

Fra da til nå

- den lange historien om elektronisk pasientjournal i legekontor

Norsk forening for allmennmedisin
Referansegruppen for EPJ og elektronisk pasientjournal i legekontor



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

Oktober 2015

Illustrasjonsfotografier: Colourbox

Design omslag: Lisbet T. Kongsvik,
Samfunnspolitisk avdeling, Legeforeningen

Referansegruppen for elektronisk pasientjournal (EPJ) og elektronisk samhandling fyller 5 år i år. Vi er stolte av å vise til en lang historie med elektronisk pasientjournal i legekantor, her ført i pennen av Tom Christensen. Vi får bli med på en reise fra pioner-tiden i 1970-årene og frem til 2013. Et utdrag av historien ble trykket i Festskrift for Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum i 2013.

Tom Christensen er tidligere fastlege, og er for tiden prosjektdirektør ved avdeling for norsk pasientregister i Helsedirektoratet. Han har vært prosjektleder for ELIN-prosjektet i Legeforeningen, medisinsk ansvarlig i eResept Rekvirent og administrerende direktør ved Kompetansesenter for IT i Helsesektoren (KITH).

Avslutningsvis følger en beskrivelse av referansegruppens arbeid og EPJ-løftet. EPJ-løftet var referansegruppens oversikt over basale funksjoner som manglet i elektronisk pasientjournal og i den elektroniske samhandlingen til og fra legekantor.

I forbindelse med Normaltariff-forhandlingene i 2014, ble det bevilget 17 millioner kroner fra Staten til EPJ-løftet med Helsedirektoratet som prosjekteier. Halvparten av pengene ble lagt på takstene, for å øke betalingsevnen for de nye funksjonene som blir utviklet og tilbudt fra leverandørene. I 2015 bevilget Staten 17 millioner direkte for å videreføre EPJ-løftet - til glede og nytte for våre pasienter, legekantorene og alle våre samarbeidspartnere.

Innholdsfortegnelse

Forord	5
Innledning	5
Arven fra pionertiden	6
Innføringsunderet	8
På sotteseng	9
Overleverne	10
Kan man snakke sammen via systemer?	13
Når Helsenett(ene) blir lange	14
ELIN-prosjektene	16
eResept	19
Kjernejournal	19
Helseportal	19
Nåla i høystakken	20
Du skal få en dag i måra	20
Fyrtårnene	22
Skal det være noe mer før vi stenger?	23
Ny ordning for utbredelse av standardiserte IKT løsninger	23
Nyorientering av Legeforeningenss bidrag	24
Etterord	24
Referansegruppen for EPJ og elektronisk samhandling	25
Deltakere	27

ALLMENNLEGENE OG INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGIEN 1988 - 2013

av Tom Christensen

Forord

Allmennlegene er drevet av to store kjærligheter. Kjærligheten til medmennesker som tidvis kommer i pasientroller, og kjærligheten til faget som instrument til å være til kvalifisert hjelp. Av dette følger et kollegialt fellesskap som hegner om helhetlig tilnærming, de gode samtalene, den kliniske undersøkelsen med berøring og bevegelse, og målrettet bruk av nødvendige supplerende undersøkelser uten unødige kostnader for samfunnet. Portvaktfunksjonen. Samfunnsansvaret. Bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi ble derfor et verktøy for å fjerne tidstyvene, papirarbeidet. For effektive arbeidsprosesser. For god oversikt over pasientens ulike problemer. For påminninger og støtte til beslutninger. For presis kunnskapsbasert dokumentasjon. For overvåking av kvalitet i praksis med effektiv rapportering. For nødvendig kommunikasjon med overføring av målrettet oppsummert informasjon til pasient eller neste aktør i pasientforløpet. Dette er bakgrunnen for allmennlegenes frivillige, ubetalte innsats for utvikling og videreutvikling av IKT systemer gjennom 25 år. To kjærligheter. Til pasienten og til faget.

Innledning

IKT historien for allmennlegene er kompleks, og informasjons- og kommunikasjonsteknologi er vide begreper. I det følgende vil det i hovedsak fokuseres på utvikling av den elektroniske pasientjournal (EPJ) som viktigste eksempel på informasjonsteknologi og EPJ som kommunikasjonsplattform som viktigste eksempel på kommunikasjonsteknologi, selv om allmennlegene har tatt i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi langt utover dette. Begrepet EPJ-system betyr i denne sammenheng EPJ med alt som kreves av maskinvare, nettverk og kommunikasjon for at EPJ skal fungere slik den skal for brukeren.

Visse allmennlegemiljøer interesserte seg tidlig for informasjonsteknologi, og allerede på midten av 1970-tallet begynte de første aktiviteter med tanke på å utvikle EPJ for allmennleger. Våren 1980 ble det som selv i dag må kunne betraktes som et rimelig komplett EPJ-system, tatt i bruk av en gruppe leger i Balsfjord. Systemet som ble utviklet av et offentlig finansiert prosjekt ved Universitetet i Tromsø i nært samarbeid med leger fra Balsfjord, ble deretter overdratt til Kommunedata Nord-Norge for kommersialisering og videreutvikling. Roar Johnsen og Toralf Hasvold var noen av de sentrale aktører i dette arbeidet **1)**. På samme tid var blant andre Carl Fredric Bassøe i gang i Bergen med å utvikle systemet DOC 110 som ble introdusert sent på 70-tallet som må sies å være det aller første datasystemet for medisinsk journalføring. Dette ble etter kort tid supplert med systemet PROMED **2)**. I 1979 kom det nok et EPJ system, Infodoc, på markedet i Bergensområdet, og dette vant tidlig utbredelse, særlig på Vestlandet. Også ved institutt for allmennmedisin i Bergen ble det utviklet en enbrukerversjon av et EPJ system utprøvd i to legepraksiser på en plattform fra Tandberg **3)**. På tidlig 80-tall startet allmennlege Kjell Hove et utviklingsarbeid ved siden av sin allmennpraksis, noe som førte til lanseringen av EPJ-systemet Profdoc i 1985, et system som vant rask utbredelse **4)**. Tid- en før 1988 kan med rette kalles pionertiden for utvikling av EPJ-systemer i allmennmedisin.

1) Hasvold T. A computerized medical record: the 'Balsfjord system', Scand J of Prim Health Care 1984;2:121-3

2) Sørli W.G., Bassøe C.F., Tidsskr Nor Lægeforen. 1983 May 30;103(15):1270-5

3) Fosse S., Nilsen J.F., Tidsskr Nor Lægeforen. 1982 Sep 10;102(25):1285-8

4) Langballe F., Utposten, 1999, nr. 5, <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99504.htm>

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten var litt annerledes. Mens praktiserende spesialister enten tok i bruk tilpassede varianter av allmennlegesystemer eller utviklet egne systemer, ble utvikling i sykehus preget av at de større sykehusene først på 1990-tallet begynte å anskaffe spesialiserte løsninger fra utenlandske leverandører for å dekke behov innen røntgen, laboratoriefaget og en rekke andre spesialdisipliner. Disse fikk etter hvert en eller annen form for integrasjon med pasientadministrative systemer (PAS) og/eller et overordnet EPJ etter hvert som slike ble anskaffet. Doculive fra Siemens og Infomedix fra Tieto Enator er eksempler på slike overordnede EPJ systemer fra utenlandske leverandører som på et tidspunkt hadde nokså stor utbredelse. Doculive ble dog utviklet i nært samarbeid med norske aktører i det såkalte Medakis-prosjektet for regionsykehus som ble avsluttet i 2004 uten at målene ble nådd **5)**. Et viktig unntak fra utenlandske aktørers dominerende stilling i sykehus er EPJ systemleverandøren DIPS som startet sin utvikling ved Bodø sykehus, og etter en formidabel vekst nå leverer EPJ til alle helseregioner utenom i Helse Midt-Norge som fortsatt benytter Doculive. Infomedix er nå i praksis ute av det norske markedet som overordnet EPJ på sykehus. Selv om DIPS har dominerende posisjon som leverandør av overordnet EPJ i sykehus, har en stor andel av de tallrike løsningene som benyttes i spesialisthelsetjenesten sitt opphav utenfor landets grenser **6)**.

For den øvrige kommunehelsetjenesten kom utviklingen senere i gang enn i allmennlegestjenesten, men også i sykehjem, pleie og omsorgstjenesten forøvrig, og i den forebyggende og rehabiliterende kommunehelsetjeneste, benyttes i hovedsak EPJ-systemer som er utviklet i Norge. Selv om utviklingen har kommet langt, har systemene har ennå ikke fått full utbredelse eller er tatt i bruk i alle kommuner **7)**.

Brukernes fornøydheth med de ulike EPJ-systemer har vært varierende, men i ulike tidligere undersøkelser har allmennlegene hittil framstått som mer fornøyd enn sine kolleger i sykehus og kommunehelsetjenesten forøvrig **8)**. Det er rimelig å anta at dette har sammenheng med aktiv brukermedvirkning, og et sterkt eierskap til løsningene. Det er tegn til at fornøydheten ikke er like stor i dag, og i ulike diskusjonsgrupper og fora framkommer det behov for ny funksjonalitet og bedre kommunikasjon uten at brukervennligheten reduseres.

Arven fra pionertiden

Hvilke visjoner hadde så gründerne?

Noen av dem ønsket bedre oversikt, bedre kontrollrutiner ved medisinsk oppfølging, forenkling av arbeidsoppgavene, herunder automatisering av utfylling av skjema og henvisninger. Praksisevalueringer og medisinsk statistikk var andre viktige visjoner for arbeidet **9)**. Andre ønsket seg at systemet skulle være offentlige finansiert og tilpasset legekontoets funksjoner med gevinster som skulle gi bedre pasientservice, i tillegg til bedre

5) Masteroppgave Bente Brevig, s. 46, http://folk.uio.no/bbrevig/Bente_Brevig_masteroppgave.pdf

6) Vedvik E., Faxvaag A., Stud Health Technol Inform. 2006;124:298-303)

7) EPJ Monitor 2010, <http://hiwiki.idi.ntnu.no/images/c/c5/EPJ-monitor-2010-v1.2.pdf>

8) Christensen T., Lærum H., Faxvaag A., Grimsø A. Int J Med Inform 2009;78:808

9) Fosse S., Nilsen J.F., Tidsskr Nor Laegeforen. 1982 Sep 10;102(25):1285-8

statistikk på person og konsultasjonsnivå **10**). Andre igjen var mest opptatt av å utvikle et komplett brukervennlig journalprogram som dekket alle legens administrative og medisinske skriftlige rutiner så som papirjournal, avtalebok, resepter, skjemaer, regningskort etc **11**). Fra disse første pionerer kom det flere utover 90-tallet. Noen satte klare mål om at dette ikke skulle være teknologidrevet, men at brukernes behov skulle styre utviklingen av EPJ, som også skulle tilfredsstille krav og retningslinjer fra myndigheter og fagmiljøer, samt være fleksibelt, effektivt **12**). Andre igjen la hovedvekt på at en måtte ta i bruk mer fleksibel Windows-NT teknologi som tok høyde for fremtidige krav fra brukere og myndigheter, også vedrørende sikkerhet og kommunikasjon **13**).

