



E-helse i kommunene – en kunnskapsoversikt

2019

DIREKTORATET FOR E-HELSE

AGENDA
KAUPANG

OPPDRAGSGIVER: Direktoratet for e-helse

RAPPORT NR: T1020039-12

RAPPORTENS TITTEL: E-helse i kommunene – en kunnskapsoversikt

ANSVARLIG KONSULENT: Eilin Ekeland

KVALITETSSIKRET AV: Tom Marcussen

FOTOGRAFI I RAPPORT: www.shutterstock.no

DATO: 19.02.2020

Forord

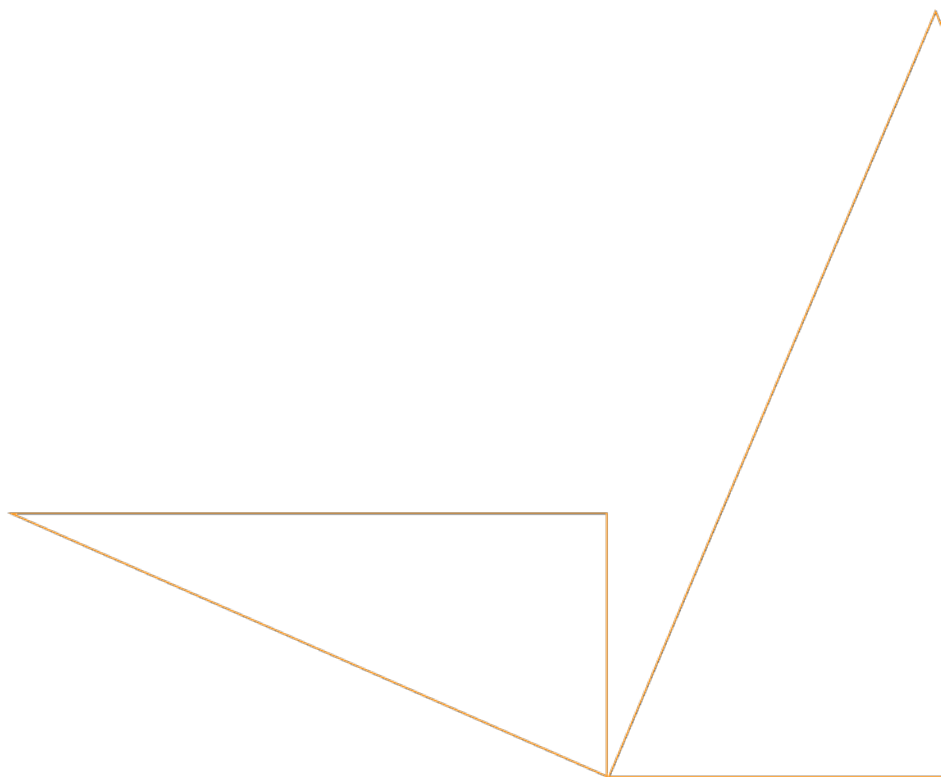
Det er et politisk uttalt mål at kommunene skal moderniseres og digitaliseres ytterligere for å møte fremtidens utfordringer. Digitale løsninger skal bidra både til å støtte opp om dagens praksis og arbeidsprosesser, samt til å utvikle nye og bedre helse- og omsorgstjenester. Direktoratet for e-helse er et nasjonalt fagorgan for e-helse og skal følge med på utviklingen av e-helse i helse- og omsorgstjenesten, sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål, samt være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Direktoratet for e-helse ønsket bistand knyttet til kartlegging og sammenstilling av eksisterende kunnskap/litteratur om e-helse i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tom Markussen og Eilin Ekeland fra Agenda Kaupang har utført oppdraget med scoping-review metodikk. Rapporter, forskningsartikler og kommunale planer er inkludert. Resultatene er beskrevet i denne rapporten.

Vi takker for oppdraget så langt og for godt samarbeid under arbeidet.

Oslo, februar 2020



Innhold

1	Sammendrag	5
2	Innledning	7
3	Mandat og organisering av oppdraget	9
4	Metode	10
5	Nasjonale strategier, føringer og utviklingstrekk	11
5.1	<i>Innledning</i>	11
5.2	<i>Nasjonal helse- og omsorgspolitik</i>	11
5.3	<i>Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal</i>	12
5.4	<i>Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger - én journal</i>	12
5.5	<i>Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022</i>	12
5.6	<i>Plan for e-helse 2019–2022</i>	12
5.7	<i>Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet</i>	13
5.8	<i>Én digital offentlig sektor. Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025</i>	13
5.9	<i>KS' Digitaliseringsstrategi for kommuner og fylkeskommuner 2017–2020</i>	14
5.10	<i>Digitalisering i kommunal sektor – Årlig brev fra KMD til kommunene</i>	14
5.11	<i>Digitaliseringsrundskrivet til statlige virksomheter</i>	14
5.12	<i>Utviklingstrekk 2019 fra Direktoratet for e-helse</i>	15
6	Kommunenes arbeid med digitalisering	16
6.1	<i>Ansvar og roller for IKT i kommunene</i>	16
6.2	<i>De fleste kommuner deltar i IKT-samarbeid</i>	18
6.3	<i>Styringsmodell for samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor</i>	22
6.4	<i>Fellesløsninger</i>	22
6.5	<i>Kompetanse og modenhet i kommunene</i>	23
7	Resultat rapporter	25
7.2	<i>Overordnet om funnene i rapportene</i>	39
8	Strategier og plandokumenter	40
8.1	<i>Innledning</i>	40
8.2	<i>Overordnet om kategoriseringen av strategiene</i>	41
8.3	<i>Omtale av utvalgte strategier og handlingsplaner fra kommuner</i>	42
8.4	<i>Eigersund kommune – IKT-strategi for helse- og omsorgstjenesten 2018–2021</i>	53
8.5	<i>Overordnet om funnene i strategiene</i>	58
9	Sammenstilling	61
10	Referanser	63
10.1	<i>Rapporter mv.</i>	63
10.2	<i>Kommunale strategier og handlingsplaner</i>	64

1 Sammendrag

Det er et politisk uttalt mål at kommunene skal moderniseres og digitaliseres ytterligere for å møte fremtidens utfordringer. E-helsesatsinger er en viktig del av dette. Sammen med KS hadde Direktoratet for e-helse behov for bistand knyttet til kartlegging og sammenstilling av eksisterende kunnskap/litteratur om e-helse i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Agenda Kaupang har utført oppdraget.

Oppdragsgiver ønsket gjennomgått både rapporter og evalueringer fra ulike gjennomførte prosjekter i Norge, samt planer og strategier kommunene hadde fremover. Denne rapporten er oppsummering av eksisterende forskning og annet kunnskapsgrunnlag etter *scoping review*-metodikk. For å identifisere rapporter og evalueringer søkte vi etter publikasjoner i norsk Oria, kontaktet sentrale miljøer, konsulentselskap og enkelte fagorganisasjoner direkte, samt gjennomførte et søk i Evalueringsportalen. Vi har også brukt en type «snowball» metodikk ved at funn av studier har satt oss på sporet etter nye studier. Vi har samarbeidet tett med oppdragsgiverne for å identifisere kunnskap på ulike nivåer. For å identifisere kommunenes strategiske planer gjennomførte vi søk på Google etter strategier innen e-helse/digitalisering i kommunal helse og omsorgs- sektor, samt direkte søk på nettsiden i større kommuner. Inklusjon av studier har foregått i hele prosjektperioden.

Vi har inkludert 35 rapporter og gjennomgått 36 planer/strategier. Resultatene av rapportene er strukturert opp mot innsatsområdene i nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse.

Oppsummert indikerer våre funn at helse- og omsorgssektoren digitaliseres saktere enn andre deler av det offentlige Norge, og at kommunale helse- og omsorgstjenester digitaliseres saktere enn statlige. Private aktører kan ligge foran offentlige aktører. Elektroniske henvisninger (enveis) fungerer, men det er et stykke vei å gå på digital dialog både mellom tjenestene og med innbyggerne. Samtidig ønsker innbyggerne digital dialog med helsetjenesten, og det kan se ut som om avstandsoppfølging gir helsegevinst for en del pasientgrupper.

Det ser ut til å være en utfordring å etablere velfungerende løsninger for informasjonsutveksling som tjenesteapparatet ønsker å ta i bruk. Innføring av nye og moderne journalsystemer krever målrettet innsats og styring fra myndighetene. Det har kanskje ikke vært nok oppmerksomhet rettet mot organisatoriske forhold og ansattes holdninger og kompetanse for å lykkes med dette. Helsepersonell er mer motivert til å ta nye systemer i bruk når de ser en umiddelbar effekt på kvalitet eller effektivitet. Det er også slik at digital konsultasjon krever samme innsats fra helsepersonell som ved fysisk fremmøte, mens det for innbyggerne kan være mange fordeler. Derfor har selvstendig næringsdrivende leger sannsynligvis liten eller ingen økonomisk gevinst av å etablere digitale konsultasjoner/avstandsoppfølging.

Kjernejournal blir hovedsakelig brukt i akutte situasjoner til å få oversikt over legemidler og slik informasjon oppleves særlig viktig for eldre som bruker mange medisiner, rusmisbrukere og bevisstløse pasienter. Multidose for legemiddelhåndtering har effekt, reduserer feil ved legemiddelutlevering og oppleves trygt og nyttig. Bruken av ulike velferdsteknologiske løsninger øker, og gevinsten er sannsynligvis stor. Bruk av velferdsteknologisk knutepunkt kan se ut som en god og effektiv løsning for å bidra til samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå, men få har tatt det i bruk ennå.

God utnyttelse av helsedata og bedre bruk av helsedata til sekundærformål er foreløpig i start- gruppen.

Man skulle kunne forvente at de kommunale strategiene vi har funnet til en viss grad adresserer utfordringene der kommunene har en viktig rolle knyttet til kompetanseutvikling og organisatoriske forhold. Vi ser lite av dette i de identifiserte strategiene. Mange kommuner har digitaliseringsstrategier. IKT og digitalisering innen helse og omsorg er ofte omtalt i strategiene, men som regel

på et overordnet og lite konkret nivå. Det er sjelden vist til nasjonale føringer eller konkrete nasjonale tiltak. Strategiene tar heller ikke utgangspunkt i de lokale utfordringsbildene, som for eksempel kan være knyttet til teknisk gjeld eller mangel på kompetanse.

Våre vurderinger er at det blir viktig å involvere brukerne av nye systemer for å lykkes med digitalisering av arbeidsprosesser. Man må opprettholde fokuset på gjennomføringsevnen, men kommunene må legge større vekt på kompetanseelementet, organisatoriske forhold og samarbeid i sitt digitaliseringsarbeid. Det er viktig å fokusere på digitale løsninger som en del av en tjenesteutvikling, og ikke som et tiltak i seg selv. Nasjonale myndigheters fokus på felles grunnmur for digitale løsninger er svært viktig. Både nasjonale myndigheter og kommuner må også adressere utfordringene med at selvstendig næringsdrivende helsepersonell sannsynligvis har liten eller ingen økonomisk gevinst av å etablere digitale konsultasjoner/avstandsoppfølging.

Samordning og samarbeid på tvers av tjenesteområder, kommuner og forvaltningsnivåer er kritiske faktorer for å få til digitalisering av helse og omsorg. På tross av dette gir strategidokumentene ofte få konkrete svar på hvordan kommunene i praksis skal lykkes med samarbeid på tvers. Det finnes i dag heller ingen samlet oversikt over interkommunalt samarbeid. Etter vår vurdering ville en slik oppdatert oversikt kunne gi oppdaterte kontaktpunkter som statlige virksomheter og andre aktører kan bruke dersom de ønsker å hente erfaring fra IT-utvikling/digitaliseringstiltak i kommunene generelt og digitaliseringstiltak i helse- og omsorgssektoren spesielt, samt gi konkret støtte og oppfølging rettet mot kommunene.

Regjeringen understreker i Nasjonal helse- og sykehusplan at digitaliseringen skal bidra til realiseringsen av pasientens helsetjeneste, og ikke være et mål i seg selv. Det er kunnskap fra denne litteraturgjennomgangen som indikerer at ansvaret for digitale løsninger ligger i en teknisk tjeneste og at koblingen til den utøvende tjenesten ikke er veldig sterk. De fleste rapporter vi har identifisert, omhandler nettopp enkeltprodukter eller pakker av ulike løsninger innen e-helseområdet, mens utvikling for øvrig innen tjenestene omtales i liten grad. Bergen kommune har derimot hatt e-helseløsninger som en av flere viktige verktøy i en modernisering av tjenesten. Det er ikke identifisert strategier tilsvarende den som Bergen kommune har hatt. Det er mulig slike satsinger er belyst i kommunale delplaner innen helse- og omsorg. Vi har gjort noen få stikkprøver som tilsier at det ikke er tilfelle.

2 Innledning

Kommunene har etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ansvaret for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester og omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune (2011). Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Ansvaret innebærer at de skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig, koordinert og verdig helse- og omsorgstjenestetilbud, og at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at de innehar tilstrekkelig fagkompetanse for å sikre tjenestene. Tjenester kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. I praksis innebærer dette ofte avtaler med selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter eller leger (fastleger), og i noen kommuner avtale med private tilbydere innen omsorgstjenester.

Videre skal kommunen sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige og ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Dette gjelder også virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester. Den tilhørende kvalitetsforskriften understreker at den som har det overordnede ansvaret for en virksomhet, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter (Norge, 2016).

Helse- og omsorgstjenesten i Norge står overfor store utfordringer i årene som kommer. Vi blir flere og vi blir eldre, og flere trenger behandling lengre. Mange har også mange sykdommer og blir behandlet av ulike aktører i helsetjenesten. Samtidig som det over lang tid har vært satt søkelys på at kommunene må ta et større ansvar innen helse- og omsorgstjenestene, har innbyggerne store forventninger til hva helse- og omsorgstjenestene skal bidra med. Det har utviklet seg et marked for private aktører som leverer helse- og omsorgstjenester, til erstatning for- eller som supplement til de kommunale tjenestene. Disse trendene krever en omstilling innen fagfeltet og utvikling av nye og bedre måter å løse oppgavene på i kommunal sektor. Teknologiske løsninger og digitalisering innen tjenestene er viktige virkemidler for en bærekraftig og god helse- og omsorgstjeneste i kommunene.

Det er et politisk uttalt mål at kommunene skal moderniseres og digitaliseres ytterligere for å møte fremtidens utfordringer. Digitale løsninger skal bidra, både til å støtte opp om dagens praksis og arbeidsprosesser, samt til å utvikle nye og bedre helse- og omsorgstjenester. Ny lov om e-helse er på høring¹. Høringsnotatet understreker at digitalisering er et sentralt virkemiddel for å effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgstjenesten, og at utviklingen i helse- og omsorgssektoren historisk har vært preget av lokale og virksomhetsinterne initiativ og ulike aktørers vilje og evne til å foreta nødvendige investeringer. Departementet ser behovet for at virkemidlene for nasjonal samordning videreutvikles og styrkes, og foreslår derfor en egen lov om e-helse. Etter lovforslaget skal regionale helseforetak, helseforetak, helseforvaltningen, kommuner og fylkeskommuner ta hensyn til nasjonal samordning og den nasjonale e-helseutviklingen. Det samme gjelder private virksomheter med avtaler. Notatet peker på at de nasjonale e-helseløsningene i stor grad er tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, av fastleger, legevakter og apotek. Så langt er løsningene i mindre grad innført i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er krevende for kommunene å gjøre nødvendige forberedelser og investeringer hver for seg. Kommunal sektor samarbeider derfor i økende grad på digitaliseringsområdet, gjennom ulike nettverkssamarbeid regionalt og nasjonalt. Det er iverksatt ulike tiltak for å styrke samarbeid

¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/f69d072272894eff9b453a741f736601/e-helselov---høringsnotat.pdf>

mellom nasjonale tiltak og kommunal sektor. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer flere virkemidler for å styrke innføringsarbeidet i kommunene, og vil samarbeide med KS om dette.

Direktoratet for e-helse er et nasjonalt fagorgan for e-helse som skal følge med på utviklingen av e-helse i helse- og omsorgstjenesten, sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål, samt være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

3 Mandat og organisering av oppdraget

Det finnes mye og dels strategisk relevant dokumentert kunnskap som omhandler e-helse i kommunene. Imidlertid er denne kunnskapen fragmentert, og det gjør det utfordrende å få et helhetlig bilde av e-helse i kommunal sektor. Direktoratet hadde derfor behov for bistand knyttet til kartlegging og sammenstilling av eksisterende kunnskap/litteratur om e-helse i kommunal helse- og omsorgstjeneste og strukturere og analysere denne kunnskapen opp mot innsatsområdene i nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse (2017–2022).

I utlysningen beskrev Direktoratet for e-helse hva de ønsket at leverandøren skulle bistå med å:

- ▶ kartlegge og sammenstille eksisterende kunnskap/litteratur om e-helse, og relevante faktorer, i kommunal helse- og omsorgstjeneste og vurderer det eksisterende kunnskapsgrunnlaget opp mot de strategiske innsatsområdene i Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 og de strategiske innsatsområdene.
- ▶ organisere et fagseminar med eksperter for diskusjon av funn og identifikasjon av relevante problemstillinger for videre undersøkelse.
- ▶ fremstille resultatene i form av en skriftlig delrapport med grafiske illustrasjoner og tilhørende presentasjonsmateriale

Underveis i arbeidet ble det klart at det var mest hensiktsmessig å arrangere fagseminaret når datainnsamlingen og rapporten fra første fase forelå.

Arbeidet er utført av Tom Marcussen og Eilin Ekeland hos Agenda Kaupang, med tett kontakt med oppdragsgiver. Det ble oppnevnt en referansegruppe bestående av:

- ▶ Karl Vestli, Divisjonsdirektør Strategi
- ▶ Robert Nystuen, Avdelingsdirektør Innsikt og Innovasjon
- ▶ Irene Olaussen, Prosessleder strategi

4 Metode

Hoveddelen av arbeidet har vært dokumentstudier av eksisterende forskning og annet kunnskapsgrunnlag etter *scoping review*-metodikk. Denne metodikken er mindre streng og forhåndsdefinert enn ved for eksempel en *systematic review*. Den består likevel av systematiske søk, inklusjon og eksklusjon av studier, ekstrahering av data fra hver studie og oppsummering av funn.

Oppdragsgiver ønsket kunnskapen relatert til e-helse ved norske kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi søkte derfor fortrinnsvis etter publikasjoner som har kartlagt norske forhold i Oria som er en søkemotor for søk i norske fag- og forskningsbiblioteks ressurser; bøker, artikler, tidsskrifter, musikk, filmer og elektroniske ressurser m.m². Siden det innen dette temaet er mye kunnskap som ikke er publisert som forskningsartikler, kontaktet vi sentrale miljøer, konsulentselskap og enkelte fagorganisasjoner direkte, samt gjennomførte et søk i Evalueringsportalen. Vi har samarbeidet tett med oppdragsgiverne i å identifisere kunnskap på ulike nivå. Vi har også brukt en type «snowball» metodikk ved at funn av studier har satt oss på sporet etter nye studier.

Vi inkluderte rapporter, kartlegginger og evalueringer publisert fra 2016, og vi har beskrevet dem utfra formål, metodikk, utvalg og resultat. Inklusjon av studier har foregått i hele prosjektperioden. Rapportene er strukturert og analysert opp mot innsatsområdene i nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse (2017–2022).

Oppdragsgiver ønsket også å få kjennskap til kommunenes strategiske planer innen dette området. For å identifisere dette gjennomførte vi søk på Google etter strategier innen e-helse/digitalisering i kommunal helse og omsorgssektor. Vi har både gjort generelle søk som «kommune + digitaliseringsstrategi» og «kommune + strategi + velferdsteknologi». Metodikken med Googlesøk er basert på en tanke om at kommuner som har en godt forankret og utarbeidet strategi, med stor sannsynlighet også har fortalt sine innbyggere om det via egne nettsider. Vi har også leitt etter strategier på et utvalg nettsider til kommuner. For de store byene med parlamentarisk system har vi også sett etter relevante byrådsaker.

Den største begrensningen i denne metodiske fremgangsmåten, er begrensningen i søk. Vi har kun brukt norske søkeord, vi har derfor muligens mistet studier som har sett på norske forhold, men som er publisert på engelsk.

² https://bibsyst-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/search?vid=BIBSYS&lang=no_NO

5 Nasjonale strategier, føringer og utviklingstrekk

5.1 Innledning

I dette kapitlet gir vi en kort oversikt over de viktigste nasjonale strategiene og andre føringer på helseområdet generelt og e-helseområdet spesielt, begrenset til det som angår kommunene. De nasjonale strategiene, stortingsmeldingene og retningslinjene mv. er relevante i vår sammenheng blant annet fordi de gir føringer og anbefalinger for hvordan kommunene skal jobbe med digitalisering på e-helseområdet. Videre beskriver dokumentene utviklingstrekk, utfordringer og strategiske valg på nasjonalt nivå som har betydning for kommunene. Kommunene viser også ofte til føringene i sine egne strategier og planer (jf. kapittel 8).

Oversikten nedenfor er ikke ment som en uttømmende oversikt over nasjonale føringer for offentlig sektors arbeid med digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Vi har i hovedsak tatt med føringer som er *direkte* knyttet til bruk av IKT på området. Det er imidlertid andre relevante lover og forskrifter vi ikke ser på her, som helse og omsorgstjenesteloven, personopplysingsloven og eForvaltningsforskriften.

5.2 Nasjonal helse- og omsorgspolitik

Det foreligger flere stortingsmeldinger som sammen utgjør den samlede helse- og omsorgspolitikken i Norge. Nasjonal helse- og sykehusplan, *Folkehelsemeldingen* (Meld. St. 19 (2018–2019)) og *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)) trekker opp hovedretning og rammer for regjeringens samlede helse- og omsorgspolitik. I *Fremtidens primærhelsetjeneste* understrekes det at den kommunale helse- og omsorgstjenesten er grunnmuren i helsesystemet vårt. I 2018 ble det satt i gang forsøk med primærhelseteam, oppfølgings-team og andre runde med utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Parallelt med dette vurderes det ulike tiltak for å øke bruken av e-konsultasjon.

Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019–2020)) gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og for samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den legger blant annet vekt på at pasientene skal oppleve en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der informasjonen følger pasienten helt inn, mer spesialisthelsetjeneste hjemme hos seg selv og at teknologi skal bidra til at bedre og mer presis helsehjelp. Meldingen har et eget kapittel knyttet til digitalisering. Der fremhever Regjeringen at målene for digitalisering er knyttet til målene for pasientbehandling og handler først og fremst om endringer i arbeidsprosesser. Digitaliseringen er ikke et mål i seg selv, men skal bidra til realiseringen av pasientens helsetjeneste. Hovedansvaret for digitalisering ligger hos sykehus og kommuner, og hos private med offentlig avtale. For å komme videre med digitaliseringen, ønsker regjeringen å sette tydeligere mål for digitaliseringen og en tydeligere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen.

Regjeringen vil gjennomføre tiltak langs syv akser for økt digitalisering: videreføre arbeidet knyttet til modernisering av journalsystemene, videreutvikle digital infrastruktur og arbeidet med IKT-sikkerhet, innføre og utvikle nødvendige nasjonale e-helseløsninger og standarder, gjennomføre tiltak for bedre kvalitet på og tilgjengelighet til helsedata, øke samordningen av helseregionenes IKT-utvikling, understøtte digitaliseringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og videreutvikle de nasjonale virkemidlene for styring og samordning på e-helseområdet.

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

Meldingen definerer målene og viser retningen for utvikling av IKT-systemene i helse- og omsorgssektoren. Den sier at overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er:

- ▶ Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- ▶ Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- ▶ Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

5.4 Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger - én journal

Veikartet beskriver overgangen fra dagens kompliserte systemlandskap til en situasjon der helseopplysninger i større grad er tilgjengelig til rett tid og på rett sted. Det består av tre parallelle strategiske tiltak for å realisere målbildet for Én innbygger – én journal:

- ▶ Etablering av Helseplattformen i region Midt-Norge
- ▶ Videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst
- ▶ Etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, utenfor Midt-Norge, med helhetlig samhandling (Akson)

5.5 Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022

Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 er helse- og omsorgssektorens felles strategi for IKT og digitalisering. Strategien tar utgangspunkt i politiske visjonen i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal og at denne skal realiseres gjennom tre strategiske og parallelle tiltak (jf. punkt 5.3 ovenfor).

Strategien gir seks strategiske satsningsområder:

1. Digitalisering av arbeidsprosesser
2. Bedre sammenheng i pasientforløp
3. Bedre bruk av helsedata
4. Helsehjelp på nye måter
5. Felles grunnmur for digitale tjenester
6. Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne

De fire første satsningsområdene skal gi direkte verdi for helse- og omsorgstjenesten. Område 5 og 6 beskriver grunnleggende forutsetninger for de fire første områdene.

Direktoratet for e-helse har utarbeidet strategien i samarbeid med aktørene i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Strategien er overordnet og angir ikke konkrete tiltak.

5.6 Plan for e-helse 2019–2022

Plan for e-helse 2019–2022 består av 14 innsatsområder som støtter opp om de seks satsningsområdene i Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022. Planen skal være et samlende og veiledende redskap for aktørene i helse- og omsorgssektoren når de skal planlegge og gjennomføre egne og felles e-helsetiltak. Konkrete tiltak skal prioriteres og følges opp gjennom arbeidet med den nasjonale e-helseporteføljen. Planen reflekterer de prioriteringer som ble gjort etter lanseringen av Nasjonal e-helsestrategi i 2017, blant annet at «Én innbygger – én journal» skal realiseres gjennom tiltakene i veikartet.

