påpeker at eierne må bli enige om hvilke behov som skal være en del av ordinær drift og forvaltning, og hvilke behov som må inngå i tilleggskjøp.

Selskapet har også gjort interne organisatoriske endringer fra 1. mars 2024 for å bidra til god porteføljestyling og bedre planlegging og ressursstyring.²³³ Det er også et mål å styrke kundedialogen.

Etablering av prosesser og rutiner

Helseplattformen AS har gitt Deloitte i oppdrag å gi ledelsesbistand på flere områder, blant annet skal de sikre en stabil og effektiv drift og forvaltning av løsningen. De startet oppdraget i november 2023. I dette inngår arbeid med hovedutfordringer i rapportene fra Boston Consulting Group og KMPG. Det ble gjort en overordnet, første vurdering av hvilke områder som burde prioriteres i forbedringsarbeidet. Her ble blant annet hendelses- og problemhåndtering identifisert som prioriterte områder.²³⁴

På bakgrunn av kartlagte forbedringsområder jobber selskapet ifølge Helseplattformen AS aktivt med å

- øke selskapets prosessorientering. Det har planlagt å gjennomgå alle sentrale kjerneprosesser i løpet av første halvår 2024 og etablere tydelig eierskap til selskapets prosesser samt å etablere måling og rapportering;
- implementere et styringssystem etter ISO-standarden med tilhørende verktøy. Dette skal struktureres i henhold til kartlagte prosesser og produkter og inneholde styrende dokumenter, prosedyrer og dokumentasjon for de enkelte prosessene.²³⁵

²³² Økonomirapport for Helseplattformen AS, juni og juli 2024.

²³³ Notat fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om status på arbeid med kvalitetsstyringssystem 2. februar 2024.

²³⁴ Deloitte. (2023, 23. november). *Presentasjon om anbefalinger og tiltak felles arbeidsdokument*.

²³⁵ Notat fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om status på arbeid med kvalitetsstyringssystem 2. februar 2024.

Det er også utarbeidet en felles strategi for å sikre enhetlige beskrivelser av prosesser i selskapet.²³⁶ Rutiner og prosedyrer for hvordan endringer skal behandles i beslutningsstrukturen, er oppdatert og skal implementeres.²³⁷

Produktorientert utvikling

Helseplattformen AS skal etablere en ny arbeidsmåte overfor kundene: produktorientert utvikling. Administrerende direktør sier Sundhedsplattformen i Danmark har hatt gode erfaringer med en slik tilnærming. Hensikten med etableringen er ifølge selskapet å oppnå tettere samarbeid mellom klinikere og Helseplattformen AS, korte beslutningsveier og sterkere vekt på verdiskapning.²³⁸ Arbeidet med å innføre dette er organisert som et prosjekt, med en styringsgruppe som inkluderer kundesiden og er under oppstart i 2024.²³⁹ Etter at pilotene er gjennomført, er det en ambisjon om å ha produktorientert utvikling implementert i selskapet i 2025.

Avklaring av form på samarbeidet med Hemit

Foretaksmøtet høsten 2023 ba Helse Midt-Norge RHF om å utrede og vurdere en samling av ressursene i Helseplattformen AS og Hemit HF for å styrke kapasitet og kompetanse og sikre best mulig ressursutnyttelse i arbeidet med feilretting og forbedring av Helseplattformen.

Helse Midt-Norge RHF har etablert en styringsgruppe og kjernegruppe som skal utføre arbeidet, med deltakere fra Helseplattformen AS, Hemit, Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF.

Styringsgruppen har anbefalt at følgende modeller blir utredet:

1. samling av ressurser i et selskap eid av Helse Midt-Norge RHF. Helseplattformen AS beholdes som kontraktspart for sine kunder;
2. utvidet bruk av Hemit HF som underleverandør til Helseplattformen AS;
3. regulert, forpliktende samarbeid mellom to selvstendige parter;
4. et nytt selskap der Hemit HF og Helseplattformen AS i sin helhet går inn, selv om dette ikke er i tråd med de forutsetningene som er gitt for arbeidet. Dette er et alternativ på lengre sikt.

I en utredningsrapport som ble behandlet i generalforsamlingen i mai 2024, anbefaler styringsgruppen at det går videre med alternativ 1.²⁴⁰ Alternativ 4 skal være et langsiktig målbilde. Det skal jobbes videre med å utrede modellene, og det tas sikte på å gjøre et endelig vedtak i saken i ekstraordinær generalforsamling i løpet av tredje kvartal 2024.

Tydeliggjøring av tjenesteavtaler

Helseplattformen AS startet før sommeren 2023 et arbeid med revisjon og konkretisering av tjenesteavtalene i form av en veileder som vedlegg til avtalene. Aktørene hadde forskjellige synspunkter på dette.²⁴¹ Saken ble behandlet på eiermøtet i september 2023, og det står følgende i dokumentasjonen:

Kommunene imøteser en presisering av tjenesteavtalen, men vurderer at flere kommuner bør ta i bruk Helseplattformen før en gjør en større revisjon av tjenesteavtalen. St. Olavs hospital og helseforetakene ser behov for en grundig gjennomgang av tjenesteavtalen, som bærer preg av å være tilpasset en prosjektperiode. Helseplattformen AS har allerede en prosess på gang for å presisere og konkretisere avtaleinnholdet. Prosessen vil HPAS kjøre med sine

²³⁶ Helseplattformen AS. (2024). *Strategi for dokumentasjon av prosesser i kvalitetssystemet EQS*, ID 3775 – EQS, gyldig fra 26. april 2024.

²³⁷ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 8. mars 2024, sak 12/24 Status innføring helseforetak og kommuner.

²³⁸ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 8. mars 2024, sak 12/24 Status innføring helseforetak og kommuner.

²³⁹ E-post fra Helseplattformen AS til Riksrevisjonen om utkast til faktagrunnlag, sitater til verifisering og oppfølgingsspørsmål 6. juni 2024.

²⁴⁰ *Samling av ressurser Helseplattformen AS og Hemit HF: Utredningsrapport v.1.0.* Jf. generalforsamling i Helseplattformen AS 22. mai 2024, [vedlegg 10](#).

²⁴¹ Referat fra eiermøte i Helseplattformen AS 5. september 2023, sak 29/23.

kunder og i første omgang separat for kommuner og helseforetak, men man vil kalle inn til et felles møte for å sikre samsvar i avtalene.

Arbeidet med veileder har pågått våren 2024, men det er foreløpig ikke oppnådd enighet. Hovedutfordringen er at det fortsatt er ulik forståelse av hva som inngår i basistjenester kontra betalbare tilleggstenester.²⁴² Ettersom det er kort tid til tjenesteavtalene skal revideres (etter at siste helseforetak tar i bruk løsningen i november 2024), har videre arbeid med veilederen blitt satt i ro. Selskapet vil jobbe videre med å spesifisere og avklare tilleggskjøp i budsjettprosessen for 2025.

3.10 Helseplattformen AS har hatt dialog med Epic om hvorvidt leveransene er i henhold til kontrakten

Det pågår ifølge Helseplattformen AS dialog på virksomhetsnivå mellom Helseplattformen AS og Epic på to vesentlige områder:

- **Hvordan den 18 måneder lange utsettelsen av innføringsløpet skal behandles kontraktuelt:** En lengre innføringstid har ført til økt ressursbruk for både Epic, helseforetakene og Helseplattformen AS. Det har også vært ekstra kostnader til parallell drift med gamle systemer, se kapittel 1.

Det kommer fram i en styresak i april 2024, som gir status for dialogen med Epic, at ansvaret for utsettelsene er delt.²⁴³

Det har vært diskutert ulike årsaker til utsettelse og momenter som er trukket fram i diskusjonen med Epic er blant annet at kvaliteten i løsningen var ikke god nok. Helseplattformens oppsett basert på råd fra Epic var ikke godt nok, det ble gjort for dårlig testing (basert på Epic metodikk) og overvåkning og oppfølging av meldinger var for dårlig implementert. Det er imidlertid forhold knyttet til utsettelsene som ikke er Epics ansvar. Dette er blant annet at beslutningene om utsettelse ble gjort ensidig uten at Epic ble involvert. Helseplattformens forvaltningsorganisasjon var ikke forberedt, ITIL-prosesser (bl.a. incident, problem og change) var ikke implementert. Prosess knyttet til endringshåndtering var ikke etablert. St Olavs Hospital var ikke tilstrekkelig forberedt på endringer i legenes arbeidshverdag knyttet til legemiddelsamstemming. Oppsett av løsning for radiologi var i for stor grad basert på ønske om å bevare arbeidsflyten med den gamle løsningen.

- **Hvordan en ny løsning skal utvikles for fastlegene:** Det kommer fram i intervjuer at løsningen må bli bedre for at fastlegene vil ønske å ta den i bruk. I styresaken om forsinkelsene kommer det fram at Epic har arbeidet godt sammen med Helseplattformen AS om forbedringer i fastlegeløsningen. Epic har i dette arbeidet tilbudt et stort antall vederlagsfrie timer, knyttet til utvikling, tilpassing, og videreutvikling av løsningen, og har også bidratt med forslag til innføringsplan.²⁴⁴

Helseplattformen AS oppgir at Epic har ytt stor bistand med mange ekstra ressurser vederlagsfritt på flere områder knyttet til optimalisering ved St. Olavs hospital.²⁴⁵ Leverandøren har også vært til stede ved sykehusene i Møre og Romsdal for å sikre tilstrekkelig støtte da løsningen ble satt i drift. Epic tilbyr også ytterligere støtte i 2024 og 2025. I dialogen rundt økonomisk oppgjør for forsinkelsene anbefaler administrasjonen i Helseplattformen AS styret å akseptere den løsningen man har kommet fram til med Epic.²⁴⁶ Det har også vært en ekstern vurdering av dette forholdet.²⁴⁷

²⁴² Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 28. august 2024, sak 59/24.

²⁴³ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 24. april 2024, sak 32/24.

²⁴⁴ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 8. mars 2024, sak 15/24.

²⁴⁵ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 24. april 2024, sak 32/24.

²⁴⁶ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 3. mai 2024, sak 39/24.

²⁴⁷ Notat fra advokatfirmaet Simonsen Vogt Wiig til Helseplattformen AS om anskaffelsesrettslig vurdering av endring i kontrakt med Epic 2. mai 2024.

4 Organisering og beslutningsstruktur

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

Relevante revisjonskriterier

- De regionale helseforetakene og kommunene har ansvaret for egne journalløsninger og finansieringen av disse.
- 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.
- Både helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven stiller krav om at helseforetakene og kommunene legger forholdene til rette slik at helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.
- Aksjeeierne har den øverste myndighet i selskapet, og denne myndigheten utøves gjennom generalforsamlingen. Av dette følger at eiermøter kun kan være arena for dialog og samarbeid, ingen føringer kan gis til selskapet unntatt gjennom generalforsamlingen.
- Tjenesteytere skal samarbeide for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.
- Kommunedirektøren må sikre en sammenhengende styringslinje fra kommunestyret.

Oppsummering

- Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune har styrt Helseplattformen AS i fellesskap.
- Den faglige beslutningsstrukturen har vært kompleks og fragmentert.
- Det har vært manglende tillit mellom sentrale aktører i spesialisthelsetjenesten.

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

Tidligere evalueringer har konkludert med at Helseplattformprosjektet har hatt en for komplisert beslutningsstruktur.²⁴⁸

4.1.1 Aksjeselskap ble betraktet som eneste mulige organisasjonsform og fungerer godt

Som beskrevet i punkt 3.1 ble Helseplattformen AS stiftet i 2019. Helse Midt-Norge RHF kom fram til at et aksjeselskap var den eneste selskapsformen som gjør det mulig for Helse Midt-Norge RHF og kommunene å eie sammen, samtidig som Helse Midt-Norge RHF skulle stifte selskapet alene.²⁴⁹ De viste til at det er en velregulert selskapsform som er mye brukt til å regulere utskilt offentlig virksomhet. Det var ifølge den daværende styrelederen viktig for Helse Midt-Norge RHF å få Trondheim kommune raskt med på eiersiden, og kommunene var enig i at dette er en egnet organisasjonsform.

Flertallet av aktørene som er intervjuet, mener at organiseringen med aksjeselskap har fungert godt. Enkelte har imidlertid fremhevet at det kan være utfordrende i styringssammenheng å forholde seg til helseforetaksmodellen samtidig med å styre Helseplattformen AS etter aksjeloven med flere eiere.

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

²⁴⁸ 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.*

²⁴⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2019, sak 11/19 Etablering av selskap for forvaltning og drift av Helseplattformen.

generalforsamlingen.²⁵⁰ 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 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 RHF, for å fremme en sak på generalforsamlingen har etter St. Olavs hospitals oppfatning skapt problemer.

Ifølge den første styrelederen i selskapet har den største utfordringen vært at prosjektet er et offentlig-offentlig-samarbeid, mens organiseringen har ført til et kunde-leverandørforhold. Den andre styrelederen mener at utfordringene var styringen av et slikt aksjeselskap, som i tillegg til de formelle styringsstrukturene har en faglig beslutningsstruktur, se punkt 4.2.

4.1.2 Styring av Helseplattformen AS

Eierne utformer årlig styringskrav og rammer hvor de formidler ulike forventninger til selskapet. Styringskravene var mer detaljerte i den tidlige fasen, da selskapet utviklet løsningen. Styringskravene for 2023 er mindre detaljerte ettersom selskapet er over i en drifts- og forvaltningsfase.²⁵¹

Helse Midt-Norge RHF har vært representert i styret i Helseplattformen AS i hele perioden med blant annet både eierdirektør og økonomidirektør. Samtidig er Helse Midt-Norge RHF opptatt av å styre på en armlengdes avstand. Administrerende direktør i det regionale helseforetaket uttalte dette i forbindelse med Riksrevisjonens undersøkelse i 2023.²⁵²

Styringssignalene fra det regionale helseforetaket til Helseplattformen AS skjer via generalforsamlingen og følges opp ved at vi har styrerepresentanter i selskapet. Helse Midt-Norge RHF er litt i tvil om det har vært for lang avstand til Helse Midt-Norge RHF som eier, mens andre mener at den har vært for tett. Helseforetakene har stått for mesteparten av dialogen og samhandlingen med Helseplattformen AS som premissleverandør for løsningens innhold og som kunde.

Det har vært fire styreledere i selskapet²⁵³. Helseforetakene var representert i styret i Helseplattformen AS med administrerende direktør ved St. Olavs hospital fra mars 2019 til oktober 2019. Viseadministrerende direktør ved St. Olavs hospital ble oppnevnt i styret i Helseplattformen AS fra november 2023. Helseforetakene ved administrerende direktør ved St. Olavs hospital var representert i eiermøtet i den faglige beslutningsstrukturen fra juni 2023.

Tidligere helse- og velferdsdirektør i Trondheim kommune har vært styremedlem, nestleder og senere styreleder. Finansdirektøren ble valgt inn i styret i mai 2020.²⁵⁴ I desember 2023 ble han nestleder i styret, og denne rollen har han fortsatt. Andre kommuner har vært representert i styret i perioder.

4.1.3 Arbeidet til styret

Det er avholdt jevnlig styremøter i Helseplattformen AS. Styret har jobbet med å endre selskapet 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.²⁵⁵ Her har selskapet også søkt ekstern bistand.²⁵⁶

Dokumentgjennomgangen viser at styrene i Helseplattformen AS og Helse Midt-Norge RHF har blitt løpende informert om framdriften og risikoene i prosjektet. Administrasjonen har utarbeidet

²⁵⁰ Aksjeloven § 5-11. *Aksjeeiernes rett til å få saker behandlet på generalforsamlingen.*

²⁵¹ *Helseplattformen AS – styringskrav og rammer 2023* vedtatt på generalforsamling i Helseplattformen AS 27. april 2023.

²⁵² Dokument 3:6 (2023–2024). *Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av IT-systemer på sykehus.*

²⁵³ I tillegg ble det valgt ny styreleder på ekstraordinær generalforsamling 26. september 2024.

²⁵⁴ I perioden 22. april 2021 til 9. januar 2022 var han ikke styremedlem, men ble valgt inn igjen 10. januar 2022.

²⁵⁵ Flere saker i styremøtene omhandler dette – for eksempel: Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 31. mai 2023 sak 56/23.

²⁵⁶ Protokoll fra ekstraordinært styremøte 3. oktober 2023, 94/23 Konkurransesgrunnlag for en mini konkurranse for å få etablert ekstern bistand for å videreutvikle Helseplattformen AS som organisasjon.

statusrapporter i hovedsak hver måned. En tidligere styreleder i Helse Midt-Norge RHF uttaler at selv om tilgangen til informasjon var god, opplevde hun at styret satt langt unna mange vesentlige beslutninger om Helseplattformen, og at det i noe begrenset grad kunne justere kursen til selskapet.

