

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Om BearingPoint

BearingPoint er et internasjonalt rådgivingselskap, med ca. 4 500 ansatte og kontorer i 23 europeiske land. Den norske virksomheten har i overkant av 100 ansatte som kombinerer sterk kompetanse innen analyse og teknologi med dyp forretningsforståelse. Vi har nærmere 20 års erfaring med å levere konsulenttjenester av høy kvalitet og med fokus på faktisk verdiskapning. Dette inkluderer program- og prosjektstyring og effektiv gjennomføring av store komplekse prosjekter, strategiutvikling, målstyring, governance og risikostyring/-håndtering.

I Norge og Norden er det etablert en egen satsing på helsesektoren, hvor BearingPoint bistår virksomheter med strategiutvikling og -implementering, anskaffelser samt gjennomføring av større nasjonale digitaliseringsprogrammer.

Scenarier for e-helse i kommunene/OE-rapport 2022-53

© Oslo Economics 10. september 2022

Kontaktperson:

Marit Svensgaard / Partner

msv@osloeconomics.no, Tel. 982 63 985

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	4
1. Om oppdraget	7
1.1 Bakgrunn for oppdraget	7
1.2 Mandat for oppdraget	7
1.3 Gjennomføring av oppdraget	7
1.4 Definisjoner	8
2. utfordringer i primærhelsetjenesten	9
2.1 Eldrebølgen	9
2.2 «Fastlegekrisen»	10
2.3 Rask medisinsk og teknologisk utvikling	10
2.4 Tilgang på helsefaglig kompetanse	10
2.5 Økte kommunale kostnader og usikker finansiering	12
3. E-helse: Definisjon og utviklingstrekk	13
3.1 Hva menes med e-helse?	13
3.2 E-helses bidrag til å møte utfordringer i primærhelsetjenesten	13
3.3 Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet	13
3.4 E-helseløsninger i bruk i kommunene i dag	15
4. Kommunenes veivalg på de ulike e-helseområdene	18
4.1 Legemiddelområdet	18
4.2 Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging	18
4.3 Innbyggertjenester	19
4.4 Digitale fellesløsninger	19
4.5 Digital samhandling	19
4.6 Oppsummering av kommunale veivalg på e-helsefeltet	20
5. Scenarier for e-helse i kommunene	21
5.1 Utvalgte scenarier	21
5.2 Kriterier for vurdering av scenarioene	23
5.3 Vurdering av scenarioene	25
5.4 Særskilt om nasjonale journalløsninger	33
6. Faktorer som hemmer og fremmer kommunenes e-helse-arbeid	35
6.1 Hemmere i kommunenes e-helse-arbeid	35
6.2 Hva kan KS gjøre for å trekke kommunene i riktig retning?	38
7. Veien videre for kommunenes arbeid med e-helse	40
8. Referanser	42
Vedlegg A: Intervjuguide: E-helse-utvikling i kommunene	43

Sammendrag og konklusjoner

På oppdrag fra KS har Oslo Economics og BearingPoint utredet scenarioer for e-helsearbeidet i kommunene. Scenarioene er utarbeidet på bakgrunn av informasjon innhentet gjennom samtaler med nøkkelpersoner i utvalgte kommuner, samt ambisjonsnivået for e-helse som er beskrevet i Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet (KS, 2022). Oppdraget er gjennomført i perioden mai-juni 2022.

Primærhelsetjenesten møter en rekke utfordringer, med en kombinasjon av en økende eldre-befolkning, mer sammensatt sykdomsbilde og knapphet på helsefaglig kompetanse. Det er nødvendig å effektivisere for å kunne levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne også i fremtiden. E-helse, det vil si informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren, anses av kommunene vi har vært i kontakt med, som en nødvendig forutsetning for å kunne levere gode helse- og omsorgstjenester også i fremtiden.

Det benyttes i dag en rekke e-helseløsninger i alle deler av primærhelsetjenesten, men det er forventninger om at omfanget vil øke betydelig fremover. Dagens løsninger har klare mangler når det gjelder samhandling og funksjonalitet for å understøtte en god og effektiv behandling. Det går til dels langsomt å få innført løsningene i alle de ulike tjenestene i de ulike kommunene. Det er for eksempel slik at e-resept, som etter hvert oppleves som en selvfølge for de fleste, ennå ikke er i bruk i alle norske sykehjem.

Kommunene møter en rekke veivalg i sitt arbeid med e-helse, og e-helseutviklingen kan tenkes å ta flere ulike retninger i årene fremover. Veivalgene knytter seg særlig til ambisjonsnivå og hvilke typer løsninger og teknologier som skal prioriteres, samarbeidsomfang og samarbeidsformer, og i hvilken grad markedsløsninger skal foretrekkes fremfor nasjonale fellesløsninger.

Med bakgrunn i utfordringsbildet og de mest aktuelle veivalgene, har vi identifisert fire mulige fremtidsscenarioer for e-helsearbeidet i kommunene:

1. *Stort sprik i feltet*
2. *I henhold til nasjonale planer*
3. *Koordinerte kommuneklynger*
4. *Alenegang*

I scenarioet **Stort sprik i feltet** er e-helsearbeidet i kommunal sektor i liten grad koordinert, hverken totalt sett eller gjennom lokale og regionale samarbeid. Stort sprik i feltet kan sies å være det scenarioet som i størst grad representerer en videreføring av dagens virkelighet. Selv om noen kommuner inngår i kommunale samarbeid, er det ikke noen form for koordinering på tvers av disse samarbeidene, så hver kommune eller hvert kommunesamarbeid arbeider ofte uavhengig av hva som skjer ellers i kommunal sektor i Norge. Enkelte kommuner og kommuneklynger vil, som i dag, gå foran med et høyt ambisjonsnivå, andre vil henge etter, enten fordi dette er en bevisst strategi, eller fordi det er mangel på kompetanse, kapasitet eller andre hindringer. Samtidig er det tilgang på

nasjonale løsninger på en rekke områder, men det er ulikt i hvilken grad kommunene prioriterer, eller har mulighet til, å innføre disse løsningene.

I scenarioet **I henhold til nasjonale planer** velger kommunene å følge alle nasjonale initiativ, enten de kommer fra staten eller fra KS. Kommunene tar ikke egne initiativ, hverken når det gjelder velferdsteknologi eller på andre e-helseområder, og gjør ikke selvstendige vurderinger av hvorvidt de nasjonale initiativene bør innføres eller ikke. Når nye nasjonale løsninger tilgjengeliggjøres, innføres disse i kommunene i den rekkefølgen og det tempoet som bestemmes i nasjonale innføringsplaner. Det er ikke behov for tvang eller incentivmekanismer, fordi kommunene uansett forholder seg til de nasjonale initiativene.

I scenarioet **Koordinerte kommuneklynger** vokser det frem stadig flere og tettere samarbeid mellom kommuner, slik at de fleste små og mellomstore kommuner inngår i slike samarbeid. Det etableres interkommunale selskap eller mer løse sammenslutninger, der det samarbeides om strategi, anskaffelser, innføring, forvaltning og drift av e-helseløsninger. Gjennom KS etableres det mekanismer for å sikre at ulike klynger er piloter på ulike e-helseløsninger, slik at læringsutbyttet for kommunene samlet kan bli størst mulig. Det er også innført mekanismer for evaluering og kunnskapsspredning, så piloter i én kommuneklynge blir kjent i alle kommuner.

I scenarioet **Alenegang** er kommunene svært opptatt av å finne løsninger som er tilpasset deres egne unike behov. Hyllevare, enten den er innkjøpt i markedet eller levert fra staten eller KS, oppleves i liten grad som egnet i dette scenarioet. Kommunene er lite opptatt av nasjonale initiativ, men orienterer seg hele tiden i markedet for å finne gode løsninger, eller eventuelt lar være å innføre nasjonale løsninger som de ikke opplever er godt nok tilpasset kommunens behov. I et slikt scenario er det i svært liten grad formaliserte samarbeid mellom kommunene. Også i scenarioet Alenegang vil det være forskjell i ambisjonsnivå og fremrykningstakt. Noen kommuner vil ligge langt fremme, andre vil være etternølere.

Våre vurderinger viser at det er ønskelig å realisere en situasjon som kombinerer de to scenarioene **I henhold til nasjonal plan** og **Koordinerte kommuneklynger**. Kommunene vi har vært i kontakt med er alle positive til fellesløsninger, samarbeid og koordinering. Muligheten til å få med også de små kommunene, få til samhandling med innbygger i sentrum, en styrt utvikling på nasjonalt nivå, med mulighet for kostnadssynergier, –trekkes frem som fordeler med de to mest foretrukne scenarioene.

Samtidig er det, særlig på velferdsteknologi-området, ønskelig å kunne prøve og feile, og benytte markedets konkurransekraft til å sikre innovasjon. Det er derfor ønskelig at nasjonale tiltak så langt som mulig baserer seg på konkurranse i markedet. I diskusjonen om utviklingen på journalområdet trekker våre informanter også frem viktigheten av konkurranse, og det synes derfor som om planene for Felles kommunal journal treffer godt. Ved å løsrive data fra løsning, og tilby forhåndsgodkjente løsninger på en markeds plass, sikres reell valgfrihet og muligheter for at kommunene kan velge moduler basert på egne behov.

For å få til en ønsket utvikling på e-helseområdet er det viktig å arbeide for å fjerne det som oppleves som hindringer mot en ønsket utvikling. Våre informanter peker på en rekke hindringer, der de følgende synes å være spesielt utfordrende per nå:

- *Mangel på tilgjengelig tid i tjenestene til å innføre nye løsninger*
- *Mangel på teknologisk kompetanse, helst kombinert med helsefaglig kompetanse*
- *Utfordringer med å arbeide innenfor lovverk om personvern og anskaffelser*
- *Mangel på informasjon om tilgjengelige løsninger*
- *Mangel på nasjonale standarder*

I tillegg er det finansielle utfordringer, som antagelig vil bli forsterket etter som flere e-helse-løsninger tas i bruk, og driftskostnadene øker. Utfordringen forsterkes av at innføringen av e-helse-løsninger ikke nødvendigvis frigjør budsjettmessige ressurser i kommunene. En utvikling der e-helse-løsninger skal benyttes av flere aktører, noe som vil kunne være tilfelle for eksempel med en del løsninger for digital hjemmeoppfølging, vil også kreve at det finnes gode samfinansieringsmodeller.

KS bidrar til koordinering og informasjonsdeling gjennom samstyringsstrukturen og ved å legge til rette for kommunale nettverk. KS kan spille en viktig rolle ved å fortsette og forsterke arbeidet med e-helse i kommunene som allerede skjer i dag. Gjennom arbeidet med FIKS-plattformen og Felles kommunal journal utarbeides det felles løsninger, felles standarder og felles krav. Et ytterligere løft kan gjøres for å gi kommunene enda bedre veiledning knyttet til håndtering av regelverk for personvern og anskaffelser, og gjennom å ta initiativ til og eventuelt finansiere flere evalueringer av piloter, der det redegjøres for kostnader og gevinster. På et mer overordnet nivå bør KS fortsatt arbeide for å sikre tilstrekkelig tilgang på kompetanse i kommunene, enten det er i form av helsefaglig eller teknologisk kompetanse.

Arbeidet med denne rapporten har synliggjort et stort engasjement hos en rekke kommuner, noe som i seg selv lover godt for e-helsefeltets videre utvikling. Mange trekker også frem at e-helse allerede har gitt gevinster, gjennom løsninger som e-resept og Kjernejournal. Digitaliseringens kraft ble også tydelig gjennom pandemien, der det på kort tid ble etablert digitale løsninger som fungerte. Det er likevel vår mening at dagens situasjon ikke gir tilstrekkelig tempo og gjennomslag, og at et ønsket scenario for fremtiden innebærer mer koordinerte kommuner og flere nasjonale løsninger.

1. Om oppdraget

Oslo Economics og BearingPoint har på oppdrag for KS vurdert scenarioer for kommunenes videre arbeid med e-helse, med sikte på å nå målene i *Én innbygger – én journal* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) og *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet* (KS, 2022).

1.1 Bakgrunn for oppdraget

Bakgrunnen for oppdraget er beskrevet i utlysningen av prosjektet:

Digitalisering innen helsesektoren, også kalt e-helse, er et nasjonalt satsningsområde som skal bidra til å øke omsorgskapasitet, kvalitet og pasientsikkerhet i den kommunal helse- og omsorgstjenesten.

I løpet av de neste ti årene vil vi oppleve demografiske utfordringer vi tidligere ikke har sett. Vi vil relativt sett få en større eldrebefolkning, samtidig som det er naturlig å se for seg at denne gruppen vil ha store krav og forventninger til helse- og omsorgstjenestene de mottar. Samtidig vil vi ha færre (relativt sett) helsepersonell tilgjengelig i helsevesenet. Et sentralt virkemiddel for å møte denne utfordringen, vil være store investeringer i e-helse.

Hovedmålsetningen innen e-helse er å understøtte arbeidet med en innbygger – en journal (EIEJ) fra Meld. St. 9 (2012-2013), der formålet er å legge til rette for samhandlingsløsninger, felles journaler og digitale innbyggertjenester som gir sikker og riktig informasjon til riktig tid for helsepersonell, virksomhetene og for innbygger.

Staten har iverksatt mange prosjekter og tiltak innen e-helse som skal understøtte EIEJ, med spesiell vekt på samhandlingsinfrastruktur og -tjenester. Legemiddelområdet er høyt prioritert, i kombinasjon med utvikling av en nasjonal samhandlingsplattform som skal understøtte tiltak som Helseplattformen, Felles kommunal journal, Velferdsteknologi, Digital hjemmeoppfølging og innbyggertjenester m.m.

KS er kjent med at program digital samhandling har investeringsrammer på om lag 2,4 milliarder og legemiddelprogrammet som har en investeringsramme på mellom 0,6-1,0 milliarder. Kommunene gjennomfører parallelt med dette program for innføring av velferdsteknologi samt utredning av felles kommunal journal. Samlet sett representerer dette betydelige kostnader for kommunesektoren i årene fremover.

Kommunene har i utgangspunktet kun tatt i bruk elektroniske meldingstjenester innen e-helse. Det er påbegynt et arbeid med innføring av Kjernejournal,

DigiHelse og DigiHelsestasjon, samt utprøving av pasientens legemiddelliste. Det er dermed lite erfaring så langt med reelle kostnader for innføring og dokumenterbare gevinster av de digitale løsningene. Det betyr at kostnader og gevinster for de prioriterte e-helseområder er høyst usikre og det er ikke avklart hvilke konsekvenser disse har for kommunene, utover innledende vurderinger av økonomiske rammer og samfunnsøkonomisk nytte.

Med dette som bakgrunn har KS igangsatt to utredninger knyttet til kommunenes e-helsearbeid. Den ene utredningen, som er dokumentert i denne rapporten, knytter seg til scenarioer for hvordan kommunene kan nå målene i *Én innbygger – én journal*. Den andre utredningen dokumenteres i en egen rapport, og omhandler kommunenes kostnader for e-helseløsninger. Denne utredningen gjennomføres også av Oslo Economics og BearingPoint.

1.2 Mandat for oppdraget

Mandatet for oppdraget om scenarioer er formulert som følger:

Beskrive et utvalg av sannsynlige scenarier som konsekvens av å nå målene i Felles plan og rammeverk for kommunal sektor (kommunenes ambisjoner på eHelseområdet) samt målene i en innbygger – en journal, spesielt knyttet til Felles kommunal Journal og Helseplattformen samt konsekvensene av å delta i disse felleløsningene eller ikke å delta.

KS har beskrevet at oppdraget skal lede frem til en leveranse som følger:

En kortfattet delrapport eller notat som beskriver sannsynlige scenarier for deltakelse i nasjonale og regionale felleløsninger innen e-helseområdet, og med spesiell oppmerksomhet rettet mot sannsynlig teknologisk utvikling og overordna økonomiske betraktninger forbundet med dette, herunder juridiske («hemmere og fremmere»).

1.3 Gjennomføring av oppdraget

Oppdraget er gjennomført i perioden mai-juni 2022. Utredningen bygger på dokumentstudier og intervjuer/møter med representanter for kommuner og kommunesamarbeid. Følgende intervjuer er blitt gjennomført:

- Bamble kommune
- Bodø kommune
- Bærum kommune
- Lebesby kommune

- Stavanger kommune
- Tønsberg kommune
- IKT ORKidé-samarbeidet (ni kommuner i Møre og Romsdal)
- Værnes-regionen (fem kommuner i IKT-samarbeid, fjorten kommuner i felles respons-senter)
- Trøndelagsløftet (velferdsteknologi-samarbeid finansiert av Statsforvalteren, dekker 38 kommuner)
- KS' Fag- og prioriteringsutvalg (representanter fra kommunene Bærum, Skien, Kristiansand, Bodø, Rana, Verdal, Stavanger, Oslo, Bergen samt samarbeids-virksomhetene IKT ORKidé og HelseINN Elverum)

Våre informanter har primært vært avdelingsledere innenfor helse-, pleie- og omsorgssektoren i kommunene og ansvarlige for e-helse og velferdsteknologi i kommunene eller i samarbeidene. Disse har gjengitt sin forståelse og opplevelse av situasjonen på e-helsefeltet.

Underveis i prosjektet har det vært gjennomført status- og avklaringsmøter med KS.

1.4 Definisjoner

I rapporten benytter vi begreper som må defineres for å sikre at alle har en felles forståelse av innholdet:

Nasjonal løsning/nasjonal fellesløsning: En digital løsning, i form av en app, et system, en plattform eller lignende, som er ment å dekke behovene for alle aktørene i primærhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten i Norge. Eier av slike løsninger vil gjerne være Norsk Helsenett (NHN), Direktoratet for e-helse eller KS.

Nasjonal plan/nasjonalt tiltak: Et tiltak som er ment å favne alle aktørene i primærhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten i Norge, men som ikke er i form av en digital løsning. Eksempler på slike tiltak kan være felles nasjonale strategier, felles kravspesifikasjoner, markedsplasser og lignende.

