
E-helse?

DEBATT

SUSANNE MONICA PRØSCH

susannepresch@hotmail.com

Susanne Monica Prøsch er spesialist i allmennmedisin og avdelingssjef ved Avdeling indremedisin B, Sykehuset i Vestfold. Hun leder faggruppen for EPJ og elektronisk samhandling i Norsk forening for allmennmedisin og er medlem av IT-utvalget i Den norske legeforening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun får honorar for å representere Legeforeningen i Utvalg for tjenestetyper og i SamUT samt for workshops i EPJ-løftet.

Norgheshistoriens største, mest kostbare og risikofylte IT-prosjekt er først og fremst et helseprosjekt. Elektronikken er bare et medium.

Dette innlegget springer ut av sommerens debatt om norgheshistoriens største IT-prosjekt, som har fått navnet Akson [\(1\)](#). Akson er et anskaffelsesprosjekt for journalprogram og elektronisk samhandling som har grunnlag i stortingsmelding nr. 9 (2012–13) *Én innbygger – én journal*. Akson er estimert å koste 11 milliarder kroner i kjøp og implementering og ytterligere 11 milliarder i effekt- og produktivitetstap i innføringsårene. Dette er med andre ord et gedigent helseprosjekt. Et e-helseprosjekt, mener jeg vel? Nei, egentlig ikke.

Hva er e-helse egentlig?

E-helse er ett verktøy blant mange i pasientbehandlingen. Å journalføre sykehistorie, funn, vurderinger og behandlingsplaner er en uunngåelig og nødvendig del av fagutøvelsen, og dette gjelder selvsagt for alle helsefagene. På samme måten er undersøkelses- og prøvetakingsutstyr, legemidler og utredning- og behandlingsprosedyrer essensielle deler av fagutøvelsen.

Vi ønsker oss alle et godt fungerende e-helseverktøy. På sitt beste er e-helse et sett av programmerte funksjonaliteter som understøtter arbeidsflyten i pasient-behandler-møtet, slik at pasientens behov for informasjon og kvalitet i helsetjenesten ivaretas,

samtidig som behandleren settes i stand til å utnytte sin tid og helsevesenets ressurser rasjonelt. E-helse kan oppsummeres med følgende punkter: gjenbruk av data, automatiserte rutineoppgaver, relevant beslutningsstøtte og oppsummert informasjon til neste ledd i behandlingsskjeden.

Begrepene pasientsikkerhet og forbedringsarbeid er godt innarbeidet, og e-helse er et viktig middel for å oppnå dette. Det er derfor påfallende at de fleste leger og annet helsepersonell som jeg møter, har et resignert forhold til sin påvirkningskraft på digitaliseringen i helsetjenesten.

Hva gjør vi med det?

Tenk deg at du er overlege i en sykehusspesialitet, og en dag stiller lederen din deg spørsmålet: «Hvilke funksjonaliteter savner du i journalprogrammene du bruker til daglig, og hvilke funksjonaliteter bør fungere bedre?» Tenk deg videre at du fikk tid til å sitte sammen med programutviklere og beskrive løsninger og at du og din leder deretter kunne prioritere hvilke løsninger som skulle lages og forbedres først.

«Beslutninger om digitalisering i helsetjenesten opererer ved siden av den tradisjonelle medisinskfaglige verdenen»

Leger er vant til å forholde seg til bestillinger av medisinskteknisk utstyr, og håndtering og bruk av både generelt og spesialisert medisinskteknisk utstyr er blitt en selvsagt del av utdanningen av legespesialister. Tilsvarende opplæring i bestilling og håndtering av digitale funksjonaliteter har imidlertid ikke blitt en selvsagt del. Hvorfor ikke?

To verdener

Ledere i helsesektoren har ansvar for drift og systematiske tiltak for pasientsikkerhet med utgangspunkt i pasient-behandler-møtene. Beslutninger om digitalisering ligger likevel stort sett ikke i hendene på helselederne, men hos enten IT-avdelingen i kommunene eller i de regionale helseforetakene. Beslutninger om digitalisering i helsetjenesten opererer dermed ved siden av den tradisjonelle medisinskfaglige verdenen med sin utvikling av faglige prosedyrer, forskning, pasientsikkerhetstiltak, medisinskteknisk utstyr, legemiddelutprøving osv.