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

- En tidligere styreleder uttaler at han opplevde at styret var aktivt, men at det var svært krevende å få full oversikt over alle utfordringene og ta tak i dem. 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 et 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, IT, helsefag, kommune, og spesialisthelsetjeneste. Endringene i sammensetning av styret fra november 2023 har fungert godt, se del II punkt 4.2. Styrelederen våren 2024 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.

4.2 Den faglige beslutningsstrukturen for prosjektet Helseplattformen har vært kompleks og fragmentert

4.2.1 Den faglige beslutningsstrukturen involverte alle interessenter i stat og kommune

Systemet som var anskaffet, måtte tilpasses til virksomhetene. Derfor 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 4.1
- den ordinære styringslinjen i organisasjonene som skulle bruke løsningen, se kapittel 4 del II og rapporten fra kommunerevisjonen
- en felles faglig beslutningsstruktur regulert gjennom samarbeidsavtalen, som omtales i dette kapitlet.

Faktaboks 7 viser bakgrunnen for beslutningsstrukturen, hvor samarbeidsavtalen, aksjonæravtalen og tjenesteavtalene er særlig sentrale.

Faktaboks 7 Grunnlaget for beslutningsstrukturen for Helseplattformen

Beslutningsstrukturen har sin bakgrunn i følgende dokumenter:

- *Konseptrapporten*, som skisserer ulike alternativ, og rapporten påpeker at det alternativet som ble valgt, altså en helhetlig løsning for helsetjenesten i Midt-Norge, gir kompliserte beslutningsstrukturer.
- *Avtalen med Epic*, som gir en beskrivelse av aktørbildet og organiseringen.
- *Selskapets stiftelsesprotokoll, selskapets vedtekter og styreinstruks*, som beskriver blant annet selskapets virksomhet og styrets oppgaver.
- *Samarbeidsavtalen og aksjonæravtalen* mellom Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune, som beskriver partenes overordnede struktur for å fatte innholdsmessige beslutninger for innføringen og etableringen av løsningen.
- *Samlet plan for innføring av Helseplattformen*, som er en plan på tvers av felles og lokale innføringsprosjekter som skulle understøtte godt samarbeid og koordinering mellom alle aktører i innføringen.
- *Tjenesteavtalens bilag 3 – Felles faglig beslutningsstruktur (Felles)*, som angir hovedregelen om at alle parter skal være representert i beslutningsstrukturen, og at faglige beslutninger skal fattes gjennom konsensus. Se også punkt 3.3.

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

Det ble også vedtatt et eget prosjekt- og styringsdirektiv for innføringsprosjektet. Formålet med direktivet var å gi rammer og føringer for det felles innføringsprosjektet samt å beskrive prosjektets styringsstruktur.

Kilder: Konseptbeskrivelse 5. desember 2016 versjon 0.9; Bridging contract 2016/238; Stiftelsesprotokoll for Helseplattformen AS av 8. februar 2019; Selskapets vedtekter av 20. februar 2019; Styreinstruks – Helseplattformen AS 26. juni 2019; *Samarbeidsavtalen om et helhetlig og samordnet helsetilbud i region Midt-Norge som er inngått av Trondheim kommune og Helse Midt-Norge* av 18. november 2019 jf. bilag 2 Beslutningsstruktur for innføring og etablering av Helseplattformen; Samlet plan for innføring av Helseplattformen – Felles innføringsprosjekt og lokale innføringsprosjekt versjon 2.0 25. mars 2020; Helseplattformens felles faglige beslutningsstruktur – mars 2023; Styremøte i Helse Midt-Norge RHF 27. november 2019, sak 66/19 Prosjekt- og styringsdirektiv for innføringsprosjektet.

Figur 10 illustrerer hvordan den faglige beslutningsstrukturen var i begynnelsen av prosjektet.

Den felles faglige beslutningsstrukturen ble etablert for å ta felles beslutninger om hvordan løsningen skulle settes opp og brukes. Undersøkelsen til Trondheim kommunerevisjon viser at eierne la vekt på å etablere en faglig beslutningsstruktur som sikret en bred involvering av faggrupper og brukere. Mer enn 400 fagekspertene fra de forskjellige fagområdene i kommunene og helseforetakene deltok i arbeidet.²⁵⁷ De fleste fagekspertene var helsepersonell, men det var også egne team for data og IT, administrative oppgaver og så videre.

Det øverste nivået i den faglige beslutningsstrukturen var eiermøtet. Her satt representanter fra eierne Helse Midt-Norge RHF, Trondheim kommune, andre kommuner, og Helseplattformen AS. I tillegg har St. Olavs hospital vært representert i deler av perioden. I september 2021 ble administrerende direktør i St. Olavs hospital informert av eierdirektøren i Helse Midt-Norge RHF om at det regionale helseforetaket selv ville ta hånd om representasjonen fra brukersiden i spesialisthelsetjenesten i eiermøtet. St. Olavs hospital kom inn igjen i eiermøtene i juni 2023.

²⁵⁷ Flertallet av fagekspertene kom fra helseforetakene, særlig St. Olavs hospital. Mer enn 20 kommuner har bidratt, de fleste fagekspertene kom fra Trondheim kommune. Kilder: informanter og Helseplattformens nettside.

Figur 10 Opprinnelig felles faglig beslutningsstruktur



Kilde: Helseplattformen AS

Prinsippet var at alle beslutninger om faglig innhold i løsningen skulle fattes av riktig nivå i denne strukturen og bygge på konsensus (enighet), og dersom partene ikke ble enige, skulle saken løftes opp til det neste nivået i strukturen.²⁵⁸

I tillegg har Helseplattformen AS hatt en prosjektstyringsstruktur som har involvert brukerne, se faktaboks 8.

Det fagekspertene ikke ble enige om, det som ligger utenfor mandatet, og beslutninger som vil utløse store endringer eller kostnader, skulle løftes videre til den felles beslutningsgruppen. Dette var en faglig ledergruppe med ukentlige møter, der alle virksomhetene som skal ta i bruk løsningen, var representert. Denne strukturen fatter også beslutninger om videreutvikling av løsningen.²⁵⁹

²⁵⁸ Protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 1. april 2020, sak 12/20, vedlegg 1 Samlet plan for innføring av Helseplattformen.

²⁵⁹ 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.

Faktaboks 8 Prosjektstyringsstruktur i Helseplattformen

Helseplattformen AS etablerte en prosjektstyringsstruktur med deltakelse fra både de som skal bruke løsningen, og de som leverer løsningen, i tillegg til prosjektansvarlig (prosjektdirektøren for Helseplattformen AS).²⁶⁰ Prosjektstyret (Executive Steering Committee) var i tråd med valgte leverandørers innføringsmetodikk og beste praksis for prosjektstyring.

Prosjektstyrets medlemmer skulle gi prosjektlederen innspill og råd ut fra et bruker- og leverandørperspektiv. Prosjektlederen skulle ta de endelige beslutningene og ha det endelige ansvaret. Prosjektstyret besto av representanter fra Helseplattformen AS (ledet av prosjektlederen), helseforetakene, Trondheim kommune, leverandøren og en representant fra Helse Midt-Norge.

Det ble i tillegg opprettet en operativ styringsgruppe som besto av prosjektlederen fra innføringsprosjektet og leverandørens innføringsansvarlig. Den operative styringsgruppen fikk blant annet ansvar for å følge opp prosjektet tett og sikre at det er i tråd med kontrakten, avtalte leveranser og framdriftsplaner. Videre skulle den operative styringsgruppen ta beslutninger som ikke har økonomisk konsekvens eller påvirker hovedmål og milepæler, overvåke og følge opp risiko og hendelser samt holde prosjektstyret orientert om framdrift og risiko.

Kilde: Samlet plan for innføring og prosjektplan for Helseplattformen; Prosjektplan og mandat innføring av Helseplattformen – felles regionalt innføringsprosjekt 21. juni 2022.

4.2.2 St. Olavs hospital opplever å ha hatt en for lite sentral rolle i beslutningsstrukturen

Mye av kritikken mot beslutningsstrukturen retter seg mot den delen som er spesialisthelsetjenestens ansvar. Evalueringen til Boston Consulting Group påpeker blant annet dette:²⁶¹

- 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 konsensusbaserte, det vil si at alle aktører er delaktige i beslutninger som tas. Vedtak om saker som løftes til det høyeste nivået, krever konsensus mellom eierne, 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.²⁶² Dette bekreftes av intervjuene vi har gjennomført i spesialisthelsetjenesten.

Følgende utfordringer er framhevet:

- Beslutningsstrukturen har krevd involvering av for mange aktører, slik at både store og små beslutninger har tatt lang tid.
- Styringsstrukturen basert på konsensus utfordrer virksomhetens selvstendige ansvar for å ivareta forsvarlighet.²⁶³ St. Olavs hospital kan bli tillagt ansvaret for hendelser uten å ha reelle muligheter til å hindre gjentakelse.

²⁶⁰ Det framkommer at «For å sikre at prosjektet gjennomføres på en måte som gir størst mulig sannsynlighet for suksess og måloppnåelse er det likevel hensiktsmessig å etablere en prosjektstyringsstruktur med deltakelse fra både de som skal bruke løsningen og de som leverer løsningen i tillegg til prosjektansvarlig (prosjektleder HP AS). Dette gjøres i form av prosjektstyre (Executive Steering Committee).» Jf Dokument fra Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. (2020). *Samlet plan for innføring av Helseplattformen – Felles innføringsprosjekt og lokale innføringsprosjekt*. Versjon 2.0, godkjent 25. mars av felles innføringsprosjekt.

²⁶¹ Boston Consulting Group. (2023, august). *Ekstern evaluering av Helseplattformen. Årsaker til forsinkelser i innføringen ved St. Olavs hospital og læringer for veien videre*.

²⁶² Helsetilsynet. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse*; Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet. (2024, 17. april). *Hendelsesbasert tilsyn ved St. Olavs Hospital HF i relasjon til innføring av Helseplattformen 10. januar 2024*.

²⁶³ Protokoll fra styremøte i St. Olavs hospital HF 25. januar 2024, sak 3/24 Helsetilsynets rapport.

- Situasjonen kompliseres ytterligere av at St. Olavs hospital i motsetning til kommunene ikke har eierandeler i Helseplattformen AS.

Ifølge rapporten fra Boston Consulting Group opplever flere helseforetak at Helse Midt-Norge RHF, som eier av både Helseplattformen AS og helseforetakene, har prioritert å innføre Helseplattformen til avtalt kostnad og til avtalt tid framfor å ivareta interessene til helseforetakene i kritiske beslutninger. Konsulentselskapet registrerte at styret i Helse Midt-Norge RHF ikke tok opp saker om status ved St. Olavs hospital da de skulle innføre Helseplattformen. Derimot tok de opp saker om status for Helseplattformen AS. Administrerende direktør og en tidligere styreleder ved St. Olavs hospital har påpekt mye av det samme. Dagens styreleder og en tidligere styreleder ved St. Olavs hospital påpeker at beslutningene i vesentlig grad ble tatt andre steder enn hos dem.

Administrerende direktør ved Helse Midt-Norge RHF understreket i 2023 at det er styret i Helse Midt-Norge RHF som bestemmer og har beslutningskompetanse for foretaksgruppen. De største brukerne av Helseplattformen, altså helseforetakene, er ikke eiere og har dermed mindre innflytelse over den. Hvert helseforetak har fremdeles ansvar for kvalitet/pasientforløp og pasientsikkerhet internt i spesialisthelsetjenesten.

4.2.3 Trondheim kommune opplever at beslutningsstrukturen i hovedsak fungerer godt

Trondheim kommunerevisjons rapport viser at da Trondheim kommune skulle inngå samarbeidsavtale og aksjonæravtale i 2019, var det en viktig forutsetning for kommunen at den var sikret forsvarlig styring og kontroll gjennom en ubrutt styringslinje fra bystyret. Dette er et krav i kommuneloven.²⁶⁴ Trondheim kommune har vært representert både i styringslinjen i selskapet og i den faglige beslutningsstrukturen. Kommunen opplever at beslutningsstrukturen har fungert godt, sikret en balanse mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og gjort det mulig for kommunen å ivareta sine interesser. Informantene i Trondheim kommune opplever at samarbeidet og dialogen mellom partene har vært god.

Trondheim kommune trekker fram frikjøp av fagfolk i store stillingsandeler, stor grad av koordinering av fagekspertenes arbeid og samarbeid på tvers av fagekspertgruppene som grep som var viktig for kommunens arbeid med den nye journalløsningen for kommuner.²⁶⁵ 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 kapittel 3 (del III) var det lite koordinering av fagekspertenes arbeid ved forberedelsene til innføringen i helseforetakene. Fagekspertene ved sykehuset hadde også veldig små stillingsandeler og fikk dermed ikke mulighet til å vie seg ordentlig til oppgavene, og de fikk ikke sikret tilstrekkelig at løsningene ble felles, som i Trondheim kommune.

Trondheim kommune opplever at de måtte ha både et verktøy for å lage løsningen og et verktøy for å ta den imot. Kommunen hadde gode drøftinger internt om hva som var best for kommunene. De la vekt på å ansvarliggjøre de enkelte bidragsyterne, slik at alle opplevde at de kunne stå for løsningen som ble valgt.

Den tidligere styrelederen i Helseplattformen AS, som også er tidligere helse- og velferdsdirektør i Trondheim kommune, opplever ikke at beslutningsstrukturen var for kompleks. Han viser til at begge leverandørene som var involvert i den siste fasen av anskaffelsen, mente det var viktig å ha et eskaleringsnivå for beslutninger. Den tidligere styrelederen mener beslutningsstrukturen kan ha blitt

²⁶⁴ Trondheim kommune. (2019). Sak [PS 0103/2019](#) i bystyret 29. august 2019.

²⁶⁵ 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 fysioterapigruppen.

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.

4.2.4 De høyere nivåene i beslutningsstrukturen tok beslutninger i svært få saker

Den felles beslutningsgruppen skulle behandle faglige saker man ikke hadde blitt enig om på et lavere nivå. Hvis den felles beslutningsgruppen ikke ble enig, kunne de la saken gå videre til eiermøtet.

Flere informanter har pekt på at hovedproblemet var at det var for få spørsmål som ble løftet høyt nok i beslutningsstrukturen. Eiermøtet fikk bare anledning til å ta beslutning i noen få saker. Konsekvensen av at de høyere nivåene av beslutningsstrukturen i liten grad ble brukt, 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 et helhetsbilde av arbeidet og utfordringene og så beslutningene i sammenheng. Fagekspertgruppens beslutninger nederst i beslutningsstrukturen har dermed gitt en mer fragmentert utforming enn ønsket.

Et eksempel på en viktig sak som utfordret den avtalte beslutningsstrukturen er knyttet til håndtering av samtidighetskonflikt i løsningen. Som påpekt i kapittel 1 i del II Riksrevisjonenes rapport er det ikke mulig at flere fagpersoner arbeider på samme sted i en pasientjournal samtidig. St. Olavs hospital bestemte derfor at Hemit 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. I undersøkelsen fra Trondheim kommunerevisjon opplyser informantene at kommunen ikke fikk informasjon om denne endringen før etter et par uker. Kommunen mener at saken burde vært tatt opp i felles beslutningsstruktur.²⁶⁶

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF peker på at beslutningsstrukturen har gitt et klart skille mellom brukernes (helseforetakenes og kommunenes) ansvar for den helsefaglige utformingen av Helseplattformen og Helseplattformen AS' tekniske ansvar for å tilpasse Epics grunnsystem. Dette har betydd at Helseplattformen AS i stor grad ikke har overprøvd helsefaglige beslutninger om utformingen, selv om den helsefaglige beslutningsstrukturen ikke fulgte Epics og Helseplattformen AS' anbefalinger.

4.2.5 Endringer i strukturen underveis har ikke løst utfordringene

Det er gjennomført flere tiltak for å løse utfordringene i den faglige beslutningsstrukturen.

Etablering av felles regionalt innføringsprosjekt for helseforetakene

Det er gjennomført flere tiltak:

- Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok på sitt møte 9. juni 2022 (sak 53/22) en revidert styringsstruktur for innføring i helseforetakene.²⁶⁷
- Det ble etablert et regionalt koordineringskontor.²⁶⁸ Kontoret fikk ansvar for å følge opp tiltakene fra evalueringen fra Boston Consulting Group på operativt nivå gjennom eksisterende strukturer.²⁶⁹ Videre har kontoret ansvar for å sikre felles styring av omfang, kostnad og tid i henhold til vedtatte planer og sikre en felles risikostyring i innføringsprosjektene. Koordineringskontoret rapporterer til eierdirektøren i Helse Midt-Norge RHF og er tverrfaglig sammensatt.²⁷⁰

²⁶⁶ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 21. juni 2023, sak 69/23.