2. utfordringer i primærhelsetjenesten

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) peker på fire utfordringer helse- og omsorgstjenesten står overfor:

- Vi blir flere og eldre
- Vekst i kostnader til nye metoder og teknologi
- Pasienten forventer mer
- Flere trenger behandling lengre

Stortingsmelding 26 fra 2014-2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) peker på mange av de samme utfordringene:

- Endring i demografi med flere eldre
- Endring i sykdomsbildet
- Mangelfulle IKT-systemer og manglende styringsdata
- Kapasitetsutfordringer og dårlig tilgjengelighet
- Ikke-optimal utnyttelse av personellressurser
- For lite vektlegging av forebygging
- Siloorganiserte tjenester
- Bærekraftsutfordringer knyttet til menneskelige ressurser og økonomi
- Stort behov for innovasjon, omstillingsevne og endring

Disse utfordringene er i stor grad sammenfallende med utfordringene vi har identifisert for den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom samtaler med representanter for kommunene. I det følgende gjengir vi kort vår forståelse av dette utfordringsbildet.

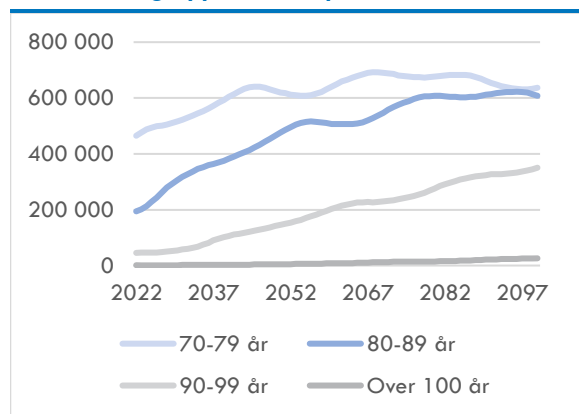
2.1 Eldrebølgen

2.1.1 Flere pleietrengende

Fremskrivninger viser at befolkningen over 70 år går fra å utgjøre om lag 13 prosent av befolkningen i dag, til å utgjøre 17 prosent i 2035, 20 prosent i 2050 og hele 26 prosent i 2100. Veksten er enda større hvis vi bare ser på befolkningen over 80 år. Denne gruppen øker fra drøyt 4 prosent av befolkningen nå, til nesten 16 prosent i 2100.

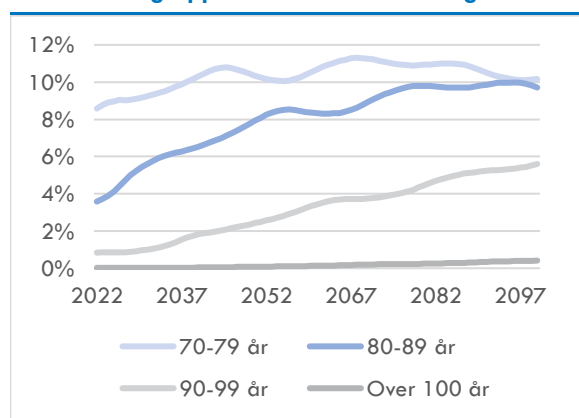
De fleste legger til grunn at helsesituasjonen kommer til å bedre seg, slik at de eldre holder seg friske lenger. Det er derfor antagelig ikke et 1-til-1-forhold mellom flere eldre og økt press på helsetjenestene. Det synes likevel klart at en så betydelig økning i eldrebefolkningen vil medføre en stor økning i etterspørsel etter alle typer helsetjenester, men kanskje særlig i kommunenes hjemmetjenester og sykehjem.

Figur 2-1: Befolkningsfremskrivning 2022-2100, eldste aldersgrupper. Antall personer



Kilde: SSB tabell 12881, hovedalternativet

Figur 2-2: Befolkningsfremskrivning 2022-2100, eldste aldersgrupper. Andel av befolkningen



Kilde: SSB tabell 12881, hovedalternativet

Som en følge av flere eldre, er det også rimelig å vente flere personer med sammensatte lidelser og kroniske sykdommer. Dette fremkommer blant annet av FHIs folkehelse rapport for 2020:

Eldre har også ofte flere sykdommer samtidig som sammen påvirker funksjonsevne, livskvalitet og psykisk helse. Med økende alder øker risikoen for kroniske sykdommer [...] Samtidig som levealderen øker blir det flere som lever lenge med en eller flere kroniske sykdommer.

En slik utvikling kan bety at en gjennomsnittlig innbygger vil ha behov for økt oppfølging av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og i tillegg at behovet for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten øker.

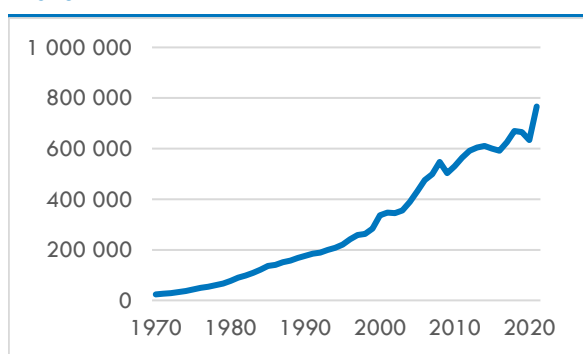
2.1.2 Økte krav til standard

I Stortingsmelding 34 (2015-2016) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) peker Helse- og

omsorgsdepartementet på en trend der befolkningen krav til helsetjenesten er økende: *Standarden i helsetjenesten har økt gjennom historien, og det er grunn til å anta at befolkningen vil forvente økt standard også i årene framover.*

Det er naturlig å legge til grunn at det er en sammenheng mellom velstandsutviklingen i samfunnet og forventningene om standard på offentlige tjenester. Som et eksempel vil en person som flytter til sykehjem ofte forvente en standard som tilsvarer standard på eget hjem. I Norge har bruttonasjonalprodukt (BNP) per innbygger, som er et mål på velstandsutviklingen, økt over tid.

Figur 2-3: BNP per innbygger, utvikling 1970-2021. Kroner.



Kilde: SSB, Nasjonalregnskap

SSBs prognoser frem til 2025 viser at denne trenden vedvarer, med en høyere vekst i bruttonasjonalprodukt enn befolkningsveksten.

Direktoratet for e-helse (Direktoratet for e-helse, 2018) har beskrevet økte forventninger som en driver for e-helse-utviklingen: *Forventningene i befolkningen til tilgjengelige helse- og omsorgstjenester som møter innbyggere og pårørendes behov der de er - når de trenger det er økende. Herunder kommer også forventninger til at stadig flere helsetjenester er digitale og tilpasset hver enkelt pasient.*

2.2 «Fastlegekrisen»

Tall fra HELFO viser at det per januar 2022 er 145 000 nordmenn som står på liste uten fast lege i Norge. Dette tallet er økende over tid, og er et av utslagene av det som Allmennelegeforeningen omtaler som en «fastlegekrisen».

SSB (SSB, 2018) har vist at fastlegene rapporterer om et svært høyt arbeidspress, som også er økende over tid. Når SSB har gjennomgått data om konsultasjoner, takster og antall fastleger, konkluderer de på følgende vis i spørsmålet om det eksisterer en «fastlegekrisen»: *Oppsummert er det grunn til å hevde at gjennomgangen bekrefter mer enn avkrefter at det*

har vært en større vekst i fastlegenes arbeidsbelastning enn i tilgjengelige legeressurser de siste årene.

Selv om fastlegekrisen synes å være reell, er det få av våre informanter som trekker frem dette når de omtaler utfordringene i primærhelsetjenesten. Grunnen til dette kan være at våre informanter arbeider med kommunenes e-helseløsninger. Selv om fastlegene er en helt sentral del av primærhelsetjenesten, synes det som om kommunene i liten grad arbeider med å tilgjengeliggjøre og innføre e-helseløsninger på fastlegekontorene. Dette kan skyldes at fastlegene i hovedsak er privat næringsdrivende. Det er tydelig at kommunenes fokus er på forbedring av tilbudet på sykehjem og i hjemmetjenesten, og til en viss grad i legevakt, helsestasjon og tilbud om kommunale akutte døgnplasser (KAD). I den sammenheng blir da utfordringene i fastlegetjenesten mindre relevante.

2.3 Rask medisinsk og teknologisk utvikling

Våre informanter opplever at utviklingen i helse- og omsorgstjenesten går svært raskt. Utviklingen skjer på mange fronter samtidig; det innføres ny beste praksis, nye behandlingsmåter herunder nye medisiner, og ny teknologi.

Selv om det gjøres mye for å hjelpe kommunene med å holde seg orientert om utvikling, i form av informasjon og veiledning fra Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og andre, vil det kunne være krevende, særlig for små kommuner, å holde seg oppdatert.

For kommunene vil det være viktig å prioritere, slik at de innfører de nyvinningene som gir de største gevinstene per kostnadskrone. For å gjøre slike prioriteringer må kommunene først ha oversikten over de samlede mulighetene, og spesifikt forstå hvordan de ulike mulighetene vil påvirke kommunenes kostnader og gevinstbilde.

Våre informanter opplever at den raske utviklingen er nødvendig for å møte utfordringene med eldrebølgen og knapphet på kompetanse, men utviklingen krever samtidig mye av kommunene.

2.4 Tilgang på helsefaglig kompetanse

SSBs bedriftsundersøkelse fra 2022 dokumenterer en betydelig mangel på personell innenfor helse- og sosialtjenesten:

Helse- og sosialtjenestene sysselset om lag 1 av 5 i Noreg, og er også den næringa som rapporterer om størst mangel på arbeidskraft. Mangelen i årets

undersøking er estimert til 16 100 personar (tabell V1), 4 550 fleire enn i fjor. Mangelen er betydeleg i alle landets fylker, og innanfor fleire ulike yrkesgrupper. Det er særleg stor mangel på sjukepleiarar (5 900), og dette er også det enkeltyrket som det vert rapportert om størst mangel på (tabell V3). Innanfor denne næringa er det også den klart høgaste prosentdelen av verksemdar som oppgjev å ha hatt rekrutteringsproblem, med 41 prosent (figur 7), og 37 prosent har hatt rekrutteringsproblem på grunn av for få kvalifiserte søkjarar (figur 8). Dette er noko høgare enn i fjorårets undersøking, då 34 prosent oppga at dei hadde hatt rekrutteringsproblem, og 30 prosent oppga rekrutteringsproblem grunna for få kvalifiserte søkjarar.

Figur 2-4: Estimert mangel på arbeidskraft i Helse- og sosialtjenesten og utvalgte yrker



Kilde: SSB

SSB har også gjort fremskrivninger (SSB, 2019) av behovet for årsverk i helsesektoren frem til 2060. I referansebanen fremkommer følgende tall:

Tabell 2-1: Fremskrivning av årsverksbehov i helse- og omsorg

	2018	2035	2060
Helse og omsorg totalt	308 748	391 963	540 101
Offentlig omsorg	141 406	178 319	264 330
Herav hjemmetjeneste	74 624	90 239	120 258
Herav institusjon langtids	50 532	66 745	112 964
Helsetjenester utenom spesialist	42 912	52 737	66 286
Herav fastleger	4 800	6 160	7 970
Sum kommunal helse og omsorgstjeneste	184 318	241 056	330 616

Kilde: SSB

Som det fremgår av tabellen, venter SSB i referansebanen at årsverksbehovet i kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil øke fra om lag 185 000 i 2018, via 240 000 i 2035, til 330 000 i 2060. Ifølge SSB vil denne utviklingen bety at Helse- og omsorgstjenesten samlet går fra å kreve 13 prosent av årsverkene i Norge i 2018 til 24 prosent av årsverkene i 2060. Veksten i årsverksbehov er størst for langtidsinstitusjoner i den kommunale omsorgen.

Det er verdt å merke seg at SSB i denne referansebanen har lagt til grunn en bedret helsetilstand i befolkningen og en økt produktivitet. Uten disse forutsetningene ville bemanningsbehovet økt vesentlig mer. Samtidig er det forutsatt en stadig økende standard i tjenesten, noe som drar behovet opp.

Informantene vi har vært i kontakt med trekker fram mangelen på helsefaglig kompetanse som den viktigste utfordringen primærhelsetjenesten står overfor. Kombinasjonen av flere pleietrengende, økende andel med sammensatte lidelser, økte krav (se kapittel 2.1), og knapphet på arbeidskraft gjør at sektoren er presset på tid og ressurser. Dette gjør at det oppstår et behov for å løse oppgavene på andre måter, for å få økt omfang av helsetjenester ut av hver enkelt ansatt. Men paradoksalt nok betyr knappheten på tid også at det er krevende å prioritere tid til omstilling; de ansatte har mer enn nok med å rekke over alle de vanlige oppgavene, og har liten tid til å utvikle eller innføre nye arbeidsformer, digitale løsninger eller lignende.

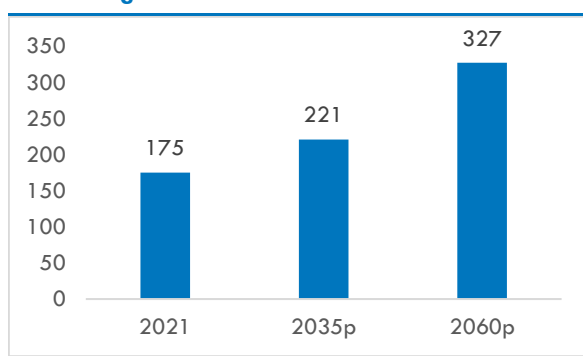
Enkelte informanter peker på at knappheten på helsefaglig personell skaper et økt behov for å trekke

på «ubenyttede ressurser» i samfunnet, herunder pårørende til syke og pleietrengende. Digitale løsninger kan gjøre det enklere å trekke på slike ressurser.

2.5 Økte kommunale kostnader og usikker finansiering

Veksten i bemanningsbehov som er vist i kapittel 2.4 vil medføre betydelig økning i kommunenes kostnader. Dette illustreres i Figur 2-5, der vi har lagt til grunn at kostnadene vokser i takt med den samlede bemanningen. Våre informanter opplever at det ikke er opplagt at det er rom for slike kostnadsøkninger.

Figur 2-5: Kostnader i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fremskrevet med estimert bemanningsvekst. Milliarder kroner.



Kilde: SSB, bearbejdet av Oslo Economics. Tall i 2021-kroner

Nye arbeidsformer og e-helseløsninger vil kunne redusere kostnadsøkningen, ved at bemanningsbehovet øker mindre som en følge av effektivisering. Slik sett er arbeidet med e-helse avlastende for kommunebudsjettene. Men erfaringsmessig vil det være slik at det er kostnader forbundet med å innføre nye teknologiske løsninger, og at disse kostnadene oppstår først, mens gevinstene først materialiserer seg over noe tid. Selv dersom et e-helse-tiltak er lønnsomt når man ser tiltaket over hele levetiden, kan det derfor oppstå finansieringsutfordringer grunnet manglende likviditet. Våre informanter peker på at denne utfordringen er særlig stor dersom en stor del av kostnadene må tas over driftsbudsjettet. Slik sett vil det kunne være lettere for kommuner å gå inn i kontrakter der kommunen anskaffer og eier en løsning (investering) enn der kommunen leier/leaser (drift), selv om det skulle være gode argumenter for leie/leasing.

Finansieringsutfordringen er enda større dersom det skal innføres nye arbeidsmetoder eller teknologiske løsninger som ikke gir gevinster i form av budsjettmessige besparelser, men i form av økt kvalitet i tjenesten. Slike gevinster kan være like verdifulle, men frigjør ikke midler som kommunene kan benytte til å betale for anskaffelse, innføring og drift av den nye løsningen.

Finansiering kan bli mer utfordrende på sikt, som en følge av at de samlede driftskostnadene for e-helseløsninger vil øke etter hvert som flere løsninger innføres.

3. E-helse: Definisjon og utviklingstrekk

E-helse er etter hvert blitt et mye brukt begrep. I dette kapitlet forklarer vi hva e-helse er, hvilke utfordringer e-helse kan løse og konkret hvilke e-helseløsninger som er i bruk i kommunal sektor i dag. Til slutt gjengir vi kort de kommunale ambisjoner på området, slik disse er beskrevet i Kommunale ambisjoner på e-helse-området (KS, 2022).

3.1 Hva menes med e-helse?

En mye brukt definisjon på e-helse er *bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren*.¹ Slik vi bruker begrepet i denne utredningen, inngår ikke vanlige digitale kontorstøttesystemer, eller andre generelle IT-løsninger.

I Stortingsmeldingen Én innbygger - én journal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) trekkes det opp linjer for e-helse-utviklingen i Norge. Stortingsmeldingen oppstiller tre overordnede mål:

- 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

3.2 E-helses bidrag til å møte utfordringer i primærhelsetjenesten

Våre informanter ser alle store muligheter på e-helsefeltet, og opplever at økt bruk av e-helse er nødvendig for å møte utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor. Utfordringen med økt antall eldre kan ikke alene løses med flere ansatte i tjenesten, rett og slett fordi det ikke er tilgang på fagfolk. Da må ressursene utnyttes mer effektivt enn i dag, og e-helseløsninger vil bidra til dette.

Allerede i dag peker informantene på tydelige effektiviseringer; redusert behov for hjemmebesøk som en følge av pilledispensere, redusert tid brukt til å administrere og finne frem til nøkler som en følge av e-lås, enklere prosess for å få opplysninger om kritisk pasientinformasjon når Kjernejournal kan benyttes. Samtidig er det tro på at de største gevinstene ennå ikke er realisert, og kanskje heller ikke identifisert: Sensorbruk for «overvåking», verktøy som gjør det mulig for pasienten selv å utføre målinger, og langt bedre samhandlingsfunksjonalitet som gjør det mulig å

dele informasjon på alle formater mellom de ulike aktørene i tjenesten.

I tillegg til at e-helse er et viktig bidrag til effektivisering, trekkes det også frem at e-helse kan gi økt behandlingskvalitet, og slik sett bidra til å møte økte forventninger til helse- og omsorgstjenesten. Kvaliteten kan øke som en følge av at teknologien gjør det teknologien kan best, og at det frigjøres tid hos kompetent personell slik at de kan gjøre det de kan best. Kombinasjonen av fagkompetanse og teknologi skaper velferd. Økt grad av samhandling kan også bidra til at innbyggeren eller pasienten settes i sentrum, og at behandlingen blir mer enhetlig, og dermed bedre.