5.7 Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet

Stortingsmeldingen om digital agenda for Norge ble lagt fram våren 2016. Meldingen formulerer fem hovedprioriteringer for den nasjonale IKT-politikken:

Brukeren i sentrum: Offentlige tjenester skal oppleves som sammenhengende og helhetlige for innbyggere, næringsliv og frivillig sektor. Forvaltningen skal gjenbruke informasjon i stedet for å spørre på nytt.

IKT er en vesentlig innsatsfaktor for innovasjon og produktivitet: Næringslivet og samfunnet skal kunne utnytte mulighetene som digitaliseringen gir. Myndighetene skal legge til rette for økt digital innovasjon.

Styrket digital kompetanse og deltakelse: Gjelder fra grunnopplæringen og gjennom alle faser i livet. Digitale tjenester skal være lette å forstå og lette å bruke for alle. Avansert IKT-kompetanse og IKT-forskning er en forutsetning for digitalisering av Norge.

Effektiv digitalisering av offentlig sektor: Offentlige digitaliseringsprosjekter skal planlegges og gjennomføres profesjonelt. Gevinster skal realiseres. Markedet skal brukes når det er hensiktsmessig. Stat, kommune og ulike sektorer bør benytte fellesløsninger for å dekke like behov.

Godt personvern og god informasjonssikkerhet: Personvern og informasjonssikkerhet skal være en integrert del av utviklingen og bruken av IKT. Den enkelte innbygger skal i størst mulig grad ha råderett over egne personopplysninger. Informasjonssikkerhet skal ivaretas med utgangspunkt i risikovurderinger basert på trussel og sårbarhetsinformasjon, og følges opp gjennom god internkontroll.

5.8 Én digital offentlig sektor. Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025

Strategien ble lansert i juni 2019 og gjelder for offentlig sektor i perioden 2019–2025. Retningen for arbeidet med digitalisering av offentlige tjenester ligger fast i tråd med føringene i Meld. St. 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge*, og strategien er en oppfølging av denne. Strategien gjelder på et overordnet nivå og gir føringer for digitaliseringsarbeidet i offentlig sektor og eventuelle sektorspesifikke strategier. Strategien er tverrsektoriell og skal både ivareta et helhetsperspektiv og understøtte sektorvise mål for digitalisering av offentlig sektor.

Hovedgrepene i strategien retter seg mot en tydelig brukersentrert tjenesteutvikling, og en mer effektiv og samordnet utnyttelse av felles IT-løsninger gjennom utvikling av felles økosystem for digital samhandling i offentlig sektor. Strategien forutsetter at digital sikkerhet bygges inn i tjenesteutvikling, drift og forvaltning av felles IT-løsninger. Dette er i tråd med målene i Nasjonal strategi for digital sikkerhet. For å oppnå disse målene og understøtte digital transformasjon, fokuserer strategien på følgende innsatsområder:

- ▶ Brukerne skal settes i sentrum gjennom utvikling av mer sammenhengende tjenester basert på viktige livshendelser
- ▶ Offentlig sektor skal samhandle bedre om digitale tjenester og effektivisere ressursbruken gjennom styrket samordning på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, og systematisk uthenting av gevinster fra digitalisering
- ▶ Data skal i større grad deles og gjenbrukes i offentlig sektor, og åpne data skal publiseres for innovasjon og verdiskaping i næringslivet
- ▶ Nasjonal digital samhandling og tjenesteutvikling, fellesløsninger og felles arkitekturer, skal etableres i et helhetlig og overordnet styrt og koordinert økosystem
- ▶ Samarbeid med privat sektor på digitaliseringsområdet skal styrkes for å oppnå bedre og mer effektive tjenester og for å legge til rette for innovasjon

5.9 KS' Digitaliseringsstrategi for kommuner og fylkeskommuner 2017–2020

KS' digitaliseringsstrategi for kommuner og fylkeskommuner 2017–2020 er vedtatt av KS' hovedstyre og danner et sett med felles mål som beskriver hvordan digitaliseringsarbeidet skal videreføres. Strategien angir mål for digitalisering i kommunene slik at de kan møte innbyggernes og næringslivets behov og kunne utnytte digitale data i planlegging og oppfølging av egne tjenester.

Målgruppen er politikere og administrativ ledelse. Strategien danner et sett med felles mål som beskriver hvordan digitaliseringsarbeidet skal videreføres. Strategien sier hva kommunal sektor skal oppnå, og skisserer noen av utfordringene kommuner og fylkeskommuner står overfor.

I strategien vises det til at satsingsområdene i Digital agenda for Norge har stor betydning for digitalisering av offentlig sektor. Kommunal sektor må derfor møte disse satsingsområdene koordinert og samordnet.

5.10 Digitalisering i kommunal sektor – Årlig brev fra KMD til kommunene

Dette årlige brevet fra KMD til kommunene og fylkeskommunene inneholder en kort presentasjon av de viktigste tiltakene i den statlige digitaliseringspolitikken med relevans for kommunal sektor. Brevet inneholder de temaene og tiltakene som departementet finner særlig relevant for kommuner og fylkeskommuner. Eksempler på temaer som omtales i brevet er Digital agenda for Norge, helhetlige løsninger for digitalisering, DigiFin-ordningen og bruk av IT-standarder.

I brevet omtales digitalisering i kommunal helse- og omsorgstjeneste særskilt. Det vises blant annet til at samarbeidet mellom kommunesektoren og staten er styrket på digitaliseringsområdet de siste årene, blant annet gjennom samstyringsorganene Nasjonalt e-helsestyre, NUIT (Prioriteringsutvalget) og NUFA (Fagutvalget). Erfaringer viser at det fortsatt er nødvendig med mer og bedre samordning mellom statlig og kommunal sektor innenfor sektoren. Brevet viser også til at i arbeidet med digitalisering i helse- og omsorgssektoren er det viktig med helhet og sammenheng, og nasjonale e-helseløsninger har best effekt når de brukes av flest mulig.

Videre viser brevet til at flere store prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen krever innføringsaktiviteter i kommunene de nærmeste årene for å ta ut planlagte gevinster. En del av prosjektene vil innebære utvikling av funksjonaliteten i de elektroniske pasientjournalssystemene, og kan i tillegg kreve organisatorisk og kulturelle endringer i kommunene. De nasjonale e-helseløsningene, som e-resept, kjernejournal og etter hvert pasientens legemiddelliste, vil gradvis være klare for bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Videre står det at kommunene i Trøndelag og Møre og Romsdal bør legge en plan for når de vil ta i bruk ny felles løsning for pasientjournal og administrasjon, i samarbeid med Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF.

Brevet viser også til at for å ta i bruk de ulike nasjonale løsningene er det nødvendig at kommunene etablerer tilstrekkelig sikkerhetsinfrastruktur som eID og HelseID. De nasjonale e-helseløsningene forventes å gi bedre pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i hele helse- og omsorgstjenesten.

Det vises også til at Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenet SF vil bistå kommunene med råd, støtte og veiledning i arbeidet med å innføre de nasjonale e-helseløsningene.

5.11 Digitaliseringsrundskrevet til statlige virksomheter

Kommunal- og moderniseringsdepartementets årlige *Digitaliseringsrundskrevet* er en sammenstilling av pålegg og anbefalinger om digitalisering for statlige virksomheter.

Rundskrevet har et eget punkt om samordning mellom statlige virksomheter og kommunesektoren når det gjelder IKT-relaterte tiltak. I tillegg viser rundskrevet til krav som er hjemlet i lover som også

gjelder for kommunal sektor. Deler av rundskrivet er derfor relevant for kommuner og fylkeskommuner. Rundskrivets anbefalinger kan også være relevante for digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.

5.12 Utviklingstrekk 2019 fra Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse publisert i mars 2019 er en beskrivelse av trender og utviklingstrekk som skaper rammebetingelser og legger forventninger for utvikling på e-helseområdet (e-helse, 2019). Målgruppen for rapporten er beslutningstakere innen e-helse og helsepersonell med interesse for e-helse. Målet har vært å identifisere og analysere utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren knyttet til teknologisk utvikling, nye faglige metoder, kompetanse/bemanning og strategisk utvikling blant aktørene.

Ett av temaene som belyses særskilt i denne rapporten er kunstig intelligens. Direktoratet fremhever at kunstig intelligens og helseanalyse har verdi når den fører til bedre helse eller livskvalitet for pasienten, eller bærekraftighet ved bedre ressursbruk og reduserte kostnader for helse-tjenesten. Rapporten fremhever at dagens situasjon med manglende tilgang til oppdaterte resept- og legemiddelopplysninger, manglende beslutningsstøtte samt manglende hensiktsmessig funksjonalitet for administrering av legemidler er en stor utfordring og risiko for pasientsikkerheten. Aktørene understreker at det på legemiddelområdet oppleves som prekært å løse dagens utfordringer. Dette bør prioriteres og vil kreve aktørenes kapasitet. Det er også slik at behovet for e-helsestandarder er stort og drives av en økt digitalisering på mange områder. Det er økende interesse for og bruk av internasjonale standarder, og det er forventet konsolidering og endringer i leverandørmarkedet.

Til slutt peker direktoratet på at misbruk av personopplysninger de siste årene har fått økende oppmerksomhet gjennom store mediasaker og nytt lovverk. Digitalisering gir et nytt trusselbilde og trussel aktørene blir mer profesjonelle og ressurssterke.

6 Kommunenes arbeid med digitalisering

I dette kapitlet ser vi kort på noen generelle forhold knyttet til kommunenes arbeid med digitalisering som er av betydning for kommunenes arbeid med IKT innen helse- og omsorgssektoren.

Vi bruker begrepet IKT om systemene som virksomhetene investerer i. Begrepet digitalisering er bredere og handler om å bruke teknologi til å tilby nye og bedre tjenester, endre arbeidsprosesser, samt skape nye roller og relasjoner som understøttes av IKT-systemene. I utgangspunktet er digitalisering en samlebetegnelse for overgangen fra analoge, mekaniske og papirbaserte løsninger, prosesser og systemer, til elektroniske og digitale løsninger. Slik begrepet blir brukt i dag, omfatter det dessuten også oppgradering av gamle og utdaterte løsninger, selv om gamle IT-systemer strengt tatt allerede er digitale. Det er likevel ikke sikkert at de dokumentene vi omtaler, har brukt begrepene på samme måte.

Norge har mange små kommuner, og kommunene har knappe ressurser. Vi kan derfor anta at i mange av kommunene er de samme enhetene og fagpersonene som har ansvaret for IKT generelt og for IKT innen helse- og omsorgssektoren. Funn og resultater fra undersøkelser som gjelder IKT generelt i kommuner, vil derfor antagelig også ofte gjelde for IKT innen helse- og omsorgssektoren. Dersom en kommune for eksempel rapporterer at den mangler kompetanse innen endringsledelse og gevinstrealisering knyttet til digitalisering generelt, er det stor sjanse for at den også mangler denne kompetansen relatert til e-helse.

6.1 Ansvar og roller for IKT i kommunene

Vi har ikke noe helhetlig oversikt over hvordan kommunene organiserer arbeidet med IKT. Imidlertid gir enkelte av strategidokumentene vi har gjennomgått (jf. kapittel 8) et innblikk i roller og ansvar på IKT-området i kommunene.

Det vi ut fra gjennomgangen ser som *kan* være en typisk fordeling av roller og ansvar er at kommunestyret vedtar IT-/digitaliseringsstrategien, og at rådmannen eller IT-sjefen (på vegne av rådmannen) har det overordnede ansvaret for å lede digitaliseringsarbeidet og følge opp strategien i kommunen. Dette innebærer blant annet å sikre at kommunen iverksetter en helhetlig og koordinert satsning på de rette prosjektene. Beslutninger om store anskaffelser som er sektorovergripende tas av rådmannen/IT-sjefen.

Hvert enkelt tjenesteområde har ansvar for å se muligheter og aktivt bidra til digitalisering innen eget tjenesteområde. Nye forslag til IKT-/digitaliseringsprosjekter skal legges frem for IT-enheten og eventuelt rådmannen. Utvikling skal skje i tråd med arkitektur og infrastruktur som er beskrevet i kommunens IKT-strategi. IT-avdelingen skal bidra med faglig kompetanse, rådgivning, teknisk tilrettelegging og drift. Avdelingen har ansvar for å videreutvikle den tekniske infrastrukturen som grunnlag for videre digitalisering og har et helhetlig ansvar for digitalisering og informasjon i kommunen. Enheten skal også konsulteres før valg av løsninger.

Nedenfor ser vi på to konkrete eksempler fra digitaliseringsstrategier.

6.1.1 Fra Lørenskog kommunes digitaliseringsstrategi

Et eksempel er Lørenskogs digitaliseringsstrategi. (Se også omtale av strategien i kapittel 8.4) Strategien beskriver ansvar og roller på digitaliseringsfeltet i kommunen. Strategien viser til at den er et overordnet retningsgivende styringsdokument som gjelder for alle tjenesteområder. For å sikre en handlekraftig gjennomføring av strategien, involvering av brukermiljøer og overordnet styring og prioritering, er det viktig med en tydelig fordeling av roller og ansvar i digitaliseringsarbeidet.

Ansvar og roller beskrives som følger:

Kommunestyret

Kommunestyret vedtar digitaliseringsstrategien. De folkevalgte har også ansvar for at digitaliseringsstrategien blir tatt hensyn til i politiske vedtak i ulike sektorer og fagområder.

Rådmannen

Rådmannen har ansvar for å utvikle og gjennomføre strategien. Rådmannen skal prioritere, initiere, følge opp og gjennomføre prosjekter og har ansvar for rapportering. Rådmannen skal sikre helhetlige prioriteringer, og større tiltak skal konkretiseres i den årlige økonomiplanen.

Tjenesteutviklerrollen

I et digitaliseringsløp er det behov for å definere rollen som tjenesteutvikler for å ivareta fagområdets behov og ansvar. Hvert enkelt fagområde har ansvar for å se, ta i bruk og aktivt bidra i utviklingen av de muligheter som ligger i digitalisering innen eget tjenesteområde. Nye forslag til digitaliseringsprosjekter skal spilles inn og samordnes med andre relevante prosjekter og kunne legges inn under et av satsningsområdene i strategien. All utvikling som inneholder digitalisering/IKT skal skje i samråd med teknologiavdelingen.

Teknologiavdelingen

Teknologiavdelingen skal bidra med faglig kompetanse, rådgivning, teknisk tilrettelegging og drift. Avdelingen har ansvar for å videreutvikle den tekniske infrastrukturen som grunnlag for videre digitalisering og har et helhetlig ansvar for digitalisering og informasjon i kommunen. Avdelingen skal også ha fagkompetanse innen prosjektledelse av digitaliseringsprosjekter, kompetanse innen anskaffelser av teknologi samt kompetanse innen tjenesteutvikling, prosessledelse, opplæring og innføring av IKT-løsninger. Teknologiavdelingen har mandat til å etablere og forvalte standarder for IKT-utstyr og IKT-plattformer.

6.1.2 Bærum kommune - Styringsmodell og strategi for digitalisering og IT

Digitalisering og IT (DigIT) er et kommunalområde i Bærum kommune som rådgir virksomhetene innenfor digitalisering, gjennomfører digitaliseringsprosjekter og drifter det sentraliserte IT-miljøet. Styringsmodellen og strategien for digitalisering og IT er kommuneovergripende og medfører at:

- ▶ Alle tjenesteområdene benytter DigIT til å levere:
 - rådgivning
 - utvikling
 - tjenesteleveranser
 - utstyr
- ▶ Alle tjenesteområdene benytter DigIT for å dekke sine behov innen digitalisering og IT:
 - DigIT anskaffer alle Bærum kommunes 3. parts leveranser innen digitalisering og IT
 - Øvrige tjenesteområder anskaffer ikke IT-, digitaliserings-, eller skytjenester. Tilsvarende for IT-utstyr
 - Øvrige tjenesteområder deltar aktivt i styring av egen så vel som kommunens digitalisering og IT gjennom samspillet med DigIT
 - Alle tjenesteområder har ansvaret for å innovere og gevinstrealisere bruken av teknologi i egen tjenesteproduksjon
 - DigITs leveranser følges opp gjennom KPIer og tjeneste- eller prosjektspesifikke målinger
 - DigIT koordinerer Bærum kommunes eksterne digitalisering og IT-interessenter som KS, staten, leverandører, osv.

6.1.3 Fra Gran kommunes digitaliseringsstrategi

Et annet eksempel er hentet fra digitaliseringsstrategien til Gran kommune. Der vises det til at gjennomføring av strategien krever tydelig fordeling av roller og ansvar i digitaliseringsarbeidet. Strategiske beslutninger som omhandler digitalisering har fire faser: initiativ, vurdering, beslutning og gjennomføring.

Rådmannens ledergruppe

Strategien bygger på overordnede planer og forankres gjennom vedtak i kommunestyret. Rådmannens ledergruppe har ansvar for oppfølging av strategien og for å samordne og prioritere tiltak innen gitte budsjettrammer. Vurdering gjøres i et samspill mellom stab og støtte og rådmannens ledergruppe. Det bør vurderes en mer formell prosjektorganisering med blant annet prosjektleder og styringsgruppe der tiltakene har et visst omfang.

I alle beslutninger vurderes gevinstpotensial i forhold til ressurser som kreves for å gjennomføre tiltaket. Vurdering av kost/nytte legges til grunn når rådmannens ledergruppe årlig samordner innspill til budsjett og økonomiplan og gjør felles overordnede prioriteringer.

Stab og støtte

Det overordnede digitaliseringsarbeidet ledes av kommunalsjef for stab og støtte. Staben har ansvar for faglige vurderinger, koordinering og gjennomføring i samarbeid med ledere og medarbeidere. I det ligger å utarbeide beslutningsgrunnlag og administrere en samlet portefølje i sammen med tjenestene. Personvern og informasjonssikkerhet ivaretas gjennom vedtatt sikkerhetsorganisering. Stab og støtte skal bidra til at det blir definert og tatt ut gevinster av digitaliseringsinitiativene. Stab og støtte skal bidra med faglig kompetanse, rådgivning, informasjon, tilrettelegging og teknisk drift. IKT har ansvar for å videreutvikle den tekniske infrastrukturen som grunnlag for all digitalisering.

Kommunalsjefområder, enheter og tjenester

Hvert enkelt tjenesteområde har ansvar for å se muligheter og aktivt bidra til digitalisering innen eget område. Initiativer skal gå tjenestevei til kommunalsjef og tas med i en helhetlig vurdering i rådmannens ledergruppe. Tjenestene må legge opp til samarbeid og samordning med stab og støtte i alle faser av prosessene.

6.2 De fleste kommuner deltar i IKT-samarbeid

Det er dannet flere IKT-samarbeid på tvers av kommuner, fra samarbeid mellom et par-tre kommuner til større regionale samarbeid. Disse er blant annet med på å utvikle og innføre nasjonale og regionale prosjekter og løsninger i kommunene. Nettverkene jobber blant annet med å gjennomføre løsninger som DigiSos, Digibarnevern og Digihelse.

I dette kapitlet ser vi først på resultater fra undersøkelser i 2015 fra PwC og Riksrevisjonen om interkommunale IKT-samarbeid. Deretter ser vi på noen av de regionale samarbeidende som eksisterer i dag, for å gi eksempler på hvilke samarbeid som er. Flere regioner skal også være i gang med planleggingen av nye samarbeid.³

6.2.1 PwCs og Riksrevisjonens kartlegginger av interkommunale IKT-samarbeid fra 2015

PwC kartla i 2015 interkommunale IKT-samarbeid gjennom informasjonsinnhenting og en spørreundersøkelse.⁴ Kartleggingen samlet hovedsakelig informasjon omkring styring og organisering, men også annen tilgjengelig informasjon til det som da var den mest komplette oversikten over norske interkommunale IKT-samarbeid. PwC fant ca. 40 interkommunale IKT-samarbeid med

³ <https://kommunal-rapport.no/2019/01/digi-norge-regionaliseres>

⁴ <https://www.ks.no/fou-sok/2015/144016/>

formelt etablerte driftsenheter. De vanligste organisasjonsformene var samarbeid etter kommunelovens §27 og ulike varianter av vertskommunesamarbeid. Vedlegg 5 i PwCs rapport gir oversikt over de interkommunale IKT-samarbeidene PwC kartla herunder deltakerkommuner.

Kartleggingen viste også at de viktigste faktorene for etableringen av interkommunale IKT-samarbeid er:

- ▶ Økonomi og langsiktige investeringer
- ▶ Kvalitet og tilgjengelighet
- ▶ Kompetanse og ressurser

Kompetansebehovet knyttes blant annet til håndteringen av leverandører, som for mange sektorer er få og sterke. Dette kompetansebehovet omtales gjerne som *bestillerkompetanse*, som her ikke primært er hvordan, men hva man skal bestille. Det er altså kombinasjonen av kompetanse om brukernes behov og teknisk innsikt i hvordan behovene kan løses.

I følge PwC er de fleste interkommunale IKT-samarbeid konsentrert om daglig drift, slik det også er i de fleste kommuner som ikke deltar i interkommunale IKT-samarbeid. I noen tilfeller har driftsorienteringen blitt forsterket ved etablering av IKT-samarbeid. I tillegg vil nyetablerte IKT-samarbeid i den første perioden ofte prioritere konsolidering av systemer og å oppnå en stabil drift.

PwC finner også store variasjoner i hvilke tjenester samarbeidet har ansvar for. I de fleste samarbeid har kommunene eller et annet selskap ansvar for infrastruktur i form av fiber og nett. I noen tilfeller er det samarbeidet som forvalter avtalene om infrastruktur. Kartleggingen viser at alle samarbeid har ansvar for applikasjonsdrift, men i noen tilfeller er det enkelte applikasjoner og systemer som driftes av andre.

Applikasjonsforvaltning og systemeierskap er som regel fordelt mellom samarbeidet og kommunene ved at ansvar for fagsystemer ligger hos kommunene. I mange tilfeller er det en systemansvarlig i hver kommune.

Noen samarbeid har definert utvikling, prosjektledelse og rådgiving som tjenester, oppgave eller kompetanseområder, og utfører dette mot kommunene. Noen samarbeid har ikke dette som klart definerte oppgaver, men utfører allikevel oppgaver av denne typen ved behov. Noen samarbeid har definert at ansvaret for disse oppgavene ligger hos kommunene. Innovasjon og kommunal tjenesteutvikling er definert som tjenester eller oppgaver hos kun et fåtall samarbeid.

Riksrevisjonen kartla i 2015 (Riksrevisjonen, 2016) status for og vurderte betydningen av og mulige hindringer for digitaliseringen av kommunale tjenester med utgangspunkt i Stortingets mål om helhetlige og fullstendige offentlige digitale tjenester.

I Riksrevisjonens spørreundersøkelsen opplyste 73 % av kommunene at de deltar i et interkommunalt IKT-samarbeid. Flertallet av disse deltar enten i et interkommunalt IKT-samarbeid i samsvar med lov om kommuner og fylkeskommuner § 27 (45 %), et vertskommunesamarbeid som angitt i § 28-1 (39 %) eller et interkommunalt selskap (10 %). Spørreundersøkelsen viste at kommunene samarbeider mest om utvikling og drift av teknisk infrastruktur, drift av fagsystemer og IKT-anskaffelser. I kommuner som deltar i et interkommunalt IKT-samarbeid, utføres alle disse oppgavene i over 80 % av ikt-samarbeidene.

73 % av de kommunene som inngår i et samarbeid, mener at deltagelse i et interkommunalt IKT-samarbeid har gjort det enklere å digitalisere kommunale tjenester. Riksrevisjonen viser også til en rapport fra Nexia DA (fra 2015) som peker på at samarbeid har bidratt til bedre tjenester, økt fokus på sikkerhet og større IKT-miljøer i kommunene.

6.2.2 Noen eksempler på eksisterende IKT-samarbeid i kommunal sektor

Som nevnt i avsnitt 6.2.1 kartla PwC i 2015 IKT-samarbeid i kommunal sektor. Etter denne kartleggingen har nye samarbeid kommer til, noen har blitt lagt ned, og kommuner kommet til eller byttet samarbeidspartnere. Kommunereformen har naturlig nok medført endringer i flere samarbeidsrelasjoner. I dette avsnittet ser vi kort på noen sentrale samarbeid, for å eksemplifiser hvordan slike samarbeid kan se ut.

Digi Rogaland

Digi Rogaland er et samarbeid mellom 26 kommuner i Rogaland. Samarbeidet skal bidra til at flere nasjonale løsninger etableres og videreutvikles, og at noen av disse lages av kommuner i Rogaland, med bistand fra fellesressurser i Digi Rogaland og lokalt næringsliv.

Samarbeidet skal bidra til deling og gjenbruk av ressurser. Hjelp til gevinstrealisering og prosessforbedring er viktige byggeklosser i samarbeidet.

DigiUT

Digitaliseringsutvalg Trøndelag (DigiUT) er et partnerskap mellom kommunene, fylkeskommunen, fylkesmannen og KS i Trøndelag. Overordnet mål er å få en samordnet satsing når det gjelder lederkompetanse, utvikling og anvendelse av digitale verktøy i kommunale tjenesteleveranser. Rådmennene i Trøndelag har sluttet seg til en felles samhandlingsstrategi for digital utvikling. Trøndelag fylkeskommune har ansvar for å drifte DigiUT sekretariat.

Prosjektet «Trøndelagsløftet» skal bidra til at Trøndelag blir koordinert på det velferdsteknologiske feltet, og til at kommunene får den bistanden de selv opplever at de trenger for å innføre velferdsteknologiske tjenester. Aktiviteten i prosjektet vil være et supplement til alt arbeid som allerede gjøres innenfor velferdsteknologifeltet i Trøndelag. Prosjektet samarbeider tett med Fylkesmannen, det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, DigiUT, Komut, KS og Helseplattformen for å sikre koordinering og minske belastningen på kommunene.