Hva stod fortsatt uløst?

Anders Grimsmo skisserte i samme temanummer av Utposten fem utfordringer for fremtidens EPJ **14**):

1. Problem og prosessorientering for bedre oversikt og tilpasning til arbeidsmetodene
2. Integrert rask tilgang til relevante handlingsprogrammer, prosedyrebeskrivelser og faglig informasjon
3. Sikre oppfølging av pågående arbeid, og hindrer at alvorlige feil blir begått.
4. Forbedring av kommunikasjon og samhandling i helsetjenesten
5. Felles datagrunnlag for planlegging av tjenestene, og bedre grunnlag for læring, kvalitetsutvikling og dokumentasjon ved tilsyn.

Hva skjedde så med utviklingen av EPJ-systemene i allmennmedisin fra 1988 og fremover, og er arven fra pionertiden ennå levende?

10) Hasvold T., Utposten nr. 5 1999, <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99502.htm>

11) Langballe F., Utposten, 1999, nr. 5, <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99504.htm>

12) Presentasjon av Legeidata AS, Utposten 1999, nr. 5, <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99505.htm>

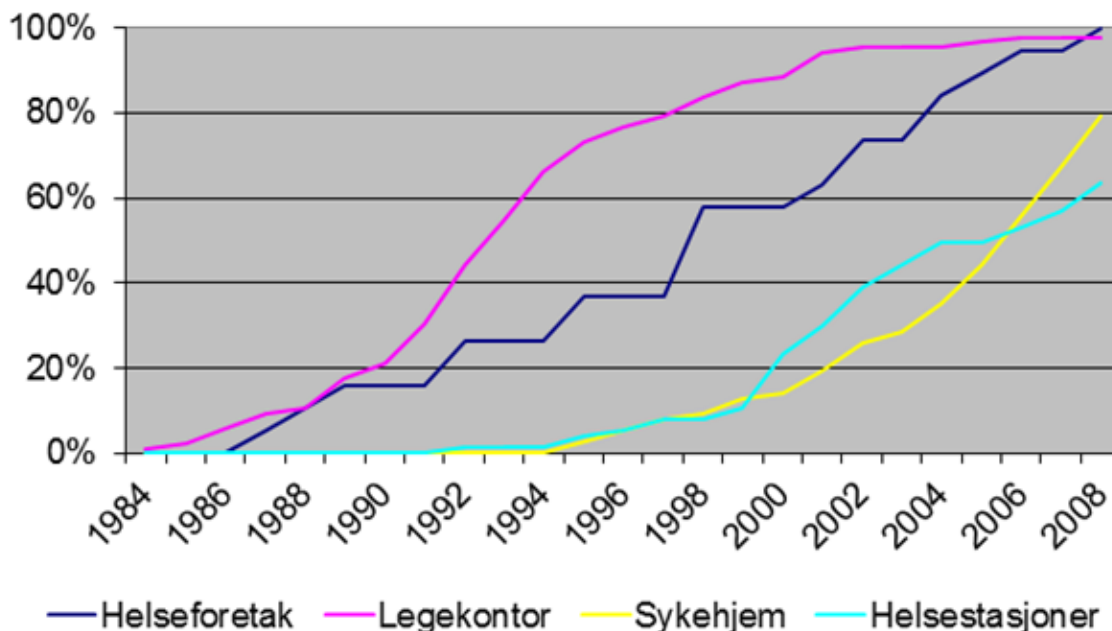
13) Langballe F., Utposten, 1999, nr. 5 <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99504.htm>

14) Grimsmo A., Utposten, 1999, nr. 5, <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99506.htm>

Innføringsunderet

EPJ systemene og deres utvikling

Innføringen av EPJ i allmennpraksis har vært en suksess. Selv den kraftigste markedsføring av legemidler har aldri "frelst" så mange på så kort tid **15)**.



Figur fra EPJ Monitor 2008 **16)**

Utbredelsen av EPJ i allmennmedisin ble nokså komplett i løpet av relativt få år, og uten offentlig støtte. Allmennpraktikere var selv dypt involvert i utviklingen sammen med engasjerte og dedikerte programvareutviklere, og mens de enkelte private legekontor, små som store, betalte alt selv, innførte også kommunale legekontor EPJ uten at de fastlønnede leger ble belastet ekstra utgifter.

Det lå også en mulig stimulans i at daværende driftstilskuddsordning lot datautstyr telle som 0,25% medarbeiderstilling per lege i en periode. Det kjennes ikke til undersøkelser som viser om det faktisk ble færre medarbeiderressurser per lege etter innføring av EPJ.

I 1988 var således utviklingen begynt å ta fart. I den relativt lille allmennpraktikerfamilien den gang gikk ryktet om journalprogrammenes suksess som ild i tørt gress. Tenk å gå fra å skrive navnet til en gravid elleve ganger på ulike skjema og etiketter ved første kontroll, til å bare taste inn navnet, og la systemet gjøre resten om du bare matet noen skjemaer inn i skriveren. Fordelene ble forkynt med overbevisning, og motforestillingene var få. Allerede i 1993 ble det anslått at halvparten av allmennlegene hadde tatt EDB i bruk, og det kunne velges mellom 7 ulike EPJ-systemer. MacDoc, Medics og Praxis hadde beskjedne utbredelse, Promed noe mer, mens Legeservice fra Scanvest Olivetti var relativt nyetablert med ca 10% av markedet. 30% hadde valgt Infodoc, mens ca 60% brukte Profdoc. Østlandet, Trøndelag og Nord-Norge kunne med en viss rett kalles "Profdocland", mens Infodoc dominerte på Vestlandet. Legeservice som leverte i både UNIX og DOS-versjon, ble utviklet fra et program kalt SRH-Lege og basert på spesifikasjoner og krav framsatt fra Oslo kommune. Legeservice hadde også sin største utbredelse på Østlandet. **17)**

15) Fag eller teknologi - hva blir utviklingen videre?, <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99506.htm>

16) Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal. EPJ Monitor 2008.

17) Bjørndal A, Maarmann-Moe K.. Tidsskrift for den Norske lægeforening. 1993; 113 (10):1236-50.

Innholdet i EPJ er det viktigste for brukerne, og innføringen av diagnosesystemet ICPC fra tidlig 90-tall ble drevet frem av NSAM i samarbeid med professor Bent G Bentsen i Trondheim. Norge var det første landet i verden som innførte et nasjonalt system for klassifikasjon og koding av diagnoser i allmennpraksis. En viktig grunn til suksessen var denne tidlige utbredelsen av EPJ. Innføringen av ICPC har vært et viktig bidrag til at EPJ er blitt brukt i en fremvekst av allmennmedisinsk forskning og i kvalitet-utvikling, samt i myndighetenes planlegging og styring. Sykemeldings- og trygderegistrene, og blåreseptordningen bygger i hovedsak på ICPC og informasjon levert av EPJ i allmennpraksis. Myndighetenes villighet til å følge opp utviklingen av ICPC etter innføringen for over 20 år siden har imidlertid ikke stått i forhold til systemets betydning for allmennpraksis og trygdeordningene i denne tiden.

Det ble uansett hard konkurranse blant en rekke leverandører av EPJ til bruk i allmenn praksis. Hvem måtte gi seg, og hvem ville overleve? Ville nye aktører klare å erobre markedet?

På sotteseng

Noen leverandører klarte seg ikke over tid, selv om programmene virket lovende og møtte de fleste krav på den tiden. Det er ulike grunner til at disse måtte gi tapt, noen etter mange år i markedet.

Balsfjordsystemet som allerede i 1980 var etablert som flerbrukersystem med felles arkiv, ble evaluert som en suksess og besluttet kommersialisert. Kommunedata Nord Norge (KDN) som fikk oppgaven med å kommersialisere produktet, lyktes ikke med oppgaven. Overføringen fra Datafag tok mer tid og var mer komplisert enn antatt, og KDN måtte utvikle både 2. og 3. generasjon av systemet, men uten å følge pionerens råd om å satse på PC-er i nett slik konkurrentene gjorde. Hasvold brøt da samarbeidet. Etter at Bardu legekantor der Hasvold arbeidet valgte å gå over til Profdoc i 1990, kom KDN for alvor i miskreditt og produktet "Balsfjordsystemet" avgikk en stille død. Grunnprinsippene levde likevel videre i andre systemer. Hasvold selv uttrykte dette slik: "Derfor er det uproblematisk at Balsfjordsystemet døde, – lenge leve Balsfjordsystemet. " **18)**

Legeservice klarte seg heller ikke i konkurransen, selv om de en periode hadde en betydelig del av markedet. Et spørsmål i bystyret i Oslo i 1991 kan kanskje illustrere litt av situasjonen: "Gro Balas stilte spørsmål om hvorfor bydelsadministrasjonene er blitt pålagt å innføre Scanvest/Olivettis datasystem "Legeservice", når landets øvrige kommuner synes å ha kommet til at "Prof-dok" er det beste system. Hun viste til at Bergen forkastet systemet (Legeservice, undertegnedes anmerkning) etter en prøveperiode. Fire helsesentre har innført og er fornøyd med "Prof-dok". Hun ba derfor om at en som en minimumsløsning lot disse beholde sitt system." **19)** Brukerne omfavnet altså ikke systemet, selv om det også hadde sine forsvarere **20)**. Hovedsatsningen på Unix var neppe et godt strategisk valg, og i tillegg ble overgangen fra ScanVest Ring til Scanvest Olivetti ingen vellykket operasjon med misfornøyde kommunekunder, store underskudd og bemanningsreduksjoner **21)**.

18) Hasvold, Utposten nr. 5 1999 (<http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99502.htm>)

19) <http://www.sak.oslo.kommune.no/dok/Bys%5C1991%5CHSK%5C0095084846-1-WBE-1-141-0.htm>).

20) Skogstad F., Utposten nr. 5 1999

21) <http://www.oslo.net/historie/CW/utg/9518/cw951852.html>

MacDoc, Medics og Praxis som alle ble utviklet av eller i nært samarbeid med allmennleger, klarte aldri å vinne fotfeste i markedet som først på 90-tallet ble dominert av andre aktører. Uten en kritisk mengde kunder ble det ingen lønnsomhet. Leif Sandsdalen fikk etablert en flerbrukerversjon og solgt noen en-brukerversjoner av MacDoc, men det stoppet med det. Christian Lundbos Medics ble også et fullverdig program som heller ikke lyktes i markedet. Praxis ble utviklet av Finn Nilsson og tatt i bruk fra 1985 til det fra 1989 fikk utbredelse blant ca 30 brukere inntil andre aktører overtok.

Promed utviklet av Carl F. Bassøe i samarbeid med EMMA EDB ble omarbeidet først på 80-tallet, og forelå som flerbrukerversjon fra 1985/86. Det beholdt sin kjerne av fornøyde brukere i Bergensområdet som spesielt verdsatte mulighetene for problemorientering og god oversikt. Promed AS hadde såpass liten brukergruppe at det i seg selv er imponerende at programmet ble utviklet og vedlikeholdt helt til 2008/2009 da gründer Bassøe valgte å legge ned selskapet etter grundig vurdering.