²⁶⁷ Helse Midt-Norge RHF. (2022, 21. juni). *Prosjektplan og mandat innføring av Helseplattformen – felles regionalt innføringsprosjekt*. Versjon 1.0.

²⁶⁸ Etablert 7. september 2023, styret i Helse Midt-Norge RHF, sak 92/23.

²⁶⁹ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 26. oktober 2023, sak 114/23 Helseplattformen.

²⁷⁰ Mandat for regionalt koordineringskontor vedtatt 22. november 2023.

- Det ble gjort en omorganisering etter at Helseplattformen AS gikk over til å bli en driftsorganisasjon. Den faglige beslutningsstrukturen ble justert våren 2023.²⁷¹ Det ble etablert en rekke utviklingsgrupper, som består av fagekspertter fra kommunene, helseforetak, fastleger, avtalespesialister og Helseplattformen AS.²⁷² Utviklingsgruppene fikk i mandat å bistå med å finne løsninger og prioritere innmeldte behov og endringsønsker fra de respektive virksomhetene.
- St. Olavs hospital kom på nytt inn i Eiermøtet sommeren 2023.
- Styret i Helse Midt-Norge RHF har i 2024 sikret at helseforetakene har fått større involvering og innflytelse i beslutningsstrukturen gjennom styringsgrupper.²⁷³

I kommunene foregår det et arbeid med å etablere et kommunalt samarbeidsforum, som skal være en regional kommunal prioriteringsgruppe med fagekspertter 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.²⁷⁴

Ytterligere endringer

Helseforetakene er ifølge intervjuer med ledelse og styreledere ved St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal våren 2024 fortsatt ikke fornøyde med at det ikke er gjort større endringer i beslutningsstrukturen.

St. Olavs hospital har påpekt at de har tatt opp beslutningsstrukturen og manglende samsvar mellom ansvar og myndighet flere ganger med Helse Midt-Norge RHF, blant annet i et eget brev i to omganger.²⁷⁵ Helseforetaket har anbefalt at det bør gjøres ytterligere endringer ved å utrede en samarbeids- og beslutningsstruktur, der det gis betydelig større rom for at den enkelte aktør kan iverksette egne tiltak for å ivareta krav i lov og forskrift, forsvarlighet, pasientsikkerhet og brukervennlighet.

Eiernes faglige beslutnings- og samarbeidsforum vedtok i september 2024 at når det oppstår situasjoner hvor den felles løsningen gir betydelig pasientsikkerhetsrisiko eller økonomiske utfordringer i driften, kan den part (kunde) som erfarer dette kreve endringer i løsningen.²⁷⁶ Eventuelle kostnader må dekkes av den som ber om det.

4.3 Manglende tillit mellom sentrale aktører i spesialisthelsetjenesten

4.3.1 Tillitsutfordringer og konflikter mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten

Både rapporten fra Boston Consulting Group og intervjuer vi har gjennomført, har pekt på at mangel på tillit og konflikter mellom sentrale aktører, både på virksomhetsnivå og på personnivå, har bidratt til å gjøre innføringen av Helseplattformen mer krevende. En tidligere styreleder i Helse Midt-Norge RHF mener topplederene i Helse Midt-Norge, Helseplattformen AS og ved St. Olavs hospital ikke hadde avklart forventningene til hverandre godt nok, og at de heller ikke hadde felles mål. Flere vi har intervjuet, har pekt på at utfordringene begynte allerede i 2019 og har vært vanskelige å løse.

²⁷¹ Helseplattformens felles faglige beslutningsstruktur – Trondheim, mars 2023.

²⁷² Presentasjon til revisjonen om felles faglig beslutningsstruktur.

²⁷³ Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 21. august 2023, sak 83/23 Oppfølging tiltak i Boston Consulting Group (BCG) sin evalueringsrapport. «Endring av mandatet for Operativ Styringsgruppe og Styringsgruppe for regional innføring i helseforetakene».

²⁷⁴ Faglige ledere for primærhelsetjenesten i Helseplattformen i Trondheim kommune.

²⁷⁵ Brev fra St. Olavs hospital til Helse Midt-Norge RHF datert 31. oktober 2023; Brev fra St. Olavs hospital til Helse Midt-Norge 15. januar 2024.

²⁷⁶ St. Olavs hospital HF (2024, 15. september) Statusrapport – oppfølging etter tilsyn ved St. Olavs hospital – innføring av Helseplattformen. [Brev til Statens helsetilsyn].

Riksrevisjonen har fått tilgang til flere dokumenter og e-postutvekslinger mellom aktørene som illustrerer tillitsutfordringene og til dels vesentlig forskjellige virkelighetsoppfatningene aktørene har hatt. Tillitsutfordringene økte høsten 2023 og vinteren 2024 til tross for det var gjennomført flere evalueringer med forslag til forbedringstiltak. Det har vært uenighet om faktiske forhold både før og etter Helseplattformen ved St. Olavs hospital. Et eksempel er et brev Helse Midt-Norge RHF sendte til Helsetilsynet våren 2024.²⁷⁷ Oppsummert er helseforetakene uenig i Helse Midt-Norge RHF's framstilling i brevet på flere punkter, og de mener at brevet inneholder flere faktafeil. Helse Midt-Norge RHF sendte et nytt brev til Statens helsetilsyn 23. februar 2024. Notatet viser til at Helse Midt-Norge RHF ikke har gitt feil opplysninger til Helsetilsynet, men at det har vært behov for å presisere enkelte forhold.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF erkjenner at det har vært tillitsutfordringer mellom ledere i helseforetakene og Helseplattformen AS over tid. Han mener at helseforetaksmodellen er krevende fordi det oppstår samarbeidsproblemer på tvers av foretakene eller selskapene, og at en konsernmodell ville gjort det enklere å finne gode løsninger raskere. Tillitsutfordringene gjorde det krevende å innføre Helseplattformen på en vellykket måte. Videre opplever han at da problemene oppsto, ble det brukt mye energi på å fordele skyld mellom aktørene i stedet for å bruke all energi sammen for å løse utfordringene.

4.3.2 Trondheim kommune har samarbeidet godt med Helseplattformen AS

I Trondheim kommunerevisjons undersøkelse har flere av informantene påpekt at kommunikasjonen mellom Helseplattformen AS og Trondheim kommune har vært god igjennom innføringsløpet. Informantene opplever ikke at det har vært tillitsutfordringer mellom kommunen og de andre aktørene i samarbeidet, men observerer at aktørene har hatt ulike forventninger til Helseplattformen AS. Trondheim kommune opplever at St. Olavs hospital og Helse Midt-Norge RHF forventet at Helseplattformen AS skulle hjelpe St. Olavs hospital med å motta den nye journalløsningen. Kommunen forventet ikke dette, men arbeidet på egen hånd med forberedelser til innføring av løsningen.

4.3.3 Bedret samarbeid mellom helseforetakene og Helseplattformen AS

Både St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal opplever at samarbeidet med Helseplattformen AS har blitt bedre. De har hatt oppfølgingsmøter om innføringsløpet i Helse Møre og Romsdal hver fjortende dag, hvor fagfolk og direktørene ved Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen AS og Hemit HF har deltatt.

Aktørene har påpekt at det var viktig å få en leder i Helseplattformen AS som også kjente til sykehusenes situasjon. Flere av de nåværende topplederne og styrelederne påpeker at det nå trekkes i samme retning. Administrerende direktør ved St. Olavs hospital opplever at det har blitt en felles virkelighetsoppfatning, og at man er enig om utfordringene og hvilke tiltak som må til.

Den administrerende direktøren ved Helseplattformen AS opplever også at helseforetakene er mer fornøyde med selskapet. Direktøren er bevisst på å ha god dialog med ledelsen i helseforetakene og har lagt vekt på hvordan selskapet framstilles overfor linjeledelsen. Det er avtalt kundemøter på ledelsesnivå med helseforetakene. Den administrerende direktøren deltar også i møter med kommunene.

²⁷⁷ Brev fra Helse Midt-Norge RHF til Statens helsetilsyn 2. februar 2024, jf. protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 8. februar 2023 sak 13/24.

Vedlegg 6:

Rapport fra undersøkelsen til Trondheim kommunerevisjon



TRONDHEIM KOMMUNE

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 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, 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)

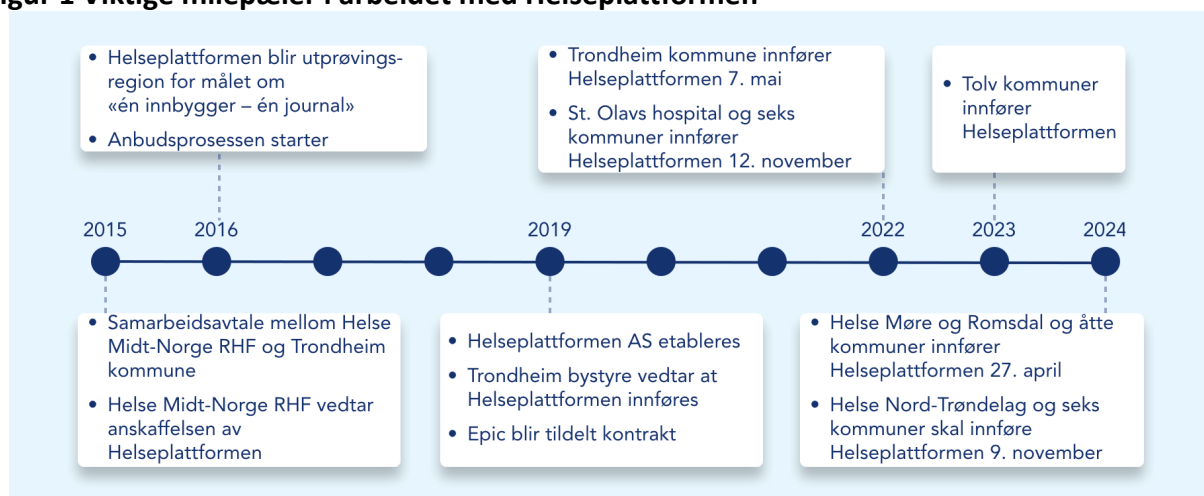
4. Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
5. Bedre data- og informasjonsgrunnlag for forskning og innovasjon
6. Økt effektivitet og bedre ressursbruk
7. Bedre styringsinformasjon som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift
8. Redusert tidsbruk på dokumentasjon 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 medisinlisten i Helseplattformen ikke stemmer overens med legemidlene som er pakket i multidose. Som følge av dette ble det igangsatt full gjennomgang av pasientens medisinliste. 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 medisinlisten. (...) Dette ble oppdaget ved en tilfeldighet.”* Det er meldt flere avvik om at medisin forsvinner fra medisinlisten uten forvarsel, og at dette blir oppdaget ved en tilfeldighet.³² Slike utfordringer med medisinlistene 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

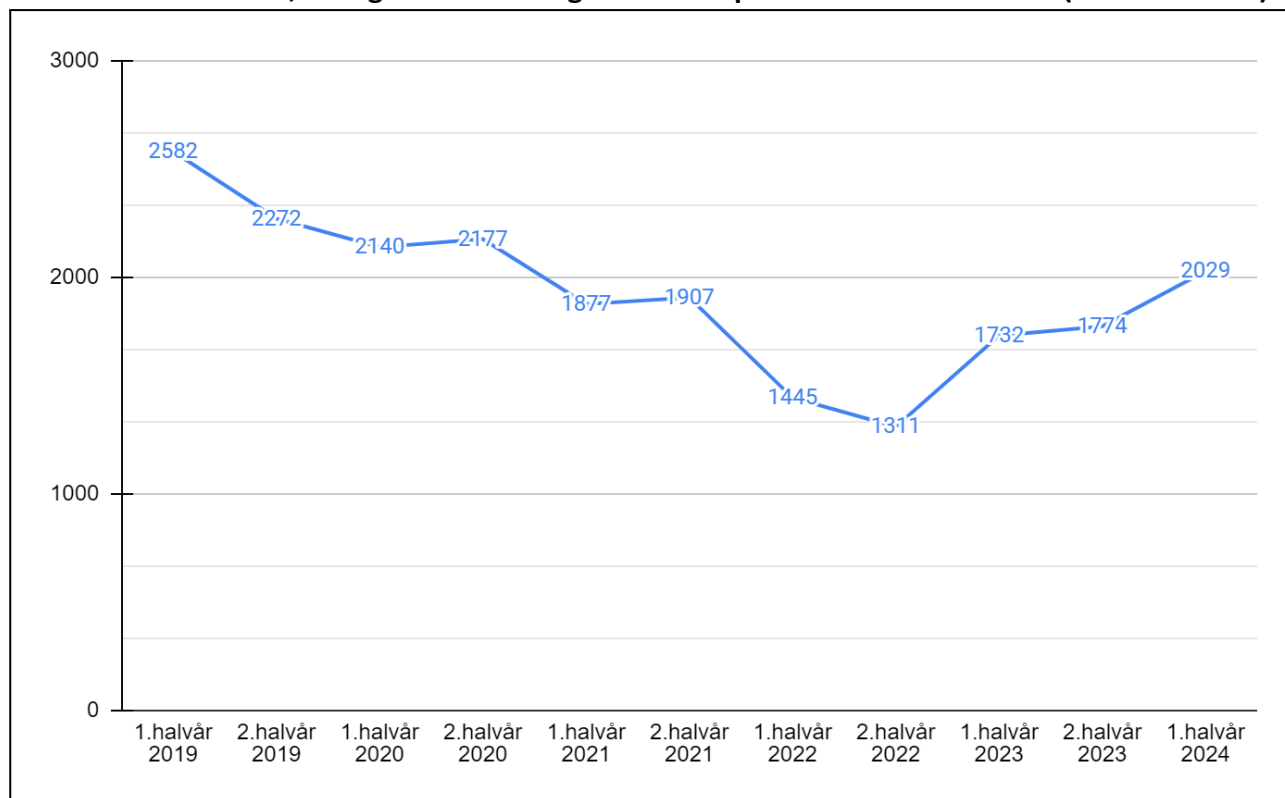
Antall meldte avvik som gjelder legemiddelhåndtering ble halvert fra første halvår 2019 til andre halvår 2022 (se figur 2 nedenfor). En av kommunefarmasøytene opplyser at nedgangen fra 2019 og ut 2021 trolig skyldes en krevende pandemisituasjon. Det videre fallet i løpet av 2022 kan forklares delvis 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. Blir 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 medisinrommene 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 medisinrommene 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 medisinrommet 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 medisinlista, er det sykepleierne eller vernepleierne i hjemmetjenesten som legger inn medisiner og redigerer medisinlista. 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 medisinlista. Hvis legen har gjort en endring, men ikke oppdatert resepten,⁴⁵ må de ansatte som arbeider på medisinrommet 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 medisinlista til pasienten, og at de ofte ringer for å få avklart hvilke medisiner pasienten bruker og ikke, siden medisinlista er så uoversiktlig.