Det Digitale Vestre Agder (DDV)

Det Digitale Vestre Agder (DDV), er et interkommunalt IKT-samarbeid som eies av ni kommuner i Vestre Agder. Gjennom samordning av sine IKT-ressurser, ønsker kommunene å være i front for å møte krav til utvikling av nye digitale tjenester.

DDV ble opprettet i 2015. Til og med 2017 besto DDV av et eget driftsselskap, DDV Drift, og et selskap med strategi- og bestillerfunksjon DDV Strategi. Fra og med 2018 er selskapene fusjonert i ett felles DDV med både drifts- og strategikompetanse.

DDV har om lag 40 ansatte totalt. Samlet dekker de kompetanse fra tidlig idé- og konseptfase, prosjektgjennomføring, implementering, til brukerstøtte og systemdrift. DDV styres av et styre, som ivaretar løpende styring og kontroll, og et representantskap, DDV Eier, bestående av rådmennene i de ni kommunene.

Regional koordineringsgruppe eHelse og velferdsteknologi (Agder)

Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder (RKG) skal bidra til:

- ▶ at kommunene i regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge
- ▶ å stimulere til forskning, utvikling og næringsutvikling i regionen
- ▶ økt interkommunal koordinering og forankring på Agder

For å lykkes med å få velferdsteknologi som en integrert del i helse- og omsorgstjenestene innen 2020 har RKG etablert satsningen «Velferdsteknologi Agder 2020», som et samlebegrep for fellesprosjekter mellom Agderkommunene. RKG koordinerer arbeidet med velferdsteknologi på Agder.

Satsningen består av følgende utviklingsområder:

1. Innføring av velferdsteknologi Agder (Agders bidrag inn i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet i regi v/Helsedirektoratet)
2. Kompetanseløft velferdsteknologi Agder
3. Felles anskaffelse av trygghets- og varslingsteknologi (Avsluttet oktober 2017)
4. Kommunal responsentertjeneste (overført til drift i 2017)

Søre Sunnmøre IKT

Søre Sunnmøre IKT er et interkommunalt selskap i Møre og Romsdal, eid av kommunene Hareid, Herøy, Sande, Ulstein, Vanylven, Volda og Ørsta. De primære tjenestene er drift, utvikling og support av IKT-system for om lag 14 500 ansatte og grunnskoleelever i de sju kommunene. Målet er å levere kostnadseffektive, stabile og trygge tjenester fra et felles driftssenter. Selskapet har totalt 24 årsverk som arbeider med brukerstøtte, drift og fagområde.

Selskapet startet januar 2018 da de ansatte fra kommunenes IKT-avdelinger ble overført til det nye selskapet. Samarbeid på IKT-området mellom deltakerkommunene hadde startet i 2005, de hadde kjøpt nytt sak/arkiv system på felles anbud.

6.2.3 Behov for helhetlig og oppdatert oversikt over IKT-samarbeidene i kommunene

IKT-samarbeid kan gi gevinster for kommunene, blant annet ved å gi de samarbeidene kommunene samlet mer IKT-kompetanse. Dette ble påpekt av Riksrevisjonen i deres undersøkelse av digitalisering av kommunale tjenester (Riksrevisjonen, 2016). Riksrevisjonen så behov for et sterkere samarbeid mellom kommunene for å utvikle kompetanse, erfaringsoverføring og teknologiske løsninger. Dette vil kunne bidra til at kommunesektoren i større grad kan utvikle og dra nytte av gode digitale tjenester. Etter vår vurdering kan de samme gevinstene antagelig hentes ved interkommunalt samarbeid på e-helseområdet.

Riksrevisjonen anbefalte i sin undersøkelse Kommunal- og moderniseringsdepartementet til å legge særlig vekt på å motivere kommunesektoren til sterkere samarbeid for å utvikle kompetanse og utveksle erfaringer og tekniske løsninger slik at kommunene i større grad kan utvikle og dra nytte av digitale tjenester. Kommunal- og moderniseringsministeren i sitt svar til Riksrevisjonen «*at ansvaret for IKT-modernhet og fremdrift i kommunene er kommunenes eget ansvar. Det betyr at ansvaret for samarbeid og erfaringsutveksling primært ligger i kommunene.*»

PwC kartla i 2015 interkommunale IKT-samarbeid gjennom informasjonsinnhenting og en spørreundersøkelse, jf. avsnitt 6.2.1 ovenfor. Inntil da var dette den mest komplette oversikten over norske interkommunale IKT-samarbeid. Etter det vi kjenner til, har ikke denne oversikten blitt holdt oppdatert. Vi har heller ikke mer oppdatert oversikt eller tall for IKT-samarbeid på tvers av kommunegrensene enn PwC' og Riksrevisjonens undersøkelser fra 2015. Det er imidlertid grunn til å anta at antallet kommuner som deltar i samarbeid ikke har blitt redusert siden disse undersøkelsene.

Det kan antagelig være gevinster ved å holde en oppdatert oversikt over IKT-samarbeidene i kommunal sektor. Danske KL og KOMBITs *Videncenter for digitalisering og teknologi* har utarbeidet en oversikt over de felleskommunale IT-samarbeidene i Danmark.⁵ Oversikten er blitt utarbeidet i dialog med IT-samarbeidene. Også der kan felleskommunale IKT-samarbeid dreie seg om innkjøp og implementering av felles løsninger, felles drift og support og felles dataforvaltning. Den danske oversikten blir løpende oppdatert. Oversikten viser hvilke samarbeid som finnes,

⁵ <https://videncenter.kl.dk/viden-og-vaerktøjer/it-anskaffelse/naar-kommuner-arbejder-sammen/faelleskommunale-it-samarbejder/>

formålene med samarbeidene, form på samarbeid (nettverk, avtale, mv.), hvilke kommuner som er med i de ulike samarbeidene og kontaklinformasjon.

Etter vår vurdering gir en slik oppdatert oversikt bedre mulighet for læring på tvers mellom kommunene og IKT-samarbeidene. Informasjon om hvilke nettverk og samarbeid som eksisterer, kan for eksempel gjøre at det dannes større nettverk og at erfaringer i større grad utveksles. Det vil også gi oppdaterte kontaktpunkter som statlige virksomheter og andre aktører kan bruke dersom de for eksempel ønsker å hente erfaring fra IT-utvikling/digitaliseringstiltak i kommunene. Dette gjelder digitaliseringstiltak i helse- og omsorgssektoren

Det er en generell mangel på oppdatert informasjon om erfaringene med interkommunalt IKT-samarbeid, for eksempel i hvilken grad kommunene har klart å samordne IKT innenfor helse og omsorg. Ut fra informasjonen vi sitter på, har vi for eksempel lite eller ingen kunnskap for å si noe om slags type samarbeid mellom kommunene som best kan bidra til å løse utfordringene ved å innføre nasjonale e-helseløsninger i kommunene.

6.3 Styringsmodell for samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor

KS er gitt det formelle ansvaret og mandatet for samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor gjennom hovedstyrevedtaket i september 2015.

6.3.1 KommiT-rådet

KommiT-rådet er et rådgivende organ i KS innen digitalisering og smart bruk av teknologi. Rådet skal bidra til utvikling av felles løsninger og ivareta kommunesektorens interesser.

Rådet behandler blant annet nasjonale prosjekter som har søkt om støtte fra finansieringsordningen for digitale fellesprosjekter. KommiT-rådets anbefaling sendes KS som tar den endelige beslutninger.

Digitaliseringsutvalget (DU) er et arbeidsutvalg som forbereder saker til KommiT-rådet og til rettellegger for effektiv saksbehandling og god måloppnåelse. Organet skal også være pådriver for det samlede digitaliseringsarbeidet i kommunesektoren og bidra til forankring og oppfølging av dette. KommiT-rådet eller KS velger selv når det er hensiktsmessig å bruke DU.

6.3.2 KS faggruppe e-helse

Faggruppe e-helse er et rådgivende organ i KS innen digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Medlemmene møtes fire ganger årlig og gir innspill til KS sitt arbeid på e-helseområdet. Det kan for eksempel være råd om nye felles kommuneprojekt.

Sammensetning og kompetanse skal gjenspeile kommunal sektor med representasjon fra både større og mindre kommuner og bestå av representanter med IKT, ulike helsefag, informasjonssikkerhet og ledelse samt sentrale aktører som brukerorganisasjoner.

6.4 Fellesløsninger

KS har i dag ansvar for forvaltning av fellestjenester og felleskomponenter innen FIKS-rammeverket som igjen er utviklet for å gjenbruke og samspille med statlige felleskomponenter. KS har også nylig etablert felles arkitektur for kommunal sektor i samarbeid med sektoren og statlige aktører som direktoratet for eHelse, Difi og NAV, der kommunal sektors samhandling med staten er et hovedfokus.

6.4.1 DigiFin-ordningen

Finansieringsordningen DigiFin er etablert for at kommunal sektor i fellesskap skal kunne utvikle flere digitale fellesløsninger. Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) har bidratt med

kr 125 mill. til finansiering av ordningen. Forutsetningen er at kommunal sektor bidrar med minst like mye. De fleste fylker og kommuner har allerede betalt sin andel for å bli med i ordningen basert på innbyggertall. Hovedstyret i KS har vedtatt at KS skal bidra med inntil kr 40 mill.

De som kan motta støtte fra ordningen er kommuner, fylkeskommuner, KS og kommunalt eide foretak og interkommunale selskaper (dersom kommunen eller fylkeskommunen er med på søknaden). Prosjekter som har mottatt støtte fra ordningen så langt er DigiHelse, Digisos og Min side.

6.4.2 DigiHelse

DigiHelse er en tjeneste via Helsenorge.no der brukere av hjemmebaserte tjenester kan enkelt og trygt kontakte helsetjenestene i sin kommune⁶. De kan sende og motta meldinger, se avtaler og få varsler om utførte besøk. DigiHelse er innført i 34 kommuner som dekker om lag 32 % av innbyggerne. KS har ansvar for nasjonal innføring og arbeider for at løsningen skal tas i bruk i samtlige kommuner for å sikre et enhetlig tjenestetilbud til innbyggerne.

6.5 Kompetanse og modenhet i kommunene

6.5.1 Kommunen mangler IKT-kompetanse

I SSBs rapport *Digitalisering i kommunene: Overblikk over tilstanden i 2018* (Rybalka m.fl., 2019) har norske kommuner svart på en rekke spørsmål knyttet til digitalisering. Kommunene oppgir blant annet at de har problemer med å få tak i folk med den riktige kompetansen. 42 % oppgir at manglende kompetanse i svært stor eller ganske stor grad har vært et hinder for utvikling av kommunens digitale tjenester, mens bare 20 % av kommunene har få eller ingen problemer.

70 % av dem som har svart at kompetansemangelen hindrer den digitale utviklingen, har imidlertid ikke forsøkt å rekruttere IKT-spesialister. Ifølge SSB kan dette kan tyde på enten finansielle begrensninger eller på manglende relevant kompetanse på arbeidsmarkedet. Rapporten viser at det er kommunene rundt Oslo som i størst grad opplever problemer med å rekruttere folk med den riktige kompetansen. Ifølge SSB kan mulige årsaker være stor etterspørsel etter IKT-spesialister i hovedstaden, og trolig mer attraktive jobber for dem der enn i kommunene rundt. Det gjør det vanskelig for disse kommunene å rekruttere rett kompetanse.

Riksrevisjonen pekte i sin undersøkelse av digitalisering av kommunesektoren på mangelen på kompetanse i mange kommuner. Spørreundersøkelsen viste at den administrative ledelsen i mange kommuner ikke opplevde å ha tilstrekkelig kompetanse til å digitalisere kommunens tjenester. Det gjaldt både teknisk IKT-kompetanse og strategisk kompetanse om hvordan IKT kan brukes i tjenesteproduksjonen. KS var bekymret for de digitale forskjellene mellom kommunene, og framhevet at små kommuner og utkantkommuner ser ut til å ha de største utfordringene med å etablere store nok fagmiljøer på IKT-området. Erfaringen og kunnskapen om digitaliseringsprosjekter og implementering av ny teknologi er svært begrenset i kommunal sektor. Det gjelder særlig i mange små og mellomstore kommuner. Difi peker i intervju på at de opplevde at bredden i de utfordringene kommunene står overfor på digitaliseringsområdet er så store at det nesten ikke er mulig for de minste kommunene å klare det alene. Difi viser til at de gjennom arbeidet med å styrke den digitale kompetansen til ledere i offentlig sektor har erfart at det finnes et stort behov for økt kompetanse på rådmannsnivå i kommunene.

6.5.2 Lite systematisk arbeid med gevinstrealisering

Riksrevisjonen fant i sin undersøkelse av digitalisering av kommunale tjenester (Riksrevisjonen, 2016) at 65 % av den administrative ledelsen i kommunene opplyser at de ikke arbeider systematisk med gevinstrealisering ved digitalisering av kommunale tjenester.

⁶ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/utviklingsprosjekter/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/nasjonale-prosjekter/digihelse/>

Videre bruker få kommuner de verktøyene som Difi og KS tilbyr for gevinstrealisering. 20 % av kommunene opplyser at de bruker Difis prosjektveiviser til å hente ut ønsket gevinst av digitalisering av kommunale tjenester, mens 32 % oppgir at de bruker KommITs gevinstkokebok. På spørsmål om kommunene har kartlagt mulige gevinster av digitalisering av kommunale tjenester, svarer to kommuner at de har kartlagt dette for samtlige kommunale tjenester, mens 29 % av kommunene svarer at de ikke har kartlagt mulige gevinster for noen tjenester.

Riksrevisjonens funn er at det ikke arbeides systematisk med gevinstrealisering ved digitalisering av kommunale tjenester, og at det også gjelder digitalisering generelt. Vi vurderer imidlertid at det er liten grunn til å tro at det arbeides mer systematisk med gevinstrealisering ved digitalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester enn det gjøres med kommunale tjenester generelt. Opptattheten av gevinstrealisering som systematiske tiltak for å hente ut gevinstene av tiltak har antagelig vært større i IT-avdelinger og blant sentralt plasserte administrative ledere i kommunene enn i fagavdelingene.

6.5.3 Stagnasjon i utvikling av avanserte digitale tjenester

Undersøkelsen «IT i Praksis» 2019 viser at digitaliseringen øker, men offentlig sektor stagnerer i utviklingen av avanserte, digitale tjenester (Visma, 2019). IT i Praksis bruker tjenestetrappa med fire trinn som et mål på hvor langt offentlige virksomheter har kommet i digitaliseringen og tilpasningen av sine tjenester. Digitalt førstevalg representerer et minstekrav som tilsvarer «individuell tjeneste», på andre trappetrinn. Undersøkelsen viser at den positive utviklingen med en forflytning fra trinn 1 til trinn 2, fortsetter. Samtidig påpeker de stagnering opp mot trinn 3, og få offentlige virksomheter tilbyr avanserte, individuelle tjenester ovenfor sine brukergrupper. Kommunene spesielt sliter med å nå de høyeste nivåene på tjenestetrappa, hvor hoveddelen tilbyr sine tjenester som enkle, individuelle tjenester.

Etter det vi kjenner til, er det ikke undersøkt om det er samme stagnasjon i utviklingen av avanserte, digitale tjenester innenfor helse og omsorg innen kommunene.

6.5.4 Kunnskapsbehov som er identifisert tidligere

Rambøll gjennomførte i 2017/2018 et FoU-prosjekt for KS som skulle gi kunnskapsstatus og peke på forskningsbehov innenfor satsningsområdene i KS' digitaliseringsstrategi (Marion et al, 2018). Rapporten er en kunnskapsoppsummering og omhandler digitalisering i kommunene generelt, ikke avgrenset til helse og omsorg. Forfatterne påpeker at det relevante kildematerialet var stort, og tar dette som et uttrykk for at området digitalisering av offentlig sektor har modnet. Dokumentstudiet viser videre at det i all hovedsak er en konsistens mellom hva man vet om nåsituasjonen, hva som er igangsatt av tiltak, og hvilke mål som er satt innen de strategiske temaområdene. Det framstår som det er høy grad av bevissthet i kommunesektoren og blant interessentene rundt (som forskning, stat, næringsliv) knyttet til potensialet digitalisering av kommunale tjenester har for kvalitet og effektivitet i offentlig sektor.

Rapporten peker på følgende kunnskapshull:

- ▶ Manglende kunnskap om tilstand og status for kommunesektoren innen de forskjellige tematiske målene
- ▶ Manglende dokumenterte og systematiserte erfaringer
- ▶ Manglende drøfting av sammenheng mellom utfordringer, tiltak og måloppnåelse
- ▶ Manglende kunnskap om hvilke effekter tiltakene har for måloppnåelse
- ▶ Manglende omtale av investeringsbehov og kvantifiserbare økonomiske nyttevirkinger

7 Resultat rapporter

Vi har vurdert 162 dokumenter for inklusjon og eksklusjon, og har inkludert 35 ulike rapporter og evalueringer publisert fra 2016. Det er rapporter både fra konsulentselskap, forskningsinstitusjoner og nasjonale myndigheter. En rapport fra en kommune er inkludert.

Som figuren under, har det vært en god økning i antall publikasjoner. At det er færre i 2019, kan skyldes at søkene er gjort i november 2019, ikke ved utgangen av året.



Figur 1 Utvikling over tid i antall publikasjoner

7.1.1 Digitalisering av arbeidsprosesser

Å modernisere journal- og samhandlingsløsninger og digitalisere legemiddelkjeden er de to viktigste innsatsområdene innen digitalisering av arbeidsprosesser. Vi har identifisert tre rapporter som belyser ulike aspekter ved temaene. Oppsummert kan det se ut til at entydige signaler fra myndigheter og myndighetsreguleringens makt i høy grad påvirker implementeringen av elektroniske pasientjournaler (EPJ). Multidose har effekt, reduserer feil ved legemiddelutlevering og oppleves trygt og nyttig. Studiene indikerer at innføring av moderne journalsystemer krever målrettet innsats og styring fra myndighetene, og er i tråd med måten man satser i Norge. Samtidig kan det se ut som helsepersonell er mer motiverte til å ta det i bruk når de ser en umiddelbar effekt på kvalitet eller effektivitet. Vår vurdering er derfor at det blir viktig å involvere brukerne av nye systemer for å lykkes med digitalisering av arbeidsprosesser.

Handlingsplan for e-helse påpeker at IKT-systemene skal være tilpasset helsepersonellens mange arbeidsmåter. Større grad av strukturerte data gir mulighet for bedre funksjonalitet. Innsatsområdene på dette området er modernisere journal- og samhandlingsløsninger og digitalisere legemiddelkjeden.

Målene for modernisering av journal- og samhandlingsløsninger er at innbyggerne skal få en samlet tilgang til egne helseopplysninger og mulighet til selv å ta del i egen behandling, samt at helsepersonell får tilgang til riktig informasjon uavhengig av hvor pasienten har vært tidligere. Med helhetlige digitale løsninger skal samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten blir forbedret. Veikart for *En innbygger -en journal beskriver tiltakene som er på gang.

En forutsetning for at ulike tjenesteaktører skal kunne samhandle elektronisk, er at alle journaler er digitale. Innføringen av elektroniske pasientjournaler (EPJ) har tatt mange år, men anses nå som innført. Å ta i bruk moderniserte løsninger med mulighet for å kunne samhandle, vil kunne ha likhetstrekk med innføringen av EPJ i første runde. Tyskland har ennå ikke gjennomført elektroniske pasientjournaler i hele landet, og **Mitterer** har i sin mastergrad i helseøkonomi studert nøkkelfaktorer som kan forklare dette (Mitterer, 2018). Metodikken var en kombinasjon av scoping

review, en implementeringsevaluering og deskriptiv sammenligning. Konklusjonen er at entydige signaler fra myndigheter og myndighetsreguleringens makt påvirker EPJ implementering i svært høy grad. Effektivitet og tempo i beslutningsprosessene, en klar nasjonal strategi med konkrete planer og klare styringsstrukturer med avklarte ansvarsforhold er viktige elementer. Grad av kompleksitet og divergens i lovverket trekkes også frem. Dessuten er muligens ønskene fra befolkningen om å reservere seg sterkere i Tyskland enn i Norge.

Blixt og medarbeidere har gjennomført et kvalitativt studie med formål å få innsikt i prosessen med å ta i bruk et nytt digitalt verktøy, et tillegg til den elektroniske pasientjournalen i egen kliniske praksis i kommunehelsetjenesten (Blixt L, 2019). Verktøyet hadde to hensikter: samle data til forskningsformål, og strukturere pasientdataene i pasientens egen journal. 8 fysioterapeuter som alle var i en læreprosess med å ta i bruk det elektroniske verktøyet, ble både observert og intervjuet. Forfatterne fant at fysioterapeutene var svært ambivalente til å ta verktøyet i bruk. Forfatterne konkluderte med at eierskap til verktøyet er vesentlig for å ta det i bruk på varig basis.

Det er svært viktig at alt helsepersonell har tilgang til oppdaterte opplysninger om pasientens legemidler til enhver tid. For å sikre dette, må også legemiddelkjeden digitaliseres. Dosetter har lenge vært et hjelpemiddel for at riktig legemiddel tas til rett tid, men å legge legemidler i dosetter er en manuell og tidkrevende prosess og kan medføre feil. Multidose er et maskinelt system som pakker medikamenter til hvert doseringstidspunkt i en liten pose. Prosjektet «Evaluering av pilotering av elektronisk løsning for multidose i e-resept» er utført av Nasjonalt senter for e-helseforskning (**Bergmo** et al, 2018). Prosjektet bestod av tre deler. Første del er en systematisk oversikt over erfaringer med e-multidose med et spesielt fokus på de skandinaviske landene. Litteratur med materiale fra Norge rapporterer at multidosepakkelegemidler oppleves som en kvalitetsforbedring både i form av økt pasientsikkerhet og økt effektivitet.

Studier fra andre land viser blandede resultater. I litteraturgjennomgangen fant de ingen studier som spesifikt analyserte medisineringsfeil og forskrivningskvalitet ved e-multidose sammenlignet med multidose forordnet på papir. Andre del av prosjektet har målt uoverensstemmelser i legemiddellistene ved bruk av e-multidose sammenlignet med multidose forordnet på papir-ordinasjonskort og faks. Data fra fire pilotkommuner før innføring av multidose ble sammenlignet med data innhentet to år etter innføringen. Det ble funnet en betydelig nedgang i antall uoverensstemmelser etter innføring av e-multidose, avvikene er mer enn halvert. Del tre av prosjektet kartla erfaringene til helsepersonell som bruker e-multidose i pilotprosjektet. De vurderte i hovedsak at pasientsikkerheten økte med e-multidose sammenlignet med papir-multidose, og at e-multidose gir riktigere legemiddelforordning til pasienten. Særlig fastleger opplevde at e-multidose var mer effektivt enn papirmultidose. En forutsetning for å optimalisere fordelene ved e-multidose, er at fastlegene har gode elektroniske arbeidsverktøy. Gode rutiner både internt på fastlegekontoret og i samarbeidet med apotek og hjemmetjenesten ble også fremhevet som viktig. I tillegg ble påpekt et stort behov for at ansatte i hjemmetjenesten, med ansvar for administrering en pasientens legemidler, har elektronisk tilgang til oppdaterte medisinlister i sanntid.

Disse studiene indikerer at innføring av moderne journalsystemer krever målrettet innsats og styring fra myndighetene, noe som er i tråd med måten man satser i Norge. Samtidig kan det se ut som helsepersonell er mer motivert til å ta det i bruk når de ser en umiddelbar effekt på kvalitet eller effektivitet. Vår vurdering er derfor at det blir viktig å involvere brukerne av nye systemer for å lykkes med digitalisering av arbeidsprosesser.

7.1.2 Bedre sammenheng i pasientforløp

Bidra til plan og kontinuitet i ansvarsoverganger og å dele oppdaterte legemiddelopplysninger er innsatsområdene for å få bedre sammenheng i pasientforløpene. Vi har identifisert åtte rapporter som belyser ulike aspekter ved temaene. Oppsummert viser rapportene at elektroniske henvisninger (enveis) fungerer, men det er et stykke vei å gå på digital dialog både mellom tjenestene og med innbyggerne, selv om innbyggerne muligens ønsker det. Det kan se ut som en utfordring å etablere velfungerende løsninger som tjenesteapparatet ønsker å ta i bruk, og det har

kanskje ikke vært nok oppmerksomhet rettet mot organisatoriske forhold og ansattes holdninger og kompetanse. Samtidig vil sannsynligvis en digital konsultasjon kreve samme innsats fra helsepersonell som ved fysisk fremmøte, mens det for innbyggerne sannsynligvis kan være mange fordeler. Dette gir utfordringer med tanke på hvem som skal betale for slike løsninger. Vår vurdering er at både nasjonale og kommuner må adressere disse utfordringene. Innbyggerne er positive til og ønsker mer digital dialog, men leger er avventende til mulighetene for å dele data på tvers av virksomheter. Kjernejournal blir hovedsakelig brukt i akutte situasjoner til å få oversikt over legemidler og slik informasjon oppleves særlig viktig for eldre som bruker mange medisiner, rusmisbrukere og bevisstløse pasienter.

Et mål i e-helsestrategien er at «e-helse skal bidra til helhetlige og godt koordinerte helse- og omsorgstjenester som ivaretar krav til pasientsikkerhet og kvalitet» og i påvente av felles IKT-løsninger, vil integrasjon mellom virksomhetenes IKT-systemer og bruk av eksisterende nasjonale løsninger fortsatt være basisen.