Overleverne

Infodoc var i stabil videreutvikling på Vestlandet, og fra 1988 til 1991 tok firmaet et stort løft ved å legge alt over på et nytt programmeringsspråk, for deretter å utvikle en 16 bits windowsversjon som de fleste brukere konverterte til. En tidlig utviklet problemorientering ble av ukjente grunner ikke særlig brukt, men mangelfull opplæring eller manglende opplevd nytte i form av bedre praksisoversikt, kan være mulige årsaker til dette. Fra 1989 ble det utviklet forskjellige versjoner for ulike praktiserende spesialister, og programmet er også i bruk ved legevakter, helsestasjoner og bedriftshelsetjenester, samt hos andre yrkesgrupper som fysioterapeuter og kiropraktorer. De vant også utbredelse på Østlandet, spesielt i Oslo kommune som på et tidspunkt inngikk avtale om leveranse til de kommunale legesentra. Fra 2007 ble programmet lansert i en helt ny og fullverdig windows versjon, Infodoc Plenario, som nå er utbredt til praktisk talt alle kunder som alle blir oppdatert samtidig når nye versjoner foreligger. Et tidlig framstøt i Sverige ble avvirket for noen år tilbake i tråd med selskapets strategi om å satse på hjemmemarkedet. Infodoc antas nå å ha ca 30% av markedet for allmennleger. Allerede i 1989 så brukerorganisasjon Infobruk, dagens lys, og denne har blitt videre utviklet slik at det i dag framstår som den eneste fullverdige brukerorganisasjon basert på medlemskap. Infobruk oppnevner tre leger til Produktrådet, som er rådgivende og premissgivende organ for selskapet.

Profdoc fra Kjell Hoves firma på Kongsberg som ble utviklet på den raske DOS plattformen med "et tastetrykks" menyer, hadde vært en formidabel suksess fra etableringen i 1985 til tidlig på 90-tallet, og de ekspanderte med etablering av Profdoc AB i Sverige i 1989.

"Blåskjermen" ble ofte innført etter opplæring en søndag ettermiddag med oppstart mandag morgen med nokså full avtalebok. Profdoc DOS dominerte markedet i en årrekke, men tapte terreng til nye aktører i siste halvdel av 1990 tallet. Selskapet ble i 1994 solgt til Sysdeco Group som i 1998 fisjonerte ut Profdoc Group ASA.

Profdoc startet arbeidet med en helt ny 32 bits plattform tidlig på 90-tallet, idet en anså at både DOS og 16 bits plattform ga for mange begrensninger i forhold til nye brukerbehov. Da Profdoc Vision ble lansert av Sysdeco i 1995 etter involvering av en del sentrale brukere, var dette etter manges mening for tidlig. Et nokså imponerende program med hensyn på funksjon og sikkerhet var dessverre initialt preget av mange tekniske feil, og en rimelig robust versjon forelå ikke før i 1998, noe som svekket mulighetene i markedet. Windows-NT plattformen ga fullverdig vindusløsning med flere vinduer opp samtidig, og med rike muligheter for import til skjemaer og henvisninger. Programmet vant utbredelse særlig blant større legekontorer, legevakter og i bedrifts helsetjenesten, og sist på 90-tallet var det

registrert hos mer enn 100 større legekontorer, og i mer enn 15 bedriftshelsetjenester. På 2000 tallet vant det fram i flere store kommuner i legevaktsversjon, i flere bedriftshelsetjenester, og det ble utviklet i egen versjon for Forsvaret (Sandoc), og for fengselsvesenet. Programmet er fortsatt i bruk for disse store nasjonale aktørene, og antas i dag å ha ca 10% av markedet for allmennleger, samt i deler av det private marked.

Brukermedvirkningen for Profdoc var i begynnelsen god både i form av en nasjonal brukergruppe, og en mindre gruppe mer dedikerte brukere. Den nasjonale brukergruppen ble etter hvert oppløst for aldri å bli erstattet. Profdoc har siden basert sin utvikling på mindre og håndplukkede referansegrupper i tillegg til generelle og spesielle tilbakemeldinger fra brukerne. De nye tyske eiere, CompuGroup Medical Norway (CGM) har ikke bidratt til å etablere nasjonale brukergrupper, men en leverandørstyrt referansegruppe for Profdoc 3.0 som har vært relativt lite aktiv siste par årene, ble reaktivisert høsten 2013 og er senere gjort om til en brukergruppe så vidt vites.

Legedata ble etablert i 1993, og i samme periode som Profdoc ble solgt til Sysdeco i 1994, fikk de sin første kontrakt med EPJ-systemet WinMed som snart skulle vise stor levedyktighet. Dette vindusbaserte journalprogrammet på såkalt 16 bits plattform, hadde en moderne utforming selv om en ikke kunne ha flere vinduer åpne samtidig. Programmet ble oppfattet som brukervennlig og enkelt og vant raskt utbredelse slik at det sommeren 1999 var registrert hele 435 legekantor som kunder. Legedata hadde meget dyktige ansatte, flere av dem fra gamle Profdoc. De var fleksible og tilpasningsdyktige, og meget tett på brukerne, og ble sterke konkurrenter til Profdoc. Overraskelsen var derfor stor da Profdoc ASA, som var utfisjonert fra Sysdeco, kjøpte Legedata rundt årtusenskiftet, etter å ha blitt børsnotert og etablert i Danmark. Med dette ble Profdoc markedsledende i Norge, og utviklingen av Vision ble satt på vent til fordel for videre utvikling av WinMed til en 3.0 versjon som er tiltenkt å erstatte både WinMed og Vision. CGM har videreutviklet denne versjonen som CGM Allmenn, og etter flere års utvikling viser de nå i 2013 de første tegn til å kunne stå foran et gjennombrudd i markedet. CGM antas å ha tapt markedsandeler i forhold til de drøye 60 prosent av markedet de antas å ha hatt på toppen av sin utbredelse.

Heller ikke Legedata hadde noen nasjonal brukerorganisering, og baserte seg på enkelte utvalgte brukere i tillegg til innhenting av brukererfaringer fra kundene generelt.

System-X ble navnet på et nytt EPJ-system fra den gamle kjempe, Kjell Hove, da han mente tiden var moden for å entre ringen igjen i 2001 sammen med Yngve Svensson i firmaet Hove Medical Systems AS. Programmet fikk fullverdig windows funksjonalitet med spesielle 1-tastetrykks kommandoer de gamle Profdoc brukere nok ville kjenne seg hjemme i, men neppe nye brukere som var kjent med standardiserte kommandoer i windows. Profdoc DOS kundegruppen var kanskje også de som var selskapets første målgruppe. Programmet som er beregnet på både allmennleger og praktiserende spesialister, er fleksibelt og den enkelte bruker kan gjøre mange tilpasninger. Leverandøren oppdatere alle brukere samtidig etter som programmet videreutvikles. Etter en treg start, har programmet vunnet stadig flere brukere, og på hjemmesiden hevdes det nå å ha mer enn 2000 brukere uten å oppgi noen fordeling mellom allmennleger og spesialister, om medarbeidere er inkludert, eller hvor mange legekantor dette er fordelt på. Det er derfor vanskelig å anslå markedsandelen blant allmennleger.

Heller ikke Hove Medical har bidratt til å organisere brukerne systematisk og nasjonalt, og de oppgir å basere sin utvikling på tilfeldige bidrag fra brukerne, samt på utvalgte enkeltpersoner etter behov.

Tre firmaer med i alt 5 systemer må derfor sies å være overleverne som nå deler markedet mellom seg. En har valgt å rubrisere System-X fra Hove som overlever, selv om programmet er en nyutvikling. Dette fordi det er utviklet av dels det samme miljø som opprinnelige Profdoc, og med mange felles trekk med dette selv om plattformen er ny. Når det gjelder utbredelse er det vanskelig å få frem eksakte tall. Selv om fordelingen er noe uviss, er det rimelig sikkert at CGM fortsatt har den avgjort største kundegruppen blant allmennlegene både i utbredelse og regnskapstall, fulgt av Infodoc og Hove Medical Systems. Allmennlegenes innflytelse og bruker-deltagelse i utformingen av disse programmene må sies å ha vært svært stor, selv om kun Infodoc har gjort dette på en systematisk måte. Programutformingen til "overleverne" må uansett sies i stor grad å være "brukerstyrt" helt fra pionertiden, noe som også er grunnlaget for deres historiske suksess i markedet med EPJ som gode arbeidsverktøy som erstatning for papirjournaler. **22)**

En må likevel stille spørsmål om de har klart å ta inn over seg alle visjoner fra pionerene, så vel som gamle og nye brukeres behov for videreutvikling med hensyn på prosess- og beslutningsstøtte, praksisoversikt, og medisinskfaglig kvalitet, i tillegg til fullverdig kommunikasjon med pasienter og andre samarbeidspartnere? Vil de følge opp eventuelle krav om teknisk og funksjonell godkjenning av slike krav i en kommende revidert standard for EPJ og kommunikasjon?

I en slik historie må en tillate seg noen personlige digresjoner, og det var i sannhet et eventyr å gå fra Arkivetts A4 mapper til skjerm og datautstyr faktisk talt over natten, slik vi gjorde det på Sama leger i Harstad sent på 80-tallet. 3-stasjon diskettfri og lydløse pc'er fra 3Com var litt "Rolls Royce" den gang, og serveren på 70Mb med streamer fra samme produsent var lovt å skulle gi oss lagringsplass "inn i evigheten". Evigheten viste seg å ligge kun to år fram i tid, og da modererte vårt adjektivrause samarbeidsfirma i Tromsø seg noe. Før installasjonen av ny server på 400Mb, lovt de derfor kun lagringsplass for to generasjoner leger framover. Generasjonstiden ble kort - kostnadene store.