Sykepleier som jobber på medisinrom 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 medisinlista 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 faktureringsystemet 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 faktureringsystem, og at dette fungerte bra. Fastlegene, som jobber kveld og helg, er selvstendig næringsdrivende. De får betalt etter takster og mottar refusjon fra Helfo. Faktureringsystemet 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 faktureringsystem 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 MENGDER 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 uhelse 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 lyktes 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 samarbeidsparter 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

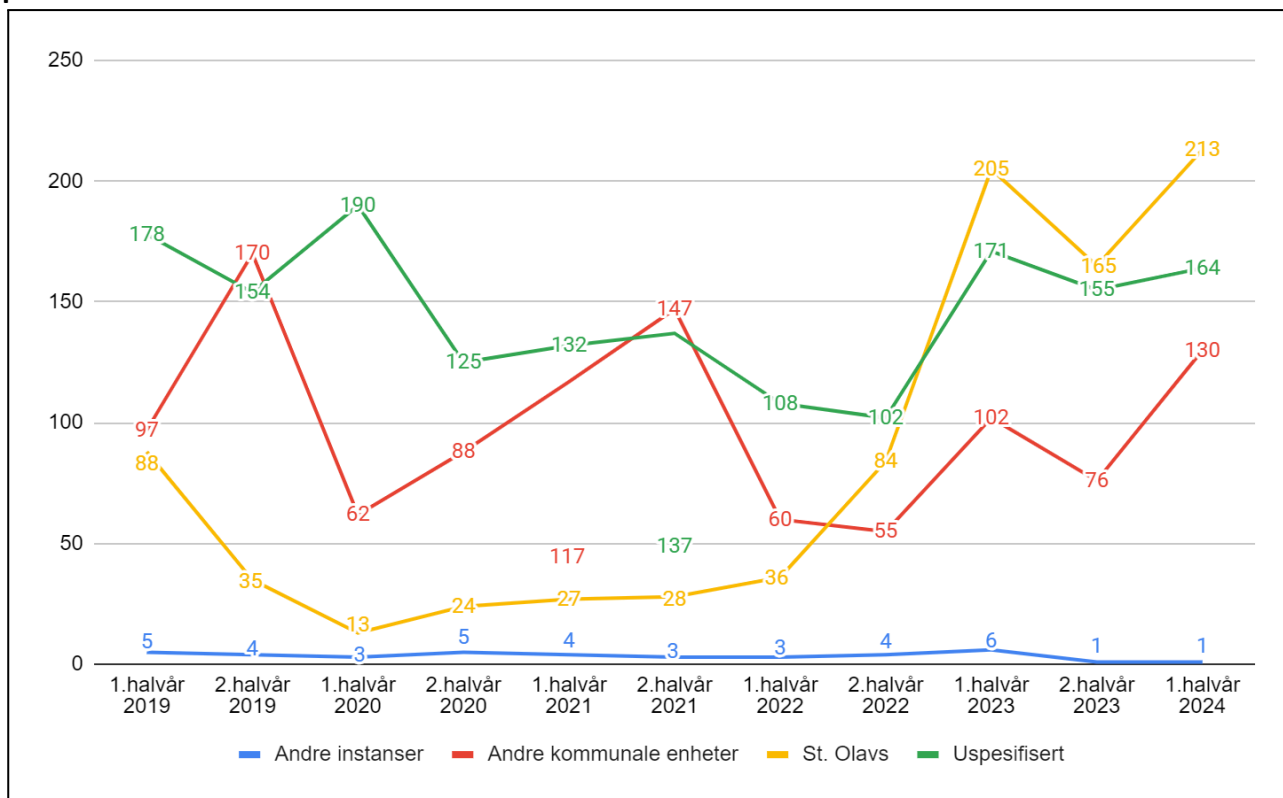
Enhet for service og internkontroll i Trondheim kommune opplyser at det er noen samhandlingsavvik mellom kommunen og St. Olavs hospital HF i 2023 som kan knyttes til innføring av Helseplattformen. Disse avvikene beskriver, ifølge enheten, utfordringer rundt samstemming av legemiddellister og forståelsen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

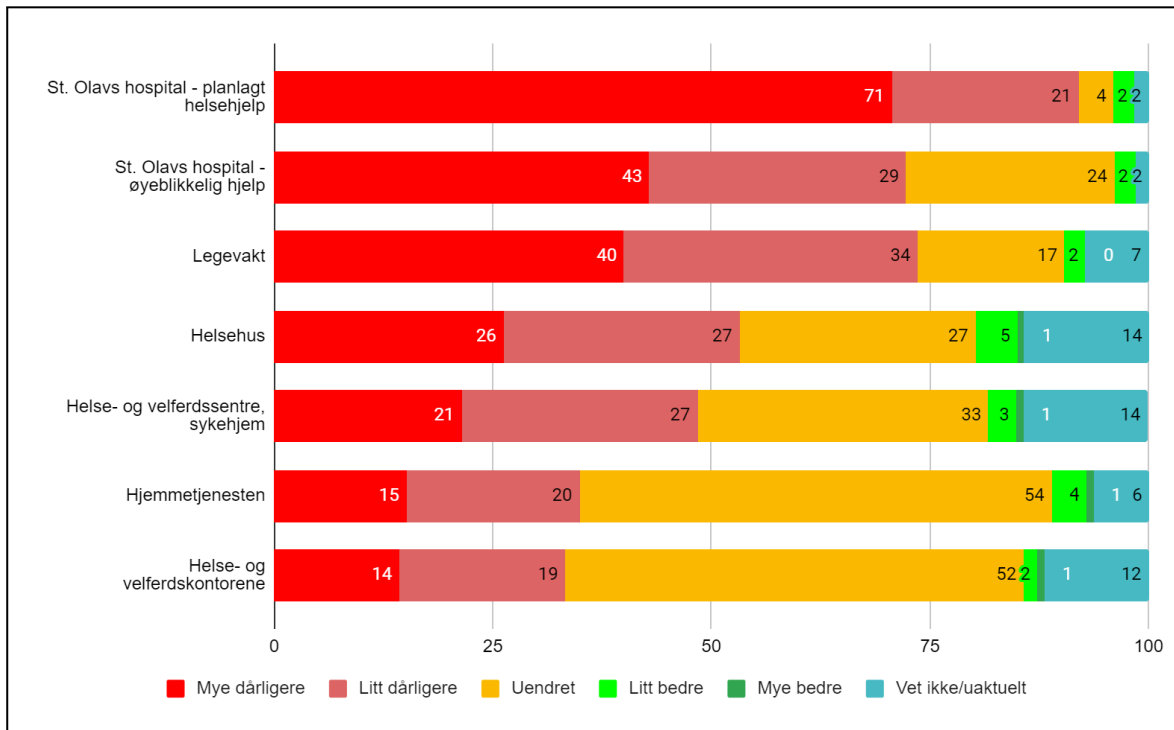
Spørreundersøkelsen vi gjennomførte til fastleger viser at de fleste fastlegene opplever at informasjonsdelingen med kommunen og St. Olavs hospital HF er uendret eller har blitt dårligere etter innføring av Helseplattformen (se figur 4 nedenfor).⁸⁰

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

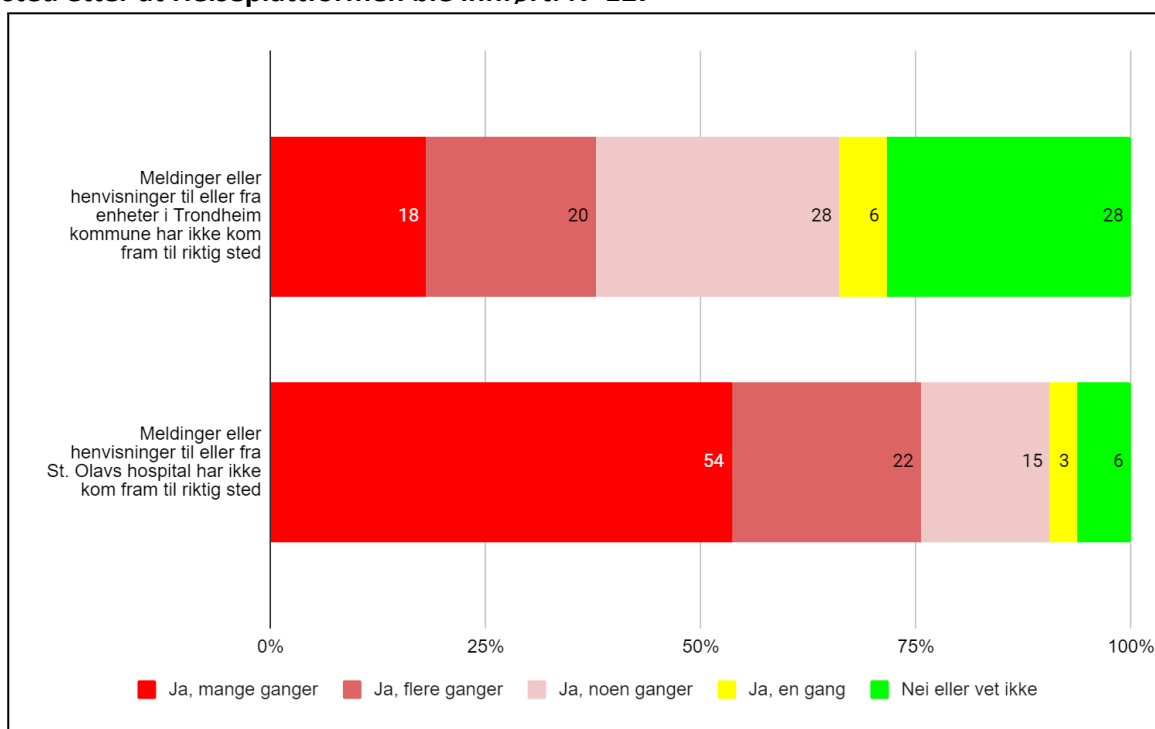
68 prosent av fastlegene er uenig i at de bruker mindre tid på å etterspørre informasjon fra Trondheim kommune enn tidligere (se tabell V6 i vedlegg).⁸² Videre opplever 40 prosent at det tar lengre tid å få svar fra Trondheim kommune etter innføringen av Helseplattformen.⁸³

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 kommuneopplutning 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 konsulenttjenester 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 fageksperter 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 fageksperter 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, beleggoversikt, 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 gevinstrealisering 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 arbeidslistene, 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 Legevaktsystemet 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.

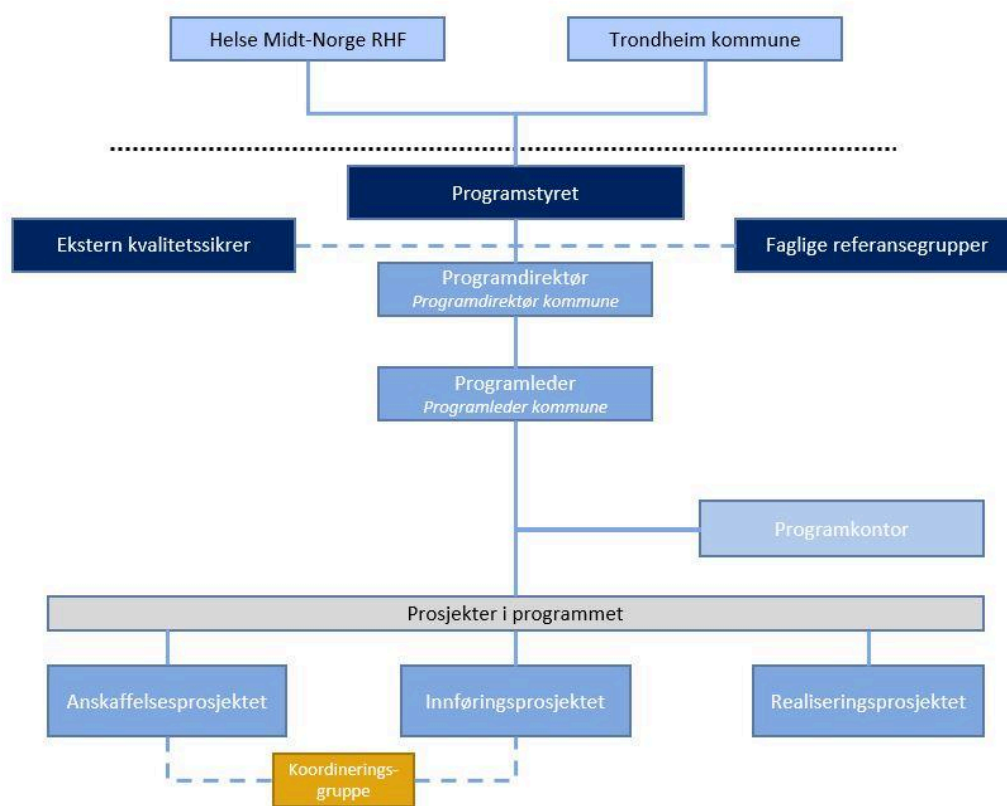
²⁶¹ Flere saker i styremøtene omhandler dette, for eksempel protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 31.5.23, sak 56/23.

²⁶² Protokoll fra ekstraordinært styremøte 3.10.23, 94/23 Konkurransesgrunnlag 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, kommundirektør 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 kommunedirektøren 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 kommunedirektøren 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 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. 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 sluttfasen 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-202122-414l/?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 tjenestemannens 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 tjenestemann 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 tjenestemann 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

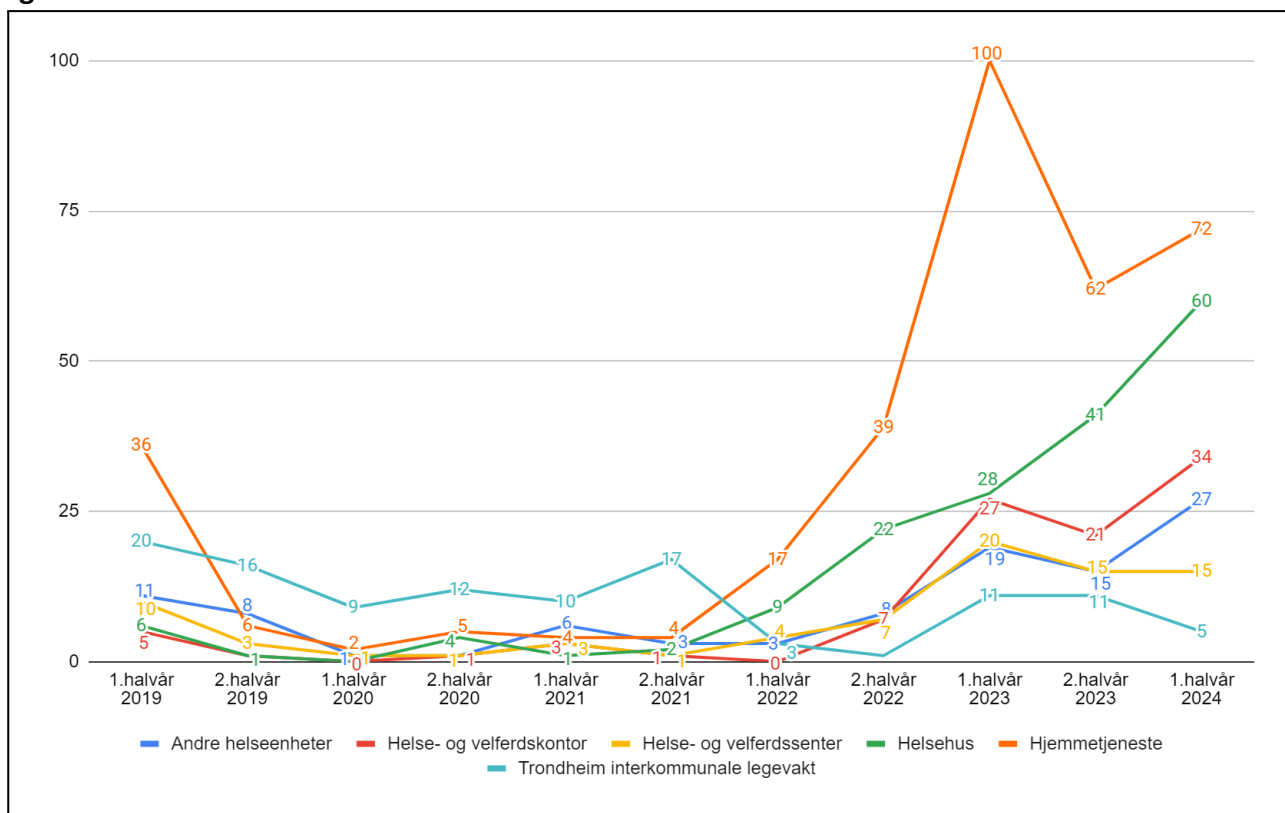
Tabell V13 Andel fastleger som oppgir hvor de har brukt Helseplattformen, N=66