3.3 Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet

KS har utarbeidet dokumentet Kommunale sektors ambisjoner på e-helseområdet (KS, 2022). I dette dokumentet trekkes det frem fem e-helseområder som kommunene bør prioritere. Disse områdene er:

- Innbyggertjenester
- Legemiddelområdet
- Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
- Digitale fellesløsninger på e-helseområder, inkludert felles journalløsninger
- Digital samhandling

3.3.1 Innbyggertjenester

KS definerer Innbyggertjenester som løsninger som sikrer at innbygger kan få enklere tilgang på relevant helseinformasjon og samhandle med helsepersonell på en trygg måte. Målene på området knytter seg i å ta i bruk løsninger med utspring i innbyggeres og kommuners behov, som for eksempel Digihelse og Digihelsestasjon. KS tar videre til orde for at HelseNorge skal videreutvikles med flere tjenester som kan understøtte den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

3.3.2 Legemiddelområdet

KS definerer Legemiddelområdet som løsninger som legger til rette for riktig legemiddelbruk og øker pasientsikkerheten. På Legemiddelområdet beskriver KS mål om bruk av Kjernejournal, sluttføring av arbeid med pasientenes legemiddelliste, og ferdigstilling av sentral forskrivningsmodul og løsninger for klargjøring og utdeling av legemidler.

¹ Se blant annet ehealthresearch.no

3.3.3 Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

KS definerer dette området som teknologi som kan øke brukerens selvstendighet og mestring, samtidig som det frigjøres tid hos helsepersonell. Målene på dette området knytter seg til økt bruk av egnede løsninger i kommunene, å gjøre Velferdsteknologisk knutepunkt til en nasjonal løsning, økt kommunalt samarbeid for å gi kunnskapsutvikling, utvikling av flere standarder på området og sertifisering av teknologikomponenter, samt utvikling av behandlings- og egenbehandlingsplaner.

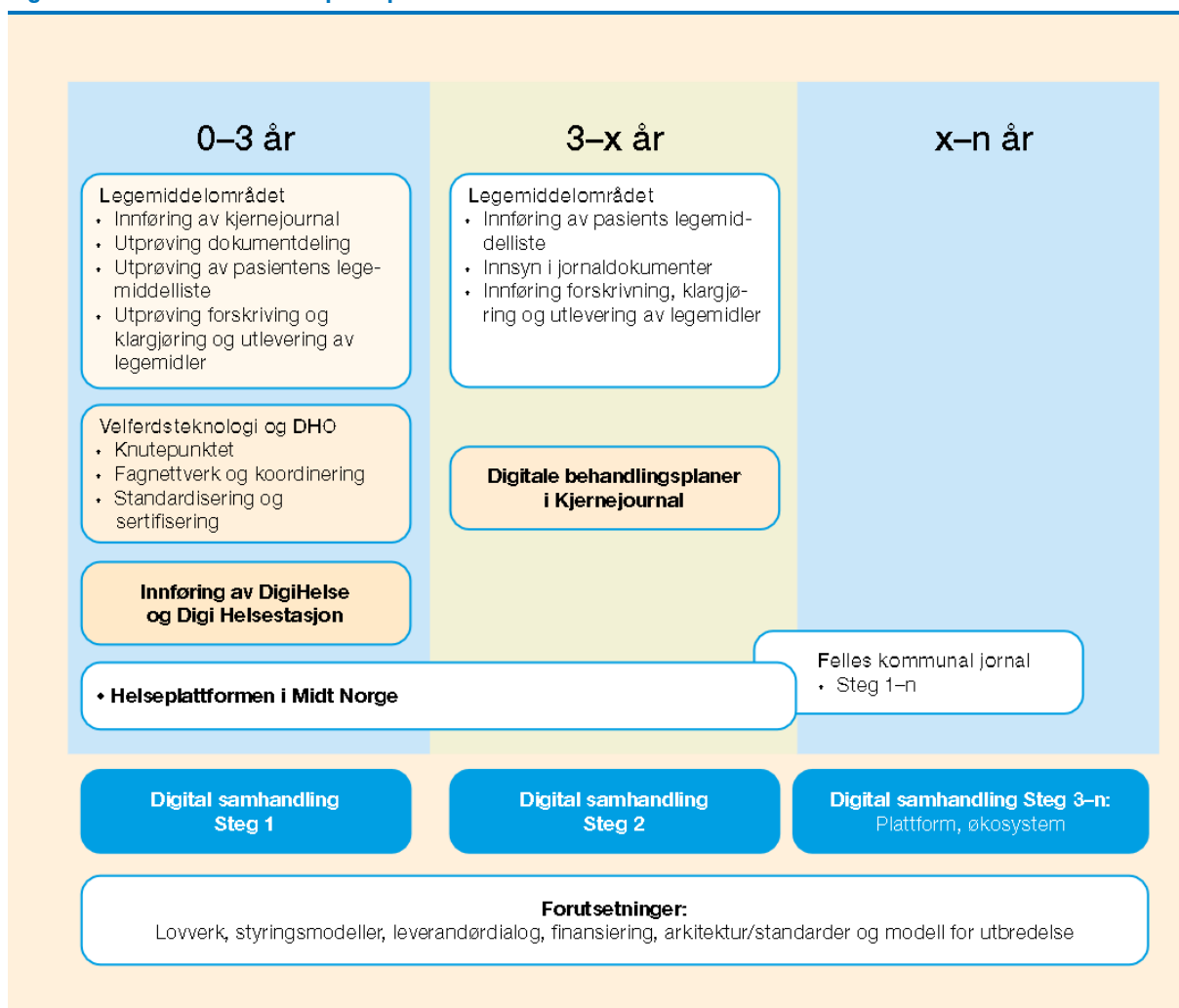
3.3.4 Digitale fellesløsninger

KS definerer Digitale fellesløsninger som løsninger som gir innbyggerne og virksomhetene mer helhetlige, sikre og kostnadseffektive tjenester. Målet på området er at det utvikles flere digitale fellesløsninger. For å lykkes med dette, er det nødvendig med gode styrings- og finansieringsmodeller. Det pekes særlig på felles journalløsninger og KS-FIKS.

3.3.5 Digital samhandling

KS definerer Digital samhandling som løsninger som sikrer at riktig informasjon er tilgjengelig til riktig tid på en sikker måte. Målene på dette området knytter seg til utviklingen av nasjonal infrastruktur i tråd med innbyggernes og kommunenes behov, og at utviklingen skjer i henhold til den beskrevne referansearkitekturen.

Figur 3-1: Kommunale ambisjoner på e-helseområdet



Kilde: KS

3.4 E-helseløsninger i bruk i kommunene i dag

3.4.1 Journalløsninger

Journalløsninger kan sies å være de grunnleggende systemene for helsetjenesten. Disse systemene brukes for å dokumentere pasienters sykdomsforløp og tilstand, og gir støtte til behandlerne. Journalene kan anses som en basis for andre e-helseløsninger; de fleste andre løsninger vil hente data fra, eller sende data til journalen.

Kommunene er avhengige av journalløsninger i de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten. Det er gjerne slik at kommunen har én journal-installasjon for sykehjem, en annen for hjemmetjenester, og kanskje en tredje for legevakt. I tillegg har fastlegene, som jo også er en viktig del av primærhelsetjenesten, sine egne journalløsninger. I noen kommuner kan det også være slik at de for eksempel har flere legevakter, som hver har sin egen journalinstallasjon, uten digital samhandling med de andre legevakt-journalene.

I Midt-Norge (kommunene som hører under Helse Midt RHF) er Helseplattformen under utrulling. Dette er én felles journalløsning for spesialist- og primærhelsetjenesten. Løsningen er ment å erstatte dagens journal-løsninger i kommunene.

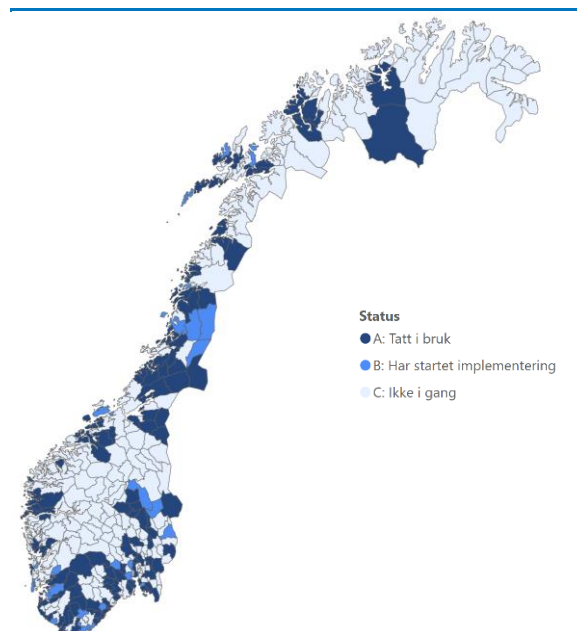
KS arbeider med Felles kommunal journal, et prosjekt for å realisere neste generasjon journalløsninger for primærhelsetjenesten. Målet er å skille data fra løsning, og å opprette markedsplasser der kommunene kan anskaffe ulike moduler som utveksler data på en standardisert måte.

3.4.2 Kjernejournal

Kjernejournal er en digital løsning for deling av pasientenes helseopplysninger på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Kjernejournal erstatter ikke de normale journalløsningene, men kommer i tillegg.

I dag har 121 kommuner tatt i bruk kjernejournal, og 32 kommuner er i gang med implementering av løsningen. Figur 3-2 viser hvilke kommuner som har tatt i bruk, og som er i gang med å implementere kjernejournal.

Figur 3-2: Status for implementering av kjernejournal i kommunene



Kilde: KS

Våre informanter peker på at det er forskjell på å tilgjengeliggjøre en løsning, og å ta den i bruk. Det kan være stor variasjon i hvor integrert bruken av Kjernejournal er i prosessen hos legevakt, sykehjem og hjemmetjeneste, og det kan også være stor variasjon mellom tjenestesteder innenfor en enkeltkommune. Statistikk fra Direktoratet for e-helse viser at det i 2021 var i snitt 38 000 oppslag i Kjernejournal per uke, en økning på 49 prosent fra 2020. Direktoratet rapporterer ikke om hvor stor del av denne bruken som skjer i primærhelsetjenesten.

Våre informanter har i stor grad implementert kjernejournal. De opplever at dette allerede gir gevinster, men at disse gevinstene vil kunne øke når også dokumentdeling innføres.

3.4.3 HelseNorge

HelseNorge er det offentliges portal for helseinformasjon i Norge. I tillegg til generell informasjon finnes det her en rekke selvbetjeningsløsninger for innbyggerne, for eksempel tjenester for innsyn i journal, for bytte av fastlege, for timeavtale og for prøvesvar.

Selvbetjeningsløsningene er tilgangsstyr gjennom innlogging, så det er mulig med tjenester som kun er tilgjengelige for innbyggerne i én helseregion eller i én kommune. I praksis er det likevel i begrenset grad slik at kommunene tilbyr egne selvbetjeningsløsninger gjennom HelseNorge.

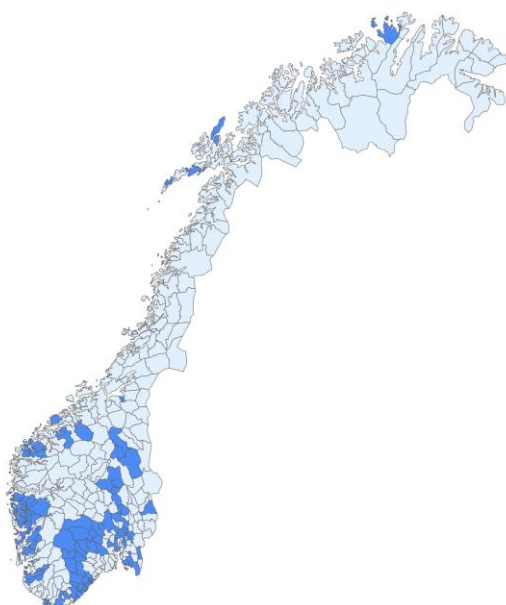
3.4.4 Digihelse og Digihelsestasjon

Digihelse og Digihelsestasjon er digitale løsninger for dialog mellom innbyggerne og primærhelsetjenesten. I

tillegg til muligheten til å sende og motta meldinger, kan innbyggerne få oversikt over og eventuelt avbestille avtaler. Løsningene er tilgjengelig for innbyggerne gjennom HelseNorge.

En del kommuner har tatt i bruk enten begge disse løsningene eller en av dem, mens andre har planer om å innføre løsningene. Ifølge KS er det per juni 2022 102 kommuner som tar i bruk Digihelse, og 78 kommuner som har tatt i bruk Digihelsestasjon. Hvilke kommuner som har tatt i bruk Digihelse er illustrert i Figur 3-3.²

Figur 3-3: Status for implementering av Digihelse i kommunene (mørkeblå farge er kommuner som har implementert løsningen)



Kilde: KS

3.4.5 E-resept og forskrivningsstøtte

E-resept er den eldste av de nasjonale e-helse-løsningene. E-resept er et digitalt verktøy som gjør forskrivning og utlevering av reseptbelagte legemidler til en digital prosess.

Ifølge tall fra direktoratet for e-helse ble 93,6 prosent av alle humane legemidler utlevert på e-resept mot slutten av 2021 (Direktoratet for e-helse, 2022). Videre oppgir Apotekerforeningen at andel forskrivninger på e-resept i 2021 var på 97,8 prosent i 2021 dersom man ekskluderer resepter på multidose, som ikke er tilgjengelig på e-resept, og resepter fra helsepersonell, som ikke har tilgang til e-resept (Apotekerforeningen, 2022).

² Figuren er hentet fra KS sine hjemmesider, og viser 99 kommuner som har tatt i bruk løsningen. Vi får oppgitt at antallet som har tatt i bruk løsningen er 102 per juni 2022.

Selv om e-resept i de fleste tilfeller oppleves som en selvfølge i helsevesenet i dag, er det fortsatt noe bruk av papirresepter. For en kommune vil gevinster av e-resept først og fremst gi gevinster når det tas i bruk i pleie- og omsorgstjenesten. Våre informanter opplyser at de fortsatt er slik at sykehjemsleger til en viss grad skriver resepter på papir, fordi journalleverandøren ikke har tilgjengeliggjort e-resept i sykehjemmets journalløsning.

Forskrivningsstøtte kan ses i sammenheng med e-resept. Gjennom digitale løsninger får helsepersonell tilgang til oppdatert informasjon om tilgjengelige legemidler, som gir støtte ved forskrivningen av resept.

3.4.6 Helsenet

Helsenettet er den digitale motorveien i norsk helse- og omsorgstjeneste. Gjennom helsenettet kan aktørene i tjenesten utveksle person- og pasientdata på en trygg og lovlig måte. Helsenettet er igjen knyttet tett sammen med en rekke typer grunddata, som skal sikre at informasjonen kommer dit den skal, og at informasjon standardiseres og er oppdatert.

Alle informanter vi har snakket med opplever helsenettet som en opplagt del av økosystemet for e-helse, der det ikke stilles noen spørsmål om kommunene skal bruke helsenettet. Helsenettet oppleves som nødvendig infrastruktur, som ligger til grunn for øvrige e-helse-løsninger.

3.4.7 Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Velferdsteknologi som begrep favner vidt. Velferdsteknologi ble forsøkt definert i den offentlige utredningen *Innovasjon i omsorg* (Hagen, et al., 2011), og denne definisjonen synes å være mye brukt:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar 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.

Mange bruker begrepet «e-helse og velferdsteknologi» når de snakker om det som i denne rapporten bare omtales som e-helse. Digital hjemmeoppfølging er, slik vi ser det, en underart av velferdsteknologi, der fokus er på å benytte ulike

Kartet viser derfor ikke alle kommuner som har tatt i bruk løsningen.

sensorer og andre former for datainnhentingsteknologi for å gi tjenesten informasjon om en innbygger. Eksempler på digital hjemmeoppfølging kan være videokameraer, GPS-enheter og målere for blodtrykk og lignende.

Det er ifølge våre informanter stor variasjon mellom kommunene når det gjelder bruk av velferdsteknologi. Noen kommuner har gjort svært lite, mens andre kommuner har innført en lang rekke ulike teknologier. Informantene opplever også at modenheten på løsningene og i markedet er svært varierende, der det finnes mange svært modne løsninger, som pille-dispensere og e-lås, mens for eksempel sensorteknologi synes å være mer i en utprøvningsfase.

Ifølge tall fra Helsedirektoratet var det i 2021 i overkant av 1 15 000 brukere av velferdsteknologi i Norge. Dette inkluderte trykkskiltalarmer, lokaliseringsteknologi, digitalt tilsyn og elektronisk medisineringsstøtte. Se hjemmesidene til Helse-

direktoratet for å se hvordan bruk av løsninger varierer på tvers av kommuner.³

3.4.8 Velferdsteknologisk knutepunkt

Velferdsteknologisk knutepunkt er en løsning for å sikre dataflyten mellom velferdsteknologiske løsninger og journalløsningene. Ved å bruke dette knutepunktet kan kommunene slippe å ha unike integrasjoner mellom journal og velferdsteknologi i hvert enkelt tilfelle. Dette kan gjøre det enklere å koble på nye typer teknologi og bytte mellom leverandører.

På hjemmesidene til Direktoratet for e-helse oppgis det at 12 kommuner har tatt i bruk velferdsteknologisk knutepunkt, og at disse kommunene dekker 26 prosent av landets innbyggere (Direktoratet for e-helse, 2021). Hjemmesiden var oppdatert i slutten av 2021, så antallet kommuner som har tatt i bruk løsningen er sannsynligvis høyere i dag. Det finnes også eksempler på kommuner som i stedet har valgt direkte integrasjoner, eller som har integrert noen typer teknologi gjennom knutepunktet og andre utenom.