Innføringen av trygg elektronisk meldingsutveksling mellom de ulike tjenestetilbyderne i helse- og omsorgssektoren har pågått over mange år. **Netteland** gjennomførte i 2014, en spørreundersøkelse til hjemmetjenesten og institusjonshelsetjenesten i tre kommuner med ulike meldingsutvekslingssystemer, samt tre avdelinger ved tilhørende sykehus som hadde mest meldingsutveksling til disse kommunene (Netteland, 2017). Undersøkelsen ble gjennomført fire måneder etter at det var innført elektronisk meldingsutveksling. Hun fant at organisatoriske forhold i liten grad ble viet oppmerksomhet, og i mindre grad hos sykepleierne enn hos førstelinjelederne. Forfatteren konkluderer med at organisatoriske forhold og særlig opplæring, burde få mer oppmerksomhet ved innføring av nye elektroniske løsninger. Noe seinere belyser **Staatsveen mfl.** erfaringene med å bruke elektroniske omsorgsmeldinger til sykepleiere fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten (Staatsveen et al, 2018). De har intervjuet 8 sykepleiere fra Trondheim kommune og fra St Olavs hospital. De fant at sykepleierne supplerte elektroniske meldinger med telefonsamtaler for å sikre tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand. Samtidig uttrykte sykepleierne at de bruker mye tid på e-meldinger, og at det kan gå på bekostning av pasientrettet arbeid. Telefonsamtaler kan kanskje føles som den enkleste måten å henvende seg på i den spesifikke situasjonen.

Nasjonalt senter for e-helseforskning (i samarbeid med Direktoratet for e-helse) har undersøkt rutiner og prosesser for kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom aktører i den kommunale helsetjenesten (Malm-Nicolaisen et al, 2018). Det ble gjennomført intervjuer, observasjoner og uformelle samtaler med helsepersonell i fem tjenesteområder, samt gjennomført en digital spørreundersøkelse blant helsepersonell og ansatte i førstelinjetjenesten i alle landets kommuner (med unntak av kommunene i Midt-Norge). Et hovedfunn var at det brukes mye tid og ressurser på kommunikasjon og informasjonsutveksling, og at dagens IKT-systemer ofte legger begrensninger. Elektronisk meldingsutveksling er på noen områder et godt verktøy, mens det er mindre egnet i andre sammenhenger. Dagens løsninger krever kontinuerlig fokus fra helsepersonell for å håndtere avvikshåndtering, oppdatering og oppfølging. Manglende funksjonalitet framtvinger i flere tilfeller dobbelrutiner og merarbeid. Helsepersonell oppgir videre å bruke betydelig tid på ikke-pasientnære oppgaver som en direkte konsekvens av manglende funksjonalitet og mulighet i elektroniske systemer. Tiden brukt på slike rutiner anses ikke som «bortkastet», og helsepersonellet fremhever de som helt nødvendig i arbeidet sitt. **Melby mfl.** har kartlagt allmennpraktikers holdninger og forventninger til elektroniske pasientjournaler med mulighet for å dele data mellom institusjoner og kommuner, og mellom helsepersonell (Melby et al, 2019). De har intervjuet 17 allmennpraktikere fra alle helseregionene, og fant at de var opptatt av å kunne få oppsummert informasjon for å unngå for mye informasjon, samt for muligheten for dialog på tvers av virksomhetene. De er bekymret for at nye systemer skal gi merarbeid og tekniske utfordringer, og forfatteren konkluderer med at de foreløpig «sitter på gjerdet» og er avventende.

Lohne mfl. undersøkte hvordan legekontorer i Agder tilnærmet seg de krav som Helsedirektoratet har satt til overvåking av elektroniske meldinger (Lohne et al, 2018). Representanter fra omtrent en tredjedel av legekantorene i Agder besvarte en spørreundersøkelse. Studien konkluderer med at flertallet av brukerne opplever elektroniske henvisninger som et effektiviserende og kvalitets-sikrende verktøy. Kompetanse, intern ansvarsfordeling og journalsystemets brukervennlighet, er faktorer som i særlig grad påvirker legekantorenes meldingsovervåking.

Sintef Digital har på oppdrag for Forskningsrådet gjort en fersk kunnskapsoppsummering om digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene (Melby L, 2019). Fellet digitale samhandlingstjenester – og konsekvenser av disse viste seg å være mer komplekst enn forfatterne hadde forutsett, og antallet inkluderte artikler ble høyt. De konkluderer med at digitale løsninger kan styrke kommunikasjonen mellom ansatte, men ikke dersom den digitale løsningen er den elektroniske pasientjournalen. Den kan i noen tilfeller forhindre god informasjonsflyt. Å ta i bruk digitale løsninger fører til endringer av ansattes arbeids-hverdag. I noen tilfeller kan de digitale løsningene være for rigide og tidkrevende til at man føler man får gjort jobben sin like godt som før, mens i andre tilfeller blir oppgaver utført mer grundig og effektivt på grunn av digitale verktøy.

Kjernejournal er en annen måte å sikre at ulike tjenesteytere har tilstrekkelig informasjon om den aktuelle pasient. Det er en elektronisk tjeneste som inneholder viktige opplysninger om den enkeltes helse, som både innbyggerne og helsepersonell har tilgang til. Kjernejournal er i dag innført på alle sykehus, legevakter og ved 90 % av fastlegekantorene, men i liten grad i resten av de kommunale tjenestene. Det er viktig at resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten kobles på for å oppnå mer helhetlig samhandling. To kvalitative studier initiert av **Direktoratet for e-helse** ble gjennomført i 2016: Nasjonal innføring av kjernejournal og legers erfaringer med kjernejournal i Trondheim (Dyb & Warth, 2018). Studien er utført i Trondheim, siden de var først ute med å innføre løsningen. Det ble gjort åpne, kvalitative intervjuer med 25 leger fra akuttmottak, legevakt og fastlegekantorer. Resultatene viser at kjernejournal i hovedsak ble brukt i akutte situasjoner der pasienten var ukjent for legene på legevakt eller i akuttmottak. Legene brukte kjernejournal til å få oversikt over legemidler som var registrert på pasienten, og sa at slik informasjon var særlig viktig for eldre som brukte mange medisiner, rusmisbrukere og bevisstløse pasienter. Fastlegene som kjenner sine pasienter godt, har mindre nytte av kjernejournal. Legene var mindre opptatt av de andre funksjonene i løsningen, inkludert kritisk informasjon som alvorlige allergier, implantater og sjeldne, alvorlige tilstander.

Under dette satsingsområdet, legges det i strategien også vekt på dialog med brukerne. En fersk befolkningsundersøkelse Norstat/Penetrace har gjort på vegne av Telenor, viser at 70 % av landets innbyggere over 60 år er positive til å ta i bruk ny teknologi innen helse og omsorg (Norstat), mens under 10 % i samme aldersgruppe synes kommunene er flinke til å ta i bruk ny teknologi.

Rambøll har på oppdrag for Forbrukerrådet gjennomført en kartlegging av den digitale tilstanden ved norske fastlegekantorer (Nur et al, 2018). Kartleggingen er basert på en spørreundersøkelse sendt ut til norske fastlegekantorer og en spørreundersøkelse av et representativt utvalg av befolkningen (4321 respondenter), samt kvalitative intervjuer med fastleger, og andre relevante aktører i helsesektoren. 86 % av alle undersøkte fastlegekantorer sier at de tilbyr digitale tjenester gjennom en sikker innloggingsløsning, eksempelvis via helsenorge.no. Tilnærmet alle fastlegekantorer gir pasientene mulighet for å bestille time digitalt, 61 % kan fornye sykemelding digitalt, mens kun 41% kan utstede helseerklæring/-attest digitalt. I tillegg kan 52 % tilby toveis skriftlig e-konsultasjon, mens kun 8 % tilbyr videokonsultasjon. Undersøkelsen avdekker at en majoritet av fastlegekantorene har en avventende holdning til økt bruk av videokonsultasjon i fremtiden, ettersom nytte og bruk skal bli grundigere utredet. Undersøkelsen viser videre at det er svært få legekantorer som har praktisk informasjon om kontoret er lett tilgjengelig digitalt. Fastlegekantorene anser at potensial for digitalisering er størst i kommunikasjonen mellom lege og pasient, samt mellom ulike helseinstanser. Undersøkelsen av innbyggernes holdninger viser at innbyggerne

mener den største fordel ved digitale tjenester er at det gir en mer effektiv kommunikasjon. Fordelene ved digitalisering er mindre for legenes konsultasjon og behandling av pasienter.

Disse studiene viser noe sprikende resultater med tanke på helsepersonells holdninger til digital dialog. De viser at noen, i alle fall i begynnelsen, er usikre på om man kan stole på informasjonen kommer fram. Det er også slik at dagens løsninger for digital dialog ikke oppleves gode og effektive nok, og det svekker entusiasmen for å ta løsningene i bruk. Vår vurdering er at både nasjonale og kommuner må adressere disse utfordringene. Dette handler både om å etablere gode og funksjonelle løsninger, men også å motivere og stimulere til å ta løsningene i bruk. Kjernejournalen er nyttig når man treffer pasienter med sammensatte utfordringer og helsepersonell ikke kjenner fra før. Innbyggerne er sannsynligvis mer klare til å ta i bruk digital dialog med helsetjenestene. Samtidig vil sannsynligvis en digital konsultasjon kreve samme innsats fra helsepersonell som ved fysisk fremmøte, mens det for innbyggerne sannsynligvis kan være mange fordeler. Dette gir utfordringer med tanke på hvem som skal betale for slike løsninger.

7.1.3 Bedre bruk av helsedata

Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata og bedre bruk av helsedata til sekundærformål er innsatsområdene under bedre bruk av helsedata. Kommunene vil sannsynligvis ha særlig nytte av bedre utnyttelse av helsedata. Vi har identifisert tre ferske rapporter som berører dette temaet. Oppsummert viser rapportene at dette området foreløpig er i startgropen.

Et mål i strategiene er lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata. Planen understreker at «Effektiv tilgang til komplett, korrekt og oppdatert informasjon er en forutsetning for bruk av helsedata til kvalitetsforbedring, helseanalyse, ledelse, beredskap og forskning. Tilgangen til relevante data av høy kvalitet er imidlertid krevende». Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata og bedre bruk av helsedata til sekundærformål er innsatsområdene. Kommunene har i dag tilgang på statistikk og data fra egen kommune i KOSTRA-rapporteringen, folkehelseprofiler med mer, som de bruker i planlegging av sine tjenester. Med mer informasjon om innbyggernes helse og bruk av helsetjenester, vil de kunne ha enda bedre tilpassede tjenester. De vil kunne styre innsatsen godt. Bruk av helsedata til sekundærformål er viktig for forskning og for å utvikle gode tjenester. Det kan likevel hende at kommuner er mindre opptatt av dette perspektivet.

Pasientens helsetjeneste og brukermedvirkning er viktige perspektiver i dagens helsetjeneste og regjeringens helsepolitikk både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale tjenestene. Åtte forskere fra mange land, inkludert Norge, har sett på hvordan kunstig intelligens påvirker brukermedvirkning «participatory health» (Denecke et al, 2019). Forskerne har gjort systematiske søk etter studier som omhandler temaet. De oppsummerer med at kartlegging av pasienters bruk av sosiale medier, kan blant annet gi kunnskap om pasienters forventninger til behandling. Ingen av studiene de identifiserte viste noen effekt på kliniske resultater eller helsestatus. De konkluderer med at feltet er nytt, men det er mange aktuelle forskningsspørsmål på feltet.

Rapporten fra 2019 fra **Direktoratet for e-helse** fremhever at man de siste årene har sett en utvikling med flere igangsatte forsknings- og pilotprosjekter innen kunstig intelligens (e-helse, 2019). Flere av disse prosjektene kan potensielt skaleres til å bli fellesløsninger dersom det blir gode resultater for både bærekraftighet og verdiskapning for helse- og omsorgstjenesten. Regelverksutvikling, utvide datagrunnlaget, bedre datakvalitet, harmonisere, både faglig og innenfor kodeverk og terminologi, investere og bygge opp analyseinfrastrukturer og å øke kompetansen og mulighetene som helseanalyse og maskinlæring gir, er viktige forutsetninger for å oppnå ønsket gevinst.

Verktøyet omtalt i **Blixt** og medarbeidere sin studie (s. 26) hadde to hensikter: samle data til forskningsformål, og strukturere pasientdataene i pasientens egen journal. Forfatterne fant at fysioterapeutene var svært ambivalente i å ta verktøyet i bruk, men utviklet likevel et eierskap til verktøyet som gjorde det mulig å balansere de to ulike hensiktene.

Disse studiene indikerer at det fremover vil komme mye relevant kunnskap om hvordan man kan bruke helsedata bedre, men at det foreløpig er lite kunnskap/forskning på området.

7.1.4 Helsehjelp på nye måter

Å tilrettelegge for innbyggeren som ressurs, stimulere til innovasjon og helsehjelp på avstand er innsatsområdene innen satsingsområdet «Helsehjelp på nye måter». Det er identifisert 16 rapporter eller studier som berører dette temaet. Vi ser at bruken av ulike velferdsteknologiske løsninger øker, og gevinsten er sannsynligvis stor. Innen oppfølging av kroniske pasienter eller psykiske lidelser, kan det se ut som om avstandsoppfølging gir en helsegevinst, muligens også bruk av ulike app-løsninger. Generelt ser det ut til at avstandsoppfølging og digital dialog med tjenesteapparatet er like bra som fysisk kontakt, og pasientene/befolkningen ønsker eller er positiv til en slik dialog. Legene er mer skeptiske og avventende. Gevinsten ligger da også i størst grad hos pasientene, men også i kommunale og statlige tjenester. Selvstendig næringsdrivende leger har sannsynligvis mindre økonomisk gevinst av å etablere slike tilbud. Vi har ikke identifisert rapporter som omhandler digital dialog mellom pårørende og tjenesteapparatet i omsorgssektoren, men vet at slike utprøvinger finnes⁷. Ytterligere prosjekt og evaluering i form av et randomisert kontrollert studie innen medisinsk avstandsoppfølging er på gang. Triagering har vi ikke tilstrekkelig kunnskap om. Vår vurdering er at kommunene fortsatt må fokusere på organisatoriske forhold og samarbeid som viktige elementer i innføring av velferdsteknologiske løsninger. Å fokusere på digitale løsninger som en del av tjenesteutviklingen, og ikke som et tiltak i seg selv (jf. Nasjonal helse- og omsorgsplan), er viktig.

Generelt om velferdsteknologi og om trygghetsskapende teknologi

NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg" definerer velferdsteknologi som «*Teknologi som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.*» Denne definisjonen ligger også til grunn i *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012–2013))⁸. Nasjonalt velferdsteknologiprogram ble etablert i 2014. Programmet legger til rette for at flere kommuner tar i bruk og integrerer velferdsteknologi som en del av helse- og omsorgstjenestene og er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet der Helsedirektoratet er programeier. Ansvaret for oppfølgingen ligger nå i Direktoratet for e-helse. Velferdsteknologiske løsninger deles ofte i trygghetsskapende teknologier inkludert løsninger som gir mulighet for sosial deltakelse og motvirke ensomhet, mestringsteknologier og utrednings- og behandlingsteknologier som muliggjør avansert medisinsk utredning og behandling i hjemmet.

Basert på kommunenes innrapportering av IPLOS-data, utarbeider KPR statistikk på brukere og tjenester og viser en stadig økning i bruk⁹. I 2018 var det for eksempel registrert i underkant av 100 000 brukere med trygghetsalarm, hovedsakelig over 80 år og de fleste med middels til stort bistandsbehov, mens tallene for 2017 var i overkant av 95 000 brukere. Det var i 2018 registrert litt over 1 300 brukere med varslings- og lokaliseringsteknologi, hovedsakelig i alderen 67–89 år og 42 % med omfattende bistandsbehov. I 2017 var det registrert litt over 500 brukere, hvorav 32 % med omfattende bistandsbehov.

For at kommuner skal kunne ta i bruk ulike trygghetsskapende teknologier, er de avhengig av et mottaksapparat for varslingene, ofte kalt responscenter. Nasjonalt program for velferdsteknologi gav **PA Consulting Group** (PA) i oppdrag å utrede ulike modeller for organisering av respons-

⁷ <https://www.telenor.no/bedrift/aktuelt/mer-digital-velferd.jsp>

⁸ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

⁹ <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/e124ce26-5116-4135-92f7-49fc7ca2db3a?e=false&vo=viewonly>

tjenester og foreta en økonomisk analyse av responstjenester (PA, 2016). Rapporten viser til at for brukerne er det viktig at responssentertjenesten har tilgang til informasjon om brukerens situasjon og diagnose og hvor vedkommende befinner seg. Dessuten at de kan tilkalle utrykningspersonell. Brukerne er ikke opptatt av hvor operatøren ved responssentertjenesten er lokalisert, mens kommuner fremhever lokal kunnskap som viktig ved organisering av responstjenester. Den økonomiske analysen viser at bemanningsutgiftene utgjør 70 % av de totale kostnadene i et responssenter. Responssentre kan høste store effektivitetsgevinster ved å øke antall tilkoblede brukere, men denne effekten avtar desto flere brukere som tilkobles. Helsedirektoratet utarbeidet i 2016 anbefalinger om trygghetsskapende teknologer, og lanserte to modeller for mottak av varslingene: responssentertjeneste eller direkte respons.

Nasjonalt senter for e-helseforskning har utredet et kunnskapsgrunnlag til revidering disse anbefalingene (Holm et al, 2019). Studien er gjennomført som en kvalitativ undersøkelse der informantene er tjenesteansvarlige eller de som er best kjent med responstjenesteløsningen i 14 kommuner i Norge. Resultatene viser at det er store forskjeller mellom kommunene. Forskjellene er synlige både hva angår valgte responstjenestemodeller og tekniske løsninger, men også når det kommer til modenhet i vurderinger av hva responstjenesten er og kan være. I noen kommuner er det krevende å initiere langsiktige tiltak fordi dagens situasjon er preget av begrenset handlingsrom for utvikling av utvidede tjenester. Her etterspørres konkrete og detaljerte anbefalinger for trygghetsskapende teknologier. Kommuner som har på plass en god organisering rundt responstjenester, signaliserer behov for reviderte anbefalinger som skisserer mulighetsrommet rundt responstjenesten.

Prosjektet «Kunnskapsoppsummering velferdsteknologi» ble initiert av Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratets Nasjonale velferdsteknologiprogram. Dette resulterte i et samarbeid med **Nasjonalt senter for e-helseforskning** som oppsummerte kunnskap om prosjekter og tjenester innen trygghets-, mestringsskapende- og avstandsoppfølgingsteknologier (Knarvik et al, 2017). Analysen i fem land viser at definisjonen og avgrensningen av det velferdsteknologiske tjenesteområdet nærmer seg mer og mer e-helse, og at det legges vekt på evalueringer - mer enn på forskning. Kunnskapsoppsummeringen viser at velferdsteknologi utvikler seg raskt i norske kommuner: Litt over halvparten av kommunene hadde velferdsteknologiprojekter i kartleggingsperioden. De fant at målgruppen har i hovedsak vært eldre og personer med kroniske sykdommer, men også barn og unge med funksjonsnedsettelse. Kommunene i erfaringskartleggingen peker på at det er en utfordring å skulle gi slipp på gamle rutiner og endre seg i retning av mer fokus på selv-hjelp. Den pekes også på at teknologisk utdannet personell blir mer involvert i brukerne, og at helsearbeidere må lære seg mer teknologi. Kommunene må også fokusere mer på samarbeid både internt, mellom kommuner og mellom nivåene i helsetjenesten. Løsninger som innføres bør være en del av helhetlige løsninger og vil være avhengig av god infrastruktur. **Kjetil Løyning** har skrevet en masteroppgave om effekter av nettverksamarbeid på region- og kommunenivå ved innføring av velferdsteknologi (Løyning, 2019). For å besvare spørsmålene er det gjennomført en spørreundersøkelse blant de 30 Agder-kommunene som inngår i nettverket RKG-e-helse i Agder. Hovedfunnene i studien er at nettverket har hatt stor effekt på innflytelse, effektiv innføring av velferdsteknologi og effektiv informasjonsspredning. Det er etablert en lærings-og-delingskultur.

Velferdsteknologiske løsninger skal gi gevinster både for bruker og for samfunnet. **Helse-direktoratet** har utarbeidet to gevinstrapporter fra utprøvinger av trygghets- og mestringsteknologi som er foretatt av utviklingskommunene (Melting, 2017). Rapport nummer to viser til at kommunene først ble anbefalt å starte med at varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser skulle integreres i kommunens ordinære helse- og omsorgs-tjenestetilbud. På bakgrunn av erfaringene som ble gjort, anbefalte Helsedirektoratet i den andre rapporten, at kommunene også skulle innføre digitalt tilsyn, oppgraderte sykesignal-anlegg/pasientvarslingssystem og logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester. Digital trygghetsalarm anses nå som en standardtjeneste og omtales ikke særskilt. Rapporten viser til at kommunene opplever at velferdsteknologi gir store gevinster i form av spart tid, unngåtte kostnader og økt kvalitet på tjenesten for tjenestemottaker, pårørende og ansatte.

Rapporten understreker imidlertid at det handler ikke om selve teknologien, men om tjenesten som helhet. Kommuner vil ha ulikt potensial for innsparing, og gevinstene i én kommune vil ikke uten videre kunne overføres til en annen som tar samme teknologi i bruk. Dette har sammenheng med hvordan helse- og omsorgstjenesten er organisert, ressurser og demografi.

Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomførte en kvalitativ studie på foreldres brukererfaringer etter 2 ½ års utprøving av velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse i Drammen og Horten kommuner (Tronsen & Knarvik, 2019). Rapporten viser at familiene i all hovedsak har gode erfaringer med bruk av velferdsteknologi. Nytteverdien er særlig knyttet til å fremme barnas selvstendighet og mestring av daglige gjøremål, sosial deltakelse og språklige ferdigheter. Over tid ble terskelen lavere for å ta i bruk ny teknologi og utvide teknologiens bruksområder. Samtidig påpekes organisatoriske, teknologiske og sosiale/individuelle utfordringer og forutsetninger, som må tas høyde for ved innføring av velferdsteknologiske løsninger. En nøkkelfaktor er at brukerperspektivet ivaretas. Videre er det viktig med tilstrekkelig opplæring og oppfølging til barn, foreldre og fagpersoner, og at det blir sørget for god koordinering, samarbeid og sømløse overganger mellom involverte tjenester. En tidligere rapport fra samme prosjekt viser at kommunene er gode til å forankre aktivitetene opp mot strategiske planer og inkludere dette som en del av sitt utviklings- og innovasjonsarbeid (Rotvold et al, 2018). De har imidlertid mindre fokus på forretningsmessig forankring, dvs. det som vil berøre kommunebudsjettene. Skal kommunene lykkes med å skalere prosjektene slik at velferdsteknologi implementeres i kommunen som helhet, krever det et mer forpliktende lederengasjement hevder forfatterne.

Avstandsoppfølging og digital dialog

I Norge er det ofte lange reiseavstander for å komme til helsetjenesten, eller for helse- og omsorgstjenesten å komme hjem til den som trenger tjenesten. Det vil derfor kunne være store gevinster hvis noe av disse tjenestene kunne skje uten fysisk møte. **Norsk senter for e-helseforskning** viser til at det er 13 millioner fastlegebesøk i Norge i dag. Hvis bare 1 % av disse kunne blitt gjennomført på video ville transport og venting i forbindelse med 130 000 besøk vært spart både for pasienter og eventuelle arbeidsgivere (Kolstrup, 2016). For kommunale tjenester ville en videosamtale med fastlege i noen tilfelle kunne avklart om en beboer trenger anstrengende og dyr transport til fastlege eller sykehus for nærmere undersøkelse.

I tre år har Nasjonalt velferdsteknologiprogram prøvd ut medisinsk avstandsoppfølging sammen med fire kommuner. Den nye nasjonale sykehusplanen legger opp til økt bruk av avstandsoppfølging også fra sykehusenes side.

SINTEF har på oppdrag fra Helsedirektoratet vært tjenesteutviklingspartner for satsingen avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer ved hjelp av velferdsteknologiske løsninger (Das et al, 2018). Oppdraget har bestått i støtte til tjenesteutvikling og har inkludert en formativ evaluering av de fire prosjektene «HelsaMi+» som er blitt tilbudt innbyggere i Trondheim, Malvik, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal, «Velferdsteknologi i sentrum» (VIS) som har omfattet fire bydeler i Oslo: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen, «Mestry» i Sarpsborg, og «God Helse Hjemme» i Stavanger. Prosjektene har vært ulikt organisert med blant annet forskjellige tjenestemodeller og teknologi. I løpet av tjenesteutviklingen er det blitt avdekket en hel del kvalitetskriterier og styrker ved avstandsoppfølging, men det er også blitt avdekket utfordringer og forbedringsområder som det jobbes videre med. Alle prosjektene har ervervet solid erfaring og kompetanse vedrørende avstandsoppfølging. Det er imidlertid fortsatt en vei å gå når det gjelder å styrke både kompetanse og kvalitet i tjenestene for økt nytteeffekt og forbedret helseutfall ved avstandsoppfølging. **Intro International AS** har på oppdrag av Helsedirektoratet, sammen med A-2 Norge, Designit og Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo gjennomført en følgeforskning av de samme prosjektene som Sintef fulgte (2018). Brukernes følelse av økt oppfølging, trygghet og kontroll over egen helse er markant bedret ved bruk av avstandsoppfølging. Avstandsoppfølging skaper også positive endringer hos mange av brukerne. Det ser ikke ut til at brukerne sykkelgjøres. Det kan ikke påvises signifikante endringer i antallet akutte liggedøgn (n=338) antall fastlegebesøk (n=368), bruk av kommunal akutt døgnenhet, korttidsopphold eller besøk av

hjemmesykepleie. Det er imidlertid en økning i antall fastlegebesøk for delprosjekt VIS. Kommentarer fra brukerne understøtter at enkelte er mer hos fastlegen etter avstandsoppfølging, da de selv har oppdaget forverringen i egen helse. I framskrivning av kostnader for implementering av avstandsoppfølging med 300 brukere som utgangspunkt, beregnes kostnadene å være ca. kr 27 000 pr. bruker pr. år i en nærresponstjeneste (VIS), en privat drevet responstjeneste være ca. kr 39 000 pr. bruker pr. år (Mestry), og en sentralisert responstjeneste være ca. 16 000 kr pr. bruker pr. år (HelsaMi+). Beregningene inneholder usikkerhet, og vil variere etter kommunestørrelse, antall brukere og hva slags medisinteknisk utstyr som er benyttet.