	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

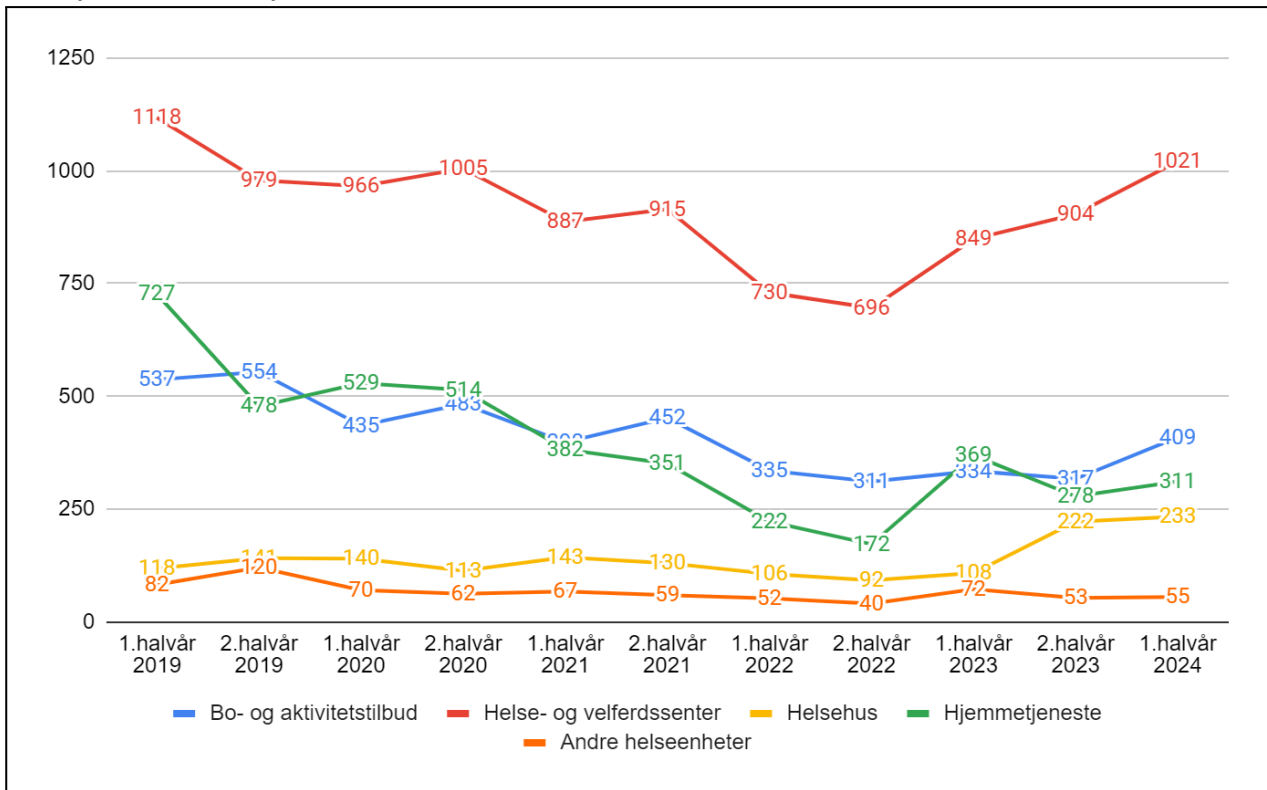
Figur V1 Antall meldte samhandlingsavvik som gjelder St. Olavs hospital HF per tjenesteområde og halvår³⁹⁴



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, bearbeidet av Trondheim kommunerevisjon

Trondheim kommunerevisjon
Postboks 2300 Torgarden
7004 Trondheim

www.trondheim.kommune.no/revisjon

Oktober 2024
Forsidefoto: Carl-Erik Eriksson
Layout: Kommunikasjonsenheten, ghl





TRONDHEIM KOMMUNE
Tråanten tjelte
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 legemiddelhåndtering 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 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, 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 medisinlisten i Helseplattformen ikke stemmer overens med legemidlene som er pakket i multidose. Som følge av dette ble det igangsatt full gjennomgang av pasientens medisinliste. 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 medisinlisten. (...) Dette ble oppdaget ved en tilfeldighet.”* Det er meldt flere avvik om at medisin forsvinner fra medisinlisten uten forvarsel, og at dette blir oppdaget ved en tilfeldighet.³² Slike utfordringer med medisinlistene 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

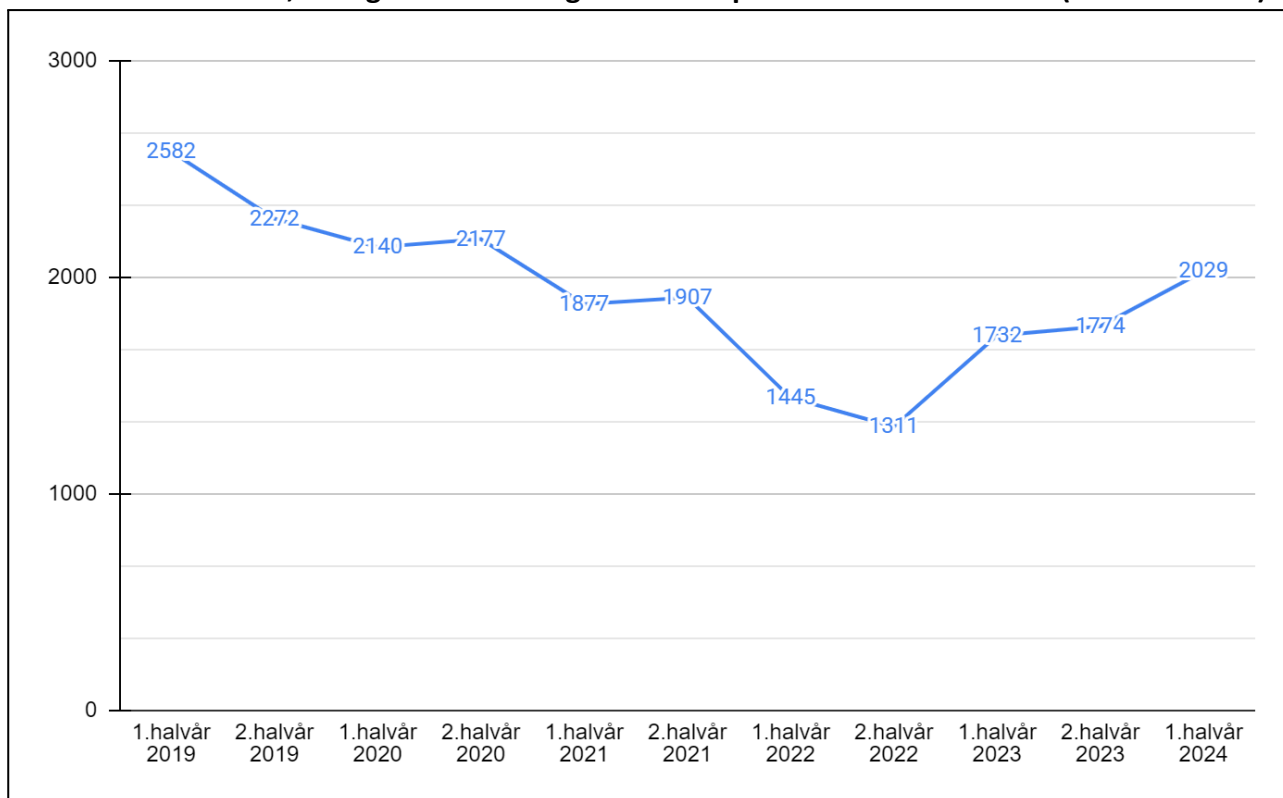
Antall meldte avvik som gjelder legemiddelhåndtering ble halvert fra første halvår 2019 til andre halvår 2022 (se figur 2 nedenfor). En av kommunefarmasøytene opplyser at nedgangen fra 2019 og ut 2021 trolig skyldes en krevende pandemisituasjon. Det videre fallet i løpet av 2022 kan forklares delvis 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 fageekspert 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 fageekspert 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 fageekspert 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 faktureringsystemet 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 faktureringsystem, og at dette fungerte bra. Fastlegene, som jobber kveld og helg, er selvstendig næringsdrivende. De får betalt etter takster og mottar refusjon fra Helfo. Faktureringsystemet 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 faktureringsystem 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 MENGDER 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 uhelse 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 tregt 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 samarbeidsparter 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

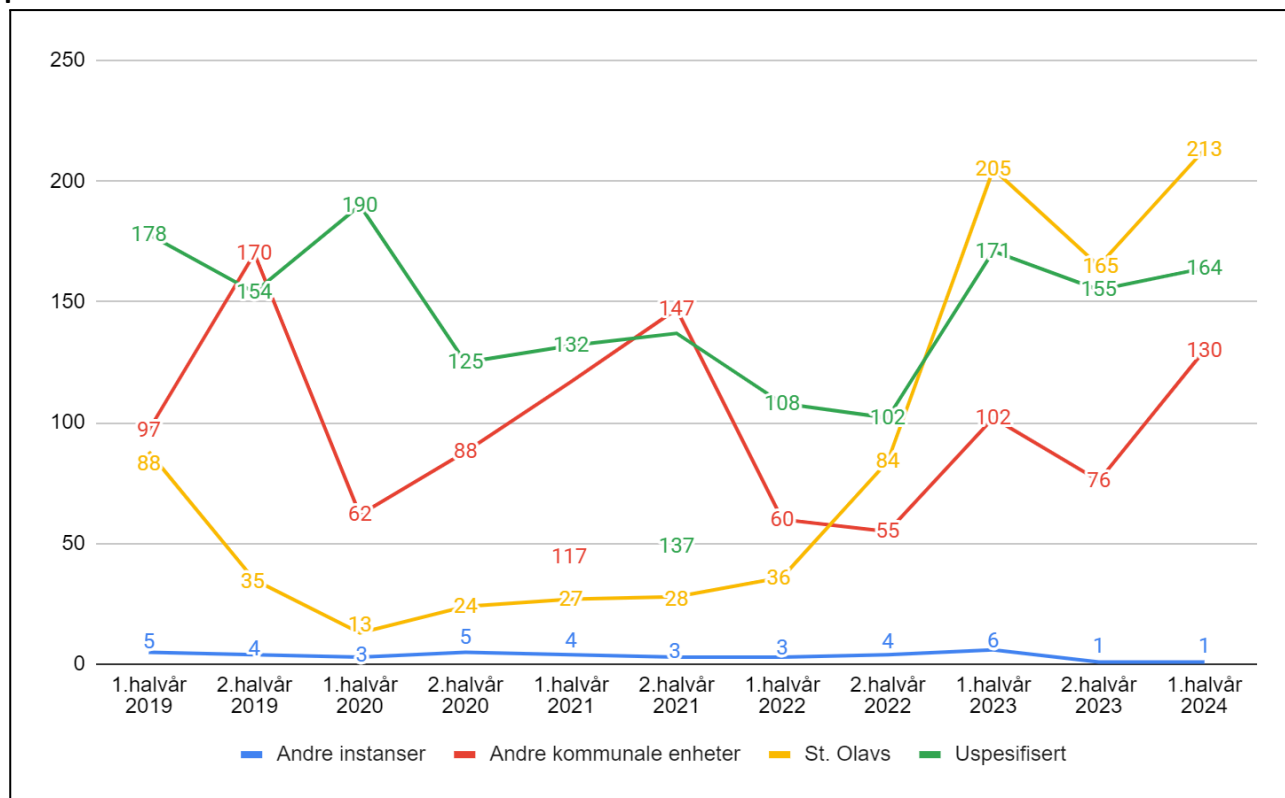
Enhet for service og internkontroll i Trondheim kommune opplyser at det er noen samhandlingsavvik mellom kommunen og St. Olavs hospital HF i 2023 som kan knyttes til innføring av Helseplattformen. Disse avvikene beskriver, ifølge enheten, utfordringer rundt samstemming av legemiddellister og forståelsen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

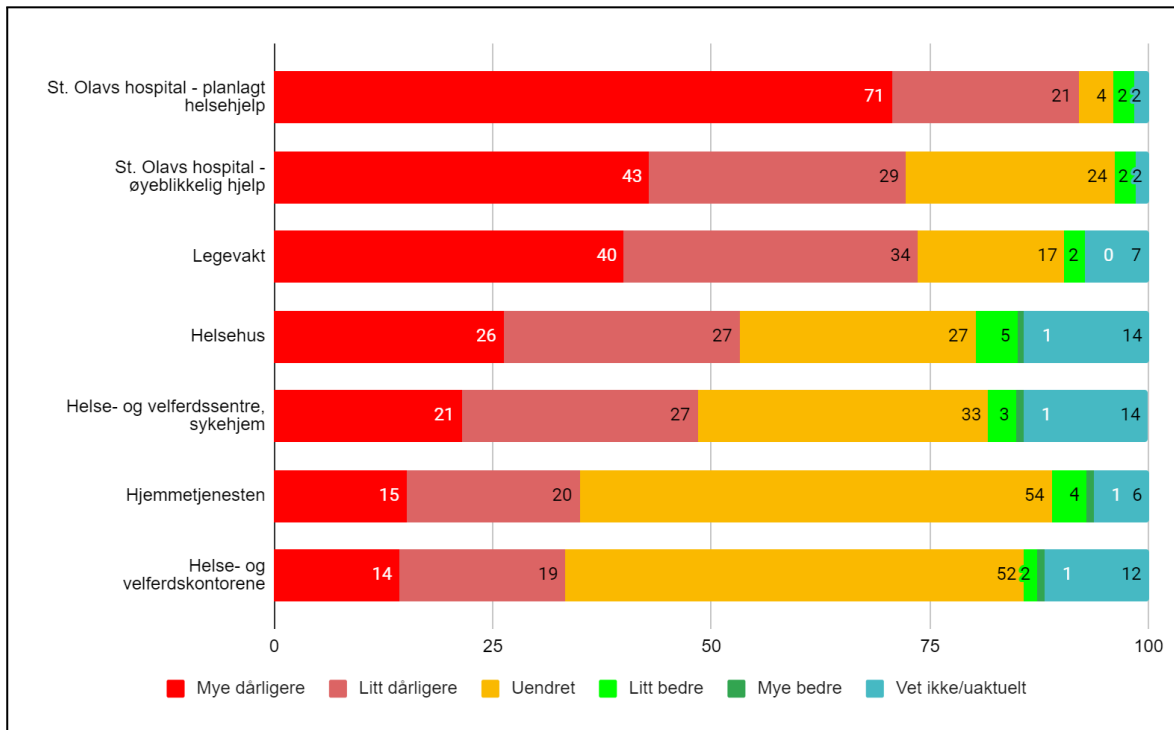
Spørreundersøkelsen vi gjennomførte til fastleger viser at de fleste fastlegene opplever at informasjonsdelingen med kommunen og St. Olavs hospital HF er uendret eller har blitt dårligere etter innføring av Helseplattformen (se figur 4 nedenfor).⁸⁰

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

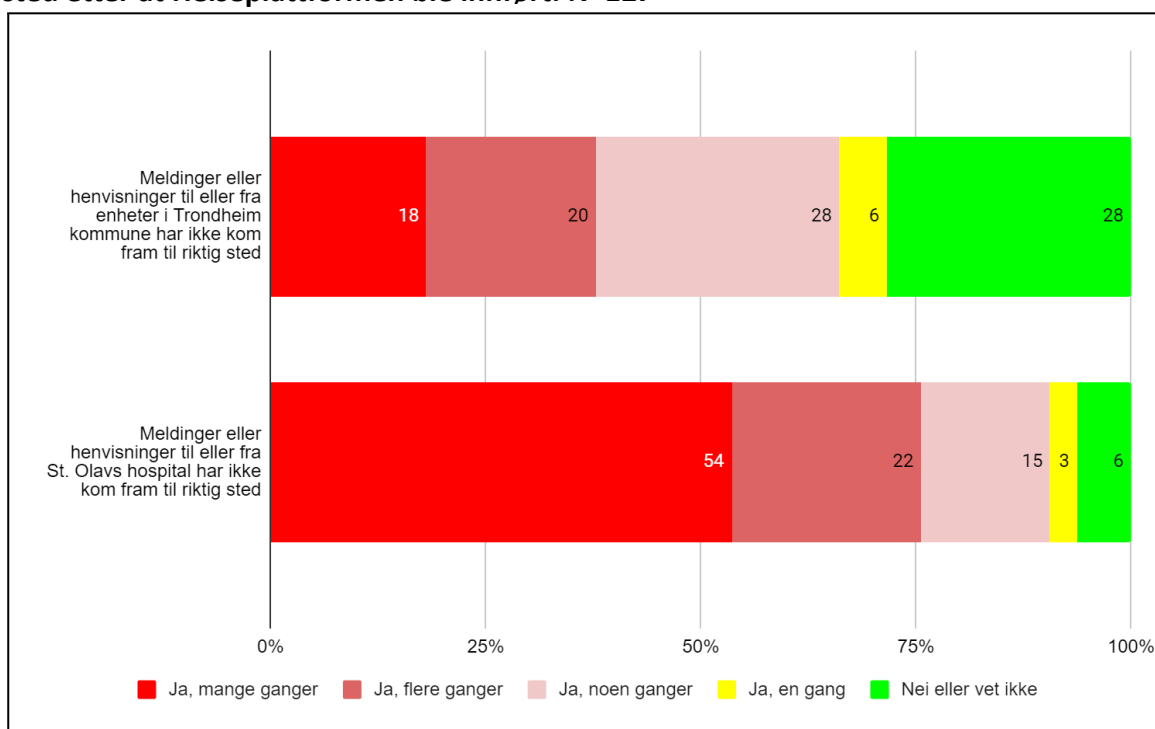
68 prosent av fastlegene er uenig i at de bruker mindre tid på å etterspørre informasjon fra Trondheim kommune enn tidligere (se tabell V6 i vedlegg).⁸² Videre opplever 40 prosent at det tar lengre tid å få svar fra Trondheim kommune etter innføringen av Helseplattformen.⁸³

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 fageksperter 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 fageksperter 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 fageekspert 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 arbeidslistene, 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 opplæringsmateriellet. Dette ble vurdert som en risiko gjennom hele prosjektperioden og handlet om at de fleste som hadde jobbet med opplæringsmateriellet hadde bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten.