3.4.9 Oppsummert bruk av e-helseløsninger

Løsning	I bruk i primærhelsetjenesten	Kommentar
Journalløsninger	I alle kommuner	Mange ulike løsninger, også internt i en kommune. Helseplattformen rulles ut i Midt-Norge, planer for Felles kommunal journal i regi av KS for øvrige kommuner
Kjernejournal	121 kommuner har tatt i bruk løsningen, og 31 kommuner er i en implementeringsfase (kilde KS)	Nasjonal løsning, er under utbredelse
HelseNorge	Indirekte i en rekke kommuner, ved at tjenester som Digihelse er tilgjengeliggjort gjennom Helse-Norge	Nasjonal portal
Digihelse og Digihelsestasjon	102 kommuner benytter Digihelse og 78 benytter Digihelsestasjon per juni 2022 (kilde KS)	Nasjonale løsninger
E-resept	I stor grad implementert i helse-tjenesten, men kommunal pleie- og omsorgssektor henger etter	Ikke alle journalsystemer har tilgjengeliggjort e-resept
Helsenettet	I alle kommuner	Nasjonal løsning
Velferdsteknologi	Stor variasjon	En lang rekke ulike løsninger
Velferdsteknologisk knutepunkt	I 12 kommuner i slutten av 2021 (kilde: Direktoratet for e-helse)	Nasjonal løsning

³ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>

4. Kommunenes veivalg på de ulike e-helseområdene

Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet fastsetter målene for kommunenes e-helsearbeid. Det finnes mange ulike veier til disse målene, som er relativt overordnet formulert.

For å forstå hvordan kommunene i dag arbeider med e-helse, er det nyttig å beskrive de konkrete valgmulighetene kommunene opplever at de står overfor. Våre samtaler med kommunerepresentanter har belyst disse valgmulighetene, på et overordnet nivå og konkret for hvert av de fem e-helseområdene Legemiddelområdet, Digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi, Innbyggertjenester, Digitale fellesløsninger og Digital samhandling.

4.1 Legemiddelområdet

På legemiddelområdet viser kommunene vi har vært i kontakt med stor tilfredshet med de nasjonale løsningene. Det er ingen som har pekt på behov for å gå i markedet for å finne løsninger på dette området. De fleste uttrykker utålmodighet etter å få innføre Pasientenes legemiddelliste, og vil følge et nasjonalt løp for innføring av denne løsningen.

E-resept med tilhørende forskrivningsstøtte er i stor grad innført i helsetjenesten, men det finnes unntak. Enkelte journalleverandører har til gode å integrere e-resept i journalløsningen, og det medfører at papirresept fortsatt er i bruk i pleie- og omsorgssektoren, primært på sykehjem.

Kjernejournal er tatt i bruk i varierende grad i kommunene. Alle informantene er positive til Kjernejournal, og opplever at det vil kunne gi gevinster. Samtidig pekes det på at gevinstene ventes å øke etter hvert som det åpnes opp for muligheter til å dele flere typer informasjon i løsningen. Flere av kommunene er tydelige på at det er forskjell på at en løsning er tilgjengeliggjort og at den faktisk er i bruk i henhold til hensikt. Vårt inntrykk er at det fortsatt er et stykke å gå i de fleste kommuner før Kjernejournal faktisk er fullt tatt i bruk. Informantene peker på at Kjernejournal er et eksempel på en løsning som det har vært krevende å få prioritert innført.

Våre informanter har i liten grad kunnskap om fastlegenes bruk av e-helseløsninger, men opplevelsen er at også fastlegene i stor grad bruker de nasjonale løsningene på legemiddelområdet.

Enkelte kommuner trekker frem at det er stort behov for digitale løsninger for administrasjon av legemidler. Her er det i ferd med å utvikles løsninger som vil bli tilbudt i markedet.

4.2 Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er et utfordrende område for kommunene. Her er det mange valg som må tas, og flere kommuner rapporterer om at de har egne politisk vedtatte strategier for velferdsteknologi.

Det første valget kommunene må ta, er hvilket ambisjonsnivå de skal ha for området. Noen kommuner velger å ligge langt foran, og er formelt eller reelt piloter for nye velferdsteknologiske løsninger. Andre kommuner har bare i begrenset grad begynt å sette seg inn i hva velferdsteknologi er, og hvilken relevans velferdsteknologi har for deres kommune.

Kommuner som er ambisiøse kan oppleve at de ikke har tilstrekkelige ressurser til å realisere ambisjonene på egen kjøp. Det vil da være naturlig å søke samarbeid. Noen velger å inngå i formaliserte IKT-samarbeid med felles anskaffelser, forvaltning og drift av velferdsteknologiske løsninger. Andre samarbeider mer uformelt, gjennom at de lærer av hva andre kommuner gjør, og i stor grad kopierer dette.

Når kommunen har landet på et overordnet ambisjonsnivå og eventuell samarbeidsform, er det behov for å prioritere mellom en lang rekke ulike teknologier. Mange kommuner har begynt med løsninger som pilledispensere, trygghetsalarmer og elektroniske låser. Noen jobber med ulike former for sensorer for å monitorere pasienter på avstand. Det er ikke opplagt at alle kommuner skal prioritere likt; kommunene kan ha unike utfordringer, som påvirker kostnads- og gevinstbildet.

Kombinert med at kommunene vurderer enkeltteknologier, må det legges en plan for hvordan dataflyten mellom de ulike løsningene og journal-systemene skal foregå. Noen velger å benytte den nasjonale løsningen velferdsteknologisk knutepunkt, mens andre finner andre metoder for integrasjon. Noen kommuner har også ambisiøse planer om en plattform som kombinerer data fra velferdsteknologi med data fra andre kommunale tjenester.

Det er også avtalemessige forhold som må vurderes. Noen kommuner tegner avtale med én aktør, som tilbyr en stor bredde av teknologier, enten i egen regi, eller gjennom underleverandører. Andre kjøper enkeltteknologier fra enkeltleverandører. Noen kjøper den nødvendige hardware, andre leaser.

I teorien kunne kommunene også utviklet sine egne velferdsteknologiløsninger, enten ved bruk av interne IT-ressurser eller gjennom innleide av konsulenter. I praksis ser vi at dette i liten grad skjer; kommunene forholder seg til det markedet har å tilby av løsninger. Det finnes likevel tilfeller der kommuner inngår i innovasjonspartnerskap med leverandører, for å videreutvikle eksisterende løsninger. Det kan for eksempel være snakk om å få en eksisterende sensor til å fungere på nye måter. Kommunene er åpne om at det ligger en merkostnad i å drive innovasjon ved å ligge i front, men at dette likevel er en rolle de gjerne tar på seg.

Kommunene etterspør i varierende grad flere nasjonale tiltak på området for Digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi. Der det pekes på behov for nasjonale løsninger, er det gjerne i form for «teknologikvalifisering», felles kravspesifikasjoner eller opprettelse av markeds plasser. Det er i liten grad et ønske om at markedet skal erstattes av nasjonale monopol-løsninger.

En utfordring som enkelte kommuner trekker frem, er at digital hjemmeoppfølging kan ha grensesnitt både mot (og mellom) spesialisthelsetjenesten, fastleger og sykehjem/hjemmetjenesten. Et fravær av nasjonale løsninger og nasjonale standarder kan medfører at det blir krevende å få til ønsket samhandling mellom ulike aktører. Det kan også oppstå finansieringsutfordringer dersom det skal innføres teknologi som gir gevinster også utover kommunebudsjettet.

4.3 Innbyggertjenester

Området innbyggertjenester er et eksempel på at kommunene ikke alltid baserer seg på de nasjonale løsningene. Kommunene gjør en grundig vurdering av løsningene før de innføres, og det gjelder uavhengig av om løsningen er levert av en markedsaktør, KS eller en statlig virksomhet. Det kan være krevende for de mindre kommunene å gjøre slike vurderinger, men de ulike samarbeidsarenaene gjør likevel at også små kommuner kan få tilgang til informasjon som påvirker hvilke løsninger de velger å innføre.

Flere av kommunene vi har snakket med har innført, eller er i ferd med å innføre Digihelse og Digihelsestasjon. Det er likevel tydelig at kommunene har gjort grundige vurderinger av om løsningene gir gevinster for kommunen, og om det finnes bedre alternativer.

Det gjelder som for innbyggertjenester at kommunene i liten grad utvikler egne løsninger, men at det enten benyttes nasjonale løsninger eller løsninger som leveres i markedet.

Kommunene opplever i begrenset grad at HelseNorge er relevant som en kommunal plattform (utover at

Digihelse og Digihelsestasjon er tilgjengeliggjort der), selv om de anerkjenner HelseNorges viktighet som nasjonal plattform. Det synes i liten grad å være gjort vurderinger av hvorvidt HelseNorge burde være en plattform også for søknadsskjemaer og lignende som i dag er tilgjengelig gjennom kommunenes nettsider.

4.4 Digitale fellesløsninger

Når det gjelder digitale fellesløsninger er det journal-løsningene som står sentralt hos kommunene vi har vært i kontakt med. Kommunene kjøper journal-løsninger i markedet, og har i mange tilfeller flere ulike leverandører, og flere ulike installasjoner. Kommunene har i ulik grad gjort tilpasninger i journal-løsningene for å utvide funksjonalitet eller integrere tredjepartsløsninger. Dagens journal-løsninger passer i utgangspunktet ikke inn under KS definisjon av Digitale fellesløsninger, men vi tar dem likevel med her, siden det er naturlig å diskutere alle typer journal-løsninger samlet.

Alle kommunene opplever det som lite fristende å bytte journal-løsning, som en følge av at dataene er så tett integrert i selve løsningen. Kommunene legger til grunn at det vil være svært krevende å migrere data fra dagens journaler til nye journaler. Slik sett rapporterer kommunene om en betydelig innlåsnings-effekt, som begrenser konkurransen i journal-markedet.

Våre informanter er opptatt av konkurranse i dette markedet. Det er tilfeller av misnøye både med leverandørenes evne til å gjøre tilpasninger raskt, og til kostnadsnivået. Informantene er således i all hovedsak positive til planene for Felles kommunal journal, fordi data vil skilles fra løsning, fordi leverandørene vil konkurrere på en markeds plass, og fordi det vil være mulig å velge de modulene som kommunen har behov for. Kommunene uttaler seg langt mer kritisk til Helseplattformen, som oppleves mindre fleksibel og som mer avhengig av at en enkelt leverandør evner å utvikle og modernisere journalen i takt med teknologiutvikling og endrede arbeidsformer.

Alle kommunene peker på behovet for samhandling mellom aktørene i helsevesenet, både internt i primærhelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og det synes som om det er enighet om at det må legges til rette for slik samhandling gjennom nasjonale krav eller nasjonale samhandlingsløsninger.

4.5 Digital samhandling

Kommunene vi har vært i kontakt med er alle positive til at det finnes nasjonale løsninger som utgjør selve infrastrukturen på e-helseområdet. Helsenettet oppleves som kron eksemplet på slik infrastruktur, og

ingen kommuner har behov for å etablere annen infrastruktur for informasjonsutveksling enn det som tilbys gjennom Helsenettet. Også løsninger som HelselD oppleves som naturlig nasjonal infrastruktur.

4.6 Oppsummering av kommunale veivalg på e-helsefeltet

Som vi viser over, opplever kommunene følgende veivalg som relevante for e-helsefeltet i stort:

- Valg av ambisjonsnivå

- Valg av eventuelle samarbeidsformer med andre kommuner
- Prioritering mellom ulike løsninger og teknologier
- Valg mellom nasjonale løsninger og markedsløsninger
- Valg mellom ulike markedsløsninger
- Valg mellom hyllevare og egenutvikling
- Valg mellom ulike avtaleformer

Kommunene kan ta ulike veivalg på de ulike e-helseområdene, og slik sett oppstår det et sammensatt og komplekst bilde når man skal forsøke å se kommunenes e-helse-arbeid under ett.

5. Scenarier for e-helse i kommunene

På bakgrunn av utfordringsbildet i primærhelsetjenesten, utviklingstrekk innenfor e-helse og kommunenes opplevde valgmuligheter, har vi beskrevet scenarier for veien videre for kommunenes arbeid med e-helse. Scenariene viser ulike retninger dette arbeidet kan ta, avhengig av valg kommunene gjør langs ulike dimensjoner. Vi har også vurdert disse scenariene opp mot hverandre, for å få frem fordeler og ulemper med de ulike scenariene. Vurderingene er gjort med utgangspunkt i konkrete vurderingskriterier.

5.1 Utvalgte scenarier

Basert på informasjonen vi har innhentet om utfordringer for primærhelsetjenesten (se kapittel 2), status for kommunenes e-helsearbeid (se kapittel 3) og veivalgene kommunene står overfor (se kapittel 4), kan det beskrives et stort antall scenarier for hvordan kommunenes arbeid med e-helse vil arte seg i årene fremover. Vi har begrenset oss til fire scenarier, og har forsøkt å rendyrke noen forhold for å tydeliggjøre forskjeller. I realiteten vil det finnes en rekke mulige scenarier som er varianter av eller kombinasjoner av de vi beskriver. Figur 5-1 beskriver noen av de viktigste valgdimensjonene som er identifisert i vårt arbeid.

Figur 5-1: Dimensjoner som inngår i kommunenes handlingsrom



Scenariene vi har valgt, fokuserer på forskjeller særlig langs to akser; forskjell i grad av samarbeid og koordinering mellom kommuner, og forskjell i grad av ønske om nasjonale løsninger. Vi har også innlemmet et scenario som vi mener er en naturlig videreføring av dagens situasjon. Scenariene er gitt følgende navn:

1. Stort sprik i feltet
2. I henhold til nasjonale planer
3. Koordinerte kommuneklynger
4. Alenegang

Nedenfor beskrives de fire scenariene kort, før vi redegjør for fordeler og ulemper med de fire scenariene. I neste kapittel beskriver vi hemmere og fremmere – det vil si hva som kan påvirke kommunenes valg, og dermed påvirke hvilket scenario som realiseres.

5.1.1 Stort sprik i feltet

I scenarioet *Stort sprik i feltet* er e-helse-arbeidet i kommunal sektor i liten grad koordinert, hverken totalt sett eller gjennom lokale og regionale samarbeid. Stort sprik i feltet kan sies å være det scenarioet som i størst grad representerer en videreføring av dagens virkelighet. Selv om noen kommuner inngår i kommunale samarbeid, er det ikke noen form for koordinering på tvers av disse samarbeidene, så hver kommune eller hvert kommunesamarbeid arbeider helt uavhengig av hva som skjer ellers i kommunal sektor i Norge.

Dette vil kunne bety at mange kommuner hver for seg gjennomfører overlappende piloter, og det vil kunne bety at det i liten grad skjer systematisert læring mellom kommunene. Enkelte kommuner og kommuneklynger vil, som i dag, gå foran med et høyt ambisjonsnivå, andre vil henge etter, enten fordi dette er en bevisst strategi, eller fordi det er mangel på kompetanse, kapasitet eller andre hindringer.

Samtidig er det tilgang på nasjonale løsninger på en rekke områder, men det er ulikt i hvilken grad kommunene prioriterer å innføre disse løsningene.

I et slikt scenario er det mulig at ambisjonsnivået i *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet* vil realiseres, men det er også betydelig risiko for at det vil være mange kommuner som kommer relativt kort, særlig på områder der det i liten grad er nasjonale initiativ, som for eksempel velferdsteknologi.

Figur 5-2: Kjennetegn ved scenario Stort sprik i feltet



5.1.2 I henhold til nasjonale planer

I scenarioet *I henhold til nasjonale planer* velger kommunene å følge alle nasjonale initiativ, enten de kommer fra staten eller fra KS. Kommunene tar ikke egne initiativ, hverken når det gjelder velferdsteknologi eller på andre e-helseområder, og gjør ikke selvstendige vurderinger av hvorvidt de nasjonale initiativene bør innføres eller ikke. Når nye nasjonale løsninger tilgjengeliggjøres, innføres disse i kommunene i den rekkefølgen og det tempoet som bestemmes i nasjonale innføringsplaner. Det er ikke behov for tvang eller incentivmekanismer, fordi kommunene uansett forholder seg til de nasjonale initiativene.

Også dette scenarioet har flere likehetstrekk med dagens situasjon. Det er likevel stor forskjell når det gjelder velferdsteknologi, der kommunene i dette scenarioet vil være langt mer avventende enn de er i dagens situasjon.

Dersom ambisjonsnivået i *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet* skal realiseres i dette scenarioet, vil det være behov for flere nasjonale tiltak på velferdsteknologi-området.

Figur 5-3: Kjennetegn ved scenario I henhold til nasjonale planer



5.1.3 Koordinerte kommuneklynger

I scenarioet *Koordinerte kommuneklynger* vokser det frem stadig flere og tettere samarbeid mellom kommuner, slik at de fleste små og mellomstore kommuner inngår i slike samarbeid. Det etableres interkommunale selskap eller mer løse sammenlutninger, der det samarbeides om strategi, anskaffelser, innføring, forvaltning og drift av e-helseløsninger.

De ulike kommunesamarbeidene opptrer i tillegg koordinert i dette scenarioet. Gjennom KS etableres det mekanismer for å sikre at ulike klynger er piloter på ulike e-helseløsninger, slik at læringsutbyttet for kommunene samlet kan bli størst mulig. Det er også

innført mekanismer for evaluering og kunnskaps-spredning, så piloter i én kommuneklynge blir kjent i alle kommuner.

I dette scenarioet vil de ulike kommuneklyngene kunne forholdet seg ulikt både når det gjelder forholdet til nasjonale løsninger, samlet ambisjonsnivå og prioritering. Noen kommuneklynger vil for eksempel beholde dagens journalløsninger, mens andre benytter Felles kommunal journal. Noen kommuneklynger vil satse offensivt på mange typer velferdsteknologi, og gå i bresjen med piloter, mens andre vil være etternølere.

Dette scenarioet har noen likhetstrekk med dagens situasjon, siden det i dag eksisterer en rekke kommunesamarbeid, som for eksempel digitaliseringsnettverkene. Scenarioet Koordinerte kommuneklynger innebærer likevel en langt tettere koordinering mellom kommuner, med flere tettere, mer forpliktende samarbeid, og også tydeligere styrt koordinering på tvers av klyngene.

I dette scenarioet er det sannsynlig at ambisjonsnivået i *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet* vil realiseres.