Storbritannia og USA har gjort forsøk på å bygge bro mellom disse to verdenene ved å opprette egne stillinger for henholdsvis leger og sykepleiere i e-helseprosjektene (CCIO – chief clinical information officer (Storbritannia) og CMIO – Chief medical information officer og CNIO – Chief nursing information officer (USA)). Det er illustrerende for problemstillingen at ulike sykehusorganisasjoner har valgt å plassere slike stillinger hos alt fra IT-avdelingen og kvalitetsavdelingen til sjefslegen eller direktørens ledergruppe.

Hva svarer helsepersonell?

«Hva er viktigst for deg når det gjelder samhandling med spesialisthelsetjenesten?» Dette spørsmålet ble stilt av Direktoratet for e-helse i arbeidsgruppene til Akson i august 2019, hvor undertegnede deltok som kommuneoverlege. 23 leger og 28 sykepleiere fra hele helsetjenesten besvarte spørsmålet.

Svaret som troner på suveren førsteplass, er trygg utveksling av pasientens legemiddelliste. Derfor er det svært uheldig at nettopp dette e-helsetiltaket er forsinket. Pasientens legemiddelliste var beskrevet som en fortsettelse av innføringen av e-resept i 2012. Prosjektet har for øvrig fått slakt av eksterne kvalitetssikrer for sin manglende styring, ledelse og finansiering (2).

«Helseledere må slutte å la seg skremme eller utdefinere av bokstaven e i e-helse»

På andre- og tredjeplass følger deling av prøvesvar og radiologiske beskrivelser og dokumentdeling. Dette har nå funnet sin form med kjernejournal som vektor. Dette er ikke en ny idé, men det måtte en koronapandemi til for å få til en nødvendig forskriftsendring.

Allmennlegenes EPJ-løft

Tenk deg at du er fastlege og en dag får spørsmålet «Hvilke funksjonaliteter må bli bedre i journalprogrammet ditt?» Dette spørsmålet er aldri blitt stilt av noen helseledere, dels fordi de aller fleste kommuner mangler en lederlinje for fastlegetjenesten, dels fordi nasjonal e-helsemyndighet, organisert som direktorat, møter utfordringer med kommunenes styringsstruktur. Dette siste poenget er for øvrig verdt å merke seg i Akson-saken. Likevel samlet en gruppe allmennleger seg i 2010 og laget en liste på 32 funksjonaliteter. Listen fikk navnet EPJ-løftet (3). Godt arbeid fra Legeforeningen gjennom normaltarifforhandlingene i 2014 resulterte i en avtale med staten om 17 millioner kroner årlig. Dette brukes til frikjøp av allmennleger som sammen med programutvikleren og prosjektledere gjør journalprogrammene i norsk allmennpraksis til de beste som finnes i Norge i dag (4).

Ta bort e-en i e-helse?

Å plassere ansvaret og beslutningsmyndigheten over e-helseverktøyet utenfor den vanlige ledelsesstrukturen i helsevesenet har bidratt til fremmedgjøring og forsinkelse i utviklingen av verktøy som understøtter kvalitet og pasientsikkerhet. Noen sentrale eksempler på forsinkede løsninger er elektroniske epikriser mellom sykehus, dokumentdeling, pasientens legemiddelliste, e-multidose, kronologiske notater i

journalen og én pålogging. Digital transformasjon i helsetjenesten betinger at helseledere settes i stand til å målbare klinikernes behov for bedre systemer. Og helseledere må slutte å la seg skremme eller utdefinere av bokstaven e i e-helse.

LITTERATUR

1. Direktoratet for e-helse. Akson – felles kommunal journal og helhetlig samhandling. <https://ehelse.no/strategi/akson> Lest 13.11.2020.
2. Storvik AG. Rapport om legemiddelliste: – Det synes ikke å foreligge noen troverdig plan. Dagens Medisin 26.8.2020. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/08/26/rapport-om-legemiddelliste--det-synes-ikke-a-foreligge-noen-troverdig-plan/> Lest 13.11.2020.
3. Fra da til nå – den lange historien om elektronisk pasientjournal i legekantor. Oslo: Norsk forening for allmennmedisin, 2015. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/9030375a5fff460ea7c037ef98f90ad2/151027-allmennlegene-og-ikt.pdf> Lest 13.11.2020.
4. Direktoratet for e-helse. EPJ-løftet - program for EPJ-utvikling. <https://ehelse.no/prosjekt/epj-loftet-program-for-epj-utvikling> Lest 13.11.2020.

Publisert: 14. desember 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0874

Mottatt 30.10.2020, godkjent 13.11.2020.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.