Vi konverterte fra Profdoc Dos til Vision i 1996 etter en nokså grundig vurdering av de aktuelle mulighetene. Vi fant at Profdoc Vision hadde best sikkerhet, tilfredsstilte myndighetskravene best, tilbød fullverdig windows funksjonalitet, og var mest framtidsrettet med mange ulike muligheter for tilpasning. Det skulle vise seg at vi var litt for tidlig ute. Selve konverteringen av databasen tok mange virkedager, men vi lyktes å få brakt inn programmerer fra MS DOS miljøet som skrev om konverteringsprogrammet slik at de gjenstående journaler gikk over meget raskt. Dette ble til stor glede for de kommende kunder. Vi hadde en øvingsversjon, og tålmodige ansatte øvde så bra at det var lite nytt å hente i den avtalte opplæring fra leverandøren. Vi la fra første stund opp til å lære oss programmet fra tastaturet uten mus, noe som ga like rask funksjon som DOS, men med den betydelig bivirkning at vi etter en ukes systematisk test fant 200 nye feil. Ingen programmere eller betatestere hadde tydeligvis brukt bare tastatur. Det må imidlertid sies at leverandøren gjorde det de kunne for å rette feilene fortløpende. Det var likevel en mye tøffere overgang fra DOS til windows enn fra papir til DOS. Opplæringen krevde mye mer, og innkjøringsperioden ble lengre. Det tok 2-3 mnd å avlære alt som satt i fingrene

fra før, og vi savnet nok "blåskjermen" en del. Etter 3mnd var vi blitt vant til og verdsatte de nye funksjoner så mye at vi aldri så oss tilbake. Det var definitivt slutt på å bla seg fram og tilbake som i en bok i DOS verden, men heller alltid gå rett dit vi skulle for neste funksjon, lese i sidevinduer og importere fra hvor som helst i journalen. Hypertekst og søkbarhet i løpende journal ga god oversikt, og legemiddelmodulen ga en helt ny og lett oppdaterbar oversikt over legemidler i bruk. Statistikk og praksisoversikter var likevel mangelfulle som i andre systemer, selv om rapportgeneratorer fra Svein Gjeldstads "Mediata", og kvalitetsverktøyet "SATS" fra Gruk i Porsgrunn/Skien ga et stort løft i arbeidet. Det meste var bra, men det var fortsatt forbedringspotensial da jeg forlot mine medarbeidere og pasienter for andre oppgaver tidlig på 2000 tallet.

Kan man snakke sammen via systemer?

Kommunikasjonsteknologien knyttet til EPJ

Lykken er et modem

Kommunikasjon er avgjørende i helsevesenet, og pionerene skjønte tidlig verdien av å kunne kommunisere elektronisk via EPJ-systemene. Mottak av laboratoriesvar stod høyt på ønskelisten. Først Medisinske laboratorium hadde samme ønske, og kunne etter midten av 80-tallet tilby en svartjeneste via modem på eget format, og i nært samarbeid med Profdoc spesielt. Både Profdoc og etter hvert Infodoc og andre aktører kunne dermed snart tilby mottak av svar på laboratorieprøver via modem. På 80-tallet var det litt magisk å se at små programsnutter gjorde underverker med opprettelse av både prøvenavn og svar som var merket normale eller flagget røde for oppfølging på helt riktig sted i journalen, bare dager etter at prøvene var sendt fra kontoret. Først Laboratoriums rolle som ledende aktør kan ikke undervurderes.

De etablerte proprietære standarder sammen med allmennleger og deres leverandører, og startet relativt tidlig med interaktive løsninger med beslutningsstøtte, Først Forum, løsninger som fortsatt er markedsledende. Telenor kom raskt på banen med sin såkalte X400 postkasse som hadde vært i bruk flere år for andre formål. Kommunikasjonen gikk da over en sentral postkasse, og legekantorene ble satt opp med automatisk oppringtjeneste 2-3 ganger om dagen, analogt eller via ISDN linjer. Kommunikasjonsløsningen var enkel, effektiv og ble raskt utbredt. Regionssykehuset i Tromsø (RiTØ) skjønte på slutten av 80-tallet at dette måtte de være med på, og etablerte en løsning på det såkalte dollarformatet, som visstnok ennå lever i nord. Akershus sentralsykehus etablerte en forbigående løsning på et HL7 format i samarbeid med Andersen Consulting, mens prosjektet EdiMed ble etablert med offentlig støtte først på 90-tallet, og involverte nyetablerte Kompetanse-senter for IT i helse og sosialsektoren (KITH) og Fearnley Data.

Her ble det tatt i bruk Edifact standarder, og starten på å ta i bruk nasjonale standarder var dermed kommet i gang. KITH som var organisert som et AS med mandat for å etablere sikker standardisert kommunikasjon for helse, velferd og sosial, var eid og styrt av departementene for Helse- og omsorg, arbeid- og velferd og kommunenes sentralforbund (KS). Standarder for helsefaglig innhold ble utviklet og vedlikeholdt, et arbeid som har sikret et likt dokumentasjonsgrunnlag. Standardene for kommunikasjon ble etter hvert tatt over på et nytt format, XML, og det ble etablert et rammeverk for sikker kommunikasjon med signatur for virksomhet og person. Nye standarder ble utviklet på en ny plattform der alt utenom det helsefaglige innhold var likt, og mandatoverføring ble ivarettatt som en del av standardene. Det ble også etablert en Test og godkjenningsordning på teknisk nivå for å sikre lik implementering, mens det dessverre ikke var nok ressurser til å etablere fullskala funksjonell testing i testlaboratorium og referansevirksomheter/praksiser. Mye har vært gjort med begrensede

ressurser, men idet oppslutningen til nå kun har vært på frivillig basis uten en helhetlig finansierings og incentivmodell har den trinnvis utbredelse av godkjente standarder gått mye langsommere enn tilsiktet og ønsket.

Selv om det ikke var kjente sikkerhetsbrudd kom etter hvert behovene for sikre kommunikasjonsnett, også fordi telemedisinske tjenester ble en realitet. En rapport fra Statssekretærutvalget for IT, "Den norske IT vegen Bit for bit" lanserte i 1995 et nettverk for et bedre helsevesen. "Lokale, regionale og nasjonale helsenettverk for telemedisin og andre løsninger skal styrke samarbeid og ressursstyring i helsesektoren. Det er verdt å nevne to foreslåtte tiltak i denne rapporten som nok omtaler telemedisin i veldig vid forstand:

Tiltak 3.9.1a

Det bør etableres behovsstyrte prosesser for innføring av telemedisin og andre informasjonsteknologibaserte løsninger som binder helsevesenet sammen i et nasjonalt helsenett, forankret i den overordnede strategien for samarbeid og styring i helsevesenet.

Tiltak 3.9.b

Det bør utarbeides nye refusjonsordninger som gjør at helsetjenester som tilbys ved hjelp av telemedisin, likestilles økonomisk med tjenester som tilbys på tradisjonelt vis.

Kunne disse gode intensjoner fylles med innhold?

Når Helsenett(ene) blir lange

I Stortingsmeldingen "Mer Helse for hver BiT" 1997-2001 ble det skissert alternative modeller for et helsenett, men visjonen var standardiserte grensesnitt mellom alle aktørene og Helsesektorens IT-infrastruktur. UNINETT-modellen, Prosjektmodellen, og Støttemodellen var alle egne veivalg mot et felles nasjonalt nett med høy sikkerhet. UNINETT var heleid av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, og har blitt en suksess for utdannings- og forskningsinstitusjonene. Prosjektmodellen tok utgangspunkt i MedCom i Danmark, og deres enkle og rimelige helsenett har blitt en formidabel suksess. Støttemodellen forutsatte ordninger som sikrer at systemene og infrastrukturen som tas i bruk samsvarer med standarder og krav, og forutsetter økonomisk stimulering til partene, og godkjenningsordninger. Dette er utdypet i rapporten 1001 Nett fra KITH. **23)**

Ingen av disse modellen ble valgt, selv om utviklingen hos oss kan sies å en del til felles med støttemodellen. Utviklingen av helsenett foregikk regionvis og på ulike plattformer, noe som førte fram til et vellykket og raskt utbredt nordnorsk helsenett, et mer komplekst og ikke fullt så raskt utbredt midtnorsk helsenett, en annen modell i Helse Vest, og en egen utvikling i Helse Øst og Helse Sør som ikke ble slutført før en omlegging kom. Dette var åpenbart ikke bærekraftig, og umuligjorde en enkel kommunikasjon på tvers av regionene, noe som medførte en teknisk kompleks sammenslåing først på 2000-tallet hvoretter Norsk Helsenett AS ble stiftet i 2004, eid av RHFene. Den nordnorske suksessrike og rimelige modellen ble valgt bort av sikkerhetsgrunner, et valg flere mente var forsinkende og fordyrende. Allmennlegene og Dnlf samarbeidet om utviklingen av helsenettet, men hadde innvendinger både til prismodell og mangel på tjenester. Det ble gjort et solid arbeid for å sikre en prismodell som var akseptabel også for små praksiser, og kravene til tjenesteinnhold ble tydeliggjort. Noen eksempler på krav til slike tjenester var én nasjonal integrert adressekatalog som sikret kommunikasjon med enhver tjenlig part, herunder elektroniske støtte for "fritt sykehusvalg" og et

23) KITH, 1001 Nett, http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____598.aspx

nasjonalt personregister, nasjonal oppdatert legemiddelliste, nasjonale standarder for kommunikasjon med vekt på helsefaglig innhold og funksjonalitet, hjemmekontor, og sikre, stabile og raske linjer. Utrullingen av helsenett var langsom, og spesielt kommunene hang etter. Det ble av sikkerhetshensyn valgt en modell som ga kontroll helt ut til sluttbruker, noe som forhindret at en kunne koble til allerede sikre nett i kommuner og på sykehus. Helse Vest fikk likevel ved et unntak koblet på sitt nett. Det ble uansett økende kritikk mot at helsenettet ikke hadde nasjonalt eierskap som likestilte alle parter som måtte kobles opp i nettet, og som kunne bidra til en raskere og rimeligere oppkobling av alle parter med behov for elektronisk støttet kommunikasjon. I 2009 ble derfor Norsk Helsenett SF opprettet ved en overføring av Norsk Helsenett AS fra RHFene. Det statlige eierskap forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og fra formålsparagrafen kan nevnes:

“Norsk Helsenett SF skal innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur i helse – og omsorgssektoren, og legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling.

Norsk Helsenett SF skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom deler av helse – og omsorgstjenestene, og bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for både pasienter og befolkningen for øvrig.

Norsk Helsenett SF skal kjenne brukere og sektorens behov, og videre sikre at aktørene i helse – og omsorgssektoren blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av foretakets oppgaver. Dette skal skje gjennom dialog med brukere, nasjonale myndigheter, eier, helseforetak, kommuner, private tilbydere av helsetjenester, IKT-leverandører og andre sentrale interessegrupper innen helse – og omsorgssektoren.”

Arbeidet tok etter dette fart i den raskt voksende organisasjonen, og det tilbys nå flere tjenester, selv om basale tjenester som et fullverdig operativt adresseregister, elektroniske pasientlister, oppslag i Folkeregisteret og kommunikasjon mot NAV fortsatt er under utvikling.

Dessverre ble intensjonene om en finansieringsmodell med incentivskapende refusjonsordninger ikke fulgt opp på måter som ga fart i utbredelsen av telemedisin eller standardiserte løsninger for kommunikasjon.