Figur 5-4: Kjennetegn ved scenario Koordinerte kommuneklynger



5.1.4 Alenegang

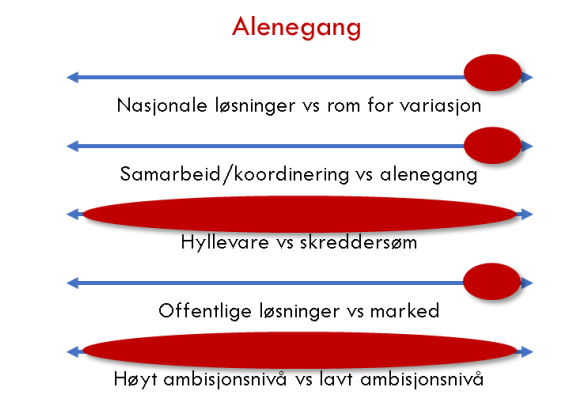
I scenarioet *Alenegang* er kommunene svært opptatt av å finne løsninger som er tilpasset deres egne unike behov. Hyllevare, enten den er innkjøpt i markedet eller levert fra staten eller KS, oppleves i liten grad som egnet i dette scenarioet. Kommunene er svært lite opptatt av nasjonale initiativ, men orienterer seg hele tiden i markedet for å finne gode løsninger, eller eventuelt lar være å innføre nasjonale løsninger som de ikke opplever er godt nok tilpasset kommunens behov.

I et slikt scenario er det også i svært liten grad formaliserte samarbeid mellom kommunene.

Også i scenarioet *Alenegang* vil det være forskjell i ambisjonsnivå og fremrykningstakt. Noen kommuner vil ligge langt fremme, andre vil være etternølere.

I et slikt scenario vil det være mulig å realisere ambisjonsnivået i *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet*, men det vil være krevende å styre mot en slik realisering, siden kommunene i svært stor grad tar sine beslutninger uavhengig av nasjonale tiltak og initiativ.

Figur 5-5: Kjennetegn ved scenario Alenegang



5.2 Kriterier for vurdering av scenarioene

For å kunne vurdere fordeler og ulemper med de fire scenarioene, er vi avhengig av å ha noen vurderingskriterier. Vi har definert totalt åtte vurderingskriterier, med utgangspunkt i utfordringsbildet i primærhelse-tjenesten. Disse kriteriene er:

1. Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå
2. Mulighet også for små kommuner
3. Mulighet for kostnadssynergier
4. Mulighet for læring gjennom prøving og feiling
5. Mulighet for lokale tilpasninger
6. Mulighet for konkurranse og innovasjon
7. Mulighet for høyt tempo
8. Mulighet for samhandling/innbygger i sentrum

Nedenfor beskriver vi kort det enkelte vurderingskriteriet, før vi i neste kapittel vurderer styrker og svakheter ved det enkelte scenario på hvert av de fem e-helseområdene. Til slutt gir vi en samlet vurdering av scenarioene.

5.2.1 Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå

E-helseløsninger kan gi viktige bidrag til å nå nasjonale målsetninger i helse- og omsorgstjenesten. Det kan derfor være et behov for nasjonal styring av e-helse-arbeidet, for å sikre at innbyggerne får likeverdige tjenester uavhengig av bosted.

I tillegg er det slik at det kan oppstå nettverkseffekter ved bruk av e-helseløsninger. Nettverkseffekter betyr at gevinstene av en aktørs bruk av løsning øker dersom andre også bruker løsningen. Slike effekter kan for eksempel oppstå som en følge av at det skal skje samhandling, og mulighetene for samhandling øker med antallet som er tilknyttet løsningen. Nettverkseffekter kan være en kilde til markedssvikt, fordi den enkelte aktørs nytte av å bruke en løsning er lavere enn nytten for samfunnet. Ved markedssvikt kan det være riktig og viktig at myndighetene innfører reguleringer.

5.2.2 Mulighet også for små kommuner

Informantene i denne utredningen er samstemte om at store kommuner har langt bedre forutsetninger for e-helse-arbeidet enn de små kommuner har. Det skyldes at små kommuner sjelden har tilgang på nødvendig teknologisk kompetanse innenfor egen organisasjon. I og med at det i mange tilfeller er ønskelig at også de små kommunene tar del i e-helse-utviklingen, er det derfor et behov for å særlig ivareta de små kommunenes behov og utfordringer.

De små kommunene kan gjennom ulike former for samarbeid gis tilgang på kompetanse, kunnskap og informasjon. Eksempler på slike samarbeid kan være formaliserte kommunale innkjøps-samarbeid, interkommunale forvaltnings- og driftsorganisasjoner, mer løse diskusjons- og samtalefora, nasjonalt utarbeide veiledere og kravspesifikasjoner eller nasjonalt utviklede, forvaltede og driftede e-helseløsninger.

5.2.3 Mulighet for kostnadssynergier

E-helse-kostnadene stiger med et økende ambisjonsnivå nasjonalt og i kommunene. Det er avgjørende at ikke disse kostnadene blir så store at nettogevinsten ved løsningene forsvinner eller blir marginal.

I Perspektivmeldingen varslet Solberg-regjeringen om redusert økonomisk handlingsrom i tiden fremover: *Over tid vil petroleumsinntektene avta, og pensjonsfondet vil snu fra å vokse raskere til å vokse saktere enn resten av økonomien. Usikkerhet og svingninger i verdens aksjemarkeder påvirker verdien av pensjonsfondet, som har finansiert en stadig større andel av statsbudsjettene. Det taler for å være forsiktig i bruken av oljepenger innenfor de rammene som handlingsregelen setter. Sammen med lavere vekst i skatteinntektene fremover og økte utgifter til pensjoner, helse og omsorg, bidrar det til at handlingsrommet i budsjettene vil bli trangere. Om få år vil statens utgifter øke raskere enn inntektene, og frem mot 2060 vil det ifølge fremskrivninger i denne meldingen være et udekket finansieringsbehov over statsbudsjettet på om lag 5 mrd. kroner årlig*

Dette, kombinert med at kommunene står overfor en rekke utfordringer, tilsier at kostnadseffektivitet blir

stadig viktigere for offentlig sektor totalt og for kommunene isolert.

Kostnadssynergier kan oppstå på ulike måter, men det er grunn til å særlig peke på tre kilder til slike synergier:

- Koordinert adferd mellom kommunene, for å hindre at flere kommuner parallelt utvikler og tilpasser samme løsning
- Felles kravspesifikasjoner eller felles anskaffelser, som gjør det mulig for markedet å fokusere på «standardiserte» produkter
- Nasjonale løsninger, som sikrer at kostnader til utvikling, forvaltning og drift tas én gang på vegne av alle aktørene

5.2.4 Mulighet for læring gjennom prøving og feiling

E-helse er fortsatt i relativt stor grad et umodent felt, der det antagelig vil fremkomme en rekke nye løsninger de neste 10-15 årene. Det er krevende i dag å vite hvilke løsninger dette vil være, og ofte vil det være mange ulike fremgangsmåter for å dekke et gitt behov.

Læring gjennom prøving og feiling kan være viktig i en slik situasjon. Ved å gjøre forsøk med ulike teknologier på ulike områder i helse- og omsorgssektoren, kan det fremkomme ny kunnskap som bidrar til innovasjon og prioritering av de beste tiltakene først. En mer teoretisk tilnærming, der det velges satsingsområder og enkeltteknologier basert på utredninger eller politiske beslutninger, vil gi større risiko for at «det satses på feil hest», og at de fremtidige gevinstene fra e-helse blir mindre enn de burde ha vært.

Læring gjennom prøving og feiling kan skje internt i én kommune, men det vil være enda mer effektivt hvis flere kommuner prøver ut ulike løsninger og deler sine erfaringer.

5.2.5 Mulighet for lokale tilpasninger

Informantene i denne utredningen er i all hovedsak enige om at beste praksis i helse- og omsorgstjenesten i liten grad vil variere fra kommune til kommune. Dette igjen vil bety at det skal være lite behov for å spesialtilpasse e-helseløsninger til den enkelte kommune; en løsning som fungerer godt i kommune x, vil også fungere godt i kommune y, uten endringer i løsningen.

Samtidig er informantene tydelige på at det kan være fristende å gjennomføre slike spesialtilpasninger. Dersom kommunen gjennomfører en prosess for tjenesteinnovasjon, kan det fremkomme helt spesifikke behov som ønskes dekket av en IT-løsning. Hvis markedet ikke leverer en løsning som dekker akkurat

dette behovet, kan det da være fristende å utvikle en slik løsning selv, eller bestille en tilpasning av en eksisterende løsning. Dersom omfanget av slike lokale tilpasninger blir stort, vil det gå utover muligheten til å realisere kostnadssynergier.

En annen form for lokal tilpasning er at kommunene kan ha ulike ambisjonsnivåer som gjør at enkelte kommuner etterspør flere typer løsninger og utvidet funksjonalitet. Dette er særlig tydelig på velferds-teknologi-området, der det noen kommuner har innført en lang rekke teknologier, mens andre kommuner knapt har kommet i gang. Modulbaserte løsninger kan legge til rette for denne formen for lokal tilpasning, uten at det går på bekostning av muligheten til kostnadssynergier gjennom standardiserte produkter.

5.2.6 Mulighet for konkurranse og innovasjon

Mulighet for konkurranse og innovasjon har noen fellestrekk med mulighet for læring gjennom prøving og feiling. Målet er i begge tilfeller å sikre at e-helse-utviklingen går fremover, med innovasjon og videreutvikling som sikrer at e-helse-løsningene kan realisere stadig større gevinster.

Økonomisk teori tilsier at velfungerende markeder bidrar til innovasjon og lave kostnader. Det er en følge av at kun de beste leverandørene overlever kampen i og om markedet. For å være best må leverandøren være billigst, eller ha de mest nyttige og brukervennlige løsningene, eller begge deler.

Konkurranse i markeder anses som aller viktigst på områder der det er viktig med innovasjon. Det synes opplagt at e-helse er et slikt område, og særlig de mest umodne delene av e-helseområdet, som digital hjemmeoppfølging.

Konkurranse i et marked kan gå på bekostning av muligheten for nasjonal styring, men markedet kan også benyttes som et virkemiddel i den nasjonale styringen, for eksempel ved felles anskaffelser eller felles kravspesifikasjoner. Konkurranse i et marked kan også gå på bekostning av muligheten for kostnadssynergier, dersom mulighetene for stordriftsfordeler forsvinner, fordi markedet er svært fragmentert.

5.2.7 Mulighet for ulikt tempo

Koordinering og samarbeid kan være tidkrevende. Flere kommunerepresentanter opplever en utålmodighet, og ser at utfordringene primærhelse-tjenesten står overfor må løses raskt. Det er derfor ønske om høyt tempo i arbeidet med e-helse hos noen.

Ønsket om høyt tempo kan gjelde for helt nye teknologier innenfor velferdsteknologi, men det kan også gjelde for eksempel på journalfeltet, der flere opplever at det går tregt å gjøre tilpasninger og

moderniseringer, og der det er usikkerhet knyttet til mellomperioden frem til Felles kommunal journal er lansert.

Selv om flere av våre informanter føler på utålmodighet, er det likevel stor grad av forståelse for at det er ønskelig med grundige og involverende prosesser, for å sikre at også små kommuner henger med, og for å sikre at løsninger henger sammen og er i henhold til lovverk og standarder. Et godt scenario åpner opp for at ulike kommuner kan velge ulikt tempo, avhengig av egne forutsetninger og forhold i det enkelte e-helseområdet.

5.2.8 Mulighet for samhandling/innbyggeren i sentrum

Informantene i denne utredningen er opptatt av at innbyggeren/pasienten skal være i sentrum, og at e-helse må bidra til at samhandlingen mellom ulike enheter og ulike tjenestenivåer fungerer godt. Digital samhandling kan skje på en rekke ulike måter, men det er uansett nødvendig å stille noen krav til dataflyt som de samhandlende enhetene må oppfylle.

Slik sett kan man si at det er et grensesnitt mellom muligheten til nasjonal styring og mulighet for samhandling; det er behov for nasjonal styring for å legge til rette for samhandling mellom kommuner og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Samhandling internt i kommunen kan kommunen selv legge til rette for gjennom å bestille løsninger som utveksler data med hverandre eller trekker på samme database.

5.3 Vurdering av scenarioene

Vi har vurdert de fire scenarioene langs de ulike vurderingskriteriene, for e-helse samlet sett. Nedenfor gjengir vi disse vurderingene, og oppsummerer fordelene ved de ulike scenarioene. Det kan tenkes at scenarioene er ulikt egnet på de ulike e-helseområdene. Etter at vi først vurderer scenarioene for kommunenes e-helsearbeid samlet, vurderer vi derfor i kapitlene 5.3.2 til 5.3.6 det enkelte e-helseområdet.

Scenarioene er vurdert eksplisitt langs hvert vurderingskriterium, med en vurdering av kriteriets betydning og en vurdering av i hvor stor grad kriteriet oppfylles for det enkelte scenario. Betydningen varierer fra liten via middels til stor, mens oppfyllelse vurderes fra 0, som representerer ingen oppfyllelse, til +++, som representerer oppfyllelse i stor grad.

5.3.1 Samlet vurdering av scenarioene

Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå

Kriteriet anses å ha stor til middels betydning. Betydning vil kunne være stor på områder der det er stort behov for samhandling og samordning, men

mindre på områder der kommunene selv kan og bør ha stor frihet til å ha ulike ambisjonsnivå og ulike prioriteringer.

I scenarioene der kommunene i stor grad tar i bruk nasjonale løsninger vil dette kriteriet få høy score. I scenarioet Alenegang, der kommunene i stor grad velger å utvikle eller anskaffe egne løsninger, blir scoren 0.

Koordinerte kommuneklynger scorer relativt høyt her, fordi det i en situasjon med stabile, formaliserte kommuneklynger, kan det samordnes ikke bare innad, men også mellom klyngene. Det vil kunne gi en ønsket nasjonal utvikling. Det som likevel trekker noe ned, er at det i realiteten kan være slik at kommuneklyngene er sårbare for politiske meningsforskjeller innad i klyngene, slik at enkelte samarbeid over tid bryter sammen eller ikke blir så tette som ønsket. Slik sett ligger det en risiko i dette scenarioet knyttet til at det kan være krevende å etablere og opprettholde langsiktige, stabile og tette kommunale samarbeid.

Tabell 5-1: Vurdering for kriteriet Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå

Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Stor-middels	+++	++	+	0

Mulighet også for små kommuner

Kriteriet anses å ha stor betydning, fordi innbyggerne bør få et likeverdig tilbud i hele Norge, uavhengig av kommunestørrelse.

De små kommunene er avhengig av hjelp for å lykkes med e-helse-arbeidet. Hjelp kan komme enten i form av nasjonale løsninger, eller i form av tett samarbeid med andre, og gjerne større kommuner. Kriteriet får høyest score i scenarioet I henhold til nasjonale planer, hvor det i stor grad tilbys nasjonale løsninger, mens scoren er noe lavere i Koordinerte kommuneklynger, fordi det er en risiko for at ikke alle disse klyngene vil fungere like godt, og enkeltkommuner kan havne utenfor. Stort sprik i feltet kan fungere godt for kommuner som allerede er tilknyttet et tett samarbeid, men mange kommuner står utenfor. Alenegang gir lavest score, fordi dette er et scenario hvor hver kommune i stor grad må klare seg selv.

Tabell 5-2: Vurdering for kriteriet Mulighet også for små kommuner

Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Stor	+++	++	+	0

Mulighet for kostnadssynergier

Kriteriet anses å ha middels til stor betydning. E-helse vil over tid kunne bli en betydelig kostnadspost i kommunene, og det er viktig å søke å holde denne kostnaden så lav som mulig. Samtidig peker våre informanter på at finansiering ikke er den største utfordringen.

Kostnadssynergier kan oppstå gjennom stordriftsfordeler, og nasjonale løsninger vil i utgangspunktet gi det største potensialet for stordriftsfordeler. Også koordinering mellom kommuner kan gi stordriftsfordeler, men i noe mindre målestokk. Også i scenarioet Stort sprik i feltet vil det kunne være noen felles anskaffelser og bruk av noen nasjonale løsninger, men mindre systematisk. I Alenegang scenarioet er nettopp kjennetegnet at hver kommune bruker løsninger som er skreddersøm for dem, og dermed oppstår det ikke stordriftsfordeler.

Tabell 5-3: Vurdering for kriteriet Mulighet for kostnadssynergier

Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Middels-stor	+++	++	+	0

Mulighet for læring gjennom prøving og feiling

Kriteriet anses å ha middels betydning. På enkelte, mer umodne e-helseområder kan betydningen være stor, fordi prøving og feiling er nødvendig for å få frem løsninger som faktisk dekker behovene. Men på andre områder tilbys det allerede modne løsninger, og «(prøvingen og feilingen)» er et tilbaketog stadium. I scenarioet I henhold til nasjonale planer gis det per definisjon lite rom for prøving og feiling, fordi kommunene i stor grad benytter felles nasjonale løsninger.

I Koordinerte kommuneklynger ligger det godt til rette, fordi den enkelte klynge kan prøve seg frem med ulike teknologier, og i tillegg kan det koordineres mellom klyngene, slik at ikke alle klyngene gjør de

samme forsøkene, og slik at erfaringer deles mellom klynger. Stort sprik i feltet gir også, som i dag, noe mulighet til prøving og feiling, men det er noe tilfeldig hvordan læringen sprer seg mellom kommunene. I scenarioet Alenegang kan den enkelte kommune prøve og feile, så lenge de har ressurser til dette, men det vil i liten grad skje erfaringsutveksling mellom kommunene, og læringsutbyttet for den enkelte kommune blir derfor svært begrenset.

Tabell 5-4: Vurdering for kriteriet Mulighet for læring gjennom prøving og feiling

Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Middels	0	+++	++	+

Mulighet for lokale tilpasninger

Kriteriet anses å ha liten til middels betydning. Begrunnelsen for dette er at våre informanter mener at det bør være liten variasjon i beste praksis på tvers av kommuner, slik at en løsning som fungerer godt i én kommune også bør fungere godt i andre kommuner. Likevel kan det være behov for lokale tilpasninger for å ivareta forskjellig ambisjonsnivå og omfang, for eksempel gjennom at løsninger tilbys gjennom moduler.

Alenegang gir per definisjon stor mulighet til lokale tilpasninger; i dette scenarioet velger nettopp kommunene løsninger basert på skreddersøm, for å dekke opplevde unike behov. Motsatsen er I henhold til nasjonale planer, der det i stor grad benyttes nasjonale fellesløsninger, som i liten grad gir rom for lokale tilpasninger. I Koordinerte kommuneklynger vil den enkelte klynge kunne gjøre enkelte tilpasninger, mens kommunene innenfor klyngen i stor grad opptre likt, og i Stort sprik i feltet vil det være stor variasjon, der noen kommuner går langt med skreddersøm, mens andre i stor grad benytter nasjonale løsninger og hyllevere.