Den samme rapporten inneholder også en kunnskapsoppsummering rundt avstandsoppfølging. Denne oppsummeringen viser positive effekter for brukere med sukkersyke, KOLS-pasienter og brukere med hjertesvikt. Avstandsoppfølging virker å ha positiv effekt både på brukerens helse og opplevelser og samfunnskostnader som liggedøgn mv. Artikkelforfattere er dog kritiske til kvaliteten på analyserte studier. Rapporten peker også på at teknologiproblemer er et gjennomgående hinder for både brukere og helsepersonell, samt at helsepersonell frykter redusert menneskelig kontakt. Selv om forskning vedrørende pårørende er mangelfull, viser enkelte indikasjoner at de fungerer som en viktig driver for aksept for teknologien.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse utredet i 2018 bruk av e-konsultasjon mellom lege og pasient i form av utveksling av tekst, bilde eller over videokonferanse. (Helsedirektoratet & E-helse, 2018). Rapporten viser til at e-konsultasjon utgjorde 2,2 % av det samlede antall konsultasjoner i fastlegetjenesten i oktober 2018. Den tilgjengelige litteraturen er i stor grad preget av pilotstudier der man har klart å isolere ut enkeltoppgaver hvor e-konsultasjon kan brukes som et nyttig hjelpemiddel. I noen sammenfatninger konkluderes det med at epost ikke bør brukes til pasienter som ikke er kjent av legen fra før. Samtidig ser man at det dukker opp kommersielle helsetilbud som tilbyr e-konsultasjoner uten at man trenger å ha noen etablert kontakt mellom lege og pasient. E-konsultasjon kan potensielt brukes i behandling av de fleste store pasientgrupper, men er fra primærhelsetjenesten oftest dokumentert brukt til behandling av akutte luftvei og urinveisinfeksjoner, hudlidelser og psykiatri. Studier fra primærhelsetjenesten viser at pasienter er positive og ønsker muligheten til å bruke e-konsultasjoner, mens leger opplever i mange pilotprosjekter at programvaren for e-konsultasjon er lite brukervennlig og frykter at e-konsultasjon kan øke deres arbeidsbyrde. I tillegg vil de ikke utføre e-mailkonsultasjoner uten refusjoner/betaling. Pasienter som har brukt e-post fremhever bekvemmeligheten ved å kunne kontakte legen uansett hvor de befinner seg, og muligheten til en rask avklaring av enkle spørsmål uten å måtte møte opp på legekontoret. Videre fremheves det at legen blir mer tilgjengelig, at kvaliteten på oppfølging bedres og at det ofte kan være mer komfortabelt å ta opp sensitive tema på avstand. Den samme rapporten viser at det er mest og best datagrunnlag fra spesialisthelsetjenesten, mens erfaringsgrunnlaget fra primærhelsetjenesten er tynnere. Noen studier viser til potensielle besparelser i allmennpraksis, og den mest åpenbare innsparingen vil være på pasientens arbeidstid og transportkostnader. E-konsultasjoner kan for legen lede til dobbeltarbeid fordi henvendelser via e-konsultasjon leder til oppfølging enten via telefon eller ved vanlig konsultasjon. Det er også usikkert om man ved å tilby e-konsultasjoner tiltrekker seg pasientgrupper som ellers ikke ville tatt kontakt, og om behandling av denne gruppen er effektiv bruk av helsetjenestens ressurser. Det er usikkert om bruk av e-konsultasjon som erstatning for vanlig konsultasjon er tidsbesparende for legene.

Nasjonalt senter for e-helseforskning har kartlagt gjennomførte, pågående og planlagte prosjekter innenfor medisinsk avstandsoppfølging i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen viser et mangfold av teknologiske og organisatoriske former for medisinsk avstandsoppfølging (Knarvik U, 2019). Det er registrert rundt 176 prosjekt som også inkluderer innmeldte prosjekter som befinner seg i grenseland mellom medisinsk avstandsoppfølging og for eksempel telemedisin eller utprøving av apper mellom behandler og pasient. Hovedvekten av prosjektene er sykehusdrevet. Datamaterialet viser at det i noen tilfeller er satt i gang prosjektaktiviteter med forventninger om positiv effekt uten at materialet sier noe om hvordan disse effektene skal dokumenteres. Men det er også kartlagt 89 effektstudier. Psykisk helse og rus er det området med flest prosjekter, og sammenlignet med fysisk frammøte er det dokumentert bedre ressursutnyttelse med samme effekt

for pasienten. Pasienter rapporterer økt trygghet ved å kunne være hjemme. Også de konkluderer med at det på diabetesområdet og innen KOLS er lovende resultater. Rapporten nevner også at det er et betydelig antall prosjekter innen oppfølging av pasienter med kreft, hjemmedialyse og slagrehabilitering, men at det ikke foreligger tydelige resultater ennå. Rapporten viser til eksempler på nye tjenestemodeller som er under utvikling. En studie på telerehabilitering for KOLS pasienter støtter også funnene om effekt (**Hoas & Zanaboni, 2017**). Et internasjonalt multisenter og randomisert kontrollert studie er nå underveis. Denne vil gi svar på om telerehabilitering er en kostnadseffektiv strategi for oppfølging av pasienter med KOLS.

Sintef Digital har på oppdrag for Forskningsrådet gjort en fersk kunnskapsoppsummering om Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene (Melby L, 2019). Ved hjelp av litteratursøk fant de 357 artikler om digitale samhandlingsverktøy. De aller fleste av dem handlet om samhandling mellom tjenesteutøver og -mottaker. En stor andel av studiene dreide seg om internett-behandling for psykiske lidelser, og det er funnet positive effekter av slik internettbasert behandling. Studiene har likevel ikke funnet ut nok om hvorfor internettbehandlingen virker, om den virker bedre for noen brukere enn for andre, og om det er de som trenger det mest som faktisk får tilbud om slik behandling. Når det gjelder studier om digitale tjenester innen somatikk, handler en del forskning om digitale verktøy som skal hjelpe folk med å endre atferd eller livsstil, for eksempel når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet. I noen studier ble det funnet god effekt av den digitale løsningen, mens i andre ikke. De digitale løsningene er nokså forskjellige, og det er derfor vanskelig å trekke noen konklusjoner om hva det er som gjør at noen fungerer godt. Innen somatikk fant forfatterne også en del studier som handler om avstandsoppfølging av hjemmeboende pasienter, der pasientene kan gjøre mye selv. Avstandsoppfølgingen har positive konsekvenser når pasientene kan reise sjeldnere til sykehuset og ta mer kontroll over egen situasjon. Den har negative konsekvenser dersom det er vanskelig eller slitsomt for pasienten å gjennomføre ting selv, eller dersom løsningen er for generell og ikke godt nok tilpasset den enkeltes behov.

Et noe mer spisset prosjekt iverksatt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram av **Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet** har vært «Sosial, digital kontakt for å mobilisere mot ensomhet blant eldre». Prosjektet skulle gi kunnskap om IKT-opplæring kan bidra til å vedlikeholde og styrke eldres muligheter til å opprettholde sine sosiale nettverk. Korrapporten fra 2019 oppsummerer undersøkelsens tredje prosjektår med at eldre er interessert i teknologi når de har et behov for å bruke det (Holm & Johansen, 2019). Behovene kan være både praktiske og sosiale. Trygghet i teknologibruk er viktig, og henger sammen med muligheter til oppfølging etter kurs. Rapporten konkluderer med at opplæring i bruk av teknologi kan gjøre eldre mer sosiale og mindre ensomme. Forutsetningen er at de kan få oppfølging, nødvendig utstyr og tilgang til ressurspersoner med faglig og pedagogisk kompetanse.

Helsedirektoratet har satt i gang ny utprøving av avstandsoppfølging for perioden 2018–2021. Den nye utprøvingen gjennomføres både i kommuner med ordinær fastlegetjeneste og i kommuner som deltar i Helsedirektoratets pilotprosjekt for primærhelseteam. Utprøvingen skal omfatte samarbeid mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, fastlegene og spesialisthelsetjenesten for å etablere en helhetlig oppfølging av pasienter i målgruppen. Hensikten er å få mer kunnskap om hvordan avstandsoppfølging påvirker fysisk og psykisk helse for pasientene, samt å få mer kunnskap om kost-/nytteverdien av tiltaket. For å oppnå dette innrettes forskningen som en randomisert kontrollert studie, hvor pasienter randomiseres i tiltak- og kontrollgruppe.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse et oppdrag om utprøving av triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastlege. **Nasjonalt senter for e-helseforskning** er bedt om å bidra med en hurtig kunnskapsoppsummering (Kristiansen et al, 2019). Litteraturen viser at digital triagering er et felt i rask utvikling, men at det fortsatt ikke finnes nok kunnskap til å konkludere med hensyn til effekter.

Helseapper

Internasjonale kliniske retningslinjer har fokus på egenmestring som en integrert del av behandlingsrutinene for personer med kronisk sykdom, og helseapper kan bidra til å etablere en plattform som kan tilby fleksible og lett tilgjengelige programmer for egenmestring til lav pris. En systematisk litteraturstudie evaluerte helseeffekter i forhold til pasienters mestring av kronisk sykdom. En av konklusjonene var at tekstmeldinger (SMS) pr. i dag er det mest brukte mobile verktøy for å motivere til egenmestring (**Saadatfard & Årsand, 2016b**). Kroniske lidelser inkludert i denne studien var blant annet diabetes mellitus, hjerte-karsykdom og kronisk lungesykdom. Resultatene viste videre at helseverktøy har potensiale til å legge til rette for pasienters egenmestring av kronisk sykdom, men funnene som støtter effekten pr. i dag er blandede. Det er mer sannsynlig at yngre pasienter med diabetes drar nytte av å bruke diabetesapper (Saadatfard & Årsand, 2016a). Effekten øker når pasientene får tilbakemeldinger fra helsepersonell.

Innbyggerne i Norge er blant de mest digitale i verden. Vi er vant til å kunne finne informasjonen vi trenger på nett og kommunisere med offentlige og private aktører digitalt. Helse- og omsorgstjenesten har de senere årene begynt å tilby digitale innbyggertjenester, Det innebærer tjenester som gir informasjon, mulighet til innsyn i egne helseopplysninger og tjenester som legger til rette for aktiv deltakelse i egen helse og behandling. **Hansen m fl** har i to ulike artikler analysert sammenhengen mellom diabetikers bruk av e-helse (i form av internettsøk, apper, videoer og sosiale media), og deres legebruk (Hansen et al, 2019a; Hansen et al, 2019c). Begge studiene indikerer en sammenheng mellom søk på internett etter kunnskap og legebek: både i beslutningen til å oppsøke lege og til å la være. En tredje studie fant en klar sammenheng mellom høy utdanning og bruk av internettsøk, men ikke en slik sammenheng i bruk av apper, sosiale media og video (Hansen et al, 2019b).

Studiene viser at det er mye aktivitet innen emnet «Helsehjelp på avstand» og at kommunene opplever store gevinster. Aktiviteten og rapportene handler både om hvordan man skal organisere nødvendig infrastruktur, om innføring av ulike digitale hjelpemidler for brukeren og dialogen med brukeren. Innbyggerne har gode erfaringer med, og muligens god helseeffekt, av mange av de ulike digitale løsningene som finnes. Vår vurdering er at kommunene fortsatt må fokusere på organisatoriske forhold og samarbeid som viktige elementer i innføring av velferdsteknologiske løsninger. Å fokusere på digitale løsninger som en del av en tjenesteutvikling, ikke et tiltak i seg selv (jf. Nasjonal helse- og omsorgsplan), er viktig.

7.1.5 Felles grunnmur for digitale tjenester

Å utvikle felles byggeklosser som tilrettelegger for samhandling og helhetlig og effektiv styring og forvaltning av byggeklossene, er innsatsområdene i felles grunnmur for digitale tjenester. En felles grunnmur er et nasjonalt ansvar med svært stor betydning for kommunene og for de private aktører i kommunehelsetjenesten. Samtidig viser historikken med mange leverandører av journalløsninger at det representerer en stor utfordring. Bruk av velferdsteknologisk knutepunkter kan se ut som en god og effektiv løsning. Vår vurdering er at nasjonale myndigheters fokus på dette området vil være svært viktig.

Selv om det foreligger god dokumentasjon på at velferdsteknologi gir positive effekter for brukerne, tjenesten og på helse- og omsorgssektorens bruk av ressurser, er ikke løsninger utbredt som en integrert del av det norske helse- og omsorgstilbudet i dag. Vi har også pekt på utfordringer i samhandling og felles journalløsninger. En kartlegging av behovet hos kommunene som deltar i velferdsteknologiprogrammet viser at det er et stort behov for informasjonsutveksling mellom velferdsteknologiske løsninger og EPJ-systemer. Mindre enn 10 % har allerede koblet de viktigste eller alle løsningene sammen. En felles grunnmur for digitale tjenester skal gi betydelig raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering av helse- og omsorgssektoren og tilrettelegge for enkel og sikker samhandling på tvers av forvaltningsnivåene og bedre muligheter for innovasjon. Grunnmuren løser felles behov med felles løsninger der det er mulig.

Plan for e-helse omtaler felles grunnmur som «et sett med byggeklosser som skal skape enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer. Byggeklossene skal kunne gjenbrukes på tvers av alle e-helseløsninger». «Felles grunnmur for digitale tjenester» består av to innsatsområder: å utvikle felles byggeklosser som tilrettelegger for samhandling og helhetlig og effektiv styring, og forvaltning av byggeklossene.

Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett og Oslo Kommune har siden mai 2018 hatt en felles infrastruktur - et velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) - i drift (e-helse, 2018). Et nasjonalt knutepunkt vil kunne innlemmes i grunnmur for digitale tjenester, og læring fra velferdsteknologisk knutepunkt er viktig for etablering av slike komponenter. Knutepunktet er en skytjeneste som i stor grad har blitt etablert ved å ta i bruk og konfigurere eksisterende tjenester. Målet med utprøvningsfasen er blant annet å verifisere at et knutepunkt kan dekke prioriterte behov hos flere kommuner og å identifisere faktorer som skal til for å skalere knutepunktet til bruk for alle landets kommuner. Arbeidsomfanget med å etablere knutepunktet har vært beskjedent om man ser bort fra nødvendige avklaringer og beslutninger underveis i arbeidet. Så langt er det Oslo kommune som har tatt i bruk tjenesten, og det har tatt lengre tid enn forventet å få satt i drift flere kommuneløsninger gjennom knutepunktet. 82,7 % sier de vil benytte en nasjonal knutepunktstjeneste innen de neste 5 år, gitt at kostnadsnivået er akseptabelt. Hvis ikke tilbudet eksisterer, eller blir for kostbart, vil de fleste løse integrasjonsbehovet selv eller via egne leverandører.

Knutepunktet håndterte ca. 39 000 journalføringer de første 77 dagene i drift. Dette tilsvarer ca. 500 pr. dag. Rapporten viser at knutepunktet gir bedre dokumentasjonen av helsehjelpen, bedre datakvaliteten samt frigjør ca. 1–2 dagsverk pr. dag med foreløpig teoretiske beregninger. De ansatte er positive, og de opplever at knutepunktet gir konkrete, positive effekter for deres hverdag. Hvor stor andel en slik integrasjon utgjør av det totale gevinstbilde for en kommune ved innføring av velferdsteknologi, er ikke analysert.

En av årsakene til manglende kommuneløsninger, er manglende prioritering av samarbeidet fra EPJ-leverandørene. For å styrke gjennomføringskraften i den videre utprøvingen foreslås at prosjektet utarbeider, sammen med kommuner, KS og Direktoratet for e-helse, felles bestillinger til EPJ-leverandørene på grensesnitt (API'er), samt innleder et samarbeid med utvalgte innovasjon- og testklynger for å utarbeide grensesnittspesifikasjoner, og hjelpe leverandører med implementering, test og godkjenning.

En felles grunnmur er et nasjonalt ansvar og vil ha svært stor betydning for kommunene og for de private aktører i kommunehelsetjenesten. Samtidig viser er historikken med mange leverandører av journalløsninger at det representerer en stor utfordring. Bruk av velferdsteknologisk knutepunkt kan se ut som en god og effektiv løsning. Vår vurdering er at nasjonale myndigheters fokus på dette området vil være svært viktig.

7.1.6 Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne

Felles finansieringsmodeller samt erfaringsutveksling, veiledning og støtte til innføring er viktige tiltak for å sikre en nasjonal styring og økt gjennomføringsevne innen e-helse. De fem rapportene vi har identifisert, indikerer at helse- og omsorgssektoren digitaliseres saktere enn andre deler av det offentlige Norge, kommunale helse- og omsorgstjenester digitaliseres saktere enn statlige, og at private aktører kan ligge foran offentlige aktører. Kompetanse er viktig men det kan også se ut som om kompetanseutvikling innen e-helse ikke har tilstrekkelig fokus i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ingeniørstudenter ønsker ikke å jobbe i kommunene. Vår vurdering er at man må opprettholde fokuset på gjennomføringsevnen, men at kommunene må ha større fokus på kompetanseelementet i sitt digitaliseringsarbeid.

E-helsestrategiens mål på dette området, er å bidra vi til en effektiv helsetjeneste av høy kvalitet at ved å legge til rette for en samordnet digitalisering av helse- og omsorgssektoren. I planen fremheves det at det brukes i dag få og til dels svake virkemidler for å understøtte målene i strategien, noe som fører til en fragmentert utvikling og begrenser gjennomføringsevnen. Den nasjonale

styringsmodellen må derfor styrkes. Felles finansieringsmodeller samt erfaringsutveksling, veiledning og støtte til innføring vil være viktige tiltak.

«Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne» består av følgende innsatsområder: skape en nasjonal leveransekraft, styrke arbeidet med innføring og sikre at gevinster oppnås samt styrke arbeidet med beredskap, informasjonssikkerhet og personvern.

Implementering og gevinster

En rapport fra **Direktoratet for e-helse** oppsummerer at de *nasjonale* e-helseløsningene øker i utbredelse og bruk (e-helse, 2019). For eksempel ser man at det er flere innbyggere som besøker Helsenorge.no, samtidig som tjenestene der blir mer brukt. Dette gjelder også tjenester for helsepersonell. Totalt sett får innbyggerne tilgang til og tar i bruk stadig flere tjenester, blant annet sin egen pasientjournal der dette tilbys. En stadig større andel av samhandlingen i sektoren foregår elektronisk og private aktørers bruk og tilbud av e-helseløsninger øker og ligger på noen områder foran det offentlige helsevesenet. Svarene i DIPS sitt e-helsebarometer viser at både befolkningen generelt og helsepersonell mener at tjenesten ligger litt bedre an i digitaliseringsprosessen enn tidligere, selv om det fortsatt er flere som mener helsetjenesten ligger bak i digitaliseringsprosessen enn foran. Samtidig scorer helse- og omsorgstjenesten dårligere enn andre offentlige aktører på tilfredshet med enkle selvbetjeningstjenester som timebestilling og generell informasjon. Den lave tilfredsheten blant innbyggerne med digitale tjenester kan tyde på at utviklingen ikke går fort nok. Direktoratet for e-helse har pr. i dag få oversikter som viser kommunenes aktiviteter og ressursbruk på e-helse.

Menon har utarbeidet en modell som viser at digitalisering av kommuners tjenester har et totalt gevinstpotensial på mer enn 100 milliarder kr de neste ti årene (Mellbye & Gierløff, 2018). De hevder at i underkant av halvparten av gevinstpotensialet er innenfor helse- og omsorgssektoren. Ulike rapporter peker på besparelser på opp til 25 % innenfor helse og omsorg de neste årene. De viser til at Kommunebarometeret viser at seks av ti kommuner har konkrete planer om opptrapping av bruk av velferdsteknologi. Evry har i en kartlegging funnet at 8 av 10 av landets rådmenn, IT-ledere og kommunalsjefer mener at kunstig intelligens blir viktig for forbedret innbyggerdialog og bedre arbeidsprosesser fremover. Samtidig viser undersøkelsen at rundt 40 % av kommunene ikke har satt i gang IKT-prosjekter innen kunstig intelligens eller nye løsninger for automatisering. Rapporten hevder at de mindre kommunene kan hente ut fordelene som digitalisering skaper gjennom mer interkommunalt samarbeid og fellesløsninger. Rapporten avslutter at blant annet manglende kompetanse, for lite bruk av fellesløsninger, åpne standarder og manglende endringsvilje er hindre for å hente ut gevinster som følge av digitalisering i kommunene.

Kompetanse

Planen for e-helse peker på at e-helse ikke kan reduseres til et spørsmål om teknologi alene. For å lykkes må aktørene evne å kombinere innsikt i medisinsk og helsefaglig virksomhet med fokus på digitalisering. Ett av målene for innsatsområdet «Styrke arbeidet med innføring og sikre at gevinster oppnås» er å styrke kompetansen innen endringsledelse, innføring og gevinstrealisering samt generell digital kompetanse knyttet til e-helse.

Ny Analyse har på oppdrag av Unio gjennomført en spørreundersøkelse blant deres medlemmer i de fire fagforbundene i helsesektoren: Norsk Sykepleierforbund, Norsk Radiografforbund, Norsk fysioterapeutforbund og Norsk ergoterapeutforbund. De ble spurt om hvordan de ser på sin egen eksisterende kompetanse og behovet for oppdatering i møtet med ny teknologi de neste fem til ti årene (Vinje V, 2017). Over 25 % av de ansatte svarer at de har problemer med å holde seg oppdatert på arbeidsrelevant teknologi i dag. Videre svarer over 90 % at de tror at teknologi vil bli viktigere for deres stilling og yrke i tiden som kommer, samtidig som over 40 % er uenig i at deres digitale kompetanse i dag vil være tilstrekkelig de neste 5–10 årene. Rapporten finner en positiv sammenheng mellom dem som ikke har fått relevant opplæring i teknologi, og de som svarer at de har problemer med å holde seg oppdatert på relevant teknologi. Resultatene viser også at helsepersonell ansatt i kommunal sektor opplever mindre tilgang til relevante teknologiske verktøy

sammenlignet med de som jobber i spesialisthelsetjenesten. De ansatte i spesialisthelsetjenesten oppgir at de i større grad enn ansatte i kommunehelsetjenesten har fått opplæring i arbeidsrelevant teknologi. Forfatteren konkluderer med at det i dag eksisterer et udekket teknologisk kompetansebehov samt at dette behovet vil bli større i fremtiden. Samtidig fremheves det i rapporten at det så langt ikke eksisterer en konkret strategi fra myndighetenes side for å heve den digitale kompetansen til helsepersonell gjennom hele yrkeskarrieren.

Ipsos har på oppdrag for KS gjennomført en kartlegging av endrede kompetansebehov i en digitalisert helse- og omsorgssektor (Holst LS, 2018). 205 kommunalsjefer for helse og omsorg svarte på undersøkelsen. Resultatene viser at innføring av velferdsteknologiske løsninger er klart den teknologiske/digitale omstillings- eller endringsprosessen som flest kommuner har innført de siste to årene, men det varierer om dette har ført til vesentlige endringer i arbeidsoppgavene til de ansatte. Det er likevel slik at kommunalsjefene hevder at den teknologiske utviklingen fører til at medarbeidere innen helse-/omsorgssektoren får et bredere oppgavespekter enn tradisjonelle fag- og profesjongrensener tilsier. Nær 9 av 10 kommunalsjefer mener det er behov for å sette av mer tid til opplæring, men de hevder samtidig at helse- og omsorgsmedarbeidere i liten grad etterspør opplæring i arbeidsrelevant teknologi og digital kompetanse. Interne informasjonsmøter og seminarer samt e-læringsverktøy er mest etterspurt. Litt over 4 av 10 kommuner har en forankret plan/strategi for teknologisk/digital kompetanseheving, og ca. 3 av 4 kommuner har rutiner og tiltak for opplæring av medarbeidere i arbeidsrelevant teknologi og digital kompetanse. Tilføring av ny eller nødvendig teknologisk/digital kompetanse skjer primært i samarbeid med andre kommuner (95 %) og fagmiljøer i egen kommune (86 %). Kommunalsjefene mener det er særlig behov for å styrke medarbeideres innovasjonskompetanse, grunnleggende digitale ferdigheter og evne til læring og omstilling.

Nito oppgir muntlig at de har gjort undersøkelser om hvor ingeniørstudentene ønsker å jobbe (Eriksen, 2019). Studentmedlemmene i NITO svarer at de helst ønsker å jobbe i privat sektor (74 %). 12 % ønsker å jobbe i staten, mens bare 4,6 % ønsker å jobbe i kommune/fylkeskommune.

Disse rapportene viser at det er et stort gevinstpotensial med digitalisering av tjenestene, men at utviklingen innen helse- og omsorg går sakte. Dette viser behovet for fokus på gjennomføringsevnen. Samtidig ser vi at kompetanse er et viktig middel for å kunne nyttiggjøre seg mulighetene. Vår vurdering er at man må opprettholde fokuset på gjennomføringsevnen, men at kommunene må ha større fokus på kompetanseelementet i sitt digitaliseringsarbeid.