I vår lille sidehistorie fra Troms kan vi fortelle at Sama Legesenter var blant de første fem pilotlegekontor for Nordnorsk Helsenett, og fikk gleden av å samarbeide tett under utformingen av tjenestene. Den lille gruppen i Tromsø under ledelse av Norsk Senter for Telemedisin, lagde en effektiv plan for standardisert utbredelse til alle legekontor i landsdelen. Vi kunne etter kort tid koble ut vårt modem som et lykkens sentrum for den tekniske delen av kommunikasjonen, og erstatte dette med “sikre tunneller” i helsenettets magiske vev. Allerede sent på 80-tallet ble undertegnede rekruttert inn i “Laborieutvalget” i Troms under ledelse av Regionssykehuset i Tromsø (RiTø, nå UNN). Det var en åpen agenda om at dette prosjektet ikke bare ønsket å øke kvaliteten i primærlegelaboratoriene, men også snu analysestrømmen fra Sør-Troms mot RiTø i stedet for mot Furst Laboratorium som hadde fremragende analyse og kommunikasjonstilbud. Da bioingeniør Bodil Tonheim og undertegnede kartla primærlegelaboratoriene i Troms viste det seg raskt at det virkelig var behov for en kvalitetsøkning. RiTø svarte med å ansette en egen bioingeniør med dette som ansvarsområde. Dette tiltaket bidro sterkt til å løfte primærlegelaboratoriene opp på et imponerende nivå en god stund før vi fikk gleden av Noklus i Troms. Før kollegene kunne anbefales å bruke RiTø som analysepartner, stilte vi krav om at RiTø i løpet av 10 år skulle tilby elektronisk utsendelse av alle typer prøvesvar,

inklusive epikriser, polikliniske notater og annet. Kort sagt erstatte all papirbasert kommunikasjon med elektronisk støttet arbeidsflyt. RiTø må bare berømmes i de sterkeste ordelag for å innfri avtalen i løpet av de avtalte 10 år. Det holdt imidlertid hardt med de to siste laboratorieoverleger som måtte overtales personlig med demonstrasjon av presentasjon av faglig innhold i EPJ hos primærlegen. I denne tidlige fasen baserte RiTø sin kommunikasjon på det såkalte dollarformatet, og vi tok kontakt med KITH da vi fikk behov for nasjonale standarder for å sikre kommunikasjon ut av fylket. Arbeidet med elektronisk kommunikasjon fra primærlegekontor ble ikke mulig å prioritere i denne arbeidskrevende perioden, bortsett fra et prøveprosjekt i samarbeid med NST som stoppet opp pga manglende finansiering. Erfaringene i Troms 15-25 år tilbake viste at det var mulig å få til rask og god utbredelse av elektronisk kommunikasjon når et sentralt sykehus tok stort ansvar i samarbeid med andre parter. FUNNKe, et nåværende regionalt program for implementering av elektronisk meldingsutveksling i Helse Nord, føyer seg fint inn i denne suksessfylte tradisjonen.

Andre steder i landet var det tilsvarende lokale og regionale prosjekter med større og mindre grad av utbredelsessuksess, men kunne en etablere nasjonal utbredelse av elektroniske kommunikasjon for allmennleger som et brukerstyrt prosjekt?

ELIN-prosjektene

Flere sentrale aktører hadde lenge påvist at det manglet et initiativ som kunne ivareta de praktiserendes legers behov for elektronisk støttet kommunikasjon med sine mange kommunikasjonsparter. Innovasjon Norges bransjestyrte IT prosjekter (BIT) var gjennomført med suksess på flere områder. På oppdrag fra daværende Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte EdiSys AS i 2001 forstudiet "BIT prosjekt for utvikling av IT-løsninger for legekontor i primærhelsetjenesten" **24**). Rapporten ga følgende anbefalinger for oppfølgende ELIN-prosjektet (ELEktronisk INformasjonsutveksling for praktiserende leger):

" Sosial- og helsedepartementets initiativ til et BIT-prosjekt har som hovedmålsetting å bidra til å utvikle nye eller forbedrede løsninger for

- meldingsutveksling (EDI)
- e-post for overføring av personsensitive opplysninger
- tilgang til helsenett og Internett for informasjonsinnhenting og -utveksling
- sikkerhetsløsninger (digital signering, støtte for håndtering av virksomhetssertifikater, offentlige personsertifikater og profesjonssertifikater," kryptering, autentisering, juridisk logg, VPN, m.v.)"

ELIN-prosjektet ble deretter gjennomført etter modifisert BIT modell som et brukerstyrt forprosjekt **25**) og hovedprosjekt **26**). Den norske legeforening påtok seg å være prosjekteier. En såkalt "ekspertgruppe", "responsgruppe" og "pilotgruppe" utviklet en kravspesifikasjon til helsefaglig innhold og funksjonalitet som ble besluttet utviklet i allmennlegenes EPJ systemer **27**). Prosjektet og kravspesifikasjonen var såkalt iterativ, det vil si at spesifikasjonen skulle oppdateres i løpet av piloteringen, og siden oppdateres ved behov. ELIN-metoden ble utviklet for brukerstyrt utvikling **28**). Disse prinsippene ble siden lagt til grunn i andre ELIN-prosjekter som omtales senere i dokumentet. Prosjektet ble gjennomført i nært samarbeid med KITH og involverte en rekke samarbeidspartnere.

24) Forstudie fra EdiSys AS (http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____1004.aspx)

25) Sluttrapport ELIN-forprosjekt (http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____3883.aspx)

26) Sluttrapport ELIN-hovedprosjekt (http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____3164.aspx)

27) Christensen T, Faxvaag A, Loerum H, et al. Norwegians GPs' use of electronic patient record systems. Int J Med Inform 2009;78:808-14

28) ELIN-metoden, http://www.kith.no/upload/3922/ELIN-metoden_v10.pdf

Det ble tidlig påpekt at planlagt pilotering og utbredelse krevde tilsvarende utvikling hos kommunikasjonspartene. Et avtaleverk ble utviklet, og dette forpliktet både RHFER og pilotsykehus (HF) til deltakelse. Prosjektet hvilte på mange forutsetninger så som at alle forpliktets seg til å ta i bruk nasjonale standarder fra KITH der kravene til helsefaglig innhold ble innarbeidet, herunder et standardisert rammeverk for kommunikasjon med én konvoluttering, én elektronisk signaturløsning med digitale sertifikater for organisasjon og person, én applikasjonskvittering, og én nasjonal adresse-katalog. Prosjektet stilte også krav om at meldingsbaserte standarder skulle være på én felles plattform der all administrativ informasjon skulle være felles i et felles meldingshode. Prosjektet hadde flere studieturer til Danmark og hentet mye inspirasjon fra MedCom's løsninger og gjennomføring. Det ble søkt om midler til full utbredelse av de piloterte løsninger, men verken Innovasjon Norge, Helsedirektoratet eller Dnlf kunne bidra med midler til utbredelse i tillegg til midler og administrativ støtte til for- og hovedprosjektet. Det ble derfor stor skuffelse blant mange når de brukerstyrte løsningsforslag ikke fikk større utbredelse. Det forelå heller ikke noen pålegg om å ta i bruk nasjonale standarder for de enkelte aktører. Helsedirektoratet etablerte senere det såkalte "Meldingsløftet" for utbredelse, der de tok ansvar for organisasjon og administrasjon. De øvrige parter forpliktet seg så til gjennomføring av utbredelsen. Prosjektet, som etter undertegnendes mening fikk alt for lav finansiering, pågår ennå, men ansvaret er nå videreført til Norsk Helsenett og satsningen er noe styrket. eResept prosjektet kan nå stå som modell for det en ønsket å gjennomføre i ELIN-prosjektet: rask utbredelse som et nasjonalt styrt utbredelsesprosjekt med en robust finansieringsmodell og forpliktende avtaler.

Det ble tidlig anbefalt en videreføring i et eget ELIN-s for brukerstyrt utvikling av sykehusenes kommunikasjonsbehov, og et tilsvarende prosjekt for pleie og omsorgstjenesten i kommunene (PLO) og andre deler EPJ Monitor 2010 av kommunehelsetjenesten for å inkludere sentrale parter i de mest vanlige pasientforløp. Sykepleierforbundet tok tidlig kontakt med prosjektleder og myndigheter for å etablere et ELIN-k for PLO området, og det kom etter hvert initiativer for ELIN-h for helsestasjonens del av den forebyggende helsetjenesten, ELIN-t for tannlegetjenesten, samt et eget ELIN-prosjekt for elektronisk understøttelse av forløpet for gravide, alt under en koordinerende paraply, ELIN-o (overbygning), som kan sies til en viss grad å ha blitt realisert gjennom Helsedirektoratets styrende og koordinerende rolle på området. Det er foreløpig ikke igangsatt tilsvarende prosjekt for habilitering- og rehabiliteringskjeden. Alle prosjektene unntatt prosjektet for svangerskapsforløpet er under gjennomføring, men ELIN-s stoppet opp etter forprosjektfasen. Det foreligger dog konkrete planer for et hovedprosjekt der blant annet en sporingstjeneste for kommuniserte dokumenter i pasientforløp. Nasjonal IKT har foreløpig ikke villet prioritere dette viktige arbeidet.

En skulle tro at gode IT-løsninger hadde en innebygd utbredelseskraft. Slik gikk det dessverre ikke på tross av en helhjertet innsats fra mange, allmennlegene inkludert, og med god støtte fra moderforeningen. Vårt system med mange selvstendige beslutningstakere og bestillere, avhengighet av egne versjoner fra leverandørene, og mangel på incentiver så vel som sanksjoner, gjorde oppgaven krevende på tross av underskrevne avtaler.

I nåværende situasjon med stabil flyt av elektronisk kommunikasjon, må vi likevel erkjenne at vi ikke kjenner nevner, det vil si at vi ikke vet sikkert hvor stor andel som fortsatt er papirbasert, enten alene eller ved siden av elektronisk kommunikasjon **29)**. Kan en si noe om mulige årsaker til at vi ikke har lyktes slik for eksempel våre danske venner? Vi gjør et forsøk på å samle noen punkter som grunnlag for videre refleksjon:

29) EPJ Monitor 2010

- I Danmark er de nasjonale standarder de facto obligatoriske, mens det først nå er mulig å stille et slikt krav hos oss.
- I Danmark avholdes faste ukeslange kurs to ganger i året for å lære leverandørene standardene, og de får et dekket deltagerutgifter og litt sosial aktivitet under kursene. Hos oss er det ikke faste kurs, men arbeidsmøter uten samme systematiserte oppfølging av leverandørene med leverandørbesøk for alle som ikke "består" kurset.
- Ingen leverandør som ikke kan de danske standarder får levere i markedet, mens i vårt marked finnes det knapt en eneste leverandør som leverer alt i tråd med gjeldende standarder, og flere er knapt godkjent for noen.
- I Danmark har helsenettet blitt raskt utbredt til alle parter, og er tilnærmet gratis, og svært billig å drifte, mens det i Norge har hatt en kompleks og kostbar utvikling.
- I Danmark har digital signatur blitt raskt utbredt til alle aktører inklusive borgerne, mens det i Norge ennå er under utbredelse, og borgersignatur stadig utsettes.
- I Danmark har ansvar for standarder, helsenett og prosjektbasert utbredelse hittil vært lagt i en og samme organisasjon med relativt få ansatte (MedCom), mens ansvaret i Norge har vært mer uoversiktlig og fragmentert.
- I Danmark har alle prosjekter inkludert utbredelse og vært basert på skriftlige avtaler mellom de ulike ansvarlige aktører der Legeforeningen har signert på vegne av allmennlegene, mens tilsvarende nasjonale avtaler i varierende grad er etablert hos oss før prosjekter gjennomføres, og sjeldnere har inkludert avtale om utbredelse.
- I Danmark har en faste pilotaktører som brukes i nye prosjekter der pilotbrukerne må godkjenne løsningene før standarder endelig ferdigstilles og utbredelsesprosjekter kan starte. Hos oss varierer pilotaktørene med de enkelte prosjekter, og det har hittil ikke vært forpliktende utbredelsesprosjekter basert på pilotbrukernes godkjenning av funksjonalitet og helsefaglig innhold.
- I Danmark starter en i hovedsak ikke et nytt prosjekt før det forrige er avsluttet med full utbredelse, mens vi har mange ulike prosjekter på gang samtidig, mange av dem uten forpliktende avtaler som sikrer gjennomføring av utbredelse
- I Danmark har en videreutviklet tjenestene med ny nasjonal plattform, pasientkommunikasjon og innsyn i egne journaldata parallelt med gamle løsninger, mens en med en viss rett kan si at vi prioriterer planlegging for nye løsninger høyere enn å ferdigstille basale tjenester - grunnmuren i den elektroniske samhandling.
- I Danmark har en vært pragmatisk og forfinet løsningene etter hvert, mens vi nok må sies i større grad å strebe etter de "perfekte" løsninger.