Tabell 5-5: Vurdering for kriteriet Mulighet for lokale tilpasninger

Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Liten-middels	0	++	++	+++

Mulighet for konkurranse og innovasjon

Kriteriet anses å ha middels til stor betydning. Den teknologiske utviklingen går raskt, og det er samtidig behov for nye arbeidsformer for å effektivisere tjenesten; dette stiller krav til innovasjon i e-helse-løsningene, og innovasjon opptrer gjerne sammen med konkurranse. Samtidig er det mer modne e-helse-områder der innovasjonsbehovet er mer begrenset, og det kanskje er viktigere med stabile nasjonale fellesløsninger.

I Scenarioet I henhold til nasjonale planer legger vi til grunn at løsningene som benyttes i stor grad er nasjonale fellesløsninger, og da blir det begrenset rom for konkurranse og innovasjon; selv om fellesløsningene er innkjøpt i et marked, er det risiko for at konkurransen svekkes over tid når det bare er én kunde å konkurrere om. Alenegang er motsatsen, der det i svært liten grad skjer koordinering mellom kommuner, og fellesløsninger i liten grad blir brukt; her vil det være en stor mengde unike anskaffelser som kan bidra til aktiv konkurranse i markedet. Koordinerte kommuneklynger innebærer at klyngene gjør felles anskaffelser i markedet. Dersom det er mange klynger, vil det kunne gi god konkurranse, men dersom det er få klynger, vil man kunne nærme seg situasjonen der det kun er én kunde, og risiko for at leverandører faller ut av markedet, med svekket konkurranse som resultat. Vi legger til grunn en situasjon med relativt mange kommuneklynger. Stort sprik i feltet, som er en videreføring av dagens situasjon, gir en blanding av at kommuner bruker markedet enkeltvis, at kommuner går sammen om anskaffelser, og at det brukes nasjonale fellesløsninger. Dette scenarioet scorer derfor et sted midt på treet.

Tabell 5-6: Vurdering for kriteriet Mulighet for konkurranse og innovasjon

Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Middels-stor	0	++	++	+++

Mulighet for ulikt tempo

Kriteriet anses å ha middels betydning. Våre informanter ser verdien av koordinering og jevn fremrykning, men på enkelte områder oppleves det som viktig at noen kommuner kan gå foran i et annet tempo enn andre kommuner.

Scenarioet I henhold til nasjonale planer er i stor grad et scenario der alle kommunene går i takt, og scenarioet må derfor score 0 på dette kriteriet.

Alenegang-scenarioet beskriver en situasjon der kommunene i svært liten grad koordinerer seg, men bestemmer helt selv over eget tempo; dette scenarioet gir full score på kriteriet. Koordinerte kommuneklynger score relativt lavt, fordi det ligger til grunn stor grad av koordinering innad i klyngene, og også på tvers av klyngene, og det reduserer mulighet til tempo-forskjeller. Stort sprik i feltet representerer på mange måter dagens situasjon, der vi ser enkelte kommuner som har et høyt tempo på enkeltområder, mens det på andre områder er svært liten forskjell mellom kommunene.

Tabell 5-7: Vurdering for kriteriet Mulighet for ulikt tempo

Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Middels	0	+	++	+++

Mulighet for samhandling/innbygger i sentrum

Kriteriet anses å ha stor betydning, som en følge av nasjonale politiske føringer og økende behov for samhandling om kronikere og pasienter med sammensatte lidelser.

Samhandling medfører nettverkseffekter, der det er viktig at så mange som mulig deltar i samhandlingen. I Scenarioet I henhold til nasjonale planer ligger det godt til rette, fordi kommunene i stor grad benytter nasjonale løsninger, og nasjonale løsninger legger til rette for samhandling mellom ulike aktører. Vi har likevel valgt å ikke gi dette kriteriet full score, fordi våre informanter opplever at det tar lang tid før de nasjonale løsningene vil møte behovene for samhandling. Også i scenarioet Koordinerte kommuneklynger kan det legges til rette for samhandling, men det er en fare for at samhandlingen bare blir optimal innad i den enkelte klynge, og ikke mellom klynger og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I de to andre scenarioene er det bare i begrenset grad nasjonal styring og bruk av nasjonale standarder, og variasjonen i valg av løsninger vil gjøre det krevende å få til god samhandling mellom kommuner og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Tabell 5-8: Vurdering for kriteriet Mulighet for samhandling/innbyggeren i sentrum

Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Stor	++	+	0	0

Oppsummering

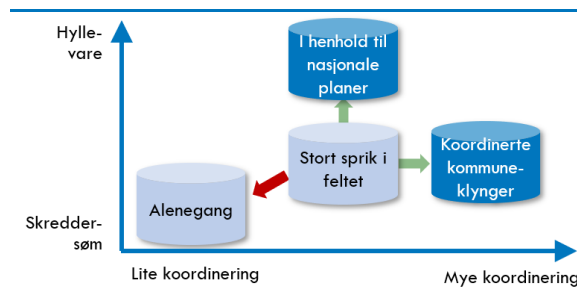
Med våre vurderinger langs de enkelte vurderingskriterier, fremkommer følgende oversikt over scenarioene:

Tabell 5-9: Vurdering av scenarioene, samlet vurdering for kommunenes e-helse-arbeid. Kriterier med relativt stor betydning er gråfarget

	Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå	Stor-middels	+++	++	+	0
Mulighet også for små kommuner	Stor	+++	++	+	0
Mulighet for kostnadssynergier	Middels-stor	+++	++	+	0
Mulighet for læring gjennom prøving og feiling	Middels	0	+++	++	+
Mulighet for lokale tilpasninger	Liten-middels	0	++	++	+++
Mulighet for konkurranse og innovasjon	Middels-stor	0	++	++	+++
Mulighet for ulikt tempo	Middels	0	+	++	+++
Mulighet for samhandling/ innbyggeren i sentrum	Stor	++	+	0	0

Som tabellen over viser, gir scenarioet Koordinerte kommuneklynger betydelige fordeler, og scenarioet har ikke fått lavest score på noe vurderingskriterium. Dette er opplagt et ønskelig scenario. Samtidig ser vi at scenarioet I henhold til nasjonale planer scorer bedre enn Koordinerte kommuneklynger på flere av de mest betydningsfulle vurderingskriteriene. Det tilsier at I henhold til nasjonale planer kan være et like ønskelig scenario. Alenegang fremstår opplagt som et lite ønskelig scenario; de tre vurderingskriteriene som gir god score for dette scenarioet, er ikke blant de viktigste. Scenarioet Stort sprik i feltet, som kan anses som en videreføring av dagens situasjon, oppnår stort sett en score midt på treet, og fremstår som mindre ønskelig enn I henhold til nasjonale planer og Koordinerte kommuneklynger.

Figur 5-6: Ønsket utvikling for e-helse i kommunene



Det er ikke opplagt at denne samlede vurderingen står seg hvis man vurderer scenarioene opp mot hverandre innenfor et enkelt e-helseområde. Betydningen av de ulike vurderingskriteriene vil kunne variere betydelig på de ulike e-helseområdene, og det vil kunne påvirke hvilket scenario som er mest ønskelig. Vi gjør derfor en vurdering av scenarioene for det enkelte e-helseområdet i de følgende kapitler.

5.3.2 Vurdering for området Legemidler

Legemiddel-området vurderes av våre informanter som et område der det er ønskelig med stor grad av nasjonal styring og nasjonale fellesløsninger. Behovet for læring gjennom prøving og feiling, konkurranse og

innovasjon, lokale tilpasninger og ulikt tempo, er relativt begrenset. Samtidig er behovet for samhandling betydelig, og det er viktig at også små kommuner har tilgang til gode løsninger, siden legemiddelfeltet er så viktig for behandlingskvalitet og pasientsikkerhet.

Med denne vurderingen av kriterienes betydning, fremkommer vurderingen av scenarioene på legemiddel-området som vist i Tabell 5-10. Scenarioet I henhold til nasjonale planer kommer best ut, fordi dette scenarioet gjennomgående scorer best på de mest betydningsfulle vurderingskriteriene.

Tabell 5-10: Vurdering av scenarioene, spesifikt for Legemiddel-området

	Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå	Stor	+++	++	+	0
Mulighet også for små kommuner	Stor	+++	++	+	0
Mulighet for kostnadssynergier	Middels	+++	++	+	0
Mulighet for læring gjennom prøving og feiling	Liten-Middels	0	+++	++	+
Mulighet for lokale tilpasninger	Liten	0	++	++	+++
Mulighet for konkurranse og innovasjon	Liten-Middels	0	++	++	+++
Mulighet for ulikt tempo	Liten	0	+	++	+++
Mulighet for samhandling/innbyggeren i sentrum	Stor	++	+	0	0

5.3.3 Vurdering for området Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Området Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging beskrives av våre informanter som et umodent område der det er stort behov for fortsatt læring, konkurranse og innovasjon. Selv om enkelte kommuner beskriver et tydelig behov for ulikt tempo mellom kommuner, er det samtidig slik at alle understreker behovet for at også små kommuner skal kunne ta del i utviklingen på området. Samtidig ser kommunene at det er en fare for at det innføres løsninger som ikke legger til rette for samhandling; særlig innenfor

digital hjemmeoppfølging vil det kunne være stort behov for å utveksle data mellom aktører.

Med denne vurderingen av kriterienes betydning, fremkommer vurderingen av scenarioene på Velferdsteknologi-området som vist i Tabell 5-11 Tabell 5-10. Scenarioet Koordinerte kommuneklynger kommer best ut, fordi dette scenarioet scorer noe bedre enn de andre scenarioene på de mest betydningsfulle vurderingskriteriene.

Tabell 5-11: Vurdering av scenarioene, spesifikt for Velferdsteknologi-området

	Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå	Middels	+++	++	+	0
Mulighet også for små kommuner	Stor	+++	++	+	0
Mulighet for kostnadssynergier	Middels	+++	++	+	0
Mulighet for læring gjennom prøving og feiling	Stor	0	+++	++	+
Mulighet for lokale tilpasninger	Middels	0	++	++	+++
Mulighet for konkurranse og innovasjon	Stor	0	++	++	+++
Mulighet for ulikt tempo	Middels	0	+	++	+++
Mulighet for samhandling/innbyggeren i sentrum	Stor	++	+	0	0

5.3.4 Vurdering for området Innbyggertjenester

Området for innbyggertjenester er krevende å vurdere, fordi dette området i mindre grad er hovedfokus for kommunene vi har vært i kontakt med. Det er derfor noe uklart hva som er de viktigste vurderingskriteriene på dette området. Vår forståelse er at de små kommunenes behov er viktige også her, fordi for store forskjeller i innbyggertjenestene vil gå på tvers av prinsippet om lik rett til behandling. Også samhandling er viktig, fordi innbyggerne skal slippe å gi inn informasjon til det offentlige flere ganger, og det er ønskelig at ulike aktører i tjenesten har den

samme informasjonen. De øvrige kriteriene fremstår i hovedsak som middels betydningsfulle, med unntak av for behovet for lokal tilpasning, der vår forståelse er at behovene for innbyggertjenester i liten grad varierer mellom kommunene.

Med denne vurderingen av kriterienes betydning, fremkommer vurderingen av scenarioene på Innbyggertjenester-området som vist i Tabell 5-12 Tabell 5-10. Scenarioet I henhold til nasjonale planer kommer best ut, fordi dette scenarioet scorer noe bedre enn de andre scenarioene på de mest betydningsfulle vurderingskriteriene.

Tabell 5-12: Vurdering av scenarioene, spesifikt for Innbyggertjenester-området

	Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå	Middels	+++	++	+	0
Mulighet også for små kommuner	Stor	+++	++	+	0
Mulighet for kostnadssynergier	Middels	+++	++	+	0
Mulighet for læring gjennom prøving og feiling	Middels	0	+++	++	+
Mulighet for lokale tilpasninger	Liten	0	++	++	+++
Mulighet for konkurranse og innovasjon	Middels	0	++	++	+++
Mulighet for ulikt tempo	Middels	0	+	++	+++
Mulighet for samhandling/innbyggeren i sentrum	Stor	++	+	0	0

5.3.5 Vurdering for området Digitale fellesløsninger

På området Digitale fellesløsninger preges kommunenes vurderinger i stor grad av hvordan de vurderer behovene knyttet til journalløsninger. Journalløsninger er på mange måter de viktigste e-helseløsningene, og arbeidet med journaler påvirker i stor grad helse- og omsorgstjenesten. Behovet for nasjonal styring er tydelig beskrevet i *Én innbygger – én journal* – dette behovet bunner i et stort behov for samhandling i og mellom tjenestene. Samtidig er det vesentlig at alle kommuner får muligheten til å henge med på utviklingen, nettopp fordi journalene er så viktig for å gi innbyggerne gode tjenester. Kostnadssynergier er viktigere på dette området enn de øvrige e-helseområdene, fordi journal-løsningene er så omfattende, og dermed drivende for en stor andel av e-helse-kostnadene. Til sist peker våre informanter på viktigheten av å benytte markedets konkurransekraft, både for å holde kostnadene nede, og for å sikre

innovasjon. Kommunenes opplevelse er at innlåsing hos én leverandør over tid, gir risiko for umoderne og lite funksjonelle journal-løsninger.

Med denne vurderingen av kriterienes betydning, fremkommer vurderingen av scenarioene på Digitale fellesløsninger-området som vist i Tabell 5-13 Tabell 5-10. Scenarioet I henhold til nasjonale planer scorer best på de fleste av de mest betydningsfulle kriteriene, og fremstår derfor som godt, men dårlig score på kriteriet Mulighet for konkurranse og innovasjon trekker likevel betydelig ned. Det åpner for at Koordinerte kommuneklynger kan oppfattes som det mest ønskelige scenarioet på dette e-helseområdet.

I kapittel 5.4 vurderer vi alternative nasjonale tiltak på journal-området, med sikte på å vurdere hvorvidt det kan finnes nasjonale tiltak som ikke oppleves å begrense muligheten til konkurranse og innovasjon.

Tabell 5-13: Vurdering av scenarioene, spesifikt for Digitale fellesløsninger-området

	Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommuneklynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå	Stor	+++	++	+	0
Mulighet også for små kommuner	Stor	+++	++	+	0
Mulighet for kostnadssynergier	Stor	+++	++	+	0
Mulighet for læring gjennom prøving og feiling	Middels	0	+++	++	+
Mulighet for lokale tilpasninger	Middels	0	++	++	+++
Mulighet for konkurranse og innovasjon	Stor	0	++	++	+++
Mulighet for ulikt tempo	Middels	0	+	++	+++
Mulighet for samhandling/innbyggeren i sentrum	Stor	++	+	0	0

5.3.6 Vurdering for området Digital samhandling

Når det gjelder området Digital samhandling er våre informanter samstemte. Her er det snakk om en nasjonal infrastruktur, der det er viktig med fellesløsninger fordi det kan gi en styrt utvikling med sikte på best mulig samhandling, kostnadssynergier og like muligheter for alle kommuner, uavhengig av størrelse. Som for øvrig infrastruktur i samfunnet, vurderes det at behovet for prøving og feiling, ulikt tempo og lokale tilpasninger er lite, mens behovet for konkurranse og

innovasjon fortsatt er til stede, men i noen mindre grad enn på enkelte andre områder.

Med denne vurderingen av kriterienes betydning, fremkommer vurderingen av scenarioene på Digital samhandlings-området som er vist i Tabell 5-14 Tabell 5-10. Scenarioet I henhold til nasjonale planer scorer best på alle de mest betydningsfulle kriteriene, og fremstår derfor som det mest ønskelige senarioet på dette e-helseområdet.

Tabell 5-14: Vurdering av scenarioene, spesifikt for Digital samhandling-området

	Betydning	I henhold til nasjonale planer	Koordinerte kommune-klynger	Stort sprik i feltet	Alenegang
Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå	Stor	+++	++	+	0
Mulighet også for små kommuner	Stor	+++	++	+	0
Mulighet for kostnadssynergier	Stor	+++	++	+	0
Mulighet for læring gjennom prøving og feiling	Liten	0	+++	++	+
Mulighet for lokale tilpasninger	Liten	0	++	++	+++
Mulighet for konkurranse og innovasjon	Middels	0	++	++	+++
Mulighet for ulikt tempo	Liten	0	+	++	+++
Mulighet for samhandling/innbyggeren i sentrum	Stor	++	+	0	0

5.4 Særskilt om nasjonale journalløsninger

KS har bedt særskilt om en vurdering av konsekvenser som følger av at kommuner deltar i eller står utenfor nasjonale løsninger på journalfeltet, nærmere bestemt Felles kommunal journal og Helseplattformen.

I scenarioet I henhold til nasjonale planer legger vi til grunn at alle kommunene benytter det som finnes av nasjonale løsninger, mens scenarioet Alenegang på mange måter er motsatsen, med kommuner som utvikler egne løsninger eller kjøper løsninger i markedet, uavhengig av hva som måtte finnes av nasjonale løsninger.

Slik vi har beskrevet scenarioene, er det noen fordeler både med I henhold til nasjonale planer og Alenegang:

Tabell 5-15: Sterke sider ved de to scenarioene I henhold til nasjonale planer og Alenegang

I henhold til nasjonale planer	Alenegang
Mulighet for styrt utvikling på nasjonalt nivå	Mulighet for læring gjennom prøving og feiling
Mulighet også for små kommuner	Muligheter for lokale tilpasninger
Mulighet for kostnadssynergier	Mulighet for konkurranse og innovasjon
Mulighet for samhandling/innbyggeren i sentrum	Mulighet for høyt tempo

Vi argumenterer for at det på journalfeltet er viktig med styrt nasjonal utvikling, som legger til rette for samhandling og kostnadssynergier. Journaler er avgjørende verktøy i primærhelsetjenesten, og også små kommuner må sikres muligheten til moderne, effektive journalløsninger. Dette peker i retning av at fordelene som oppnås i scenarioet I henhold til nasjonale planer bør tillegges stor vekt.