Videre ble det opplevd som en utfordring å få til et gjenkjennbart kommunalt språk i opplæringsmateriellet. Instruktørene og fagekspertene opplevde ifølge risikovurderingen at de ikke hadde blitt godt nok involvert ved utarbeiding av opplæringsmateriellet. 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 opplæringsmateriellet 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.

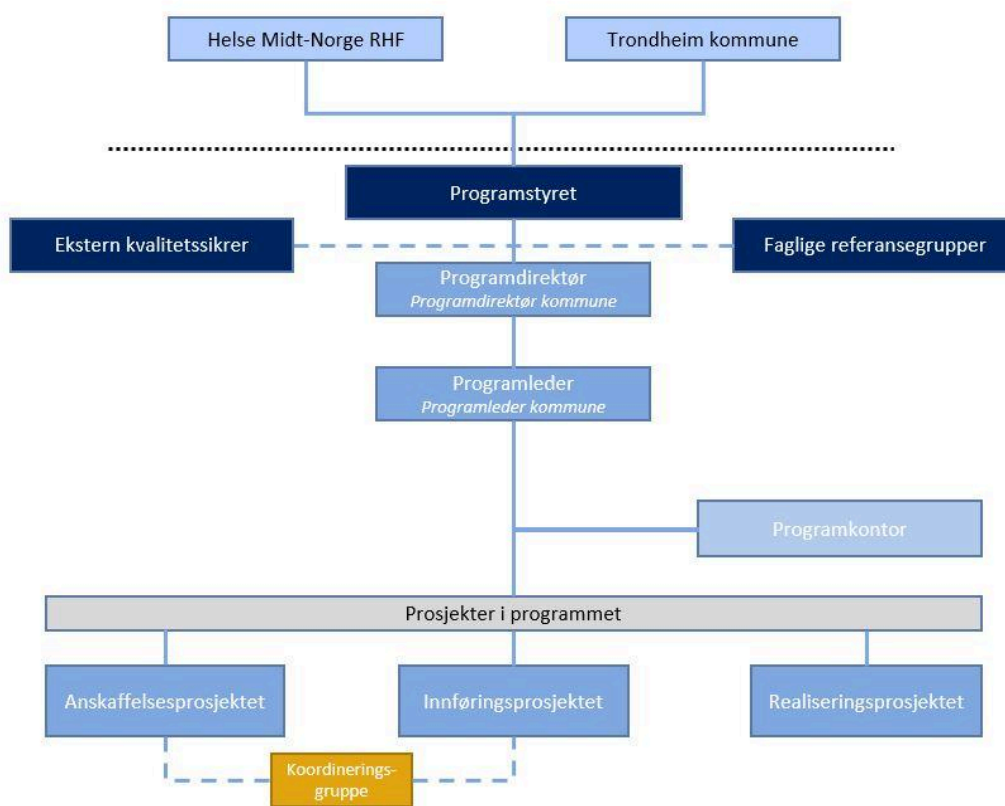
²⁶¹ Flere saker i styremøtene omhandler dette, for eksempel protokoll fra styremøte i Helseplattformen AS 31.5.23, sak 56/23.

²⁶² Protokoll fra ekstraordinært styremøte 3.10.23, 94/23 Konkurransesgrunnlag 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 kommunedirektøren 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 kommunedirektøren 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 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. 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 sluttfasen 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-202122-414l/?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, håpløshet, 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

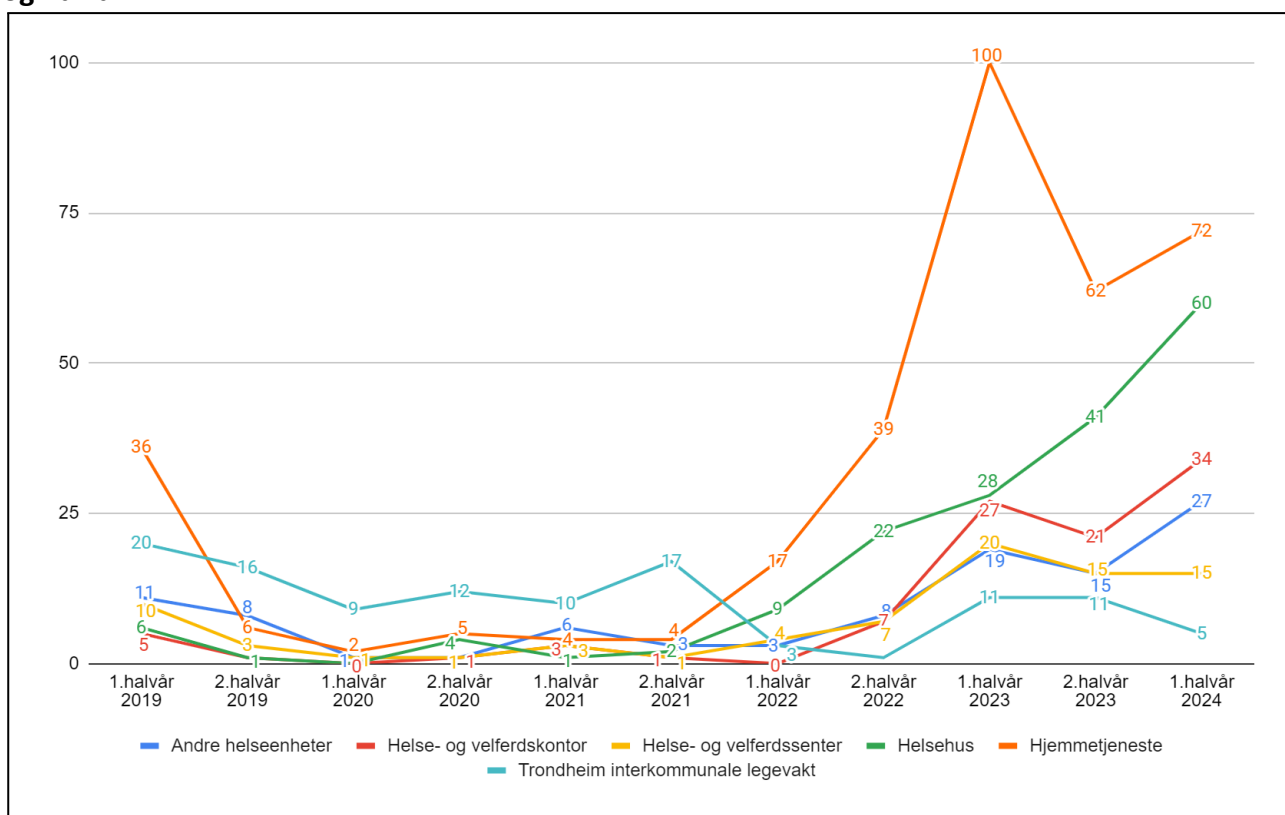
Tabell V13 Andel fastleger som oppgir hvor de har brukt Helseplattformen, N=66

	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

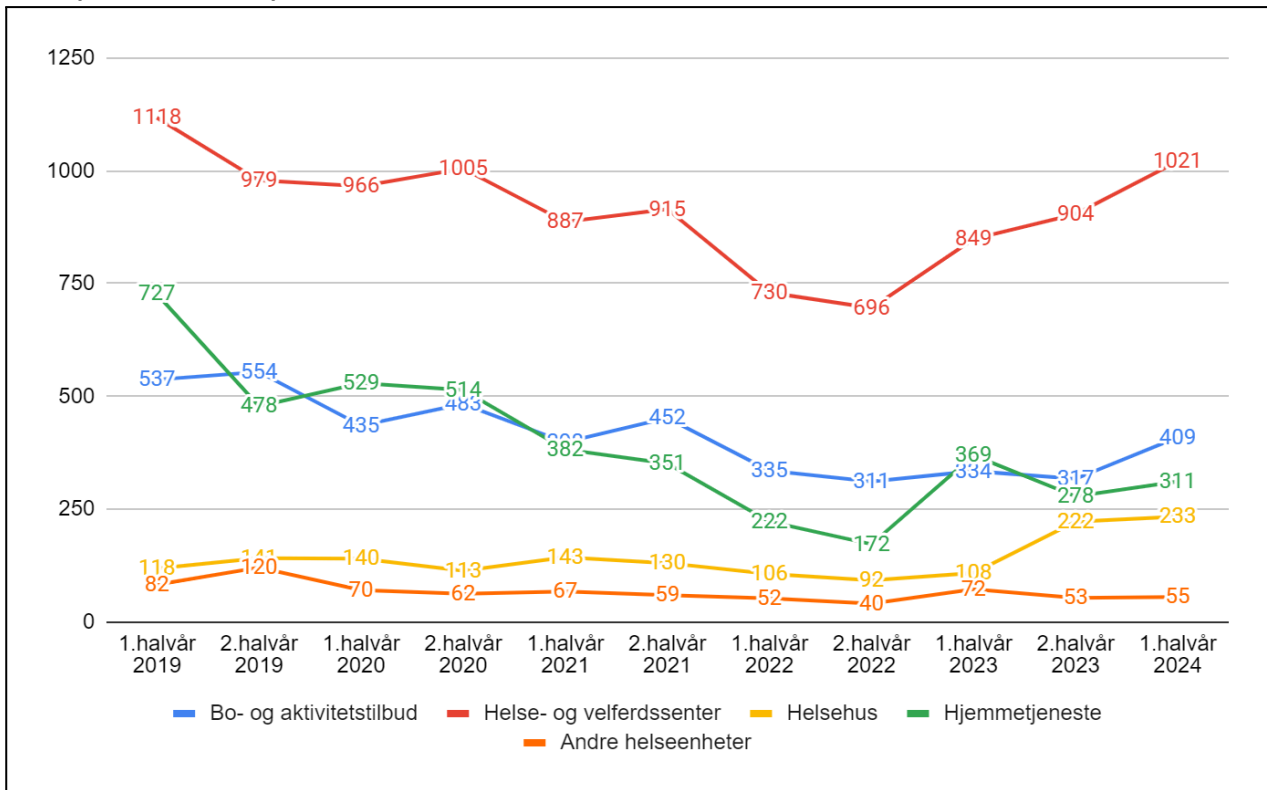
Figur V1 Antall meldte samhandlingsavvik som gjelder St. Olavs hospital HF per tjenesteområde og halvår³⁹⁴



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





Forum for
kontroll og tilsyn

FAGKONFERANSE / ÅRSMØTE

Velkommen til fagkonferanse på Quality Airport Hotel

GARDERMOEN

3. — 4. juni

Tirsdag 03. juni

09:00 Registrering

10:00 **ÅPNING**

Elisabeth Aspaker / tidl. statsforvalter i Troms og Finnmark

10:30 **HVORDAN IVARETA HABILITET OG ROLLEFORSTÅELSE NÅR KOMMUNEN ER
ELLER ØNSKER Å VÆRE EN AKTØR?**

inkl. pause Cathrine Kjenner Forsland / ordfører Nesodden kommune

Sjur Authen / rådmann Vestby kommune

Bjørn Halvor Wikasteen / seniorrådgiver K-sekretariatet IKS

Paneldebatt

13:00 Lunsj

14:00 **TILLIT OG ÅPENHET – TO SIDER AV SAMME SAK**

Einar Øverenget / filosof, foredragsholder, forfatter og spaltist.

Agnar Kaarbø / politisk redaktør Kommunal Rapport

Halstein Bjecke / byråd for finans Oslo kommune

navn / tittel, organisasjon (ikke endelig avtalt)

Paneldebatt

15:30 Pause

Tirsdag 03. juni / Årsmøte

15:45 Registrering til årsmøte

16:00 Årsmøte

18:45 Aperitiff

19:00 Felles middag på hotellet

Onsdag 04. juni

09:00 **SYSTEMKRISE I KOMMUNALFORVALTNINGEN –**

HVA GJØR VI FOR Å SIKRE BÆREKRAFTIGE KOMMUNER?

/ Kommunalavdelingen, Kommunal og distriktsdepartementet

navn /tittel, organisasjon (ikke endelig avtalt)

Bjørn Gudbjørgrud / styreleder Norsk kommunedirektørforum

10:15 Pause/utsjekking

Geir Vinsand / Nivi Analyse

Paneldiskusjon

11:30 Lunsj

12:30 **FOREBYGGING AV VOLD SKOLEN**

Øyfrid Geiring / seniorrådgiver Arbeidstilsynet

13:30 Pause

13:40 **POLITIKK OG MAKT**

Halvor Tjønn / journalist og forfatter

Hvorfor vi har så vanskelig med skjønne hvordan makt utøves i vårt naboland?

14:55 **AVSLUTNING**

Line FUSDahl / styreleder FKT

Påmelding

FRIST: 10.APRIL 2025

Bindende påmelding* på www.fkt.no innen tirsdag 10. april 2025.
Det tas forbehold om endringer i programmet.

Deltakeravgift

Deltakelse m/ overnatting** (helpensjon):

Kr 8 300 (*Ikke medlem kr 8 700*)

.....

Ekstra overnatting fra 2. – 3. juni: Kr 1 695

.....

.....

*Ved avbud etter at påmeldingsfristen har gått ut, blir det belastet et administrasjonsgebyr på kr 500 i tillegg til eventuelle kostnader FKT får til hotellet. Avbud siste 14 dager før konferansen gir full deltakeravgift.

**FKT har reservert rom på konferansehotellet. Tildeling ut fra mottatt påmelding (først til mølla).

Praktisk informasjon

ÅRSMØTET

Årsmøtet er åpent for alle, men det er kun medlemmer i Forum for Kontroll og Tilsyn (FKT) som har tale-, forslags- og stemmerett.

Innmelding av saker

Medlemmer som har saker til årsmøtet, eller forslag om vedtektsendringer, må sende disse til sekretariatet senest seks uker før årsmøtet, innen 22. april 2025.

Utsending av sakspapir

Styret sender ut sakspapirene senest to uker før årsmøtet, innen 20. mai 2025.

Medlemskap

Dersom din kommune/ditt sekretariat ikke er medlem i FKT, men ønsker å møte på årsmøtet med stemmerett, må innmelding skje innen 20. mai 2025.

Kontakt

Leder i valgkomiteen:

Lars Hansen, daglig leder Salten
kontrollutvalgsservice

post@sekretariatet.no Mobil: 470 37 452

Ønsker du mer informasjon eller medlemskap i FKT? Besøk www.fkt.no eller kontakt sekretariatet v/generalsekretær Anne-Karin Femanger Pettersen på telefon +47 414 71 166 eller fkt@fkt.no.

FREMKOMST

[Quality Airport Hotel, Gardermoen](#)

Lokevegen 72067 Jessheim

[Veibeskrivelse](#)

5 km og 10 minutter med shuttlebuss fra Oslo Lufthavn Gardermoen

PARKERING

Hotellet har gode parkeringsmuligheter utendørs, mot betaling. HC-plasser og ladestasjoner til El-bil (ekstra kostnad)

Innspill til kontrollarbeidet

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

08/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 25/87 - 4

Forslag til vedtak

Saken legges frem uten forslag til vedtak.

Vedlegg

Trafikklysmodellen

Saksopplysninger

Hensikten med denne saken er at utvalgets medlemmer kan drøfte og fremme innspill til saker og forhold som kontrollutvalget kan ta tak i, eller diskutere om å få utredet en sak til et fremtidig kontrollutvalgsmøte. Da kan forslag om å sette opp saken fremmes i denne sak.

Eksempel på tema som kan tas opp:

- Deltagelse på kurs/konferanse
- Endring av møtedato e.l.
- Forhold i kommunen som medlemmene har behov for å drøfte
- Ønske om orientering knyttet til et saksområde fra kommunedirektør eller sekretariatet i et fremtidig møte
- Spørsmål knyttet til oppfølging av referatsaker/andre saker

Utvalgets medlemmer oppfordres til å si fra om de har noe til saken i starten av møtet.