Sitasjonen for oss er slik at mange har fått opp lokale og regionale løsninger som fungerer for et lokalt formål, mange ganger basert på varianter av etablerte standarder, der det fortsatt mangler en del for å kunne kommunisere nasjonalt med enhver ønsket part.

Alle aktører er avhengige av at andre kommunikasjonsparter gjør sitt i tråd med nasjonale krav og standarder. Standardene har heller ikke vært enkle og feilfrie nok, og de nasjonale krav ikke entydige nok. I tillegg har det manglet en enhetlig finansieringsmodell. Det er utfordrende at gode incentivordninger og en samordnet modell for utbredelse mangler. En forskriftsfesting av krav til bruk av standarder er dog nå vedtatt og venter på sin gjennomføring.

eResept

Legeforeningen ble invitert med i forprosjektet for e-Resept som ble ledet av Trygdeetaten. ELIN-prosjektets del 5, eResept, ble erstattet av dette nasjonale prosjektet hvor prosjektlederen for ELIN ble invitert inn i styringsgruppen sammen med en annen representant for foreningen, Ole Andreas Bjordal. Det ble tidlig klart at prosjektet i hovedsak var motivert av en Riksrevisjonsrapport som slo fast at det ikke fantes bilag til reitererte resepter med refusjon (blå resepter). Allmennlegene, Legeforeningen forøvrig og flere i styrings- og referansegruppe arbeidet hardt for å gjøre om prosjektet til et å bli mer faglig med vekt på pasientsikkerhet og faglig støtte til forskriver og utleverer av medisin (apotekene). Det var en viss faglig motstand mot å "sette strøm på papiret" slik de i stor grad hadde gjort i Danmark og Sverige, og slik flere pilotprosjekter hadde forsøkt tidligere. Myndighetene gjorde det klart at fritt apotekvalg var et grunnleggende prinsipp. Det ble besluttet av kravspesifikasjonen skulle være brukerstyrt og baseres på ELIN-metoden. Det ble derfor utviklet en kravspesifikasjon for rekvirent av en ekspertgruppe med flere valideringstrinn i tråd med metoden. Helsedirektoratet fikk ansvaret for hovedprosjektet der eResept nå er under vellykket utbredelse blant allmennleger og apoteker over hele landet. På tross av flere tilbakeslag med uferdige EPJ produkter og forsinkelser også på apoteksiden, er det nå allmenn aksept for en suksess blant de som tar dette i bruk. Det er også etablert innsyn for pasientene, og allmennlegene får tilbakemelding om utleverte legemidler fra enhver resept for alle pasienter som har samtykket til dette. Skjønnhetsfeil foreligger fortsatt, men i hovedsak har dette blitt et kostbart, men vellykket prosjekt, der vi håper at kommende evalueringer vil vise de effekter prosjektet har som ambisjon, nemlig færre uønskede legemiddelhendelser og dødsfall. Det er å håpe at prosjektet lykkes i samme grad med innføring i sykehus og kommunehelsetjenesten forøvrig i tillegg til private aktører. Myndighetene har hørt på fagfolkene, herunder spesielt leger og farmasøyter, og har gjennomført en betydelig grad av brukerstyring som fortsatt ivaretas av representanter opprinnelig oppnevnt av foreningen. Utbredelsen har til nå også vært fullfinansiert i et eget profesjonelt prosjekt under kyndig ledelse i Helsedirektoratet. Statens Legemiddelverk har også tatt et betydelig og krevende ansvar ved å utvikle og vedlikeholde én nasjonal legemiddelkatalog i tråd med rekvirentenes krav og ønske. Et naturlig, men likevel imponerende ansvar å ta etter en noe motvillig start. Det er grunn til å gi heder til de ansvarlige i Legemiddelverket og også hos NAV som oppdaterte og vedlikeholder refusjonsreglene for sine områder.

Kjernejournal

ELIN-prosjektets del 5, eResept hadde også krav om at alle som rekvirerer legemidler til pasienter bør ha oversikt over pågående medisiner. Det har derfor lenge vært behov for en oppdatert oversikt over "Legemidler i bruk" i tråd med kravene i eResept. Det ble av forskjellige grunner ikke støtte for at reseptformidleren kunne vise denne oversikten fra fastlegens EPJ. Helsedirektoratet fikk så i oppdrag fra HOD om å etablere en slik oversikt i et prosjekt kalt Kjernejournal, som også hadde som ambisjon å vise annen oppdatert nødvendig og relevant helseinformasjon. Legeforeningen ble invitert inn i prosjektet, og både allmennleger og spesialister fra sykehus fikk delta enten direkte i prosjektet eller i referansegrupper. Det langsiktige målbildet er å vise "Legemidler i bruk", slik danskene gjør det i sitt tilsvarende prosjekt kalt "Felles medisinkort" (FMK). I første fase vil en vise oversikt over utleverte resepter og kritisk informasjon, men kjernejournal tar mål av seg til å etablere en skalerbar plattform for ulike tjenester for å vise nødvendig og relevant helseinformasjon i beslutningsøyeblikket.

Helseportal

ELIN-prosjektets del 6, kommunikasjon med pasient og innsyn i journal videreføres nå i Helsedirektoratets prosjekt, HelseNorge.no som i tillegg har flere andre mål. Dette er et ambisiøst prosjekt som drives profesjonelt og pragmatiske med tilbud om én nasjonal portal til skalerbare tjenester. Allmennlegene og deres leverandører er representert i referansegrupper, men portalen retter seg i hovedsak mot ulike pasientgrupper. Høy brukervennlighet er et uttalt mål. Det er grunn til å tro at tiden nå er moden for å realisere ELIN-prosjektets del 6, pasientkommunikasjon og innsyn i egne journaldata, idet allmennlegene er den målgruppen der tjenestene skal utvikles først.

Nåla i høystakken

Andre aspekter ved informasjons og kommunikasjonsteknologi

Etter hvert ble det oppdaget at de store informasjonsmengder i hver enkelt EPJ vanskeliggjorde oversikten, og gode søkemotorer og oversiktsbilder ble nødvendig. Firmaer som Mediata tok dette på alvor, og lagde gode rapportgeneratorer for praksisoversikt, integrert i EPJ, og som i disse dager prøves ut i ny og forbedret versjon. Det er likevel slik at den daglige oversikten som grunnlag for helsefaglige beslutninger kan bli for dårlig med de store mengder data som foreligger. Allmennlegene hadde behov for oppdatert kunnskap mens de arbeidet, og dette kunne ikke EPJ leverandørene tilby. Noen tok dette på ytterste alvor, og arbeidet med Norsk Elektronisk Legehåndbok kan ikke overvurderes. Dette oppdaterte, lett søkbare kunnskapskilde er blitt helt uvurderlig for allmennlegene og pasienter, så vel som en rekke andre helsearbeidere av ulike profesjoner i nær sagt alle deler av helsesektoren. Nesten samtlige allmennleger abonnerer på produktet som fortsatt ikke er fullt integrert i EPJ, men likevel enkelt å bruke ved siden av. Andre allmennleger og Legeforeningen i stort har vist veg til søkbare tjenester som Cochranedatabasen for evidensbasert kunnskap, integrerte kvalitetsprosjekter som det nå avsluttede SATS fra Gruk miljøet i Telemark, Trinnvis og flere andre kvalitetsprosjekter. Legeforeningens allmennlegeorganisasjoner har gjort mye for å utvikle kunnskap og forskning, og tilgjengeliggjøre dette på en elektronisk plattform i tillegg til assosierte miljøer og mer private initiativ. Pionerånden har vært holdt levende. Mange fortjener ros og oppmerksomhet for dette.

Hvordan organiserte så Legeforeningen dette arbeidet?

Du skal få en dag i måra

Legeforeningen og informasjons og kommunikasjonsteknologien

Overskriften kan synes urettferdig fordi Legeforeningen har gjort ulike grep for å delta konstruktivt i utviklingen innen IKT og helse. En aktuell sak i tidskrift nr. 27, nov 2000, Legeforeningen uten utvalg i informasjonsteknologi, belyser situasjonen på daværende tidspunkt:

" Legeforeningens informatikkutvalg ble oppnevnt som et adhoc-utvalg for perioden 1994-98. Siden er ikke utvalget reoppnevnt, og dermed er Legeforeningen uten noe formelt IT-organ."

Fra omtalen av en rapport fra Vegard Høgli og Arnt Ole Ree saksess følgende:

" Foruten å gi en grundig fremstilling av medisinsk informasjons- og kommunikasjonsteknologi, foreslås det i rapporten at Legeforeningen avsetter ressurser til å ta hånd om IT-saker, ansette/frikjøpe ressurspersoner, samt å etablere en referansegruppe på 8-10 personer. Siden har saken vært drøftet i sentralstyret tre ganger uten at man har tatt stilling til hvilken organisasjonsstruktur som best kan ivareta oppgavene. Sentralstyret påpekte senest i augustmøtet i år at det har vært divergerende syn på organisering og omfang av en eventuell ny struktur for å håndtere IT-spørsmål. I tillegg har spørsmålet om kostnadene ved å øke aktiviteten i sekretariatet ikke funnet sin løsning. Sentralstyret har dermed vedtatt å utsette saken på ubestemt tid. De fleste spesialforeningene opprettet i 1990-årene egne EDB-utvalg, som nå enten er lagt ned eller har minimal aktivitet.