Samtidig er det viktig med konkurranse og innovasjon, for å sikre at kommunene har tilgang på verktøy som tar inn over seg teknologisk utvikling og endrede

arbeidsformer. Og det er ønskelig at kommuner skal kunne ha noen frihetsgrader, for eksempel knyttet til hvilke moduler de velger å anskaffe, slik at ikke alle kommuner må betale for en veldig kostbar løsning, som er tilpasset de aller største kommunene.

Vår forståelse av planene for Felles kommunal journal er at denne nasjonale løsningen ikke er til hinder for konkurranse i et marked, og at kommunene nettopp kan velge mellom ulike moduler fra ulike leverandører. Slik sett vil ikke bruken av Felles kommunal journal gå vesentlig på bekostning av kommunenes muligheter til lokale tilpasninger og mulighet til konkurranse og innovasjon. Det kan i større grad stilles spørsmål ved om Felles kommunal journal legger til rette for høyt tempo (det er for eksempel uvisst når løsningen vil lanseres) og gir mulighet for prøving og feiling. På den annen side er det en klar fordel med Felles kommunal journal sammenlignet med dagens situasjon at det sikres at alle leverandørene leverer løsninger som tilfredsstillende nasjonale krav, og det legges til rette for at data kan deles på tvers av tjenester, aktører og sektorer. Dette gir mulighet for nye arbeidsformer i kommunehelsetjenesten, og bedret samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Vår forståelse av Helseplattformen er at denne løsningen i større grad ligner på andre nasjonale løsninger, der det i liten grad er mulighet til å velge mellom ulike moduler levert av ulike leverandører.

Kommunene i Midt-Norge som inngår i Helseplattformen kan derfor oppleve noen ulemper knyttet til manglende muligheter for tilpasning, konkurranse og innovasjon. Valg av én leverandør kan legge til rette for kostnadssynergier gjennom stordriftsfordeler, men det kan også være risiko for at løsningen tilpasses de største kommunene, og dermed oppleves som kostbar for de små kommunene. En overgangsutfordring mange kommuner i Midt-Norge har opplevd over noe tid, er at annet arbeid på e-helsefronten i noen grad har blitt skadelidende, fordi det har vært mye usikkerhet knyttet til Helseplattformen og i hvilken grad denne løsningen vil være kompatibel med eller erstatte andre e-helseløsninger.

Helseplattformen har så vidt påbegynt utrulling i kommunene, og Felles kommunal journal er foreløpig på planleggingsstadiet. Det vil derfor være mye usikkerhet knyttet til fordeler og ulemper ved disse løsningene. Likevel kan det synes som om særlig Felles kommunal journal er bygget opp på en måte som realiserer viktige fordeler knyttet til samhandling og muligheter for små kommuner, samtidig som det holdes åpent for konkurranse og innovasjon i markedet. Dersom kostnadene ved Felles kommunal journal ikke er vesentlig høyere enn kostnadene ved dagens journalløsninger, er det derfor vanskelig å se vesentlig ulemper for kommuner som velger å knytte seg til Felles kommunal journal. Informantene vi har vært i kontakt med synes å være samstemte i denne vurderingen.

6. Faktorer som hemmer og fremmer kommunenes e-helsearbeid

En del av mandatet for utredningen har vært å identifisere såkalte hemmere og fremmere for arbeidet med e-helse i kommunene. Vi forstår hemmere som forhold til hinder for eller som vanskeliggjør kommunenes arbeid, mens fremmere er forhold som legger til rette for kommunenes arbeid. Vi har fokusert på å identifisere hemmere. Det å gjennomføre tiltak for å fjerne eller redusere disse hemmerne vil utgjøre fremmere.

6.1 Hemmere i kommunenes e-helsearbeid

Vi har identifisert tolv mulige hemmere i kommunenes e-helsearbeid:

- Lovgivning knyttet til anskaffelser og personvern
- Tilgang på teknologisk kompetanse
- Kapasitet i helsetjenesten
- Endringsevne og -vilje i helsetjenesten
- Finansiering/likviditet
- Valgfrihet
- Tilgang til fellesløsninger og nasjonale standarder
- Informasjon om nasjonale løsninger
- Uoversiktlig marked
- Innlåsing og manglende innovasjon
- Politisk engasjement
- Oppfølgingsbehov fra planlegging til gevinstrealisering

I det følgende omtaler vi hver av disse.

6.1.1 Lovgivning – anskaffelser og personvern

Det er ulike syn hos våre informanter når det gjelder i hvilken grad lovverket legger begrensninger på e-helsearbeidet. Noen er tydelige på at lovverket både for anskaffelser og personvern er krevende å forholde seg til, og forsinker eller umuliggjør ønskelige tiltak. Andre opplever at lovverket ikke er til hinder for tiltak, men at det er viktig at man har tilgang på ekspertise for å sikre at man oppfyller lovverket på en hensiktsmessig måte.

Blant dem som opplever lovverket som en tydelig hemmer, trekkes det særlig frem to ting; det er for lite rom i anskaffelseslovverket til å gjøre innovative anskaffelser på en praktisk og lettbenyttet måte, og det er for lite tydelig avklart hva som er lovlig og ikke lovlig når det gjelder personvern.

Innovative anskaffelser trekkes frem som veldig relevant på velferdsteknologifeltet, og kanskje særlig knyttet til digital hjemmeoppfølging. Enkelte kommuner, som ligger langt fremme og har høye ambisjoner på området, ønsker å innføre løsninger eller kombinasjoner av løsninger som i liten grad tilbys i markedet i dag. Dette oppleves da som krevende innenfor anskaffelsesloven med tilhørende forskrift. Vi har ikke vurdert realiteten i dette, men noterer at DFØ har utviklet særskilt informasjons- og opplæringsmaterieell for hvordan man kan gjennomføre innovative anskaffelser.⁴

På personvernfeltet trekker flere kommuner frem at ulike fylkesmenn har gjort ulike vurderinger av konkrete velferdsteknologi-løsninger. Informantene opplever at det er svært krevende å legge planer for innføring av ny teknologi, når det fremstår som «tilfeldig» om teknologien oppfyller personvernlovverket eller ikke. Vi har ikke gått inn i den konkrete saken det vises til, men det synes her som om det er behov for konkretiseringer i lovverket eller et mer tydelig veiledningsmaterieell knyttet til lovverket.

6.1.2 Tilgang på teknologisk kompetanse

Flere kommuner peker på at det er utfordrende å rekruttere tilstrekkelig teknologisk kompetanse til arbeidet med e-helse. Informantene opplever at denne utfordringen er størst for små distriktskommuner. Det er for tiden et svært godt arbeidsmarked for teknologer. SSBs bedriftsundersøkelse 2022 viser at programvareutviklere er på syvendeplass på listen over yrker der det er størst mangel på arbeidskraft, og det kan illustrere den generelle mangelen på teknologer.

Teknologisk kompetanse er nødvendig når man skal legge en strategi for e-helse-utviklingen i kommunen, når man skal prioritere løsninger opp mot hverandre, og velge løsninger som tilbys i markedet.

Det ideelle i mange sammenhenger er at den teknologiske kompetansen er kombinert med helsefaglig kompetanse. Dette kan løses gjennom samarbeid mellom personer med ulik kompetanse, men informantene etterlyser også at helsefagutdanningene i større grad underviser i teknologi og konkrete løsninger. I dag finnes det teknologiorienterte påbygningsstudier for helsepersonell, men det ideelle ville være om teknologi også var inkludert i det normale utdanningsforløpet. Det er da snakk om både hvordan eksisterende teknologi fungerer og brukes i

⁴ <https://anskaffelser.no/innovasjon>

tjenesten, og mer grunnleggende kunnskap om teknologi og endring av arbeidsprosesser.

For å bøte på utfordringene De små kommunene møter, er det viktig med kommunesamarbeid. Dette kan både skje i form av formaliserte innkjøps-samarbeid, og gjennom mer uformelle nettverk og møteplasser. Mange av informantene vi snakker med er svært positive til slike samarbeid, og trekker blant annet frem digitaliseringsnettverkene som viktige.

6.1.3 Kapasitet i tjenesten

De fleste informantene vi har snakket med peker på at det er krevende å få prioritert tid til å innføre e-helseløsninger i helse- og omsorgstjenesten. I noen tilfeller kan dette være en konsekvens av manglende endringsvilje eller -evne i tjenesten, men informantene peker på at det oftest er helt reell mangel på ledig tid som er årsaken.

Kommunene vi har vært i kontakt med løser denne utfordringen ved å legge opp til innføringsløp som i stor grad er integrert i de ansattes hverdag, slik at man lærer opp mens man er på arbeid, i arbeidssituasjonen. Fellessamlinger og kurs i klasserom er dermed ikke veien å gå. Gode innføringsløp må kombineres med «godt innsalg», der tjenesten gis tydelige eksempler på at dette har fungert andre steder. Det er selvfølgelig også viktig at løsningen er moden, i den forstand at den er enkel å ta i bruk, og til å stole på. Det kan være krevende å legge til rette for denne typen innføringsløp, og selv når dette gjøres, kan det være vanskelig å få nødvendig prioritet i tjenesten.

Informantene opplever at denne utfordringen ofte er størst i hjemmetjenesten, og noe mindre i institusjon.

Den samfunnsøkonomiske analysen (Direktoratet for e-helse, 2020) av Akson-prosjektet kan belyse dette. Akson var navnet på ny journal- og samhandlingsløsning som var planlagt innført på tvers av helse- og omsorgssektoren. Analysen estimerer kostnader på 11 milliarder kroner for innføring. Det er da lagt til grunn en produktivitetstredning på 20 prosent første seks måneder, og 10 prosent de etterfølgende 18 måneder. Dersom innføring av nye systemer kan få medføre reduksjon i produktivitet i denne størrelsen, vil det være meget krevende å innføre løsningene samtidig med at innbyggerne skal få et akseptabelt helse- og omsorgstilbud. De fleste løsninger som innføres er langt mindre inngripende og komplekse enn Akson, så produktivitetstapet vil oftest være langt lavere, men utfordringen er likevel reell.

6.1.4 Endringsevne og -vilje i tjenesten

Som nevnt i forrige punkt, er det varierende opplevelser av endringsvilje og evne i helse- og omsorgstjenesten totalt sett og hos enkeltansatte i

tjenesten. De fleste beskriver likevel endringsviljen som god, utfordringen er å sette av tid, og få god støtte til innføringen. Holdningene til teknologiinnføring i helse-tjenesten er blant annet dokumentert i en masteroppgave av Sarhad Solaimani (Solaimani, 2021).

Kommunene som lykkes best med å skape endringsevne og -vilje synes å legge stor vekt på å involvere tjenesten tidlig, slik at det er tjenesten som formulerer behovene som skal løses, og slik at tjenesten opplever et eierskap til løsningen som velges. Videre er det viktig å identifisere nøkkelpersoner som kan være «ambassadører», og bidra som piloter i innføringen.

Flere informanter peker på at det er krevende å endre kultur, og at de kan oppleve store forskjeller i kultur mellom for eksempel to sykehjem. Da kan det være viktig at man er bevisst på dette når man innfører nye løsninger, og at man for eksempel gjør innføringen først der hvor kulturen er mest positiv til endringer.

6.1.5 Finansiering/likviditet

Mange av informantene opplever som nevnt at kapasitet i tjenesten og tilgang på kompetanse er en utfordring. Dette kan gi seg utslag i at kommuner ikke klarer å bruke opp de midlene som er stilt til rådighet for e-helse-tiltak i budsjettene. Dette kan komme til å endre seg på sikt, siden kostnadene for e-helse antagelig vil øke i takt med at det tas i bruk stadig flere løsninger.

Likevel kan finansiering og likviditet være en økende utfordring for gjennomføringskraften. Det er flere grunner til det.

For det første vil kostnadene til e-helseløsninger vokse over tid. Dersom kommunene må finansiere e-helseløsninger som ikke gir budsjettmessige gevinster (men kvalitative gevinster), vil det påvirke gjennomføringskraften.

For det andre vil gjennomføringskraften kunne påvirkes dersom kostnaden i stor grad må tas på driftsbudsjettet. For mange velferdsteknologiløsninger er leasing-modeller mest hensiktsmessige, blant annet fordi utviklingen går raskt fremover og det er hensiktsmessig å være sikret tilgang på oppdatert utstyr. Finansieringsmessig kan det være mest hensiktsmessig at kommunen selv kjøper inn utstyret som er nødvendig.

Utfordringer kan også oppstå dersom det er flere som høster gevinsten av en teknologi. Det reiser spørsmål om hvordan kostnaden skal fordeles mellom aktørene for at det skal bli rettferdig. Det kan oppstå koordineringsproblemer og innslag av spill mellom aktørene. Flere kommuner er opptatt av at kostnadsfordelingen mellom stat og kommune må være rimelig. Disse opplever det som negativt at

kommuner skal pålegges å betale for løsninger, uavhengig av bruk. Det er også flere som opplever at staten ikke forstår hvor krevende og kostbart det er å innføre løsningene i de kommunale tjenestene.

Informantene er tydelige på at det er kostbart å være i front. De første kommunene som tar i bruk nye løsninger betaler en merkostnad fordi løsningen må utvikles eller tilpasses, og det oppstår også gjerne kostnader fordi de første brukerne bidrar til å identifisere «barnesykdommer»). Over tid vokser det frem et marked som tilbyr løsningen også til andre kommuner, som da nyter godt av den innsatsen foregangskommunene har lagt ned.

Kommunene vi har snakket med er likevel i stor grad positive til å gå foran. Noen etterlyser bedre ordninger for økonomisk støtte til piloter, for å avlaste disse kostnadsulempene. Andre opplever at det allerede er et rikt tilfang av støtteordninger, bare man klarer å orientere seg i dem.

6.1.6 Valgfrihet

Kommunenes valgfrihet har blitt et tema i mange av samtalen vi har hatt med kommunerepresentanter. Noen trekker frem valgfrihet som en hemmer for raskt tempo i e-helse-utviklingen. Disse peker på nettverks-effekter, som gjør at løsningene kan bli bedre og billigere hvis flere tar løsningene i bruk raskere.

Andre peker på viktighet av valgfrihet, og er tydelig på at kommuner har ulike behov, og at det er viktig at kommuner kan gå i ulik takt og velge sine egne løsninger på utfordringene.

Synene på valgfrihet kan variere mellom de forskjellige e-helseområdene. På velferdsteknologi-området synes det som om de fleste mener det er positivt at det finnes et rikt tilfang av løsninger, der kommunene fritt kan velge hva de vil innføre når. På andre områder kan dette være annerledes. Det synes å være stor grad av enighet om at noen e-helseløsninger er å betrakte som nasjonal infrastruktur, som alle kommuner bør benytte uansett, som for eksempel helsenettet.

6.1.7 Tilgang til fellesløsninger og felles standarder

Det synes som det er stor grad av enighet om at det kan være krevende å få til samhandling internt i primærhelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. På områder der kommunene er «utålmodige», og går foran og innfører løsninger som tilbys i markedet, kan det være en risiko for at løsningene ikke legger til rette for en dataflyt som gir best mulig samhandling.

Det ideelle, synes mange kommuner å mene, ville vært å ha en nasjonal data-infrastruktur i bunn, med markedsløsninger som kobler seg på denne data-

infrastrukturen. Velferdsteknologisk knutepunkt er i noen grad en slik løsning, men det er ikke opplagt om denne løsningen ivaretar alle behovene for samhandling som kan oppstå for eksempel knyttet til Digital hjemmeoppfølging.

Mer generelt er det stor grad av enighet om at fellesløsninger for infrastruktur er ønskelig, og at felles standarder, språk og kravspesifikasjoner i mange tilfeller legger til rette for at kommunene kan benytte markedsløsninger på en best mulig måte. Samtidig er det selvsagt viktig at kommunene blir tidlig involvert når det skal utarbeides noe som skal kunne fungere på tvers av kommuner og i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

6.1.8 Informasjon om nasjonale løsninger

Noen informanter etterlyser mer informasjon om de nasjonale løsningene. Dette gjelder både mer informasjon om innføring og mer langsiktig informasjon om utviklingsplaner.

Når det gjelder innføring etterlyses det mer tydelighet rundt hva som kreves for å innføre en ny løsning, og tydeligere oppskrift for hvordan man skal gå frem. I tillegg er det flere som peker på at det burde vært gjennomført evalueringer av pilotene, for å få empirisk kunnskap om gevinster av løsningen.

Dersom det arbeides med nye nasjonale løsninger, som for eksempel Felles kommunal journal, er det ønskelig med god og tydelig informasjon på et tidlig tidspunkt. På journalfeltet kan det nå være utfordrende for kommunene å forholde seg til sine eksisterende journalleverandører. I hvilken grad bør kommunene nå bruke ressurser på å videreutvikle disse løsningene? Dersom de skal gjøre anskaffelser, hva er hensiktsmessig avtalevarighet? Informasjonsbehovet for å sikre en mest mulig smidig overgang fra dagens situasjon til Felles kommunal journal er stort, og det er behov for informasjon allerede nå.

Informantene vi har snakket med er i stor grad involvert i nasjonale fora i KS og Direktoratet for e-helse, og opplever derfor både at de kan gi innspill til de nasjonale løsningene, og at de får tidlig informasjon om de nasjonale løsningene. Bekymringene knyttet til informasjon er derfor mer rettet mot de små kommunene som ikke er representert i denne typen fora. Samarbeid mellom kommuner bidrar noe til å redusere denne utfordringen.

6.1.9 Uoversiktlig marked

Noen informanter opplever at det er krevende å orientere seg i markedet for velferdsteknologi. Det finnes en rekke leverandører og samarbeid mellom leverandører, og en rekke ulike løsninger og modeller. Disse informantene etterlyser en form for pre-

kvalifisering, felles kravspesifikasjoner eller eventuelt felles anskaffelser.

Dette synes å være i tråd med slik det tenkes om Felles kommunal journal. En lignende modell for velferdsteknologiområdet kunne også vært aktuelt, med en form for dynamisk innkjøpsordning, med klare krav til dataflyt, personvern og så videre.

6.1.10 Innlåsing og manglende innovasjon

Flere informanter uttrykker skepsis til strategier som gir innlåsingeffekter eller som fjerner konkurransen i et marked. Kommunene erfarer at dagens journalmarked i stor grad gir innlåsingeffekter, ved at det oppleves som svært krevende å skulle gå over til et nytt journal-system. Dette kan igjen medføre at konkurransen i markedet blir dårlig, og det kan gå utover kostnadsnivået og innovasjonstakten.