7.1.7 Helhetlige tiltak

Smart omsorg i Bergen

Bergen kommune har i perioden 2015–2018 hatt en satsing på å omstille og modernisere helse- og omsorgstjenestene. De har gjennomført et virksomhetsutviklingsprogram kalt Smart omsorg (Knudsen, 2018). Programmet består av 5 delprogrammer som alle har mange prosjekter. Viktige fokusområder i programmet har vært brukerinvolvering, e-helse, strategisk boligportefølje, kunnskapsbasert praksis og tjenesteinnovasjon. I tillegg har det vært klare målsetninger for gevinstrealisering. Programmet som helhet dekker mange av e-helsestrategiens innsatsområder, og omtales derfor her samlet.

Delprogrammet «Bo lenger hjemme» har bidratt til at kommunen tilbyr hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester på en kvalitativ god og kostnadseffektiv måte. Prosjektene i delprogrammet har omhandlet digitalisering, velferdsteknologi, hjelpemidler og organisering av arbeidstid og logistikk i tjenestene. Et fundament for å hente gevinster innen digitalisering har vært etableringen av det kommunale døgnåpne responsenteret.

Delprogrammet «Riktig innsats for barn og unge» har hatt som målsetning å sikre at kommunen gir riktige tiltak til riktig tid for barn og unge. Ansatte ved barnevernvakten har fått tilgang til fagsystemer utenfor kontoret slik at de kan hjelpe flere og med høyere kvalitet. Det er innført sms-varsling for timeavtaler i helsestasjon for å fjerne tidstyver.

Delprogrammet «Modernisere tjenester til utviklingshemmede» har gjennomført prosjekter som retter seg mot logistikk og digitalisering. Bedre utnyttelse av ressursene mellom bolig og dagsenter, og nye transportløsninger har vært prioriterte områder i delprogrammet. Relevante leveranser relatert til denne rapporten, har blant annet vært digitalt tilsyn på natt og bruk av mobile enheter som arbeidsverktøy.

Delprogrammet «Modernisere forvaltningstjenesten» har gjennomført prosjekter for mer effektiv saksbehandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester. Leveransene i delprogrammet har vært mobile arbeidsverktøy til hjemmebesøk, samt kurs ved hjelp av e-læringsverktøy, bærbare pc-er på sikker sone. I dette programmet har det vært utfordringer med hvilke prosjekter som kan løse målbildet, og retningen i programmet har endret seg fra å omhandle effektivisering av arbeidsprosesser med digital medarbeider, til også å omhandle prosesskartlegginger og kompetansehevende tiltak.

Delprogrammet «Digitalisere helse og omsorg» har hatt de tyngste teknologiprojektene på tvers av tjenesteområdene i byrådsavdelingen. Delprogrammet har bidratt til nasjonale digitaliseringsprosjekter sammen med leverandører, andre kommuner, KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Byrådsavdelingen for helse og omsorg har mange fagsystemer med få integrasjoner mot hverandre. Utfordringsbildet er blitt løst gjennom å få på plass gode verktøy for å digitalisere og automatisere arbeidsprosesser, tilrettelegge for digital innbyggerinteraksjon og dialog og ta i bruk nasjonale løsninger. De viktigste leveransene er implementering av et elektronisk kvalitetssystem, innføring av helsenorge.no-plattformen, og utarbeidelse av kravspesifikasjon for nytt journalsystem til etat for helsetjenester.

7.2 Overordnet om funnene i rapportene

Rapportene indikerer at helse- og omsorgssektoren digitaliseres saktere enn andre deler av det offentlige Norge, kommunale helse- og omsorgstjenester digitaliseres saktere enn statlige, og at private aktører kan ligge foran offentlige aktører. Med tanke på digital dialog mellom tjenesteyterne, ser det ut til at elektroniske henvisninger (enveis) fungerer, men det er et stykke vei å gå på digital dialog både mellom de tjenestene og mellom de kommunale tjenestene og innbyggerne. Samtidig ønsker innbyggerne muligens digital dialog med helsetjenesten og avstandsoppfølging gir en helsegevinst for en del pasientgrupper.

Samhandling krever systemer som legger til rette for det. Det ser ut til å være utfordrende å etablere slike løsninger som både fungerer godt, og som tjenesteapparatet ønsker å ta i bruk. Innføring av nye og moderne journalsystemer krever målrettet innsats og styring fra myndighetene. Det har kanskje ikke vært nok oppmerksomhet rettet mot organisatoriske forhold og ansattes holdninger og kompetanse. Helsepersonell er mer motivert til å ta nye systemer i bruk når de ser en umiddelbar effekt på kvalitet eller effektivitet. Det er også slik at digital konsultasjon krever samme innsats fra helsepersonell som ved fysisk fremmøte, mens det for innbyggerne kan være mange fordeler. Derfor har selvstendig næringsdrivende leger sannsynligvis liten eller ingen økonomisk gevinst av å etablere digitale konsultasjoner/avstandsoppfølging.

Kjernejournal blir hovedsakelig brukt i akutte situasjoner til å få oversikt over legemidler og slik informasjon oppleves særlig viktig for eldre som bruker mange medisiner, rusmisbrukere og bevisstløse pasienter. Multidose for legemiddelhåndtering har effekt, reduserer feil ved legemiddelutlevering og oppleves trygt og nyttig. Bruken av ulike velferdsteknologiske løsninger øker, og gevinsten er sannsynligvis stor. Bruk av velferdsteknologisk knutepunkt kan se ut som en god og effektiv løsning for å bidra til samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå, men få har tatt det i bruk ennå.

God utnyttelse av helsedata og bedre bruk av helsedata til sekundærformål er foreløpig i startgroppen.

8 Strategier og plandokumenter

8.1 Innledning

Vi har gått gjennom strategier for IKT og digitalisering samt overordnede planer på e-helseområdet for velferdsteknologi i et utvalg kommuner. Vi har sett på dokumenter både fra små, mellomstore og store kommuner, i tillegg til strategier for interkommunale IKT-samarbeid. Mange kommuner har digitaliseringsstrategier. IKT og digitalisering innen helse og omsorg er ofte omtalt i strategiene, men som regel på et overordnet og lite konkret nivå. Det er sjelden vist til nasjonale føringer eller konkrete nasjonale tiltak på området eller til lokale utfordringer innen helse og omsorg. Samordning og samarbeid på tvers av tjenesteområder, kommuner og forvaltningsnivåer er kritiske faktorer for å få til digitalisering av helse og omsorg. På tross av dette gir strategidokumentene ofte få konkrete svar på hvordan kommunene i praksis skal lykkes med samarbeid på tvers innen området.

I dette kapitlet ser vi på kommunenes strategier for IKT og digitalisering og overordnede planer på e-helseområdet og for velferdsteknologi. Vi ønsker særlig å svar på følgende problemstillinger i vår gjennomgang:

- ▶ *I hvilken er grad e-helse et eget temaområde i kommunenes strategier for digitalisering og IKT?*

Vår hypotese er at dersom kommunesektoren samlet har oppmerksomhet på strategisk nivå på e-helse, vil vi enten finne at kommunene har egne strategier om e-helse eller at e-helse er tatt inn som egne temaområder i de generelle IKT- og digitaliseringsstrategiene. Hvis vi derimot finner at få av kommunene har e-helse som temaområder i sine sentrale styringsdokumenter på IKT- og digitaliseringsområdet, indikerer dette at kommunene ikke har strategisk oppmerksomhet på e-helse. Dette trenger selvsagt ikke være tilfelle for enkeltkommuner: En kommune kan jobbe strategisk med e-helse uten at dette fremkommer i strategier og planer. Likevel bør man som regel forvente å finne omtale av disse områdene dersom kommunene jobber strategisk og systematisk med områdene.

- ▶ *I hvilken utstrekning er nasjonale strategier og andre nasjonale føringer på e-helseområdet tatt inn i kommunenes strategier?*

Dersom vi i strategiene finner omtale av nasjonale strategier og føringer på e-helseområdet (som for eksempel Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022), er det indikasjon på at kommunene har kjennskap til og oppmerksomme på disse. Det er dermed også større grunn til at føringene vil bli fulgt i kommunenes arbeid på e-helseområdet, eller at kommunene forbereder seg på de nasjonale tiltakene som vil bli gjennomført.

I kapittel 9 (referanser) gir vi en oversikt over hvilke strategier og handlingsplaner vi har gått gjennom. Dette må ikke ses på som en uttømmende liste over de strategiene som kommunene har. Vi har ikke gjort et forsøkt på å dekke alle strategiene som er i kommune- Norge. Vi antar imidlertid det i tilstrekkelig grad å utgjøre et representativt utvalg.

I 2018 ble SSBs undersøkelse «Bruk av IKT i staten» utvidet til «Bruk av IKT i offentlig sektor» til å omfatte kommuner og fylkeskommuner, i tillegg til statlige virksomheter. 89 % av kommunene besvarte undersøkelsen, noe som gir et godt datagrunnlag for å si noe om digitaliseringsnivået i kommunene. SSB kommer i undersøkelsen til at om lag to tredjedeler av kommunene har en IKT-/digitaliseringsstrategi.

8.2 Overordnet om kategoriseringen av strategiene

Vi har valgt å presentere et utvalg av strategiene og planene i avsnitt 8.4 nedenfor. Overordnet kan strategiene og planene kategoriseres som følger:

- ▶ **Generelle digitaliseringsstrategier.** Dette er typisk strategidokumenter som dekker det overordnede digitaliseringsarbeidet i kommunen eller for et samarbeid mellom kommuner (IKS eller regionale samarbeid). Disse strategiene har ofte mer oppmerksomhet på hva teknologien vil bety for overordnede forhold som tjenester, virksomhetsutvikling, mv. og ikke så mye fokus på teknologien, systemer og løsninger i seg selv.
- ▶ **E-helsestrategier.** Dette er tilsvarende dokumenter som digitaliseringsstrategier, men begrenset til e-helseområdet.
- ▶ **Generelle IKT-strategier,** også for både enkeltkommuner og samarbeidende kommuner. Disse har relativt stor oppmerksomhet på teknologi, systemer og løsninger.
- ▶ **IKT-strategi for helse- og omsorgssektoren.**
- ▶ **Strategier for bruk av velferdsteknologi.**
- ▶ **Handlingsplaner innenfor e-helse.** Disse referer til konkrete tiltak.

For alle disse kategoriene kan det i prinsippet både være dokumenter som gjelder kun en enkelt kommune, eller det kan være dokumenter som gjelder et interkommunale samarbeid mv.

Seks av 4 036 planer og strategier vi har gjennomgått, har vært særskilt innrettet mot IKT/digitalisering innen helse og omsorg. De resterende har vært generelle planer og strategier.

I digitaliseringsstrategien til Nordfjord kommunene står det om skillet mellom digitaliseringsstrategi og en IKT-strategi:

«Det er viktig å skilje mellom digitaliseringsstrategi og IKT-strategi. Ein digitaliseringsstrategi har fokus på korleis IKT kan gjere tilgangen til tenester og informasjon lettare – og slik bidra til at vi arbeider smartare – medan ein IKT-strategi legg vekt på teknologiske føringar og kompetansebehov innanfor IKT området.»

I realiteten trenger det ikke å være et skarpt skille mellom de to typene strategiene.

Vi har forsøkt å få til en geografisk spredning i gjennomgangen nedenfor i avsnitt 8.4. Vi har også forsøkt å få til en variasjon i kommunestørrelse, både små, mellomstore og store kommuner. Det er strategier både for enkeltstående kommuner og samarbeidende kommuner.

8.3 Omtale av utvalgte strategier og handlingsplaner fra kommuner

8.3.1 Aurskog-Høland kommune: Digitaliseringsstrategi 2018–2022



Dette er et eksempel på en generell digitaliseringsstrategi for en mellomstor kommune.¹⁰ Den tar utgangspunkt i stortingsmeldingen om digital agenda og KS' digitaliseringsstrategi.

Strategien nevner e-helse og føringer fra Direktoratet for e-helse, men kun kort og i generelle vendinger.

I sammenslåingen mellom Aurskog-Høland og Rømskog kommune er en av leveransene en digital strategi for den nye kommunen. I den forbindelse ble det opprettet en stilling som digitaliserings- og innovasjonssjef med hensikt å fokusere arbeidet på tvers av kommunegrensene og på tvers av sektorer.

Dokumentets hensikt er å samle organisasjonen bak overordnede digitale mål og skal revideres årlig. Konkrete digitale planer og prosjekter vedtas årlig i forbindelse med økonomiplan, og er således ikke nevnt eksplisitt i dokumentet.

Føringene fra Direktoratet for e-helse er nevnt eksplisitt i strategien. Om de nasjonale føringene («regjeringens føringer») står det:

«De ulike aktørene i offentlig sektor bygger strategier og rammeverk med litt ulik tolkning av regjeringens føringer, og innbyggeren er prisgitt disse ulikhetene selv om det er innbyggere det dreier seg om. Disse områdene går på tvers av forvaltningsnivåene og treffer også i stor grad kommunal sektor. Viktige i digitaliseringssammenheng er departementene Arbeids- og sosial (ASD), Helse- og omsorg (HOD), Kommunal- og modernisering (KMD) og Kunnskapsdepartementet (KD).

HOD og KD representerer de to tyngste mht. innflytelse over kommunens virksomhet. Føringer derfra omfatter ca. 75 % av kommunens bruttobudsjett.

På dette grunnlaget – og for å ivareta innbyggernes interesse i «en offentlig sektor»- er strategien inspirert av føringene utarbeidet av Direktoratet for e-helse (e-helse).

«En innbygger– én journal» kan ses på som en annen måte å formulere «ett digitalt førstevalg innen helse». Hensikten er å få ett samlet grep om de fundamentale endringene digitaliseringen representerer innen standardisering, endringsledelse, arbeidsprosesser, organisasjon og digital støtte. Ut over dette har e-helse definert en arkitektur og driftsopplegg blant annet med bruk av nasjonale felles komponenter» (vår understrekning)

Noen nasjonale føringer som «Digital agenda for Norge» og KS' digitaliseringsstrategi nevnes også. Det pekes blant annet på at disse trekker opp forventningene til hva innbyggere og næringsliv skal oppleve.

I strategien står det at den ligger tett opp til tilnærmingen fra Bærum kommune fordi dette gir Aurskog-Høland kommune en robust hovedretning som samtidig innebærer frihet til å kombinere gode elementer fra øvrige departementer eller KS samarbeidet så vel som fra markedet.

¹⁰ Etter sammenslåingen med Rømskog vil kommunen ha i overkant av 16 000 innbyggere.

I strategien pekes det på at som viktige deler av strategien vil Aurskog-Høland kommune:

- ▶ ta i bruk nasjonale strategier, rammeverk og felleskomponenter
- ▶ aktivt ta i bruk ny teknologi som utvikles på nasjonalt nivå, spesielt i tilknytning til helse og utdanning – ta i bruk ny funksjonalitet fra FIKS samarbeidet.

I strategien er det satt opp generelle mål og tiltak. Den tar også opp føringer som personvern, arkitektur, skytjenester mv. Velferdsteknologi nevnes, men kun kort. Bortsett fra dette, står det ikke noe om e-helse i dokumentet.

De tverrgående satsningsområdene som trekkes frem i strategien er:

- ▶ Digital dialog
- ▶ Strategisk ledelse og IKT
- ▶ Kompetanse
- ▶ Arkiv og dokumenthåndtering
- ▶ Personvern, taushetsplikt og informasjonssikkerhet
- ▶ Arkitektur og standardisering

Strategien peker på at de konkrete digitale finansierte prosjektene eller initiativene skal være i overensstemmelse med digitaliseringsstrategien.

Strategiens målhierarki tar utgangspunkt i kommunes visjon, verdier og de tre hovedmålene for Nye Aurskog-Høland kommune. Digitaliseringsmålene kategoriseres i fire områder som er innbyggere, ansatte, ledelse og gjennomføring. Målene beskriver de tilstander som skal oppnås for kommunen som helhet, på tvers av nåværende tjenestoområder og til beste for dem kommunen er til for. De enkelte sektors gjennomføringsplaner vil konkretisere arbeidet med gjennomførbare, konkrete, tidfestede og målbare resultater.

Digitaliseringsmål 1 er *«Innbyggere og bedrifter skal ha tilgang på enkle, brukervennlig og sikre digitale tjenester for dialog, selvhjelp, mestring, læring, involvering og medvirkning.»* Under dette målet er blant annet dette delmålet om velferdsteknologi: *«Innbyggere som mottar tjenester fra Aurskog-Høland kommune skal, uavhengig av alder, funksjonsnedsettelse og bosted, kunne motta velferdsteknologitjenester der tjenesten er vurdert til å bidra til økt mestring og trygghet.»*

8.3.2 Bærum kommune – Digitaliseringsstrategi for Bærum kommune. ETT Bærum – digitalt førstevalg



Digitaliseringsstrategien for Bærum er et helhetlig, overordnet og styrende dokument som favner all digitaliserings- og IT-virksomhet i kommunen. Den skal kommunisere retning og prioriteringer, både innad i egen organisasjon og utad i Bærumssamfunnet. Strategien er kommuneovergripende strategi og innebærer økt grad av fellessatsinger.

Kommunens tjenesteområde for digitalisering og IT (DigIT) er gitt en sentral rolle i kommunens leveranser av fagsystemer og infrastruktur, gjennom egen og 3. parts produksjon av IT-tjenestene.

Digitaliseringsstrategien skal tjene som plattform for prioritering, utvikling og styring. Den skal legges til grunn for organisering og hvilke virkemidler som skal tas i bruk for måloppnåelse.

Strategien er knyttet opp mot kommunens visjon og hovedmål og består av fire digitaliseringsmål samt tilhørende delmål.

I strategien står det om føringene fra nasjonalt hold:

«De ulike aktørene i offentlig sektor bygger strategier og rammeverk med litt ulik tolkning av regjeringens føringer, og innbyggeren er prisgitt disse ulikhetene selv om det er innbyggere det dreier seg om. Disse områdene går på tvers av forvaltningsnivåene og treffer også i stor grad kommunal sektor. Viktige i digitaliseringssammenheng er departementene Arbeids- og sosial (ASD), Helse- og Omsorg (HOD), Kommunal- og modernisering (KMD) og Kunnskapsdepartementet (KD).

HOD og KD representerer de to tyngste mht. innflytelse over kommunens virksomhet og føringer derfra omfatter ca. 75 % av kommunens bruttobudsjett.

På dette grunnlaget – og for å ivareta innbyggerens interesse i «en offentlig sektor» - er strategien inspirert av føringene utarbeidet av Direktoratet for e-helse (e-helse). «En innbygger – en journal» kan ses på som en annen måte å formulere «ett digitalt førstevalg innen helse». Hensikten er å få ett samlet grep om de fundamentale endringene digitaliseringen representerer innen standardisering, endringsledelse, arbeidsprosesser, organisasjon og digital støtte. Ut over dette har e-helse definert en arkitektur og driftsopplegg blant annet med bruk av nasjonale felleskomponenter.»

Og videre:

«Bærum kommunes digitaliseringsstrategi ligger tett opptil tilnærmingen fra e-helse fordi dette gir kommunen en robust hovedretning som samtidig innebærer frihet til å kombinere gode elementer fra øvrige departementer eller KS samarbeidet så vel som fra markedet.

Som en viktig del av strategien vil Bærum kommune

- ▶ *være ledende i å ta i bruk nasjonale strategier, rammeverk og felleskomponenter*
- ▶ *aktivt bidra til utviklingsarbeidet på nasjonalt nivå, spesielt i tilknytning til helse og utdanning»*

Handlingsplanen 2018–2021 for digitaliseringsstrategi Handlingsplanen konkretiserer strategiens hovedmål og imøtekommer sektorenes digitaliseringsbehov og –ønsker. I handlingsplanen er det en rekke konkrete tiltak, herunder for sektoren bistand og omsorg.

8.3.3 Gjøvik kommune. Strategisk plan for velferdsteknologi



Strategisk plan for velferdsteknologi er utarbeidet etter mandat fra ledergruppa i helse og omsorg i Gjøvik kommune. Planen legger føringer for et helhetlig og langsiktig arbeid med implementering av teknologi i tjenestene.

I Gjøviks helse og omsorgsplan 2025 er det gitt beskrivelser av utfordringsbildet for Gjøvik kommune.

I strategien vises det til at helse og omsorg i Gjøvik kommune vil utnytte de mulighetene som ligger i dagens teknologi. Velferdsteknologi skal bidra til å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen, og kunne bo lenger i eget hjem. Teknologi er et hjelpemiddel for mestring og muligheter til å være selvstendige og aktive og gir store gevinster for innbyggere og samfunn. Bruk av teknologi i helse og omsorgstjenestene krever at ansatte må jobbe på nye måter. Det er et behov for et faglig omstillingsarbeid, der tjenester og arbeidsprosesser må organiseres på nye måter.

Planens hensikt er å synliggjøre blant innbyggerne, medarbeiderne og folkevalgte hvordan det skal jobbes med velferdsteknologi og tjenesteinnovasjon i helse og omsorgstjenester i kommunen.

Ifølge strategien er mål og strategier er i hovedsak forankret i veiledninger, anbefalinger og rapporter fra Direktoratet for e-helse. I tillegg ligger følgende nasjonale føringer til grunn:

- ▶ Samhandlingsreformen, Meld. St. 47
- ▶ Innovasjon i omsorg, NOU 2011:11
- ▶ Morgendagens omsorg, Meld. St. 29
- ▶ Primærhelsemeldingen, Meld. St. 26

Lokalt er strategien forankret i kommuneplanens samfunnsdel, der det fremkommer at Gjøvik kommune skal delta i utvikling og bruk av velferdsteknologi i samarbeid med blant andre NTNU i Gjøvik og NAV Hjelpemiddelsentralen. En strategi i helse- og omsorgssektoren er å benytte velferdsteknologi aktivt.

Implementeringsarbeidet med velferdsteknologi forankres i ledergruppen i helse og omsorg og ved orientering politisk. Program for velferdsteknologi plasseres organisatorisk i en utviklingsenhet i helse og omsorg med en programleder som har det overordnede ansvaret.

Strategien viser til nasjonale anbefalinger fra Direktoratet for E-helse som anbefalinger om referansearkitektur, tekniske krav og responstjenester.

Strategien viser også til *samveis veikart for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi*, som sentralt verktøy vedrørende forankringsprosesser, forberedelser, tjenestedesign, brukermedvirkning, tjenesteinnovasjon, overgang til drift, uttak av gevinster og måling av resultater.

Strategien viser også til at behandling av personopplysninger skal oppfylle kravene i normen for personvern og informasjonssikkerhet

Utfordringsbilde for Gjøvik kommune inkluderer, jf. Helse og omsorgsplan 2025:

- ▶ Flere eldre i befolkningen
- ▶ Økt andel med kroniske sykdommer
- ▶ Tidlig utskrivelse fra sykehus

Medfører utfordringer i forhold til:

- ▶ Økonomiske ressurser
- ▶ Tilgang til helsepersonell
- ▶ Innbyggernes høye forventninger til kommunale ytelser
- ▶ Behov for nye bygg medfører store kostnader

Hovedmålet innen tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi er at «*Helse og omsorg i Gjøvik kommune skal benytte velferdsteknologi som bidrar til at brukere kan bo lenger hjemme og være en ressurs i eget liv*». Videre er det satt opp delmål, strategier og prioriterte satsningsområder for området.

Nasjonalt program for tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi er omtalt i strategien. Det er også omtaler av kompetansebehov samt personvern, informasjonssikkerhet og etiske vurderinger.

Ved omtalen av arkitektur, tekniske standarder og responstjenester er det henvisninger til Direktoratet for e-helse, blant annet:

«Direktoratet for E-helse påpeker flere sentrale behov. Noen må prioriteres på kort- og mellomlang sikt, før en felles nasjonal løsning er på plass. Dette gjelder særlig bedre sammenheng i pasientforløp, som i hovedsak må løses basert på eksisterende løsninger og IKT-infrastrukturer. Velferdsteknologi og helsedataområdet krever imidlertid at det etableres en ny infrastruktur (Strategi for e-helse, 2017).

Anbefalinger knyttet til tekniske krav for trygghetsskapende teknologi er utgitt fra direktoratet i oktober 2016. Anbefalingene gir sentrale krav med fokus på å sikre pålitelig, sikker og effektiv drift av slike løsninger. Krav til pålitelighet og sikkerhet i slike løsninger bør være like over hele landet for å sikre mest mulig lik kvalitet på tjenestene og et mer uniformt marked for leverandører (Teknisk anbefaling velferdsteknologi, 2016).»

Strategisk plan for velferdsteknologi følges opp med en programplan med økonomiske konsekvenser for prioriterte prosjekter. Programmet skal beskrive delmål og tiltak som bidrar til at velferdsteknologi er en integrert del av helse og omsorgstjenestene innen 2020. Programplanen vil bli oppdatert som følge av strategiske prioriteringer som tas i perioden og være i tråd med årlige budsjettammer.

8.3.4 Hamar med flere kommuner – Digitaliseringsstrategi 2017–2020



Dette er et eksempel på en generell digitaliseringsstrategi for som er utarbeidet for flere kommuner i fellesskap. Strategien gjelder for de sju kommunene Hamar, Stange, Kongsvinger, Løten, Sør-Odal, Nord-Odal og Grue. Disse eier i fellesskap Hedmark IKT.