Trafikklysmodellen

Sentrale spørsmål – «Trafikklysmodellen»	Ja	Delvis	Nei
Kryss på røde felt peker i retning av å ikke følge opp saken, mens kryss på grønne felt taler for å følge opp saken.			
Vedrører saken misnøye med et politisk fattet vedtak?	Ja	Delvis	Nei
Dreier saken seg om en klage på et enkeltvedtak som kommunen har fattet?	Ja	Delvis	Nei
Viser saken til lovbrudd, manglende etterlevelse av kommunale rutiner eller manglende oppfølging av kommunale vedtak?	Ja	Delvis	Nei
Viser saken til en risiko knyttet til system, rutiner, praksis i kommunen mer generelt innenfor et område?	Ja	Delvis	Nei
Dreier saken seg i hovedsak om en isolert hendelse?	Ja	Delvis	Nei
Er saken under annen behandling i et annet organ? (rettsapparat, sivilombud, statsforvalter, KOFA, klageorgan i kommunen, varslingskanal)?	Ja	Delvis	Nei
Er det annen naturlig behandlingsvei for saken (ref. organene nevnt over)?	Ja	Delvis	Nei
Kan saken, og sakens oppmerksomhet, bidra til at det stilles spørsmål om tilliten til kommunens saksbehandling av en type saker?	Ja	Delvis	Nei
Berører saken et tema som kontrollutvalget allerede har vurdert som aktuelt for oppfølging i sin risiko- og vesentlighetsanalyse?	Ja	Delvis	Nei
Foreligger området som et tema i plan for forvaltningsrevisjon eller plan for eierskapskontroll?	Ja	Delvis	Nei
Kan en gjennomgang bidra til læring og forbedring?	Ja	Delvis	Nei
Bør saken prioriteres foran andre planlagte oppgaver?	Ja	Delvis	Nei

Kilder:

- *Henvendelser til besvær – eller begjær?* Artikkel i Kommunerevisoren nr. 4/21 av Bjørkelo, Løvlie og Fiksdal i Deloitte
- *Håndtering av henvendelser til kontrollutvalget*, veileder fra Forum for kontroll og tilsyn, 2022

Referatsaker

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

09/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 25/87 - 2

Forslag til vedtak

Kontrollutvalget tar referatsakene til orientering.

Vedlegg

Melding om politisk vedtak - Forvaltningsrevisjon eldrestrategi - kommunestyrets sak 43/2024

Endret organisering - Oppdal kulturhus KF

Saksprotokoll Organisering av Oppdal kulturhus KF

Kontrollutvalgets budsjett 2025 - vedtatt av kommunestyret

Saksprotokoll - Kontrollutvalgets års- og møteplan for 2025

Saksopplysninger

Kontrollutvalget har fått følgende dokumenter som referatsaker:

- Kommunestyrets vedtak i sak 43/24 om behandling av rapport "Implementering av letestrategi"
- Melding om endret organisering av Oppdal kulturhus KF
- Kommunestyrets behandling kontrollutvalgets budsjett for 2025
- Kommunestyrets behandling av kontrollutvalgets årsplan for 2025

Vurdering

Kontrollutvalget kan ta referatsakene til orientering.

Kommunestyrets behandling av sak 43/2024 i møte 02.05.2024:

Behandling

Bård Skaslien (Venstre) Endringsforslag:

Pkt 2, bokstav a:

Siste setning fjernes.

For forslaget stemte 11: Eirin Heggvold (AP), Arne Rønning (MDG), Ola Skarsheim (SP), Tore Aasheim (SV), Bård Skaslien (V), Elisabeth Hals (V), Hans Bøe (V), Haakon Nordseth (V), Ingrid Husdal Dørum (V), Iver Vammervold (V), Odin Sande (V)

Imot forslaget stemte 14: Magni Øveraas (AP), Rune Myrhaug (AP), Tor Snøve (AP), Trond Mesloe (AP), John Lauritzen (Frp), Olav Kvam (Frp), Eli Dahle (H), Linda Blindheim (H), Solveig Rise Mjøen (H), Thorvald Storli (H), Alf Morten Olsen (KrF), Heidi Aarsheim Bøe (SP), Odd Arne Hoel (SP), Vemund Ørstad (SP)

Dermed er endringsforslaget ikke vedtatt.

Bård Skaslien (Venstre) Endringsforslag:

Pkt 3:

Kommunestyret ber om at Kommunedirektøren tallfester kapasitetsmanglene som er påpekt både når det gjelder tilbud og bemanning. Det samme gjelder også utviklingen i sykefraværet generelt og korttidssykefraværet spesielt, som rapporten påpeker som en hovedårsak til manglende måloppnåelse når det gjelder færre ansatte å forholde seg til for tjenestemottakerne.

For forslaget stemte 24: Eirin Heggvold (AP), Magni Øveraas (AP), Rune Myrhaug (AP), Tor Snøve (AP), Trond Mesloe (AP), John Lauritzen (Frp), Olav Kvam (Frp), Eli Dahle (H), Linda Blindheim (H), Solveig Rise Mjøen (H), Thorvald Storli (H), Arne Rønning (MDG), Heidi Aarsheim Bøe (SP), Odd Arne Hoel (SP), Ola Skarsheim (SP), Vemund Ørstad (SP), Tore Aasheim (SV), Bård Skaslien (V), Elisabeth Hals (V), Hans Bøe (V), Haakon Nordseth (V), Ingrid Husdal Dørum (V), Iver Vammervold (V), Odin Sande (V)

Imot forslaget stemte 1: Alf Morten Olsen (KrF)

Dermed er endringsforslaget vedtatt.

Eli Dahle (Høyre) Tilleggsforslag:

Utredningen vedtatt 1/2-24 sak 24/4 som skal danne grunnlag for en anbefaling om hvordan tjenestetilbudet ved Oppdal helsesenter bør være for å dekke fremtidens behov for sykehjemstjenester, legges frem for kommunestyret innen 30.06.2024. Kommunestyret vil prioritere en økning i antall sykehjemsplasser.

For forslaget stemte 6: John Lauritzen (Frp), Olav Kvam (Frp), Eli Dahle (H), Linda Blindheim (H), Solveig Rise Mjøen (H), Thorvald Storli (H)

Imot forslaget stemte 19: Eirin Heggvold (AP), Magni Øveraas (AP), Rune Myrhaug (AP), Tor Snøve (AP), Trond Mesloe (AP), Alf Morten Olsen (KrF), Arne Rønning (MDG), Heidi Aarsheim Bøe (SP), Odd Arne Hoel (SP), Ola Skarsheim (SP), Vemund Ørstad (SP), Tore Aasheim (SV), Bård Skaslien (V), Elisabeth Hals (V), Hans Bøe (V), Haakon Nordseth (V), Ingrid Husdal Dørum (V), Iver Vammervold (V), Odin Sande (V)

Dermed er tilleggsforslaget ikke vedtatt.

Tore Aasheim (Sosialistisk venstreparti), Venstre og Miljøpartiet De Grønne Tilleggsforslag :

Ny punkt 2f:

1. Oppdal kommune skal ha en helhetlig tilnærming til eldre og deres helse, noe som inkluderer fysisk, seksuell og mental helse.

For forslaget stemte 24: Eirin Heggvold (AP), Magni Øveraas (AP), Rune Myrhaug (AP), Tor Snøve (AP), Trond Mesloe (AP), John Lauritzen (Frp), Olav Kvam (Frp), Eli Dahle (H), Linda Blindheim (H), Solveig Rise Mjøen (H), Thorvald Storli (H), Arne Rønning (MDG), Heidi Aarsheim Bøe (SP), Odd Arne Hoel (SP), Ola Skarsheim (SP), Vemund Ørstad (SP), Tore Aasheim (SV), Bård Skaslien (V), Elisabeth Hals (V), Hans Bøe (V), Haakon Nordseth (V), Ingrid Husdal Dørum (V), Iver Vammervold (V), Odin Sande (V)

Imot forslaget stemte 1: Alf Morten Olsen (KrF)

Dermed er tilleggsforslaget vedtatt.

Kontrollutvalgets forslag til vedtak:

1. Kommunestyret tar rapport fra forvaltningsrevisjon av kommunens implementering av eldrestrategien til orientering.
2. Kommunestyret ber om at kommunedirektøren snarlig følger opp de svakheter som rapporten avdekker og sørger for å:
 - a. sikre at brukernes behov for riktige tjenester blir ivaretatt ved kapasitetsmangel i enkelte tjenester. Kontrollutvalget mener det er uheldig å rokkere personell mellom de ulike tjenestene for å dekke opp hull i turnuser.
 - b. sikre informasjonsflyt til alle eldre for å nå ut til aktuelle brukere og pårørende.
 - c. sikre nødvendige fagressurser og tiltak slik at eldre mestrer hverdagen og kan bo lenger hjemme.
 - d. sikre trygge og forutsigbare overgangssituasjoner i omsorgstrappa og mellom sykehus og kommune. Legge til rette for at vedtak om tjenester blir fulgt av et tilbud så raskt som mulig.
 - e. ivareta pårørende ved å tilby bedre og mer fleksible dagtilbud og avlastningsordninger.
3. Kontrollutvalget ber om at kommunestyret tallfester kapasitetsmanglene som er påpekt både når det gjelder tilbud og bemanning.
4. Kommunestyret ber om at kommunedirektøren rapporterer skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 15. oktober 2024.

For forslaget stemte 25: Eirin Heggvold (AP), Magni Øveraas (AP), Rune Myrhaug (AP), Tor Snøve (AP), Trond Mesloe (AP), John Lauritzen (Frp), Olav Kvam (Frp), Eli Dahle (H), Linda Blindheim (H), Solveig Rise Mjøen (H), Thorvald Storli (H), Alf Morten Olsen (KrF), Arne Rønning (MDG), Heidi Aarsheim Bøe (SP), Odd Arne Hoel (SP), Ola Skarsheim (SP), Vemund Ørstad (SP), Tore Aasheim (SV), Bård Skaslien (V), Elisabeth Hals (V), Hans Bøe (V), Haakon Nordseth (V), Ingrid Husdal Dørum (V), Iver Vammervold (V), Odin Sande (V)

Dermed er kontrollutvalgets forslag, med vedtatte endringsforslag og tilleggsforslag, vedtatt.

Vedtak

1. Kommunestyret tar rapport fra forvaltningsrevisjon av kommunens implementering av eldrestrategien til orientering.
2. Kommunestyret ber om at kommunedirektøren snarlig følger opp de svakheter som rapporten avdekker og sørger for å:
 - a. Sikre at brukernes behov for riktige tjenester blir ivaretatt ved kapasitetsmangel i enkelte tjenester. Kontrollutvalget mener det er uheldig å rokkere personell mellom de ulike tjenestene for å dekke opp hull i turnuser.
 - b. Sikre informasjonsflyt til alle eldre for å nå ut til aktuelle brukere og pårørende.
 - c. Sikre nødvendige fagressurser og tiltak slik at eldre mestrer hverdagen og kan bo lenger hjemme.
 - d. Sikre trygge og forutsigbare overgangssituasjoner i omsorgstrappa og mellom sykehus og kommune. Legge til rette for at vedtak om tjenester blir fulgt av et tilbud så raskt som mulig.
 - e. Ivareta pårørende ved å tilby bedre og mer fleksible dagtilbud og avlastningsordninger.

f. Oppdal kommune skal ha en helhetlig tilnærming til eldre og deres helse, noe som inkluderer fysisk, seksuell og mental helse.

3.

Kommunestyret ber om at Kommunedirektøren tallfester kapasitetsmanglene som er påpekt både når det gjelder tilbud og bemanning. Det samme gjelder også utviklingen i sykefraværet generelt og korttidssykefraværet spesielt, som rapporten påpeker som en hovedårsak til manglende måloppnåelse når det gjelder færre ansatte å forholde seg til for tjenestemottakerne.

4.

Kommunestyret ber om at kommunedirektøren rapporterer skriftlig til kontrollutvalget om oppfølgingen av rapporten innen 15. oktober 2024.



Oppdal kommune

Stab og støtte

Deres ref:
Vår ref: 2023/1360 - 25
Dato: 11.01.2025
Org.nr.: 964 983 003

KONSEK TRØNDELAG IKS

Postboks 2564
7735 STEINKJER

Endret organisering - Oppdal kulturhus KF

Til informasjon oversendes kommunestyret vedtak i sak 24/149 i møte 12.12.24:

«Oppdal Kommunestyre vedtar å avvikle Oppdal Kulturhus KF, og ber kommunedirektøren starte prosessen med å ta inn foretakets virksomhet inn sammen med kommunens øvrige drift. Kommunestyret er opptatt av at det helhetlige kulturtilbudet foretaket i dag gir, opprettholdes og at synergieffekter avdelingene imellom blir ivaretatt og videreført i ny organisering. Dette gjøres best i samarbeid med foretakets ansatte og de tillitsvalgte. Overtagelses dato settes til 1. januar 2025. Driftsutvalget holdes løpende orientert om prosessen»

Med hilsen

Elin Johanne Dolmseth
økonomisjef

Dokumentet er elektronisk og sendes derfor uten signatur.

Du kan svare direkte fra din digitale postkasse.

Vedlegg

- 1 Saksprotokoll Organisering av Oppdal kulturhus KF

Kopi til:

Thomas Elier Sandvik

stabssjef

Morten Johan Johansen

kommunedirektør



Saksframlegg

Sakens gang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
24/88	26.11.2024	Formannskapet
24/149	12.12.2024	Kommunestyret

Organisering av Oppdal kulturhus KF

Kommunedirektørens forslag til vedtak

Oppdal kommune vedtar å utvikle Oppdal kulturs KF, og ber kommunedirektøren starte prosessen med å ta inn foretakets tilbud inn sammen med kommunens øvrige drift, i samarbeid med foretakets ansatte og tillitsvalgte.

Formannskapets behandling av sak 88/2024 i møte 26.11.2024:

Behandling

Følgende forslag har vært til votering:

1)

Kommunedirektørens forslag til vedtak

Oppdal kommune vedtar å utvikle Oppdal kulturhus KF, og ber kommunedirektøren starte prosessen med å ta inn foretakets tilbud inn sammen med kommunens øvrige drift, i samarbeid med foretakets ansatte og tillitsvalgte.

2)

Tor Snøve (Arbeiderpartiet) fremmet følgende alternative forslag:

Fellesforslag fra Formannskapet

Organisering av Oppdal Kulturhus KF

Oppdal Kommunestyre vedtar å utvikle Oppdal Kulturhus KF, og ber kommunedirektøren starte prosessen med å ta inn foretakets virksomhet inn sammen med kommunens øvrige drift.

Kommunestyret er opptatt av at det helhetlige kulturtilbudet foretaket i dag gir, opprettholdes og at synergieffekter avdelingene imellom blir ivaretatt og videreført i ny organisering. Dette gjøres best i samarbeid med foretakets ansatte og de tillitsvalgte.

7 stemte for forslag 2: Eli Dahle (Høyre), Elisabeth Hals (Venstre), Heidi Aarsheim Bøe (Senterpartiet), Ingrid Husdal Dørum (Venstre), Ola Husa Risan (Senterpartiet), Tor Snøve (Arbeiderpartiet), Trond Mesloe (Arbeiderpartiet)

Dermed ble fellesforslaget fra Formannskapet vedtatt.

Vedtatt

Oppdal Kommunestyre vedtar å avvikle Oppdal Kulturhus KF, og ber kommunedirektøren starte prosessen med å ta inn foretakets virksomhet inn sammen med kommunens øvrige drift. Kommunestyret er opptatt av at det helhetlige kulturtilbudet foretaket i dag gir, opprettholdes og at synergieffekter avdelingene imellom blir ivaretatt og videreført i ny organisering. Dette gjøres best i samarbeid med foretakets ansatte og de tillitsvalgte.

Kommunestyrets behandling av sak 149/2024 i møte 12.12.2024:

Behandling

Solveig Rise Mjøen (Høyre) fremmet følgende forslag:

Ber kommunestyret ta stilling til om jeg, Solveig Rise Mjøen, er inhabil i sak 24/149, da jeg er gift med avdelingsleder i Oppdal kulturhus KF.

For forslaget stemte 23: Arnstein Granlund (AP), Eirin Heggvold (AP), Magni Øveraas (AP), Tor Snøve (AP), Trond Mesloe (AP), John Lauritzen (Frp), Olav Kvam (Frp), Arvid Langseth (H), Eli Dahle (H), Thorvald Storli (H), Alf Morten Olsen (KrF), Arne Rønning (MDG), Odd Arne Hoel (SP), Ola Husa Risan (SP), Ola Skarsheim (SP), Rolf Sverre Holum (SP), Ingvild Vikan (SV), Bård Skaslien (V), Elisabeth Hals (V), Haakon Nordseth (V), Ingrid Husdal Dørum (V), Iver Vammervold (V), Jonas Horvli (V)

Imot forslaget stemte 1: Hans Bøe (V)

Dermed ble Solveig Rise Mjøen funnet inhabil.

Formannskapetets forslag til vedtak

Oppdal Kommunestyre vedtar å avvikle Oppdal Kulturhus KF, og ber kommunedirektøren starte prosessen med å ta inn foretakets virksomhet inn sammen med kommunens øvrige drift. Kommunestyret er opptatt av at det helhetlige kulturtilbudet foretaket i dag gir, opprettholdes og at synergieffekter avdelingene imellom blir ivaretatt og videreført i ny organisering. Dette gjøres best i samarbeid med foretakets ansatte og de tillitsvalgte.