John Leer, et av medlemmene i Felles EDB-utvalg for primærhelsetjenesten (Fedb-UP), mener at Legeforeningens informatikkutvalg ikke har fungert særlig tilfredsstillende de siste årene." **30)**

Dette utvalget var særlig aktivt rundt årtusenskiftet, noe som bekreftes med følgende punkter i et brev fra utvalget til Legeforeningen i 2001:

- "Vi er usikre på hvordan primærlegene vil kunne ivareta journalansvaret de er pålagt i regelverket når kommunene anskaffer journalsystem til pleie- og omsorgstjenesten og andre virksomheter. Det hører med til dette ansvaret at langt flere personellgrupper har fått dokumentasjonsplikt (og innsyn).
- Innføring av IT-teknologi gir effektivitetsgevinster, men det er ikke noe opplagt at det er den som gjør investeringen som høster gevinsten. Vi er opptatt av at medlemmene får sin rettferdige del av de økonomiske innsparingene.
- I Ot.prp nr. 66 (2000-2001) om regionale foretak blir det lagt opp til at foretakene får et ansvar for elektroniske tjenester til primærhelsetjenesten. Vi har ikke tillit til at foretakene uten videre har nødvendig kompetanse til å ivareta primærlegenes behov eller tar dem med i utformingen av disse tjenestene.
- Sykehusene har et administrativt og merkantilt apparat, noen også egne IT-avdelinger, som har ressurser, kompetanse og tid til å sette seg inn i IT-spørsmål, undersøke ulike løsninger, utlyse anbud, være konsulenter for ansatte, studere regelverk og søke og forhandle med tilsynsmyndigheter. Primærlegene har formelt sett tilsvarende krav og ansvar som sykehuseierne på dette feltet, men ikke rammer og støtte til å følge det opp."

Nytt IT-utvalg med mandat ble så oppnevnt i 2002. Hovedpunktet i utvalgets mandat var: "å arbeide for at Legeforeningen skal kunne påvirke utviklingen og bruken av IT i helsevesenet." I 2004 ble utvalget utvidet med studentrepresentasjon, og i 2005 ble de ulike organisasjonsledd oppfordret til å foreslå like mange kvinner som menn til utvalget. En forbigående navneendring til LUFLE ble i 2012 endret til tilbake til Legeforeningens IT-utvalg. Utvalgets ledere og medlemmer har deltatt eller bidratt til å rekruttere medlemmer som foreningens representant i mange ulike sammenhenger, spesielt i samarbeidet med myndighetene. Legeforeningen har dermed kunnet frembringe sine synspunkter også via utvalgets arbeid. I skrivende stund ser utvalget ut til å ha fått fornyet kraft i tråd med foreningens nåværende strategi.

Kvalitetsutvalg for primærmedisin, KUP var fra september 2000 et felles kvalitetsutvalg for APLF og NSAM. Etter omorganiseringen av de allmennmedisinske foreningene i 2006 er KUP et undervalg i

Allmennmedisinsk utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet". Forkortelsen er fremdeles KUP, og utvalget bidro blant annet til gjennomføringen av Trinnvis, et kvalitetsindikatorsett for allmennlegetjenesten med vekt på riktig bruk og organisering rundt IKT. Utvalget har bidratt sterkt til prosjektet Senter for allmennmedisinsk kvalitet, SAK, som forhåpentlig får sin faste organisering og kan bidra til systematisk kvalitetsarbeid i årene framover **31).**

30) J. Leer <http://tidsskriftet.no/article/213198>

31) SKIL – senter for kvalitet i legekontor – er nå etablert og eid av Legeforeningen med observatører fra KS.

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus, NOKLUS, ble etablert i 1992 etter forslag fra Legeforeningen for å påse god analysekvalitet i allmennmedisin. Bakgrunnen for etableringen var undersøkelser på slutten av 1980-tallet om dårlig kvalitet på laboratorieanalyser utført ved legekontorene. Staten ønsket ikke å betale for analyser av dårlig kvalitet, og resultatet kunne blitt at takstene for laboratorieanalysene ble redusert eller tatt bort. Sverre Sandberg har i en årrekke ledet NOKLUS på en måte som har løftet kvaliteten i allmennlegelaboratoriene til nivå som spesialisthelsetjenesten.

Likevel er det slik at mye av arbeidet er prosjektorganisert der nasjonal utbredelse er krevende å oppnå, og i mangel på veivalg som bringer en prosjekt til gjennomført IT-støttet kvalitet i hele allmennlegekorpset, kan en forsvare påstanden om at vi fortsatt venter på å få en dag i måra.

Fyrtårnene

Det er mer enn vanskelig å skulle trekke fram noen flere etter at pionerene ble nevnt innledningsvis. Det må likevel gjøres et forsøk med risiko for at noen blir nevnt og alt for mange glemt. Det er naturlig å ta utgangspunkt i Felles Edb utvalg for primærmedisin (Fedb-UP), Gruk, KUP og Legeforeningens IT utvalg og andre verv for å beskrive noen enkeltnavn i denne sammenheng og i uprioritert rekkefølge. John Leer har vært leder for Fedb-UP i flere år, og har tålmodig redigert EDB spalten i Utposten ved siden av å være pilotdeltager i ELIN-prosjektet.

Vegard Høgli og Tor Carlsen har deltatt i Fedb-UP, og har vært drivkraft i GRUK og denne gruppens fokusering på kvalitetsutvikling sammen med Gisle Roksund.

Jan Sommerfeldt Pettersen og Dag Nordvåg var andre medlemmer av Fedb-UP rundt tusenårsskiftet, og har siden gitt viktige bidrag til feltet.

Anders Grimsmo har hatt et langvarig og helhjertet engasjement for helseinformatikk gjennom forskning og deltagelse i Fedb-UP. Han har hatt stor påvirkning på forskningsmiljøene, kollegiet og myndighetenes forståelse for området, og må sies å ha vært fadder for det første ELIN-prosjektet og Norsk senter for pasientjournal (NSEP).

Signe Flottorp, Irene Hetlevik og Jannecke Thesen har blant mange vært svært viktig for kvalitetsarbeidet i allmennmedisin, herunder å foreslå IKT støtte for dette. Signe og Irene som forskere og talskvinner for evidensbasert allmennmedisin, og Jannecke som drivkraft i KUP og Trinnvis, et kvalitetssystem for allmennleger, utviklet og kommersialisert sammen med Regin Hjertholm som har vært en mangeårig og fortsatt sterk drivkraft for videreutvikling av IKT støtte.

Regin Hjertholm har sammen med John Leer og Jannecke Thesen utviklet Trinnvis, et viktig kvalitetssystem for leger som nå er kommersialisert og i aktiv bruk blant mange.

Terje Johannesen sitt arbeid som gründer og redaktør av Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) sammen med Ingard Løge og flere, har bidratt betydelig til økt kvalitet i allmennmedisin gjennom utbredelse og bruk av NEL blant landets allmennpraktikere.

Kjell Maartmann-Moe var tidlig ute med forståelse av behovet for IKT støtte, både for å forenkle skjemaveldet til en universalblankett, som initiativtaker og pilot for eResept i enkel utgave, gjennom ulike foreningssammenhenger og overfor myndigheter og andre, og han har publisert alene og sammen med andre.

Jan Emil Kristoffersen har hatt et livslangt engasjement for å forbedre IKT støtten. Gjennom sine mange verv i foreningen, som praktiserende lege, og som leder for samhandling ved Ahus. Han har gitt store bidrag til at kollegiet skulle utvikle og ta i bruk nye løsninger.

Kjartan Olafsson har gitt store bidrag gjennom IT-utvalget, og Ole Andreas Bjordal gjennom sin store engasjement og fortsatte bidrag til at eResept ble det kvalitetsprosjekt det synes å ha blitt. Bent Larsen bidrar tilsvarende inn i Kjernejournal som nå kommer som det neste store prosjekt på legemiddelområdet med potensial for relevante utvidelser.

Referansegruppen for EPJ og elektronisk samhandling i Norsk forening for allmennmedisin med Regin Hjertholm og Inger Lyngstad som drivkraft, synes å være et robust forum for å drøfte ulike IKT relevante problemstillinger. I likhet med mange andre, har Lasse Folkvord bidratt sterkt her gjennom sitt arbeid som ELIN-pilotkontor og som PKO i Helse Midt med IKT som spesielt ansvarsområde. Det ble også opprettet en tilsvarende referansegruppe for sykehusleger, med mye deltagelse på tvers, og Linn Brandt må nevnes spesielt som en konstruktiv medspiller for allmennlegene.

Skal det være noe mer før vi stenger?

Vi har i denne historien beskrevet 25 års omfattende og helhjertet innsats av mange allmennleger og moderforeningen for å oppnå bedre IKT støtte.

Denne litt pessimistiske overskrift har sitt utgangspunkt i at pionerene, gründerne og idealistene nå er slitne etter for mange år med for lite utvikling og utbredelse for å dekke behov og funksjonelle krav som lenge har vært godt kjent og beskrevet. Kommunikasjonen flyter ikke slik den bør, adressekatalogen er ennå ikke ferdig utbredt, fritt sykehusvalg lar seg ikke realisere på elektronisk plattform, kvalitetsindikatorene er ikke på plass, og problemorientert journal med bedre oversikt lar vente på seg. Kommunikasjonen med NAV er enveis og pasientlistene kommer fortsatt på diskett eller CD rom en gang i måneden. Løsning for oppslag i e-frikortregisteret og fastlegeregisteret mangler, og det er ennå ikke mulig å overføre en elektronisk pasientjournal ved bytte av pasient. Flere store helseforetak vil ennå i flere år være ute av stand til å kommunisere elektronisk med fastleger og kommunale pleie- og omsorgstjenester. I det hele tatt mangler ennå mange resultater som kan forenkle hverdagen til travle kolleger. De får ikke dagene til å henge helt sammen fordi basal IKT støtte ikke er nok utviklet eller utbredt. Det er vanskelig å realisere gevinster når man i noen tilfeller må kjøre med parallelle papirløsninger avhengig av hvilket sykehus man skal kontakte eller hvilket skjema man skal bruke overfor det enkelte sykehus. Selve grunnmuren for dokumentasjon og kommunikasjon som er så godt beskrevet, var ikke kommet på plass før de store nasjonale prosjekter kom og opptok leverandørenes kapasitet. Grepene som har vært tatt, har blitt i liten skala uten virkningsfulle finansieringsmodeller, incentiver eller forpliktelser. Mange kan oppleve dette som mangelfull nasjonal ledelse og prioritering av det som oppleves aller viktigst for pasientene og de som jobber i front med dem.

Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om organiseringen av dette arbeidet har vært av en karakter som samlet sett har gitt god nok virkning på utvikling og utbredelse av gode IKT løsninger for allmennlegene.

Ny ordning for utbredelse av standardiserte IKT løsninger

Det er alminnelig oppslutning om at kommunikasjonsstandarter bør godkjennes teknisk og funksjonelt før utbredelse. Bør referansepraksiser for funksjonell test etableres og honoreres? Bør EPJ standarden oppgraderes og forenkles med krav til godkjenning av sentrale funksjoner? Noen eksempler er tilgang til nødvendig og relevant informasjon fra sentrale og lokale behandlingsrettede registre, problemorientering med tilgang til retningslinjer og beslutningsstøtte. Automatisert rapportering og tilbakerapportering for kvalitet.

Bør det stilles krav til at IKT løsninger som skal anskaffes og brukes i Helsevesenet skal være teknisk og funksjonelt godkjent på et definert nivå?