Formålet med strategien er å fastsette målene for digitaliseringsarbeidet. Den er basert på Digital agenda for Norge og KS sin digitaliseringsstrategi. I strategien er det denne generelle innledningen der det vises til Digital Agenda og KS' strategi. Det vises til at Digital Agenda peker spesielt på tre områder som har direkte betydning for kommunal sektor:

- ▶ Styring og samordning av digitalisering i offentlig sektor
- ▶ Samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor
- ▶ Finansieringsmodeller

Strategien viser til at bestillere og Hedmark IKT identifiserer aktuelle felles interkommunale prosjekter og prosjektområder. Prioritering av prosjekter skjer etter følgende kriterier:

- ▶ Funn av mulige gevinster
- ▶ Hvilke strategiske mål som skal oppnås
- ▶ Hvilke risikoer og kostnader som må knyttes til prosjektet
- ▶ Hvilke lovpålagte krav og sentrale føringer som skal imøtekommes
- ▶ Behov for skifte av teknologi

Handlingsplan skal utarbeides både interkommunalt og kommunalt. Disse planene skal inneholde:

- ▶ Vedtatte mål for hele perioden
- ▶ Status av måloppnåelse for inneværende år, interkommunalt og kommunalt
- ▶ Forslag til handlingsplan for resten av perioden
- ▶ Budsjett fordelt over strategiperioden

Bestillerne har ansvaret for at endringsbehov, som er av interkommunal interesse, fanges opp i den respektive kommune, og bringes til bestillerrådet for felles vurdering.

Strategien beskriver også kort dagens situasjon som følger:

Samarbeid

Kommunene samarbeider med Hedmark IKT på flere nivåer. Bestillere vurderer endringer av gamle løsninger og fagsystem eller innkjøp av nye, samt IKT sikkerhet ut fra innspill fra sikkerhetsrådet. På fagområdene er det etablert forvaltningsteam som ser på hvordan man kan utnytte fagsystemer best mulig, og hvordan man kan samarbeide om utvikling og opplæring.

IKT modenhet

Det er variabelt hvor langt fremme kommunene er på bruk av digitale løsninger. På noen områder, slik som kartløsninger, er vi langt fremme og tar tidlig i bruk ny funksjonalitet. Alle kommunene er også på helsenett og utveksler elektroniske meldinger.

Felleskomponenter

Felleskomponenter er tatt i bruk i ulik grad i kommunene. ID-porten brukes i noen fagsystemer og vil være innloggingsløsning for MinSide portal for innbyggere. SvarUt og SvarInn er under innføring, og flere av felles offentlige registre er integrert med fagsystemer. Elektronisk handelsformat (EHF) er tatt i bruk for mottak og utsending av faktura. Matrikkelen oppdateres av kommunene.

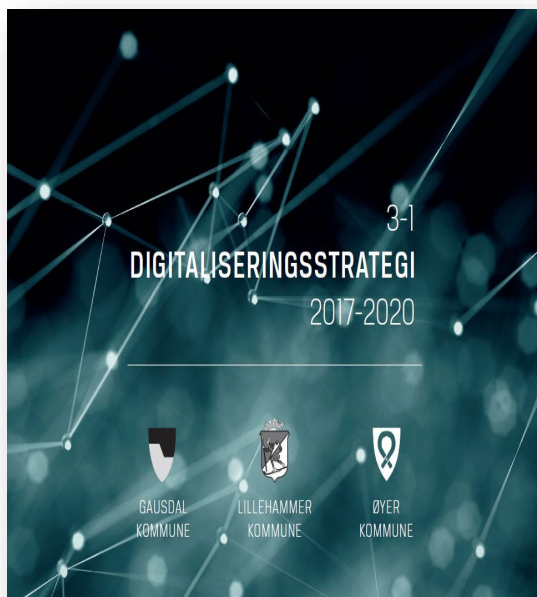
Felles teknisk plattform

Hamar har en sentralisert, modulbasert teknisk plattform, med et avansert datasenter i Stange (avbruddsfri strøm, dobbel fremføring av fiber, automatisk brannslukking osv.). Alle data blir løpende kopiert over til en reserveinstallasjon i Hamar rådhus for å kunne håndtere en katastrofesituasjon hvis datasenteret blir fullstendig ødelagt. Den tekniske løsningen som danner grunnmuren i løsningen, er basert på felleskomponenter, som alle kommunene er en del av. Dette danner basis for sikker drift av e-postløsning, fillagring og fagsystemer med mer.

Strategien er generell og på et overordnet nivå. Men det er mulig at det er slik man kan få kommunene til å følge nasjonale føringer. Strategien nevner også litt e-helse, men den er ikke veldig ambisiøs. Strategien mangler det klare avtrykket fra Direktoratet for e-helse.

Strategien beskriver også områdene digital kompetanse og deltakelse og informasjonssikkerhet, personvern og dokumentasjonsforvaltning.

8.3.5 Lillehammer, Gausdal og Øyer kommune. Digitaliseringsstrategi 2017–2020



Dette er et eksempel på en generell digitaliseringsstrategi for et interkommunalt samarbeid.

Kommunene Gausdal, Lillehammer og Øyer har hatt et formalisert IKT-samarbeid siden 2003, som del av 3-1-samarbeidet. Kommunene har samlet sine IKT-tjenester i et felleseid aksjeselskap, og alle kommunene jobber i et felles nettverk.

Strategien er et kortfattet strategisk dokument. Det vises til at dette ikke er IKT-strategien, som er et annet dokument. Helse- og omsorgstjenester nevnes så vidt: «*Innenfor helse- og velferdstjenestene skal teknologi benyttes til tilrettelegging av fysiske forhold, til å ha kontroll med egen helse og til å opprettholde sosial kontakt med omgivelsene.*»

Om styringsmodellen står det:

«For å lykkes med digitalisering kreves det at overordnede mål operasjonaliseres og konkretiseres på ulike organisatoriske nivå og i alle enheter. En tydelig definering av ansvar og myndighet for digitaliseringen er avgjørende for god styring.

Denne strategien er vedtatt av kommunestyrene i Lillehammer, Øyer og Gausdal, og alle tjenesteområder i kommunene skal gjennom sine planer sørge for at de politiske ambisjoner nås. Dette vil kreve arbeid innenfor hvert fagområde, samordning på tvers av fagområder internt i egen kommune og et forpliktende samarbeid mellom kommunene.

Fagmiljøer på tvers av kommunegrensene skal fortsatt samhandle for å utvikle kompetanse og for å løse oppgaver i fellesskap. Det regionale IKT-styret har overordnet ansvar for digitalisering i kommunene. IKT-styret har oversikt over aktiviteter innenfor alle sektorer og anledning til å samordne og prioritere disse opp mot overordnede målsetninger i denne strategien.»

8.3.6 Nord-Gudbrandsdal (region) – Digitaliseringsstrategi for region Nord-Gudbrandsdalen



Dette er et eksempel på en generell digitaliseringsstrategi for et interkommunalt samarbeid. Regionen Nord-Gudbrandsdalen består av kommunene Sel, Vågå, Lom, Sjøk, Dovre og Lesja. RegionData er et interkommunalt selskap som er ansvarlig selskap for kommunenes datatjenester. RegionData forvalter eierkommunenes IKT-løsninger og har en sentral serverpark på Otta i Sel kommune.

Styret i RegionData vedtok i november 2016 å starte et prosjekt for utarbeidelse av en digitaliseringsstrategi. Det skulle utarbeides en strategi for gjennomføring av digitaliseringsarbeidet for kommunene i det regionale samarbeidet, bygd på KS sin "Digitaliseringsstrategi 2017–2020 for kommuner og fylkeskommuner. Regionens strategi følger anbefalingene til KS.

Digitaliseringsstrategien er et helhetlig, overordnet og styrende dokument som favner utvikling av digitalisering og IT i kommunene. Strategien er knyttet opp mot kommunens visjon og digitaliseringsmål. Hvert digitaliseringsmål gir retning for hver sin målgruppe, sektorielle og tverrsektorielle.

Strategien har eget kapitler om informasjonssikkerhet, personvern og dokumentasjonsforvaltning, og eget generelt kapittel om styrket digital kompetanse og deltakelse. Det har også egne deler om sektorielle satsingsområder, herunder om helse og omsorg – velferdsteknologi

«Kommunene har ansvar for at innbyggerne får gode helse- og omsorgstjenester. En helhetlig satsning på IKT vurderes av mange som det mest virkningsfulle tiltaket for styrket kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Det overordnede målet for digitalisering av disse tjenestene er å understøtte målet om et helhetlig pasientforløp

Det er derfor behov for verktøy og systemer som understøtter informasjon og kommunikasjon mellom kommuner og eksterne parter. Velferdsteknologi bidrar til en sikrere og bedre hverdag for brukere og helse- og omsorgspersonell.

Kommunene i regionen har høye ambisjoner om å utvikle sine helse- og omsorgstjenester ved hjelp av velferdsteknologi. Kommunens samarbeid høster anerkjennelse av nasjonale aktører og av kommuner utenfor egen region.

Programmet hadde i 2016 hovedfokus på planlegging av etablering av felles responscenter og gjennomføring av kompetansetiltak for ledere innen pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Videre arbeid med regionalt program for velferdsteknologi. En sentral aktivitet i 2017 vil være å bytte ut alle analoge trykksalmer i kommunene og koble de nye digitale alarmene opp mot felles responscenter.

Mål:

- ▶ Innbyggerne, uavhengig av bosted, skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester.
- ▶ Spre ny kunnskap og implementere nye løsninger i sektoren
- ▶ E-helse skal bidra til å fremme effektivitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. (Helseteknologi og Telemedisin)
- ▶ Felles løsninger for velferdsteknologi i regionsamarbeidet.
- ▶ Digitalisering skal gi økt kvalitet og sikkerhet.
- ▶ Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.
- ▶ Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.
- ▶ En pasient og en pasientjournal i henhold til lovverket på tvers av kommuner og tjenester der dette er hensiktsmessig.
- ▶ Kommunene skal legge til rette for deling av helseinformasjon mellom samhandlende aktører på helse- og omsorgsområdet, og sørget for at planleggingen og innføringen er koordinert med alle aktørene. Gjelder intern og eksternt. (LMS og legevakt, nødnett, alarmsentral)
- ▶ Kommunene skal utvikle kompetanse og løsninger innen sektoren.»

Strategien har også flere tverrsektorielle satsingsområder, som for eksempel digital arbeidsflyt, personvern, taushetsplikt og informasjonssikkerhet, arkiv og dokumenthåndtering og kompetanse.

8.3.7 Lørenskog kommune – Digitaliseringsstrategi 2016–2020



Lørenskog kommune har en generell digitaliseringsstrategi. Mål for kommunens digitaliseringsarbeid er formulert som følger i denne: «Lørenskog kommunes hovedmålsetning innen digitalisering i strategiperioden 2016–2020 er å bli en e-kommune som støtter opp under kommunens verdier.»

Følgende er målsetninger i strategien:

1. Brukerorienterte, digitale løsninger til innbyggere, næringsliv og ansatte.
2. Større åpenhet og økt tilgjengelighet.
3. Bedre tjenester og mer effektiv ressursbruk

Dokumentet skal være Lørenskog kommunes overordnede styringsdokument i det digitale utviklingsarbeidet. Den beskriver hvilke strategiske føringer og prinsipper som skal legges til grunn for å nå målet om et reelt digitalt førstevalg, og bedre og

mer effektive tjenester – internt og eksternt. Digitaliseringsstrategien er utarbeidet i tråd med overordnede styringsdokumenter, lover og forskrifter.

Digitaliseringsstrategien viser hvordan teknologi kan forenkle tilgangen til informasjon og tjenester og bidra til at vi jobber smartere. Digitaliseringsstrategien legger føringer for tverrsektorielle og sektorielle satsingsområder. Disse detaljeres videre i de sektorvise strategiene/planene eller egne planer for de ulike tjenesteområdene. Digitaliseringsstrategien må også suppleres med en IKT-strategi som vil gi teknologiske føringer.

Satsningsområder

I planen vises det til at for å lykkes må digitaliseringsarbeidet i kommunen være helhetlig og brukerorientert. Dette sikrer at det ikke tenkes for sektorielt eller for oppgaverelatert. Strategien beskriver de satsingsområdene som er prioritert i gjeldende planperiode, og som skal gjelde for all digitalisering i kommunen. Velferdsteknologi er en av de fem satsingsområder som er prioritert.

Felles for alle satsningsområder er at de skal ivareta kravene som er stilt i digitaliseringsstrategien, eksempelvis innen informasjonssikkerhet og personvern.

Velferdsteknologi som en av satsningsområdene omtales slik i strategien:

«Velferdsteknologi er et av flere satsningsområder i Helse- og omsorgsplan 2015–2026 for Lørenskog kommune. Velferdsteknologi skal:

- ▶ styrke den enkeltes mulighet til å klare seg selv i hverdagen og mestre egen livssituasjon, og gi økt livskvalitet.
- ▶ øke trygghet for brukerne og deres pårørende gir økt pasientsikkerhet.
- ▶ effektivisere omsorgstjenestene, jobbe «smartere» gir mer effektiv bruk av ressursene.
- ▶ øke kvaliteten i tjenestene.

Lørenskog kommune har benyttet velferdsteknologi i begrenset utbredelse noen år. I satsningsområdet velferdsteknologi skal vi ta steget videre og bredde løsninger ut i helse- og omsorgssektoren. Det vil legges vekt på at velferdsteknologi er tjenesteinnovasjon – måten tjenestene utføres på må endres. KS' og Helsedirektoratets veileder «Veikart for tjenesteinnovasjon» vil være et verktøy som skal brukes.

I helse- og omsorgsplanen er det målsetning om at innbyggere skal bo hjemme lenger enn det som har vært vanlig tidligere. Dette fordrer at velferdsteknologi tas i bruk i hjemmene. Samtidig vil enkelte pasienter bevege seg mellom hjem og institusjon på korttidsopphold, rehabilitering mv. For å gjøre dette mest mulig smidig, samt å ha færrest mulig løsninger som helsepersonell må forholde seg til, er det behov for at samme alarmer/sensorer kan nyttes både i hjemmene og på institusjon.

Et annet prinsipp vil være at vi skal ta i bruk løsninger innen områder hvor vi kan få rask gevinst. Eksempler på dette er bruk av medisindispensere og elektroniske dørlåser. Dette er også i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger på området. Digitale trygghetsalarmer er et annet område som må prioriteres grunnet teknologiskifter på området.»

8.3.8 Nordfjordkommunane. Digitaliseringsstrategi for Nordfjordkommunane 2016–2020.



Dette er et eksempel på en generell digitaliseringsstrategi. Strategien gjelder for de syv kommunene Bremanger, Eid, Gloppen, Hornindal, Selje, Stryn og Vågsøy. Disse kommunene har et samarbeid innenfor IKT.

Helse og omsorgstjenester har fått en særskilt omtale i strategien. Det vises til at helse- og omsorgstjenestene i Nordfjord har hatt mange felles satsinger innen IKT. De har også en strategisk satsing på velferdsteknologi.

Strategien for velferdsteknologi er et supplement til digitaliseringsstrategien.

Følgende mål er satt opp for velferdsteknologi. For eksempel at:

«ansatte skal ha tilgang til formålstjenlige verktøy slik de kan registrere og/eller hente ut helseopplysninger når de er hos pasienten. Dette vil sikre at helseopplysningene er oppdaterte, og på denne måten understøtte et helhetlig

pasientforløp. Videre skal norm for informasjonssikkerhet i helse og sosialtjeneste legges til grunn for arbeidet med personvern og sikker informasjonshandsaming. Kommunene skal ha lagt til rette for deling av helseinformasjon mellom samhandlende aktører på helse- og omsorgsområdet, og sytt føre for at planlegginga og innføringa er koordinert med alle aktørene.»

For å realisere mål i strategien skal det lages handlingsplaner for prosjekter og for andre aktiviteter. Planene skal eies og følges opp av IKT-strategi ved strategisk leier IKT, og til enhver tid være godkjent av rådmannsgruppa og forankra i Strategigruppa for IKT.

Satsingene i handlingsplanene skal være grunnlaget for innspill og tiltak i de årlige budsjett- og økonomiplanene til Nordfjordkommunene.

8.3.9 Overhalla kommune. Digital nyskaping – digitaliseringsstrategi for Overhalla kommune 2018–2021



Dette er en generell digitaliseringsstrategi. Helseplattformen er omtalt i strategien.

«Kommunene i Midt-Norge deltar i arbeidet med utvikling av Helseplattformen, en felles løsning for pasientjournal og samhandling mellom kommunehelsetjenesten, sykehusene og den enkelte pasient. Staten har utpekt dette prosjektet til å være en pilot i utviklingen av en nasjonal løsning. Trondheim kommune har en sentral rolle i dette arbeidet sammen med Helse Midt, og de øvrige kommunene er koblet på.

I løpet av de kommende årene vil innføringen av Helseplattformen kunne innebære en betydelig omstilling og digitalisering av helsetjenestene i kommunene, og med stort fokus på forbedringer for pasientene. Sammen med de øvrige kommunene må også Overhalla forberede seg godt på den omstillingen som Helseplattformen vil innebære.»

Strategien har også en egen omtale av helse og omsorg, men uten at det vises til nasjonale føringer eller lignende.

8.4 Eigersund kommune – IKT-strategi for helse- og omsorgstjenesten 2018–2021



Dette er en IKT-strategi som gjelder for en enkelt kommune. Det er et forholdsvis omfattende dokument, både er på et overordnet strategisk nivå og med hensyn til konkrete enkelttiltak.

Strategien tar utgangspunkt i en beskrivelse av samfunnsutviklingen. Den innebærer et økende antall eldre innbyggere og stadig flere med behov for bistand og tilrettelegging. Med begrensede økonomiske ressurser, og mangel på nok kvalifiserte omsorgsarbeidere til å møte disse behovene, spiller gode IKT-løsninger en sentral rolle i kommunens tjenesteproduksjon og videreutvikling av denne.

De ansatte må sikres stabile og effektive arbeidsverktøy, slik at de kan yte tjenester av god kvalitet og få tilgang til rett informasjon til rett tid. Det må i større grad enn i dag være mulig å utveksle informasjon elektronisk mellom de ulike

IKT-løsningene og det må legges til rette for økt samhandling på tvers av organisasjonen for bedre ressursutnyttelse og økt informasjonssikkerhet.

Med forankring hos kommunalsjef for helse og omsorg ble en arbeidsgruppe etablert i februar 2017 for å se på strategiske veivalg for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. Gruppen har vært sammensatt av både IKT-ansatte og helsepersonell. Strategiplanen gir føringer og prinsipper for helse- og omsorgsavdelingens utnyttelse av digitale verktøy og IKT-løsninger i planperioden for å kunne møte nye krav fra innbyggerne, offentlige føringer og kommunens eget behov for økt effektivisering. Planen fokuserer på følgende strategiske satsingsområder for den digitale utviklingen i helse og omsorg:

- ▶ Infrastruktur, IKT-utstyr og programvare
- ▶ Digitalisering
- ▶ Velferdsteknologi
- ▶ Kompetanse og samhandling
- ▶ Informasjonssikkerhet og personvern

Hovedmål for bruk av IKT i helse- og omsorgsavdelingen i årene fremover er:

- ▶ Helse og omsorg skal ha gode og stabile IKT-løsninger
- ▶ Velferdsteknologi skal være en integrert del av det kommunale tjenestetilbudet
- ▶ Bedre og mer effektive tjenester til innbyggerne gjennom økt digitalisering
- ▶ Oppfylle gjeldende krav til datasikkerhet
- ▶ Effektiv bruk av digitale verktøy for å understøtte målet om et helhetlig pasientforløp
- ▶ Alle enheter skal ha en IKT superbruker med nødvendige ressurser og kompetanse
- ▶ Rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige helseopplysninger
- ▶ Økt digital kompetanse

Strategien har en situasjonsbeskrivelse utarbeidet av kommunens helse- og omsorgsavdeling (HO). Denne er på forholdsvis detaljert nivå som for eksempel:

«De ansatte i HO er koblet opp mot sentrale IKT-løsninger på rådhuset via terminalservere. Her får de tilgang til sine fagsystemer i sikker sone, f.eks. løsningene for elektroniske pasientjournalssystem (EPJ) CosDoc og HsPro. Her har de også tilgang til sentrale felles-løsninger som sak-/arkivsystemet Websak, kommunal e-post / kalenderløsning og Visma Enterprise (økonomi, fakturabehandling, lønn/personal).»

«I tillegg til de to epj-løsningene CosDoc og Hspro benyttes også andre mer spesifikke IKT-løsninger. Med unntak av de kommunale legekantorene og legevakten driftes også disse løsningene fra sentrale servere på rådhuset.

En del av fagsystemene er delvis integrert med andre kommunale IKT-løsninger. Her er det imidlertid uutnyttet potensiale, noe også enhetene i HO gir tilbakemelding om. I tillegg til økt integrasjon mellom fagsystemene ønskes også økt integrasjon mellom fagsystemer og medisinsk-teknisk utstyr.»

Nasjonalt rammeverk beskrives også kort. Her nevnes for eksempel Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan, uten at strategien går inn på innholdet i disse dokumentene. Som lokalt rammeverk nevnes Helse- og omsorgsplan og kommuneplanen.

Dokumentet setter opp overordnede mål, som for eksempel:

- ▶ Bærekraftig utvikling av kommunens helse- og velferdstjenester gjennom fokus på velferdsteknologi
- ▶ Velferdsteknologi skal være en integrert del av kommunens tjenestetilbud innen 2020

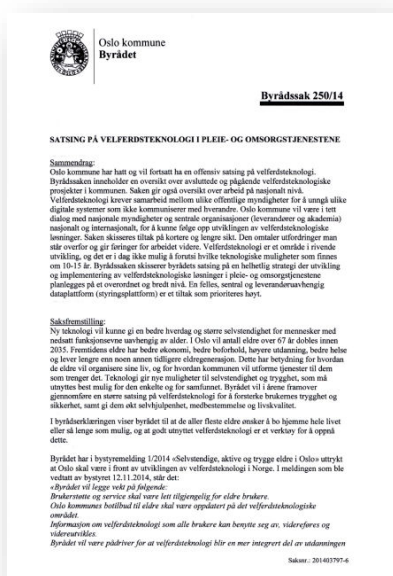
Den setter også opp strategier som:

- ▶ God forankring ved innføring av velferdsteknologi hos kommunens ledelse.
- ▶ Ivareta behovet hos tjenestemottaker ved innføring av velferdsteknologi gjennom brukerinvolvering.

I tillegg peker strategien på konkrete tiltak, som elektronisk medisineringsstøtte, og forslag om å utrede responsentertløsning med tidsplan for gjennomføring, anslag for kostnad og ansvarlig.

Dokumentet inneholder en konkret handlingsplan som gir oversikt over ulike tiltak/prosjekter som må til for å nå denne IKT-strategiens hovedmålsettinger. Strategien har et eget punkt om gevinstrealisering. I tillegg har den et vedlegg om krav til digital kompetanse for ansatte i helse- og omsorgsavdelingen.

8.4.1 Oslo kommune – Byrådssak om digitalisering



Oslo kommune har hatt og vil fortsatt ha en offensiv satsing på velferdsteknologi. Byrådssaken inneholder en oversikt over avsluttede og pågående velferdsteknologiske prosjekter i kommunen. Saken gir også oversikt over arbeid på nasjonalt nivå.

Velferdsteknologi krever samarbeid mellom ulike offentlige myndigheter for å unngå at ulike digitale systemer ikke kommuniserer med hverandre. Oslo kommune vil være i tett dialog med nasjonale myndigheter og sentrale organisasjoner (leverandører og akademien) nasjonalt og internasjonalt, for å kunne følge opp utviklingen av velferdsteknologiske løsninger. Saken skisserer tiltak på kortere og lengre sikt. Den omtaler utfordringer man står overfor, og gir føringer for arbeidet videre. Velferdsteknologi er et område i rivende utvikling, og det er i dag ikke mulig å forutsi hvilke teknologiske muligheter som finnes om 10-15 år. Byrådssaken skisserer byrådets satsing på

en helhetlig strategi der utvikling og implementering av velferdsteknologiske løsninger i pleie- og omsorgstjenestene planlegges på et overordnet og bredt nivå. En felles, sentral og leverandøravhengig dataplattform (styringsplattform) er et tiltak som prioriteres høyt.

8.4.2 Grimstad kommune. Digitaliseringsplan helse- og omsorgssektoren 2018–2023



Planen er ment å gi en overordnet politisk forankring av digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Den skal vise retning og være styrende for digitaliserings-satsingen i planens tidsperiode. Den beskriver blant annet digitalisering i helse- og omsorgssektoren generelt, og tar også for seg strategi og rammer rundt digitaliseringen av kommunale helsetjenester. Videre beskriver den IKT-utstyret som benyttes i helse- og omsorgssektoren, før den beskriver mer inngående de ulike digitaliseringsprosjektene som enten er iverksatt eller bør iverksettes i Grimstad kommune. For disse vil det bli utarbeidet egne prosjektplaner før innføring. Nødvendig brukerstøtte, kompetanse, personvern og datasikkerhet omtales også.

Planen inneholder ikke budsjettinnspill. Digitaliseringen av ulike prosesser vil bli spilt inn som nye investerings- eller driftstiltak i den årlige budsjettprosessen, og vil være forankret i den overordnede digitaliseringsplanen til Grimstad kommune.

Kommunen må i årene fremover møte et økende antall personer som trenger ulike typer helse-tjenester. Fagområdet er i stor utvikling med økende bruk av tekniske og digitale hjelpemidler.

Det vises til at det overordnede målet for digitalisering av disse tjenestene er å understøtte målet om gode pasientforløp. Det vil være behov for oppdaterte helsefaglige IKT-systemer. Disse må understøtte informasjon og kommunikasjon internt i kommunen og mellom kommunen og eksterne parter.

Strategien viser til nasjonale føringer for digitalisering av helse- og omsorgssektoren, som Nasjonal handlingsplan for e-helse, Én innbygger - én journal og en generell henvisning til Direktoratet for e-helse.

Strategien beskriver status mål og tiltak for flere områder, som for eksempel velferdsteknologi.