Felles tilleggsforslag fra kommunestyret

Overtagelses dato settes til 1. januar 2025. Driftsutvalget holdes løpende orientert om prosessen.

For forslaget stemte 25: Arnstein Granlund (AP), Eirin Heggvold (AP), Magni Øveraas (AP), Tor Snøve (AP), Trond Mesloe (AP), John Lauritzen (Frp), Olav Kvam (Frp), Arvid Langseth (H), Eli Dahle (H), Terese Guldborg Norheim (H), Thorvald Storli (H), Alf Morten Olsen (KrF), Arne Rønning (MDG), Odd Arne Hoel (SP), Ola Husa Risan (SP), Ola Skarsheim (SP), Rolf Sverre Holum (SP), Ingvild Vikan (SV), Bård Skaslien (V), Elisabeth Hals (V), Hans Bøe (V), Haakon Nordseth (V), Ingrid Husdal Dørum (V), Iver Vammervold (V), Jonas Horvli (V)

Dermed ble formannskapetets forslag med tilleggsforslaget vedtatt.

Vedtak

Oppdal Kommunestyre vedtar å avvikle Oppdal Kulturhus KF, og ber kommunedirektøren starte prosessen med å ta inn foretakets virksomhet inn sammen med kommunens øvrige drift. Kommunestyret er opptatt av at det helhetlige kulturtilbudet foretaket i dag gir, opprettholdes og at synergieffekter avdelingene imellom blir ivaretatt og videreført i ny organisering. Dette gjøres best i samarbeid med foretakets ansatte og de tillitsvalgte.

Overtagelses dato settes til 1. januar 2025. Driftsutvalget holdes løpende orientert om prosessen.

Vedlegg

1 Organisasjonskart

- 2 Høring - Organisering av Oppdal Kulturhus KF
- 3 Høringssvar - evt. endring av organisasjonsform ved Oppdal kulturhus KF
- 4 Høringssvar - organisering av Oppdal Kulturhus KF
- 5 Til kommundirektøren
- 6 Høringssvar på vegne av Kafe/informasjon/billettsalg
- 7 Høringssvar fra AMU Oppdal kulturhus
- 8 Høringsinnspill 1.docx
- 9 Høringsuttalelse - organisering av Oppdal kulturhus KF
- 10 Høringssvar fra badeanlegget
- 11 Høringssvar fra Ungdomsklubben
- 12 Høringssvar Kulturhuset
- 13 Høringsuttalelse - Organisering Oppdal kulturhus KF
- 14 Delta_høring Organisering av Oppdal KulturhusKF
- 15 Avd.Sal-Scene_høring_Organisering av Oppdal Kulturhus
- 16 Høringssvar Kafe, info, billett.
- 17 Til-Oppdal-Kommune-svar-fra-Oppdal-Kulturråd-på-høring-om-organisering-OKH.pdf
- 18 Høringssvar fra Oppdal Kulturskole

Sammendrag:

Kommunestyret vedtok 20.06.24 å starte en prosess for en eventuell endring av organisasjonsform av Oppdal Kulturhus KF, der de ber om at styret, ansatte, deres organisasjoner og Oppdal kulturråd tas med på råd. Når uttalelsene foreligger, skal kommundirektøren vurdere disse og legge frem saken for kommunestyret for endelig behandling

Saksopplysninger:

Kommunedirektøren sendte ut likelydende brev til Styret, ansatte og ansattes organisasjoner i Oppdal Kulturhus KF, samt Oppdal kulturråd den 21.10.24 der det var ønsket en skriftlig tilbakemelding innen 15.11.24 (vedlagt).

Vurdering

Kommunedirektøren jobbet noe videre med saksframlegget som ble behandlet i kommunestyret 20.06.24, men har ikke sett på detaljer i driften for kulturhuset, opp mot kommunens drift. To hovedgrunner til dette; for det første så er det kommundirektørens forståelse at det skulle være en åpen høring uten for mange føringer. Høringsinstansene har fått uttalelse seg fritt, og kommundirektøren har orienterte i møter med ansatte, styret i kulturhuset og kulturrådet at de er velkomne til å komme med andre alternativer enn det som er foreslått i høringsbrevet. Noen av uttalelsene har også gjort det. For det andre, så er resultatet av saken om omorganisering veldig åpent. Kommunedirektøren anser at det ikke er ønskelig å bruke mer ressurser på arbeidet med en eventuell overtakelse før kommunestyret har vedtatt retning. Det er forskjellige prosesser som må settes i gang, uavhengig av hvilken av de tre foreslåtte alternativene som blir vedtatt.

Alternativene i høringsbrevet:

Alternativ 1: Oppdal kulturhus KF avvikles og tjenestene overføres til administrasjonen

Kommunedirektøren foreslår å organisere Oppdal Kulturhus KF på følgende måte:

1. Oppdal kommune oppretter enheten Oppdal kultur, og legger inn den kommersielle delen av foretaket, der billettinntekter og salg er en del av driften. Dette vil være: Kaféen, Scenen, Kino, Museet og Badeanlegget. Denne delen av foretaket vil kunne bli drevet tilnærmet likt det er i dag. En kommunal kulturenhet har de samme rammebetingelsene for drift som et kommuneforetak har.

Endringen vil ligge i at denne vil være innlemmet i de gjeldende rutinene kommunen har i dag for økonomi og personalledelse.

2. Oppdal kommune oppretter enheten Oppdal kulturskole, som inngår i kommunens organisering av oppvekstsektoren, og vil bli en del av denne tjenesteytingen. Enheten vil kunne drives ganske likt som i dag, men kan få en mer selvstendig rolle i forhold til kulturenheten.

3. Oppdal kommune ser at biblioteket kan medføre synergier for flere, men ønsker å undersøke om kulturhuset kan fungere som et mottakssted for henvendelser til kommunen. Det blir da naturlig å se på om biblioteket kan bli en del av kommunens servicesenter.

4. Ansatte som jobber med renhold og vaktmestere o.l. vil bli overført til Tekniske tjenester.

Alternativ 2: Oppdal kulturhus KF består, men de lovpålagte oppgavene overføres til administrasjonen.

Oppgavene som er tenkt overført er de lovpålagte tjenestene til kulturskolen og biblioteket. Ved dette alternativet foreslår kommunedirektøren at:

1. Oppdal kommune oppretter enheten Oppdal kulturskole, som inngår i kommunens organisering av oppvekstsektoren, og vil bli en del av denne tjenesteytingen.

2. Oppdal kommune ser at biblioteket kan medføre synergier for flere, men ønsker å undersøke om kulturhuset kan fungere som et mottakssted for henvendelser til kommunen. Det blir da naturlig å se på om biblioteket kan bli en del av kommunens servicesenter.

Alternativ 3: Oppdal kulturhus KF består, men kommunestyrets styring av foretaket styrkes ved bruk av årlige oppdragsbrev

Dette innebærer ingen organisatoriske endringer, men at kommunestyret med kommunedirektørens hjelp formulerer et årlig oppdragsbrev som følger bevilgningen i årsbudsjettet

Høringsuttalelsene

Kommunedirektøren har vært spesifikk i hvem som er invitert til å komme med en høringsuttalelse. Dette er fordi vedtaket fra juni lister opp hvem som skal høres; styret, ansatte og ansattes organisasjoner i Oppdal Kulturhus KF, samt Oppdal kulturråd. Kommunedirektøren har derfor ikke lagt dette ut til en åpen høring. Kulturrådet gjorde det i sin behandling, og inviterte alle som ønsket å komme på høringsmøtet og være med på å utarbeide deres innspill. Kommunedirektøren deltok i møtet til Kulturrådet, og redegjorde for innholdet i høringsbrevet.

I skrivende stund har det kommet inn 16 hørings svar (vedlagt). De aller fleste mener at alternativ 3 er det beste, men flere uttalelser sier også at om foretaket skal avvikles, så er det ønskelig at foretaket ikke splittes, og videreføres i kommunal drift, slik det er i dag.

Det er to unntak i høringene, styret og kulturskolen mener at kommunen bør overta driften av foretaket. Høringsuttalelsen fra kulturskolen er en felles uttalelse fra de ansatte i kulturskolen, utdanningsforbundet og Creo- forbundet for kunst og kultur.

Under høringsprosessen så ble det kommentert at det er en avdeling i kulturhuset som ikke er nevnt, ungdomsklubben. Kommunedirektøren beklager at den ikke er tatt med i høringsbrevet. Kommunedirektørens foreløpige vurdering er at siden ungdomsklubbens tilbud anses som et kulturelt tilbud, er den foreløpige anbefalingen hvis kommunen avvikler foretaket, at ungdomsklubben fortsetter sin drift i kulturenheten.

Konklusjon og anbefaling:

Kommunedirektøren har oppfattet i forbindelse med høringsprosessen at alle ønsker en avklaring nå. Foretaket har vært uten en leder som har den daglige tilstedeværelsen en lang periode, og flere har uttrykt at de ønsker å komme videre.

Det liten oppslutning til den delte løsningen, der de lovpålagte oppgavene til kulturskole og biblioteket blir løftet ut av foretaket og resten forblir et foretak.

Kommunedirektøren ser flere utfordringer med den delte modellen. Bl.a. vil det komme interessemotsetninger mellom et spisset kommersielt foretak, og lovpålagte oppgaver som ikke i like stor grad er drevet av kommersielle interesser, skulle de fortsatt driftes under samme tak.

Kommunedirektørens utfordring balanserer her mellom flertallet av uttalelsene som ønsker å fortsette som et foretak, og tilbakemeldingene fra styret og kulturskolen om å ta inn driften sammen med kommunens øvrige drift.

Kommunedirektøren har fått forståelse for at kommunestyret ønsker en tettere oppfølging av Oppdal kulturhus KF, bl.a. for å følge opp økonomien og personaladministrasjonen tettere.

En tettere oppfølging kan gjøres ved et mer tydelig og detaljert styringsbrev til foretaket. Utfordringen med det er hvordan dette skal følges opp. Styringslinjen i foretaket er at daglig leder er ansvarlig ovenfor styret og styret er ansvarlig ovenfor kommunen og kommunestyret. Siden styret i foretaket er oppnevnt av kommunestyret så ligger oppfølgingen av foretaket utenfor kommunedirektørens myndighetsområde. Kommunestyret kan likevel be kommunedirektøren følge opp styringsbrevet overfor foretaket, men da kan Oppdal kommune skape en situasjon der det vil være langt mer effektivt å hente inn foretaket i kommunen, i stedet for å ha kommunedirektøren følge opp to separate organisasjoner, som må ha kommunestyrevedtak for å gjøre disponeringer mellom foretaket og kommunen.

Alternativt så kan kommunestyret gi fullmakter til f.eks. ordfører å følge opp foretaket nærmere. Kommunedirektøren anser alternativ 1 som den løsningen som er mest framtidrettet. En delt løsning anses som den dårligste løsningen, slik det er beskrevet ovenfor.

Kommunedirektøren lander derfor på at det er mer effektivt å avvikle foretaket, hvis kommunestyret ønsker en tettere oppfølging av driften og kulturhusets tilbud. Foretaket vil da bli innlemmet i kommunens øvrige rutiner innen økonomi og personaladministrasjon. De vil også få være med på kommunedirektørens forberedelser og innstilling til budsjettet. Kommunedirektøren kan da få et helhetlig bilde over kommunens tjenesteområder når budsjettet skal utarbeides.



1 Oppdal kommune (2025) - År/Periode 2025 1 - 12

07.01.2025

Budsjett 2025
2025/V:1

Ansvar: 233 Revisjon

10802 Godtgjørelse formannskap	83.000
10804 Godtgjørelse utvalg	110.000
10808 Tapt arbeidsfortjeneste	10.000
10991 Arbeidsgiveravgift	12.000
11151 Beverting	8.000
11504 Utgifter til foreleser/kurs	40.000
11508 Oppholdsutgifter vedr kurs	10.000
11602 Reise/diett	14.000
11951 Kontingenter - gebyr	9.000
12717 Revisjonskostnader	963.000
12718 Kontrollutv.sekretariat	324.000

Sum ansvar: 233 Revisjon

1.583.000

TOTALT

1.583.000



Saksframlegg

Sakens gang

Saksnummer	Møtedato	Utvalg
24/156	12.12.2024	Kommunestyret

Kontrollutvalgets års- og møteplan for 2025

Forslag til vedtak:

Kommunestyret tar årsplan og møteplan for kontrollutvalget 2025 til orientering.

Kommunestyrets behandling av sak 156/2024 i møte 12.12.2024:

Behandling

Kontrollutvalgets forslag til vedtak

Kommunestyret tar årsplan og møteplan for kontrollutvalget 2025 til orientering.

For forslaget stemte 25: Arnstein Granlund (AP), Eirin Heggvold (AP), Magni Øveraas (AP), Tor Snøve (AP), Trond Mesloe (AP), John Lauritzen (Frp), Olav Kvam (Frp), Arvid Langseth (H), Eli Dahle (H), Solveig Rise Mjøen (H), Thorvald Storli (H), Alf Morten Olsen (KrF), Arne Rønning (MDG), Odd Arne Hoel (SP), Ola Husa Risan (SP), Ola Skarsheim (SP), Rolf Sverre Holum (SP), Ingvild Vikan (SV), Elisabeth Hals (V), Hans Bøe (V), Haakon Nordseth (V), Ingrid Husdal Dørum (V), Iver Vammervold (V), Jonas Horvli (V), Kerstin Heidi Lillemor Bergenwall (V)
Dermed ble kontrollutvalgets forslag vedtatt.

Vedtak

Kommunestyret tar årsplan og møteplan for kontrollutvalget 2025 til orientering.

Vedlegg

1 Årsplan for kontrollutvalget 2025

Saksopplysninger:

Kontrollutvalgets medlemmer må ta stilling til hvordan de ønsker å gjøre kontrollarbeidet for kommunestyret. For å systematisere og målrette kontrollutvalgets arbeid, så har sekretariatet utarbeidet en årsplan som viser hvilken strategi kontrollutvalget har for gjennomføringen. Hensikten med årsplanen er å synliggjøre overfor kommunestyret og administrasjonen hvordan kontrollutvalget planlegger å utføre arbeidet. Arbeidet er lagt opp på samme måte som for 2024.

Forventningsavklaring og rolleforståelse er viktig for en god samhandling mellom aktørene. Årsplanen inneholder en plan med møtetidspunkt. Kontrollutvalget har en ramme på fem ordinære møter i året. Utvalget må ta stilling møtedager og møtetidspunkt. Sekretariatet har foreslått to møter i første halvår, og tre i andre halvår. Møtene har i 2024 vært holdt onsdager, det er videreført i planen.

Utover de planlagte aktivitetene, gjør kontrollutvalget løpende vurderinger av behovet for orienteringer, behandling av henvendelser og lignende.

Kontrollutvalget kan gjøre endringer i møteplanen i møtet.

Behandlingen i kontrollutvalget 11.11.24:

Forslag til vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner års- og møteplanen for 2025 med disse møtene:

- Onsdag 5. februar
- Onsdag 30. april
- Onsdag 3. september
- Onsdag 22. oktober
- Onsdag 3. desember

Møtene starter kl. 11:00 i Oppdal rådhus.

Årsplanen oversendes kommunestyret til orientering.

Behandling i kontrollutvalget:

Sekretariatet orienterte om at mandager har vært fast møtedag, men at det er foreslått å endres til onsdager. Det gjøres en redaksjonell endring på dette i saksfremlegget.

Endringer av dato: 5. februar endres til 26. februar. 22. oktober endres til den 29. oktober.

Forslag til vedtak med kontrollutvalgets endringer ble enstemmig vedtatt.

Kontrollutvalgets vedtak:

Kontrollutvalget godkjenner års- og møteplanen for 2025 med disse møtene:

- Onsdag 26. februar
- Onsdag 30. april
- Onsdag 3. september
- Onsdag 29. oktober
- Onsdag 3. desember

Møtene starter kl. 11:00 i Oppdal rådhus.

Årsplanen oversendes kommunestyret til orientering.

Godkjenning av dagens møteprotokoll

Behandles i utvalg

Kontrollutvalget i Oppdal kommune

Møtedato

26.02.2025

Saknr

10/25

Saksbehandler Ragnhild Aashaug

Arkivkode FE-033, TI-&17

Arkivsaknr 25/87 - 3

Forslag til vedtak

Møteprotokollen fra dagens møte i kontrollutvalget, 26.02.2025, godkjennes.

Saksopplysninger

Møteprotokollen går gjennom i møtet slik at protokollen er i samsvar med kontrollutvalgets oppfatning.

Utvalget oppfordres deretter til å godkjenne møteprotokollen.