Bør det etableres helhetlige modeller for utbredelse av godkjente standarder med finansieringsordninger som gir insentiver til rask utbredelse hos leverandører og virksomheter?

Nyorientering av Legeforeningens bidrag

Det er også grunn til et kritisk blikk på seg selv. Har Legeforeningen blitt oppfattet å representere allmennlegene overfor myndigheter og andre parter, og burde foreningen vært villig til å forplikte sine medlemmer gjennom målrettete enkeltavtaler slik som i Danmark?

Det er undertegneds oppfatning at utviklingen vil gå betydelige raskere i tråd med allmennlegenes ønsker om legeforeningen vil ta et begrenset ansvar på vegne av dem ovenfor leverandører og myndigheter, vurdert tiltak for tiltak. Alternativt å bidra til organisering av en slagkraftig IKT-brukerorganisasjon for allmennleger.

Etterord

Allmennlegene er drevet av to store kjærligheter. Kjærligheten til pasientene, og kjærligheten til faget. Dette har vært drivkraften til 25 års imponerende innsats for IT utvikling sammen med leverandører og med minimale offentlige tilskudd. Arbeidseffektive journalsystemer er skapt, men det gjenstår videre utvikling mot de mål som en gang ble satt, og mot nye mål som har kommet til. Fyrtårnene eldes og brenner litt mattere nå. Vi trenger flere fyrtårn, mange flammer som igjen lyser sterkt og kan gi synlige resultater på kort sikt.

Vil neste jubileumshistorie fortelle at allmennlegene etter 2013 igjen kom i føringen for å utvikle og ta i bruk avansert IT støtte til pasientenes beste?

Referansegruppen for EPJ og elektronisk samhandling og EPJ-løftet

Referansegruppen for elektronisk pasientjournal (EPJ) og elektronisk samhandling i Norsk forening for allmennmedisin så dagens lys i 2010. Det er en gruppe som drives på idealistisk grunnlag, uten støtte fra hverken farmasøytisk eller medisinsk-teknisk industri. Vi feirer 5-årsjubileet i år med å utgi dette heftet: Fra da til nå – den lange historien om EPJ i legekantor.

I forbindelse med Fastlegeordningen som ble innført i 2001, forventet mange en satsning på legekantorenes datasystemer, for å høyne kvalitet, pasientsikkerhet og produktivitet i primærhelsetjenesten. Lei av å vente, samlet et knippe ildsjeler fra allmennlege-korpset seg i 2010 og skrev ned en liste over 32 funksjoner som manglet i elektronisk pasientjournal på legekantor. Dokumentet ble kalt EPJ-løftet, og finnes på www.refepj.no

Allmennlegene har de aller fleste pasientkontaktene i helsevesenet, og forvalter store informasjonsmengder om pasientene. På oppdrag fra sine pasienter, utveksler allmennlegene personsensitiv informasjon til de fleste kriker og kroker av helsevesenet; innad i kommunen, til nabokommunene, til helseforetakenes ulike avdelinger og enheter, til private helsetilbydere med og uten avtaler, apotek, tannhelsetjenesten, NAV og Helfo, og til aktører utenfor helsevesenet; kriminalomsorg, skole og utdanning, barnevern og forsikringsselskaper.

På 32-punktslisten fra 2010 sto derfor ønsker om et funksjonelt adresseregister, elektronisk overføring av pasientlister til fastlegene, elektronisk overføring av pasientjournal ved fastlegebytte, samstemming av medisinlister og oppdatert fastlegeregister i helseforetak. Dette er basale funksjoner som ville gjøre hverdagen enklere for mange ledd i helsetjenesten, og det ville bli tryggere for pasientene.

I 2014 gikk Staten inn med 17 millioner kroner til det etterlengtede EPJ-løftet. Det er et samarbeid mellom Legeforeningen og Helsedirektoratet som er prosjekteier. Leverandørene har også hatt en viktig plass i delprosjektene.

I EPJ-løftet har Helsedirektoratet gjort et klokt grep. Helt fra starten av har klinikere og leverandører vært involvert og bidratt med sin kompetanse, for å sikre at de ulike delprosjektene faktisk svarte ut behovene og kunne bli realiserbare. Referansegruppen for EPJ og elektronisk samhandling har både fungert som referansegruppe, og rekruttert klinikere til å delta i prosjektene.

EPJ-løftet videreføres i 2015 med nye 17 millioner kroner. EPJ-løftet har forberedt leveranser på:

- Synonymordliste for norsk laboratoriekodeverk, som luker vekk alle lokale varianter av navn for den samme analysen og gir historisk oversikt over prøvesvar
- Elektronisk overføring av fastlegejournal
- Brukervennlig overvåking av applikasjonsmeldinger, der tekniske ikoner og tekst er erstattet med språk beregnet for helsepersonell og enkle løsningsalternativer blir presentert
- Oversikt over pasienter som bruker 4 medikamenter eller mer for legemiddelgjennomgang

Videre vil EPJ-løftet utarbeide spesifikasjoner for

- Digital dialog med fastlegekontorene via helsenorge.no
- Forbedret samstemmingsverktøy for legemiddellister
- Tilgang til arbeidsgiverregisteret
- Standard terminologi for radiologi
- Forenklet utfylling av Tidligere sykdommer
- Rapporter fra journalene som kan brukes til arbeidslister, praksisprofiler og relevante styringsdata
- Integrasjon og automatiske uttrekk av data til skjemaer og maler

Pasienter og legekontor kan så smått glede seg over opprustningen av adresseregisteret, og at henvisninger og epikriser nå blir sendt elektronisk. At mange av disse dokumentene havner hos feil mottaker, er godt kjent, og krever en sentral løsning. Helsedirektoratet og Norsk Helsenett har i løpet av det siste året nedsatt flere arbeidsgrupper for å finne gode løsninger på dette.

Breeding av elektronisk kommunikasjon mellom legekontor og kommunale pleie- og omsorgstjenester har gått veldig sakte, men er nå nesten i mål. Legekontorene har ingen IT-avdeling å støtte seg til, og ingen legekontor vil eller bør ta på seg ansvaret med å overvåke at disse meldingene kommer frem som de skal med nåværende løsninger. EPJ-løftet har derfor initiert et eget prosjekt i Norsk Helsenett som skal utrede og pilotere mer sentraliserte og sikrere IT-driftsformer for legekontor. Det finnes fortsatt ikke noe system som etterlyser manglende svar på en henvisning eller prøve, og rettighetsbrevene og timeinnkallingene fra helseforetak blir fortsatt sendt som papirkopi til legekontorene.

E-resept-prosjektet lovet multidose-funksjonalitet, men det har latt vente på seg. Den svakeste pasientgruppen; de hjemmeboende syke som er utsatt for flest legemiddelfeil, har dermed til gode å få gevinst av de store summene som er nedlagt på sentrale ehelseprosjekter.

Referansegruppen for EPJ og elektronisk samhandling er opptatt av å få på plass de basale funksjonene. Det skal sikre god arbeidsflyt, beslutningsstøtte og økt pasientsikkerhet. Har vi gode grunnelementer på plass, er det i praksis ingen grenser for hvordan vi kan utvide og ta i bruk helsedata om pasientene våre. Ulike pasienter vil ha ulike behov. Dette kan tilpasses nærmest individuelt om få år, dersom vi alle er enige om de grunnleggende standardene.

Vi trenger både tekniske standarder og standardisert bruk av medisinsk-faglige kodeverk. Vi trenger en revisjon av diagnosekodeverket ICPC. Gode standarder muliggjør automatiske og arbeidsbesparende uttrekk av data, både til klinisk bruk, og som styrings- og forbedringsverktøy. Standardene må utarbeides i tett samarbeid mellom leverandører, klinikere, forskere og myndighetene.

Inspirasjon til gode funksjoner i EPJ og til tryggere elektronisk samhandling, kan hentes fra prosjekter i inn- og utland, men den viktigste inspirasjonen til forbedringer kommer fra det daglige arbeidet med pasienter.

Regin Hjertholm, fastlege, forfatter av dokumentet EPJ-løftet og mangeårig ildsjel for bedre EPJ i legekontor.

Inger Lyngstad, fastlege, medforfatter av dokumentet EPJ-løftet og medlem av styringsgruppen for EPJ-løftet

Susanne Prøsch, fastlege, leder av Referansegruppen for EPJ og elektronisk samhandling.

Deltakere

Referansegruppen for EPJ og elektronisk samhandling består av medlemmer av Norsk forening for allmennmedisin. I vårt diskusjonsforum har vi stor glede av deltakere fra andre legespesialiteter og helseprofesjoner, fra Den norske legeforening, Helsedirektoratet og Norsk helsenett.

Pr 15.10.15 er vi 68 deltakere som mottar eposter fra diskusjonsforumet:

Kathe Aase	Sverre Fossen	Inger Lyngstad
Bjarte Aksnes	Sveinung Gangstø	Nils Kolstrup
Knud Erik Alsbrink	Jens M Gleditsch	Axel Einar Mathiesen
Robyn Andersen	Anders Grimsmo	Åsmund Ahlmann Nyre
Thorill Antonsen	Ivar Halvorsen	Kjartan Olafsson
Eirik Nikolai Arnesen	Asgeir Haugedal	Frode Oosterling
Annebeth Askevold	Erik Hedlund	Susanne Monica Prøsch
Ole Johan Bakke	Anja Fog Heen	Rolf Reitan
Ole Andreas Bjordal	Vigdis Heimly	Gisle Roksund
Linn Brandt	Regin Hjertholm	Maria Ræder
Sonja Brugman	Egil Johannesen	Terje Sagen
Espen Hetty Carlsen	Jan Robert Johannessen	Torgeir Hoff Skavøy
Tor Carlsen	Paul Juul-Hansen	Geir Skogland
Tom Christensen	Stefan Kjelling	Finn Skogstad
Einar Dueland	Øyvind Kjelsvik	Normund Svoen
Khoa Duong	Gunnar Klein	Janecke Thesen
Øivind Dyrhaug	Jan Emil Kristoffersen	Olav Thorsen
Roar Dyrkorn	Bent Asgeir Larsen	Øyvind Tjeldnes
Kirstin Efskind	Morten Laudal	Ståle Tunang-Nybakk
Morten Finckenhagen	Odd Lauvskard	Lars Wefring
Torgeir Fjermestad	Hermann Leithe	Tor Wold
Lasse Folkvord	Ståle Leitvoll	Nicolas Øyane
Einar Fosse	Jan Christian Liby	

Er du lege og har lyst til å være med å utforme standarder og være med i utredninger for EPJ og elektronisk samhandling, er du hjertelig velkommen til oss! Vi trenger flere klinikere som kan bidra i ulike råd og utvalg. Vi trenger både allmennleger, kommuneleger, sykehusleger og privatpraktiserende spesialister. Meld deg på til diskusjonsforumet vårt på www.refepj.no.



**Norsk forening for
allmennmedisin**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Postboks 1152 Sentrum , 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 Faks 23 10 90 10
www.legeforeningen.no