8.4.3 Trondheim kommune – Program for velferdsteknologi. Programplan mot 2020



Trondheim kommunes temaplan for IKT, digitalisering og velferdsteknologi 2015–2018 ble vedtatt i bystyret våren 2014. I planen vedtok bystyret fire førende prinsipper frem til 2018:

1. Kommunens visjon for digitalisering er at innbyggerne skal oppleve mestring i sitt møte med kommunen
2. Effektivisere tjenesteproduksjonen ved hjelp av standardisering og automatisering
3. Kommunens utviklings- og investeringsprosjekter innenfor IKT området skal styres gjennom porteføljestyring, jf. investeringsreglementet, og standardisert prosjektgjennomføring skal benyttes som hovedregel
4. Løsninger som etableres skal følge Difis arkitekturprinsipper

Mål og strategier for valg av velferdsteknologi i Trondheimsområdet

I samarbeid med kommunene i Trondheimsområdet er det utarbeidet og politisk vedtatt mål og strategier i fire perspektiver: bruker, ansatt, økonomi og samfunn. De fire perspektivene ligger til grunn for de fire overordnet hovedmålene, områdemålene og tiltakene for Velferdsteknologiprogrammet. Planens hovedmål er:

1. Brukerperspektivet: tjenestemottakere mottar tjenester som suppleres av velferdsteknologi og støtter opp om deres trygghet og mestringsevne
2. Ansattperspektivet: de ansatte benytter velferdsteknologi som supplement i sitt daglige virke
3. Økonomiperspektivet: kommunen har tatt i bruk velferdsteknologi som bidrar til god ressursutnyttelse og effektive tjenester
4. Samfunnsperspektivet: kommunen har en aktiv rolle i velferdsteknologisatsningen både i regionen og nasjonalt, og er en aktiv bidragsyter til innovasjon i offentlig sektor

Planen setter opp delmål, strategier og tiltak for de enkelte hovedmålene.

8.4.4 Ringebu kommune. Digitaliseringsstrategi for Ringebu kommune 2018–2021



Det er et eksempel på en generell digitaliseringsstrategi for en enkeltkommune.

Strategien tar utgangspunkt i KS' digitaliseringsstrategi, men har også en lokalt forankret situasjonsbeskrivelse.

Det er satt opp egne tiltak knyttet til velferdsteknologi:

«Kommunen bruker velferdsteknologi for å øke tjenestekvalitet, egenmestring av egen livssituasjon og kunne bo lengre hjemme

Slik gjør vi det:

- ▶ *Innføre digitale trygghetsalarmer og ta i bruk relevante sensorer i tilknytning til disse.*
- ▶ *Etablere digitalt tilsyn med bruk relevante sensorer.*
- ▶ *Innføre Multidosedispensere for sikker utdeling av medisiner.*
- ▶ *Etablere demorom med ulik velferdsteknologi i tilknytning til korttids-/rehabiliterings-*

avdelingen.

- ▶ *Etablere utlånsbibliotek for sensorer/utstyr for utprøving i hjemmet.*
- ▶ *Etablere og ta i bruk frivillighetsapp for bestilling av småoppdrag i hjemmet.*
- ▶ *Installere komfyrvakter i alle kommunale leiligheter.*
- ▶ *Etablere hjemmetreningsopplegg via digital kommunikasjon som kan skreddersys den enkeltes behov og integreres i kommunens fagsystem»*

På bakgrunn av strategien har kommunen utarbeidet Handlingsplan for digitalisering 2018–2020. Helse og omsorg er et av temaområdene i planen der det er satt opp en rekke konkrete tiltak.

8.5 Overordnet om funnene i strategiene

Av strategiene og plandokumentene vi har gått gjennom har vi inntrykk av at de ofte viser til generelle nasjonale føringer på digitaliseringsområdet, særlig Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge og KS' Digitaliseringsstrategi for kommuner og fylkeskommuner 2017–2020. Med tanke på at mange av strategiene vi har gått gjennom ble utarbeidet kort tid etter at disse dokumentene kom ut, er det ikke overraskende. Mange av kommunenes strategier kom antagelig også som følge av disse to nasjonale strategidokumentene.

En god del av de generelle digitaliseringsstrategiene vi har gått gjennom har hatt henvisninger til e-helse, og i særdeleshet blir velferdsteknologi tatt opp i mange strategier.

Tema som personvern, informasjonssikkerhet og gevinstrealisering er ofte dekket, men disse er dekket som generelle temaer, og ikke knyttet spesifikt til e-helse. Dette er også tema som det har vært stor oppmerksomhet på nasjonalt nivå, for eksempel i Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge.

At IKT innen helse og omsorg er hyppig omtalt i IKT-strategiene samsvarer med funnene i SSBs undersøkelse av digitalisering i kommunesektoren (Rybalka m.fl., 2019). SSB fant at velferds-

teknologi ofte ble omfattet av IKT-strategiene til kommune. Det var kun områdene «Digitale tjenester for innbyggere», «Informasjonssikkerhet» og «IKT-infrastruktur» som er oftere omtalt enn velferdsteknologi i kommunenes IKT-strategier. Ifølge SSBs undersøkelse hadde om lag 85 % av kommunene IKT-strategier omtale av velferdsteknologi.

Vår vurdering etter gjennomgangen av strategiene, er at selv om velferdsteknologi eller e-helse nevnes forholdsvis ofte i strategiene, er dette som regel veldig korte og generelle beskrivelser. Omtalene mangler ofte henvisninger til konkrete prosjekter og løsninger på nasjonalt nivå og nasjonale strategidokumenter på e-helseområder. Strategiene tar heller ikke utgangspunkt i de lokale utfordringsbildene, som for eksempel kan være knyttet til teknisk gjeld eller mangel på kompetanse. Av dokumentene fremkommer det som regel heller ikke hvordan kommunene jobber med digitalisering innen helse og omsorg.

Kommuner som har særskilte og konkrete planer om e-helse, som for eksempel Grimstad kommune og Eigersund kommune, skiller seg ut. Disse har konkrete dokumenter med planer for tiltak innen IKT i helse- og omsorgssektoren. En stor kommune som Bærum kommune har tatt inn konkrete tiltak knyttet til velferdsteknologi og e-helse i sine generelle strategier og planer.

Det er imidlertid viktig å understreke at det ikke er generell enighet om hva som er «beste praksis» når det gjelder strategier på IKT-området, heller ikke hvordan e-helse skal innarbeides i kommunenes strategidokumenter. Hvordan en god strategi ser ut, kan også variere fra kommune til kommune. Likevel indikerer vår gjennomgang at det ikke er stor og tydelig strategisk oppmerksomhet på e-helseområdet i kommunene. Det er antagelig også en utfordring at strategiene er såpass lite konkrete på området.

Det kan være flere årsaker til at strategiene ikke er mer konkrete når det gjelder e-helse. En viktig årsak kan være at det er vanskelig for små generalistkommuner, som kanskje mangler IKT-kompetansen å forholde seg til og implementere spesialiserte strategier. Som vi vi viste til i avsnitt 5.6 har undersøkelser pekt på lav IKT-kompetanse i kommunene. Mange kommuner er antagelig fortsatt i fase der de skal få på plass grunnleggende systemer, kompetanse og roller og ansvar knyttet til digitalisering. Derfor blir strategiene generelle og lite konkrete.

Det er også grunn til å anta at det kan være stor avstand mellom den sentrale IKT-avdelingen i kommunen, som gjerne utarbeider IKT-strategiene, og tjenesteavdelingene innen helse og omsorg. Dette kan hindre at disse sammen klarer å få utarbeidet strategiske dokumenter og planer med utgangspunkt i den faktiske situasjonen innenfor helse og omsorg i kommunen og de nasjonale planene og føringene for e-helse.

Det at en kommune har en strategi, betyr ikke nødvendigvis i praksis at strategien er retningsgivende for kommunens arbeid på e-helseområdet. Strategien kan være dårlig forankret, lite kjent og i praksis lite brukt i styringen. Strategier innebærer som regel heller ikke klare økonomiske forpliktelser. I praksis må digitaliseringstiltak som medfører budsjettutgifter konkurrere med andre tiltak og gode formål. Vi kan imidlertid vente at jo mer konkret tiltakene formuleres i handlingsplaner, jo større sjans er det for at tiltakene prioriteres i budsjettene og faktisk gjennomføres. Handlingsplanen til Bærum kommune er et eksempel på et generelt plandokument med konkrete tiltak innen e-helseområdet, med angivelse av tidsplan og hvem som er ansvarlig.

Samordning og samarbeid på tvers av tjenesteområder, kommuner og forvaltningsnivåer er kritiske faktorer for å få til digitalisering av offentlig sektor, blant annet for å gi kostnadseffektive fellesløsninger og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for brukeren. På tross av dette gir strategidokumentene ofte få konkrete svar på hvordan kommunene i praksis skal lykkes med samarbeid på tvers. En typisk omtale av samarbeid med andre kommuner ser slik ut:

«Vi skal søke å samarbeide med andre der dette er hensiktsmessig. Aurskog-Høland kommune er for liten til å drive store utviklingsoppgaver alene og kan høste godt av å være med i andre kommuners satsninger for å få bedre og mer robuste digitale løsninger. Det skal etableres digitale nettverk på tvers av kommunegrensene.»

Strategidokumentene sier i enda mindre grad hvordan kommunene skal samarbeide med andre om velferdsteknologi. Etter vår vurdering er dette en stor utfordring: kommunene skal i stor grad ta de samme store løftene, men legger i tilsynelatende i liten grad opp til å lære av andre, samordne og gjenbruke løsninger fra andre.

9 Sammenstilling

E-helse er et av flere digitaliseringsområder der både stat og kommune er viktige aktører. Vi ser at digitalisering av kommunale tjenester og IKT-løsninger i kommunene har sine utfordringer. Utfordringer innen e-helse henger sammen med dette; det er ikke rimelig å anta at kommunene skal løse sine e-helseutfordringer bedre enn de løser digitaliseringsutfordringene generelt.

Temaene belyst i de ulike rapportene vi har identifisert, er relevante for kommunene. Det er samtidig slik at kommunene er sentrale i å bidra til noen løsninger, mens staten er det viktigste aktøren på andre områder. Innbyggerne fremstår som klare til å ta i bruk mer dialog med tjenesteapparatet enn det som skjer i dag.

Kommunene ser ut til å være aktive innen innføring av velferdsteknologiske løsninger, og de opplever gode gevinster ved det. Det samme gjelder helsetjenester på avstand. Velferdsteknologi omtales også ofte (om enn i generelle termer) i strategiene. Gevinstene ved avstandsoppfølging er sannsynligvis store hos alle med unntak av selvstendig næringsdrivende fastleger. Her er det en utfordring at legene selv må gjøre investeringen, mens det er pasienten eller samfunnet for øvrig som tar ut gevinsten.

Det er samtidig viktig å henvise til Riksrevisjonens funn om at det ikke arbeides systematisk med gevinstrealisering ved digitalisering av kommunale tjenester. Dette gjelder digitalisering generelt. Vi vurderer imidlertid at det er liten grunn til å at det arbeides mer systematisk med gevinstrealisering ved digitalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester enn det gjøres med kommunale tjenester generelt.

Vi har identifisert to utfordringer der kommunen har en viktig rolle:

1. Digitalisering av arbeidsprosessene, og bedre sammenheng i pasientforløp, er områder som sentrale myndigheter har stort fokus på, men det er kommunene som må innføre og ta i bruk de nye løsningene. Rapportene tilsier at det er et stykke vei å gå for at dette skjer. Det er noe usikkerhet, skepsis og avventende holdninger blant personell som skal ta det i bruk. Dette kan kommunene påvirke. Rapportene viser ikke noe stort fokus på det.
2. Rapportene viser at det er mangel på kompetanse både innen tjenestene og innen teknologi. Det pekes også på at teknologisk utdannet personell må bli mer involvert i kontakten med brukerne, og helsearbeidere må lære seg mer teknologi.

Man skulle kunne forvente at de strategiene vi har funnet til en viss grad adresserer disse utfordringene. Vi ser lite av dette i de identifiserte strategiene. Vår vurdering etter gjennomgangen av strategiene er at selv om velferdsteknologi eller e-helse nevnes forholdsvis ofte i strategiene, er dette som regel veldig korte og generelle beskrivelser. Omtalene mangler blant annet som regel henvisninger til konkrete prosjekter og løsninger på nasjonalt nivå og nasjonale strategidokumenter på e-helseområder. Strategiene tar heller ikke utgangspunkt i de lokale utfordringsbildene, som for eksempel kan være knyttet til teknisk gjeld eller mangel på kompetanse. Av dokumentene fremkommer det som regel heller ikke hvordan kommunene jobber med digitalisering innen helse og omsorg.

Vi har vist til at det finnes en del samarbeid mellom kommuner innen digitalisering og IKT-løsninger, og at flere opplever gevinster ved dette. Etter vår vurdering kan de samme gevinstene antagelig hentes ved interkommunalt samarbeid på e-helseområdet.

Det kunne vært en fordel med en kontinuerlig oppdatert oversikt over slikt samarbeid. Etter vår vurdering gir en slik oppdatert oversikt blant annet bedre mulighet for læring på tvers mellom kommunene og IKT-samarbeidene. Informasjon om hvilke nettverk og samarbeid som eksisterer, kan bidra til at det dannes større nettverk og at erfaringer i større grad utveksles. Det vil også gi oppdaterte kontaktpunkter som statlige virksomheter og andre aktører kan bruke dersom de for

eksempel ønsker å hente erfaring fra IT-utvikling/digitaliseringstiltak i kommunene. Dette gjelder også digitaliseringstiltak i helse- og omsorgssektoren. Det er en generell mangel på oppdatert informasjon om *erfaringene* med interkommunalt IKT-samarbeid, for eksempel i hvilken grad kommunene har klart å samordne IKT innenfor helse og omsorg. Ut fra informasjonen vi sitter på, har vi lite eller ingen kunnskap til å kunne si noe om slags type samarbeid mellom kommunene som best kan bidra til å løse utfordringene ved å innføre nasjonale e-helseløsninger i kommunene.

Det er et overordnet spørsmål om man skal ta utgangspunkt i e-helse som eget tiltak, eller som verktøy til endringer i helse- og omsorgssektoren og på tvers av kommunens tjenesteområder. Regjeringen understreker i Nasjonal helse- og sykehusplan at digitaliseringen skal bidra til realiseringen av pasientens helsetjeneste, og digitaliseringen ikke er et mål i seg selv. Det er kunnskap fra denne litteraturgjennomgangen som indikerer at ansvaret for digitale løsninger ligger i en teknisk tjeneste og at koblingen til den utøvende tjenesten ikke er veldig sterk. De fleste rapporter vi har identifisert omhandler nettopp enkeltprodukter eller pakker av ulike løsninger innen e-helseområdet, mens utvikling for øvrig innen tjenestene omtales i liten grad. Bergen kommune har derimot hatt e-helseløsninger som en av flere viktige verktøy i en modernisering av tjenesten. Det er ikke identifisert strategier tilsvarende den som Bergen kommune har hatt. Det er mulig slike satsinger er belyst i kommunale delplaner innen helse- og omsorg. Vi har gjort noen få stikkprøver som tilsier at det ikke er tilfelle.

10 Referanser

10.1 Rapporter mv.

- Bergmo, T. S., Jøsendal, A. V., Johnsen, E., Kolstrup, N. & Johansen, M. (2018) *Multidose i e-resept. Sluttrapport: oppsummering av prosjektet*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Blixt L, S. K., Bjorbækmo WS (2019) Physiotherapists' experiences of adopting an eTool in clinical practice: a post-phenomenological investigation. *20Physiotherapy Theory and Practice*.
- Das, A., Reitan, J., Holbø, K., Sundby Boysen, E. & Ausen, D. (2018) *Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer*. Helsedirektoratet.
- Denecke, K., Gabarron, E., Grainger, R., Konstantinidis, S. T., Lau, A., Rivera-Romero, O., Miron-Shatz, T. & Meroll, M. (2019) Artificial Intelligence for Participatory Health: Applications, Impact, and Future Implications. *IMIA Yearbook of Medical Informatics*, 165-173.
- Dyb, K. & Warth, L. L. (2018) Innføring og bruk av kjernejournal. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- e-helse, D. f. (2018) *Erfaringer og videre arbeid med velferdsteknologisk knutepunkt*. e-helse.no:
- e-helse, D. f. (2019) *Utviklingstrekk 2019. Beskrivelse av drivere og trender relevant for e-helse*.
- Eriksen, L. Ø. (2019) *Hvor ønsker ingeniørstudentene å jobbe?* Mail til Eilin Ekeland.
- Foss, P.-K. (2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av digitalisering av kommunale tjenester*. Riksrevisjonen.
- Hansen, A., Claudi, T. & Årsand, E. (2019a) Associations Between the Use of eHealth and Out-of-Hours Services in People With Type 1 Diabetes: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*, 21(3).
- Hansen, A. H., Bradway, M., Brož, J., Claudi, T., Henriksen, Ø., Wangberg, S. C. & Årsand, E. (2019b) Inequalities in the use of eHealth between socioeconomic groups among patients with type 1 and type 2 diabetes : cross-sectional study.
- Hansen, A. H., Claudi, T. & Årsand, E. (2019c) Use of Electronic Health and Its Impact on Doctor-Visiting Decisions Among People With Diabetes: Cross-Sectional Study, 21(4).
- Helsedirektoratet & E-helse (2018) *E-konsultasjon hos fastleger og legevakt*. Helsedirektoratet.no:
- Hoas, H. & Zanaboni, P. (2017) *Telerehabilitering*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Holm, I. M. & Johansen, A. F. (2019) *Sosial digital kontakt – et år etter*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Holm, I. M., Kristiansen, E. & Rotvold, G.-H. (2019) *Responstjenester for trygghetsskapende teknologier. Innspill til revidering av anbefalinger*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Holst LS, H. D., Torp AC (2018) *Kartlegging av endrede kompetansebehov i en digitalisert helse- og omsorgssektor*. Ipsos.
- Intro-International (2018) *Effekter av avtandsoppfølging*. Helsedirektoratet.
- Knarvik U, R. G. (2019) *Kartlegging av prosjekter innenfor medisinsk avstandsoppfølging i kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Knarvik, U., Rotvold, G.-H., Bjørvig, S. & Bakkevoll, P.-A. (2017) *Kunnskapsoppsummering: Velferdsteknologi*. Norsk senter for e-helseforskning.
- Knudsen, A. H. (2018) *Sluttrapport Smart omsorg 2015-2018*. Bergen kommune.
- Kolstrup, N. (2016) *Muligheter og utfordringer ved bruk av videokonsultasjoner i primærhelsetjenesten*. Norsk senter for e-helseforskning.
- Kristiansen, E., Torsvik, T. & Lind, K. F. (2019) *Triage i fastlegeordningen. En hurtig forskningsoppsummering*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Lohne, C., Askildsen, F. & Barli, S. M. (2018) *Meldingsovervåking – en sikkerhet ved sending av elektroniske henvisninger*. Master Universitetet i Agder. Available online: <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2563225> [Accessed].
- Løyning, K. (2019) *Betydning av nettverkssamarbeid ved innføring av velferdsteknologi i 30 agderkommuner*. Universitetet i Agder. Available online: <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2621120> [Accessed].
- Malm-Nicolaisen, K., Holm, L. S., Rotvold, G. H., Ulriksen, G.-H., Holthe, H., Ekeland, A. G., Kristiansen, E., Bergmo, T. & Pedersen, R. (2018) *Samhandling og informasjonsutveksling. Beskrivelse av tidsbruk og arbeidsoppgaver blant fastleger*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.

- Marion, L. v., Nur, P., Vifladd, P. & Sommervold, M. M. (2018) *Oppdatert kunnskapsgrunnlag på digitaliseringsområdet. Kunnskapsgrunnlag basert på dokumentgjennomgang.*
- Melby, L., Andreassen, H. K., Torsvik, T., Ellingsen, G., Severinsen, G.-H., Silsand, L., Ekeland, A. G., Saadatfard, O. & Pedersen, R. (2019) *Ambivalently Awaiting: Norwegian General Practitioners' Expectations towards a Cross-institutional Electronic Health Record, 17th Scandinavian Conference on Health Informatics.* Oslo.
- Melby L, S. K., Midtgård T, Toussaint PJ, Karlstrøm H (2019) *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene.* KunnskapsnotatForskningsrådet.
- Mellbye, C. S. & Gierløff, C. W. (2018) *Smarte kommuner - Hva er gevinstpotensialet.* Menon Economics.
- Melting, J. B. (2017) *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger.* Helsedirektoratet.
- Mitterer, S. J. (2018) *Comparing the Implementation of Electronic Patient Record (EPR) Systems in Germany and Norway.* Master Universitetet i Oslo.
- Netteland, G. (2017) *Improving Handovers Between Hospitals and Primary Care: Implementation of E-Messages and the Importance of Training,* in al., R. R. e. (ed), *Informatics for Health: Connected Citizen-Led Wellness and Population Health*[eBook]. European Federation for Medical Informatics (EFMI) and IOS Press.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2016) FOR-2016-10-28-1250, Chapter Lovdata:
- Norstat 7 av 10 eldre ønsker mer digital velferd Available online: [Accessed].
- Nur, P., Lindeman, H., Trømborg, E. & Makridis, I. (2018) *Digital modenhet ved norske fastlegekontor* Rambøll & Forbrukerrådet.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (2011) LOV-2018-12-20-113 fra 01.01.2019, Chapter
- PA (2016) *Organisering og dimensjonering av responsentertjeneste.* Helsedirektoratet.
- Rotvold, G.-H., Knarvik, U. & Trondse, M. V. (2018) *Innføring av velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse.* Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Saadatfard, O. & Årsand, E. (2016a) *M-helse og diabetesbehandling.*
- Saadatfard, O. & Årsand, E. (2016b) *M-helse og pasienters egenmestring av kronisk sykdom* Norsk senter og e-helseforskning.
- Slaatsveen, I., Stavnesli, I., Halsetrønning, J. & André, B. (2018) *Elektroniske omsorgsmeldinger gir bedre og sikrere dokumentasjon.* *Sykepleien*, 106(7), 54-58.
- Trondsen, M. V. & Knarvik, U. (2019) *Velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Brukererfaringer etter 2 ½ års utprøving i Drammen og Horten kommuner.* Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Vinje V, B. L., Strøm T, Velten C (2017) *Teknologi og kompetanse i endring. Digitalisering og fremtidig kompetansebehov, for Unios helseforbund.*
- Visma (2019) *Digital status i offentlige Norge, 2019.* Available online: [Accessed].

10.2 Kommunale strategier og handlingsplaner

Askim kommune. Digitaliseringsstrategi for Askim kommune 2016-2019

Aukra kommune med flere kommuner. Digitaliseringsstrategi for kommunene i ROR-IKT 2018-2021

Asker kommune (Nye Asker). Digitaliseringsstrategi 2017-2020. Å bygge en ny digital kommune.

Aurskog-Høland kommune. Digitaliseringsstrategi 2018 – 2022. Innbyggerrettet og effektiv.

Birkenes kommune. Digitaliseringsstrategi Birkenes kommune 2021.

Bodø kommune. Digitaliseringsstrategi.

Bærum kommune. Digitaliseringsstrategi for Bærum kommune. ETT Bærum – digitalt førstevalg

Digi Rogaland. Sak på nettet: [Digitaliseringsstrategien for Digi Rogaland er vedtatt i styringsgruppen](#)

Eigersund kommune. IKT-strategi for helse- og omsorgstjenesten 2018 – 2021

Flekkefjord med flere kommuner. Digitaliseringsstrategi for DDV-samarbeidet 2018-2020.

Gjøvik kommune. Strategisk plan for velferdsteknologi

Gran kommune. Digitaliseringsstrategi - trygghet og tillit til teknologi

Grimstad kommune. Digitaliseringsplan helse- og omsorgssektoren 2018-2023.

Hamar med flere kommuner. Digitaliseringsstrategi 2017-2020.

Hammerfest kommune. Digitaliseringsstrategi 2020-2023

Hammerfest kommune. IKT-strategi 2020-2023

Harstad kommune. Digitaliseringsstrategi.

Karlsøy kommune. Digital strategiplan for Karlsøy kommune 2014 2020.

Klepp kommune. Digitaliseringsstrategi

Krødsherad kommune. Digitaliseringsstrategi 2017-2020 for Krødsherad kommune

Kvam kommune. Digitaliseringsstrategi 2018-2021

Larvik kommune. Digitaliseringsstrategi 2018-2020

Lenvik kommune. Digital strategi 2017-2019

Lier kommune. Digital strategi for Lier kommune.

Lillehammer, Øyer og Gausdal kommune. 3-1. Digitaliseringsstrategi 2017-2020

Lillesand kommune. Digitaliseringsstrategi 2017-2020

Lørenskog kommune. 2016. Digitaliseringsstrategi 2016-2020.

Nordfjordkommunane. Digitaliseringsstrategi for Nordfjordkommunane 2016-2020

Odda kommune. E-helsestrategi.

Oppdal kommune. Digitaliseringsstrategi for Oppdal kommune 2018 -2021.

Oslo kommune. Byrådssak om velferdsteknologi.

Overhalla kommune. Digital nyskaping – digitaliseringsstrategi for Overhalla kommune 2018-2021

Nord-Gudbrandsdal (region) – Digitaliseringsstrategi

Porsanger kommune. Digitaliseringsstrategi for Porsanger kommune

Ringebu kommune. Digitaliseringsstrategi for Ringebu kommune 2018-2021

Sarpsborg kommune. Forandring for framtiden. Digitaliseringsstrategi for Sarpsborg kommune

Sigdal kommune. Digitaliseringsstrategi 2017-2020 for Sigdal kommune.

Trondheim kommune. Program for velferdsteknologi. Programplan mot 2020.

Vestre Toten kommune. Digitaliseringsstrategi 2019-2022

Våler kommune. Digitaliseringsstrategi 2018+ for Våler kommune.