Informantene som har disse bekymringene, advarer også mot nasjonale anskaffelser der det velges én leverandør for en lengre avtaleperiode. Selv om dette kan gi sunn konkurransen i denne anskaffelsen, er det en risiko for at det oppstår en form for monopol, der leverandøren ikke møter konkurranse fra noen andre når avtalen skal utlyses på nytt.

I noen grad trekkes det også frem hvorvidt staten og KS har de samme incentiver til og muligheter for innovasjon som private leverandører har. Konkurranse i et marked vil kunne være gunstig, særlig for løsninger der det skjer en rask utvikling.

6.1.11 Politisk engasjement

Flere informanter trekker frem politisk engasjement som en viktig fremmer for arbeide med e-helse. Motsatt blir da mangel på politisk engasjement en hemmer. Kommunene som ligger langt fremme, særlig i arbeidet med velferdsteknologi, opplever at politikerne har et høyt ambisjonsnivå på feltet, og at det gir seg uttrykk i offensive strategier og at det stilles investeringsmidler til disposisjon.

6.1.12 Oppfølgingsbehov fra planlegging til gevinstrealisering

Manglende kapasitet i tjenesten er allerede trukket frem som en hemmer for e-helseutviklingen. En variant av denne hemmeren knytter seg spesifikt til manglende tilgang på oppfølgingsressurser over tid. Det tar lang tid fra planleggingen av en anskaffelse frem til gevinstene er realisert. Noen må holde i og følge opp dette arbeidet tett, for å sikre at prosessen gjennomføres på en god måte, med realisering av målene som ble satt. Et slikt arbeid krever også god ledelsesforankring. Kommunene opplever at de ofte er avhengig av ildsjeler for å få fart på e-helse-

utviklingen, og kommunene blir da svært sårbare siden disse ildsjelene kan forsvinne. Det vil særlig være uheldig dersom gevinstrealiseringen ikke blir fulgt ordentlig opp, for da har kommunen fått kostnadene med digitaliseringen, uten å få gevinstene.

6.2 Hva kan KS gjøre for å trekke kommunene i riktig retning?

I kapittel 5 har vi beskrevet at det er ønskelig med en bevegelse fra dagens situasjon over i en situasjon som ligner mer på det vi har beskrevet i scenarioene *I henhold til nasjonale planer* og *Koordinerte kommuneklynger*. KS kan bidra til en slik bevegelse ved å bygge ned eller forsøke å fjerne enkelte av hemmerne. Dette gjelder særlig hemmerne knyttet til valgfrihet og behov for koordinering, tilgang til fellesløsninger og felles standarder og informasjon om nasjonale løsninger.

Mer koordinerte kommuner vil kunne gjøre prosessen med læring gjennom prøving og feiling mer strømlinjeformet og effektiv enn den er i dag. KS har allerede en rekke initiativ for å samle kommuner i ulike fora, som for eksempel digitaliseringsnettverkene. Samordnings- og samstyingsstrukturen i kommunal sektor er en viktig fremmer for arbeidet med e-helse i kommunene. Hensikten med samordnings- og styringsstrukturen er å gi økt gjennomføringskraft, raskere utbredelse, og at flere kan nyte godt av kompetansen og kapasiteten som finnes i hver enkelt kommune og fylkeskommune. KommIT-rådet og underliggende utvalg, spesielt Fag- og prioriteringsutvalg e-helse er nødvendige for samordningen i kommunal sektor på e-helseområdet.

Det kan argumenteres for at KS kan ta en enda mer aktiv rolle, gjennom tilskuddsordninger, informasjonsutveksling eller styringsstrukturer, både for å sikre at kommunene arbeider koordinert og deler informasjon.

Flere fellesløsninger og felles standarder er etterlyst fra kommunene, og vil kunne legge til rette for samhandling med innbyggeren/pasienten i sentrum. Her gjør allerede KS et betydelig arbeid knyttet til Felles kommunal journal, men det kan vurderes om KS også kan ta en tydeligere rolle på velferdsteknologiområdet, enten ved å gå i bresjen for en markeds plass med prekvalifisering, eller ved å utvikle (eller påvirke andre så de utvikler) flere kravspesifikasjoner eller standarder. KS har også en rolle i å sikre at kommunene blir involvert tidlig ved utvikling av fellesløsninger, og i å sikre at kostnadsfordelingen mellom stat og kommune blir rettferdig.⁵

⁵ KS har redegjort for arbeidet med bærekraftige finansieringsmodeller i (KS, 2022).

Til sist kan det synes som om KS kan ta en rolle i å sikre at det skjer flere evalueringer av ulike piloter på e-helse-feltet, der målet med evalueringene er å gi

detaljert innsikt i gevinster og kostnader, slik at andre kommuner kan få et bedre beslutningsgrunnlag når de vurderer å innføre de samme teknologiene.

7. Veien videre for kommunenes arbeid med e-helse

Som vi har sett står primærhelsetjenesten overfor store utfordringer. Å fortsette å arbeide akkurat som i dag er ikke mulig fremover, og digitalisering av tjenesten, kombinert med nye arbeidsformer og ny arbeidsdeling, er ganske sikkert svaret på utfordringen.

E-helse har **potensial for å realisere betydelige gevinster** i pleie og omsorg, i form av økt pasientsikkerhet, økt kvalitet i tjenesten og i form av effektivisering; hver enkelt ansatt kan yte mer pleie og omsorg til flere innbyggere. Denne siste gevinsten er avgjørende når eldrebølgen kombineres med stor knapphet på medisinsk faglig personell. Vår påstand er at arbeidet med e-helse per nå ikke går raskt nok, i den forstand at det ikke er realisert effektivitetsgevinster i stort nok monn.

Det er derfor **behov for tiltak**. Knapphet på personell, både medisinsk faglig og IT-faglig, er en avgjørende bremsekloss for utrulling av e-helseløsninger. Det er en viktig grunn til at det er ønskelig å bevege seg i retning av mer **strukturert kommunalt samarbeid** og flere nasjonale løsninger (det vil si i retning av scenarioene vi kaller *I henhold til nasjonale planer og Koordinerte kommuneklynger*). På velferdsteknologifeltet er dagens situasjon preget av at kommunene gjennomfører piloter. Hvis hver kommune skal måtte gjennom småskala-piloter før de kan rulle ut bredt, blir arbeidet omfattende og tidkrevende. Pilotering må i større grad skje i én eller et fåtall kommuner, for så å ruller bredt ut i mange kommuner samtidig når løsningene er ferdig testet og uten barnesykdommer.

Spesielt på journalfeltet er det behov **for raskere fremrykning**, både for å lykkes med utrulling av velferdsteknologi, og for å **styrke samhandling** innad i kommuner, mellom kommuner og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Også her mener vi det er behov for økt grad av samordning. I dag ser vi et sammensatt og komplekst aktørbilde som bidrar til en leverandørdialog som ofte er usystematisk og kun operasjonell når det oppstår utfordringer i leveransene. For å lykkes med e-helse i kommunal sektor kreves en **felles leverandørdialog**; nasjonale krav til leverandørene, kombinert med kommunale innkjøps- og driftssamarbeid vil kunne gi en bedre balanse i journalmarkedet, og kan gi kostnadsnyergier uten at det går på bekostning av innovasjonstakten. **Felles kommunal journal** synes å være en nasjonal løsning som nettopp kan gi denne ønskede samordningen på journalområdet.

Det er viktig å ha med seg at nasjonale løsninger ikke trenger å være egenutviklede, offentlige systemer. Ofte er det bedre å **benytte markedet**, men med nasjonale standarder, nasjonale kravspesifikasjoner

eller nasjonalt regulerte markedsplasser som grunnlag. Felles kommunal journal kan igjen være et forbilde; ved å løsrive informasjon (data) fra logikk (løsning), og tilby forhåndsgodkjente løsninger på en markedsplass, sikres reell valgfrihet og muligheter for at kommunene kan velge moduler basert på egne behov. Dataplattformen blir en nasjonal løsning, som kan forstås som en nasjonal standard, og denne standarden sikrer mulighet for samhandling uten at det går på bekostning av kommunenes valgfrihet i journalmarkedet. Det synes som om utviklingen internasjonalt også går i en slik retning, med tydelig skille mellom informasjon og logikk, og dette kan også komme til å bli reflektert i fremtidig nasjonal og internasjonal regulering.

Det bør vurderes om Felles kommunal journal kan være et forbilde også for mulige tiltak på velferdsteknologi-området. Samtidig ligger det et dilemma i et at også samordning kan være **tids- og ressurskrevende**. Det er for eksempel krevende for kommuner som opplever utfordringer på journalsiden i dag å skulle vente til Felles kommunal journal en gang blir en realitet. Og det å etablere og opprettholde tette, dype og brede samarbeid mellom kommuner kan i seg selv være utfordrende, særlig i en oppstartsfase. Likevel er det vår klare mening at slik koordinering og samordning, gjort på en riktig måte, er den klart mest **økonomisk bærekraftige** veien frem mot økt digitalisering av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste.

Vi opplever derfor at **tiltakene som er beskrevet i Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet** er gode, og trekker i retning av mer koordinerte kommuner og flere nasjonale løsninger. Særlig vil vi trekke frem tiltakene Felles prinsipper for planlegging, utvikling, utbredelse og innføring av prioriterte løsninger på e-helseområdet og Felles og samordnet leverandørdialog. Samtidig slår vi et slag for **formaliserte innkjøps- og driftssamarbeid** mellom kommuner.

Som en følge av kommunenes ambisjoner for e-helse, kommer **IT-kostnadene til å øke fremover**. Det vil gjelde for alle kommuner med ambisjoner om digitalisering, uansett strategi. Samtidig må kommunene være klar over at alternativet antagelig er en enda større kostnadsøkning for å bemanne opp tjenesten, med sykepleiere og andre fagpersoner som det er stor knapphet på. Allerede i dag ser vi «budkamper» om medisinsk personell i kommune-Norge, og dagens knapphet vil bare forsterkes i årene fremover. Satsing på e-helse vil derfor ikke redusere kommunenes kostnader, men gjort riktig, med

fokus på gevinstrealisering, vil kostnadsveksten i pleie og omsorg reduseres med digitalisering som virkemiddel.

Det at digitalisering er kostbart, reiser spørsmål knyttet til **kommunenes finansiering**. Det er avgjørende at det etableres bærekraftige finansieringsmodeller og at kommunene settes i stand til å bære e-helse-kostnadene, og at det tilrettelegges for muligheten for å hente ut gevinster av løsninger som innføres. Dette er et viktig tema. Men dette temaet bør likevel ikke overskygge det store spørsmålet; **hvordan får vi fart på e-helsearbeidet, og hvordan sikrer vi at vi realiserer gevinster, også i form av effektivisering?**

Arbeidet med denne rapporten har synliggjort et **stort engasjement** hos en rekke kommuner, noe som i seg selv lover godt for e-helsefeltets videre utvikling. Mange trekker også frem at e-helse allerede har gitt gevinster, gjennom løsninger som e-resept og Kjernejournal. Digitaliseringens kraft ble også tydelig gjennom pandemien, der det på kort tid ble etablert digitale løsninger som fungerte. Det er likevel vår mening at dagens **situasjon ikke gir tilstrekkelig tempo og gjennomslag**, og at et ønsket scenario for fremtiden innebærer mer koordinerte kommuner og flere nasjonale løsninger. For å realisere dette er det avgjørende at politisk ledelse setter **nødvendige rammer for sektoren som helhet**. En styringsmodell som ivaretar både behov i både primær- og spesialisthelsetjenesten og bærekraftige finansieringsmodeller er to avgjørende faktorer for veien videre.

8. Referanser

- Apotekerforeningen, 2022. *Andel e-resepter er egentlig 97,8 prosent*. [Internett]
Available at: <https://www.apotek.no/statistikk/apotekstatistikk/kunden/e-resept>
[Funnet 29 06 2022].
- Direktoratet for e-helse, 2018. *Utviklingstrekk 2018*, s.l.: s.n.
- Direktoratet for e-helse, 2020. *Sentralt styringsdokument - Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for e-helse, 2021. *Veien videre for Velferdsteknologisk knutepunkt*. [Internett]
Available at: <https://www.ehelse.no/aktuelt/veien-videre-for-velferdsteknologisk-knutepunkt>
[Funnet 30 06 2022].
- Direktoratet for e-helse, 2022. *E-resept*. [Internett]
Available at: <https://www.ehelse.no/strategi/e-helsemonitor/bedre-sammenheng-i-pasientforlop/e-resept>
[Funnet 29 06 2022].
- Hagen, K. et al., 2011. *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2012. *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal*, s.l.: s.n.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*, s.l.: s.n.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. *Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*, s.l.: s.n.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. *Meld. St. 7 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, s.l.: s.n.
- KS, 2022. *Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet*, s.l.: s.n.
- Solaimani, S., 2021. *Velferdsteknologi som verktøy - Kommunale lederes møte med økt bruk av teknologi i Pleie og omsorgstjenestene*, s.l.: VID vitenskapelige høgskole i Oslo.
- SSB, 2018. *Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager?*, s.l.: s.n.
- SSB, 2019. *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*, s.l.: s.n.

Vedlegg A: Intervjuguide: E-helse-utvikling i kommunene

TIL: Representanter for kommuner som skal intervjues

FRA: Oslo Economics

EMNE: Scenarier for e-helseutvikling i kommunene. Intervju i forbindelse med KS-utredning

DATO: 18. mai 2022

KS har bedt Oslo Economics utarbeide en utredning der det beskrives scenarier for e-helse-utviklingen i kommunene. Utredningen skal beskrive utfordringer i den kommunale helsetjenesten, vise ulike retningsvalg kommunene står overfor og hvordan kommunene påvirkes av ytre faktorer. Oslo Economics gjennomfører intervjuer med utvalgte representanter for kommunene for å belyse disse problemstillingene.

Denne intervjuguiden redegjør for temaer som ønskes berørt i intervjuet. Det er ønskelig at det tas utgangspunkt i erfaring fra egen kommune.

Utfordringsbildet i kommunehelsetjenesten

- Hva er de største utfordringene for kommunehelsetjenesten i dag og fremover?
- Hvordan kan e-helseløsninger bidra til å møte disse utfordringene?
 - E-helse er bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren⁶.

Status for bruk av e-helseløsninger i kommunen i dag

- Hvilke e-helseløsninger brukes aktivt i den kommunale helsetjenesten i dag?
- Hvilke e-helseløsninger er i ferd med å innføres?
- Har dere kjøpt og/eller utviklet e-helseløsninger som kun benyttes i deres kommune?
- Er det nasjonale e-helseløsninger dere aktivt har valgt å ikke benytte?
- Hva er begrunnelse for dette? KS har utarbeidet dokumentet "Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet" som beskriver kommunenes ambisjoner på e-helse-feltet. Har dere noen kommentarer til dette dokumentet?
 - Er dere kjent med dokumentet?
 - Kjenner dere dere igjen i ambisjonsnivået og fremdriftsplanen?

Retningsvalg knyttet til e-helse

- Hvilke mulige valg står kommunen overfor når det gjelder digitale løsninger innenfor legemiddelfeltet (e-resept, forskrivningsmodul, pasientenes legemiddelliste, kjernejournal)?
 - Innføre nasjonale løsninger i takt med at disse tilgjengeliggjøres?
 - Benytte andre digitale løsninger?
 - I liten eller ingen grad benytte digitale løsninger?
 - Annet?
- Hvilke mulige valg står kommunen overfor når det gjelder digitale løsninger innenfor velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging (velferdsteknologisk knutepunkt, enkeltteknologier for ulike typer måler og hjelpemidler)?
 - Innføre nasjonale løsninger i takt med at disse tilgjengeliggjøres?
 - Benytte andre digitale løsninger?
 - I liten eller ingen grad benytte digitale løsninger?
 - Annet?
- Hvilke mulige valg står kommunen overfor når det gjelder digitale løsninger innenfor innbyggertjenester (HelseNorge, Digihelse, Digihelsestasjon)?

⁶ <https://ehealthresearch.no/>

- Innføre nasjonale løsninger i takt med at disse tilgjengeliggjøres?
- Benytte andre digitale løsninger?
- I liten eller ingen grad benytte digitale løsninger?
- Annet?
- Hvilke mulige valg står kommunen overfor når det gjelder digitale løsninger innenfor digitale fellesløsninger (felles kommunal journal, helseplattformen, grunndata)?
 - Innføre nasjonale løsninger i takt med at disse tilgjengeliggjøres?
 - Benytte andre digitale løsninger?
 - I liten eller ingen grad benytte digitale løsninger?
 - Annet?
- Hvilke mulige valg står kommunen overfor når det gjelder digitale løsninger innenfor digital samhandling (helsenettet)?
 - Innføre nasjonale løsninger i takt med at disse tilgjengeliggjøres?
 - Benytte andre digitale løsninger?
 - I liten eller ingen grad benytte digitale løsninger?
 - Annet?
- Dersom kommunen selv går i bresjen for å innføre nye e-helseløsninger, hvilke valg er i så fall relevante?
 - Kjøp av hyllevarer vs. egenutvikling?
 - Samarbeid med andre kommuner vs. «alenegang»?
 - Annet?

Faktorer som påvirker arbeidet med e-helse

- Hvilke indre og ytre faktorer bidrar til å sette fart i kommunens arbeid med å innføre e-helseløsninger?
 - Nasjonale initiativ?
 - Foregangskommuner som fungerer som piloter?
 - Økt samarbeid mellom kommuner?
 - Fokus på digitalisering generelt?
 - Annet?
- Hvilke indre og ytre faktorer bidrar til å bremse kommunens arbeid med å innføre e-helseløsninger?
 - Gevinster står ikke i stil med kostnader?
 - Manglende finansiering?
 - Manglende teknologisk kompetanse/kapasitet til innføring?
 - Andre utfordringer prioriteres høyere?
 - For lite samarbeid mellom kommuner eller nasjonale initiativ?
 - Juridiske utfordringer, for eksempel knyttet til personvern?
 - Annet?
- Hva burde staten, KS eller andre gjøre for å legge til rette for e-helse-utvikling i kommunene?

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo