
Pasientjournaler i Norge har dårlig brukervennlighet

KRONIKK

EIRIK NIKOLAI ARNESEN

eirik.arnesen@legeforeningen.no

Eirik Nikolai Arnesen er spesialist i samfunnsmedisin med master i helseadministrasjon. Han jobber som seksjonssjef for Seksjon primærhelsetjeneste og e-helse i Legeforeningen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er medlem av styringsgruppen for EPJ-løftet (Helsedirektoratet) og medlem av styringsgruppen for digital samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet).

ANNE RINGNES

Anne Ringnes har master i organisasjon og ledelse med spesialisering i digitalisering og innovasjon. Hun er spesialrådgiver i Seksjon primærhelsetjeneste og e-helse i Legeforeningen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JAN EMIL KRISTOFFERSEN

Jan Emil Kristoffersen er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og har master i helseadministrasjon. Han er tidligere fagdirektør i Legeforeningen.

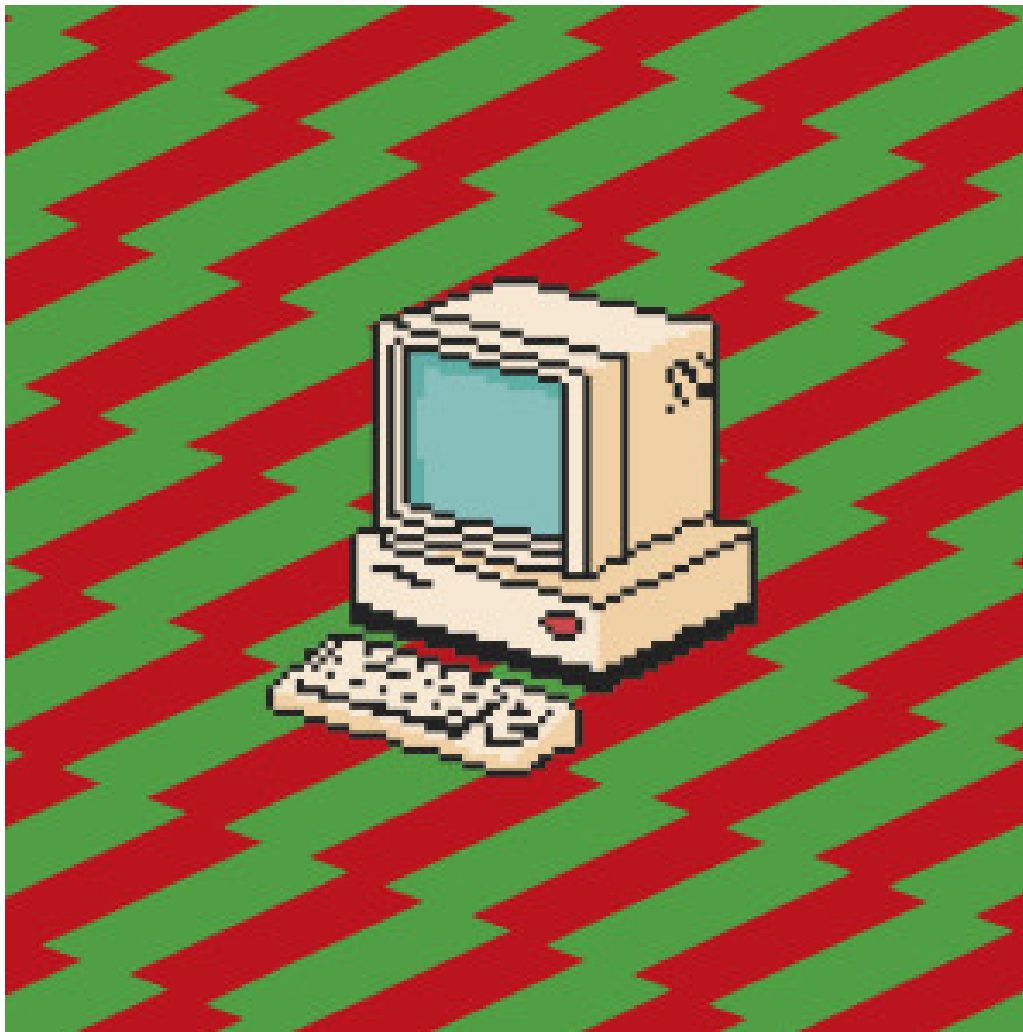
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOHAN TORGERSEN

Johan Torgersen er spesialist i anesthesiologi med doktorgrad innen intensivmedisin og master i public health. Han leder Medisinsk fagavdeling og er fagdirektør i Legeforeningen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elektroniske pasientjournaler er ikke lette å bruke. Dette må tas på alvor, fordi det påvirker både pasientsikkerhet og økonomisk og personellmessig bærekraft.



Illustrasjon: Wavebreakmedia / iStock

Leger må forholde seg til datasystemer i arbeidet. Det primære arbeidsverktøyet er elektronisk pasientjournal (EPJ). Pasientjournalloven og -forskriften krever at arbeidet skal journalføres i et elektronisk journalsystem ([1](#), [2](#)). I nyere tid har det vært mye oppmerksomhet rettet mot tidsbruken i dokumentasjonsarbeidet, både i Helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling* og gjennom negative opplevelser med systemet Helseplattformen, oppsummert av Riksrevisjonen ([3-5](#)).

Hvorfor er brukervennlighet viktig?

Brukervennlighet er et begrep som omfatter utvalgte egenskaper ved et datasystem slik brukeren opplever dem. I boka *Usability Engineering* peker Jakob Nielsen på at brukervennlighet ikke er endimensjonal. Han definerer

brukervennlighet langs fem akser: lett å lære, effektivt, lett å huske, feilfritt og feiltolerant, behagelig å bruke [\(6\)](#).

Brukervennlighet i elektronisk pasientjournal er en særdeles viktig faktor for at helsehjelpen skal være trygg og effektiv. Dårlig brukervennlighet vil kunne ramme både den enkelte pasient og den totale kapasiteten i helsetjenesten, og det utgjør en betydelig arbeidsmiljørisiko. Feil i systemet kan i verste fall være dødelig for pasienter. Systemfeil, f.eks. feildosering av legemidler, kan ramme mange pasienter samtidig [\(7\)](#). Helsetilsynet peker på risiko for pasientskade hvis systemet skjuler, eller brukeren ikke finner, viktig informasjon [\(8\)](#).

«Dårlig brukervennlighet vil kunne ramme både den enkelte pasient og den totale kapasiteten i helsetjenesten»

I en undersøkelse av sammenheng mellom brukervennlighetsskår og risiko for utbrenthet korrelerte høyere brukervennlighetsskår med lavere risiko for utbrenthet og lavere arbeidsbelastning [\(9, 10\)](#). En nylig publisert norsk studie viste tilsvarende funn [\(11, 12\)](#). De som opplever lavere brukervennlighet, rapporterer økt forekomst av utbrenthet, insomni og planer om jobbskifte. Lav brukervennlighet i elektroniske pasientjournaler kan også medføre betydelig økonomisk risiko for helsevirksomheter.

Kan brukervennlighet måles?

Det finnes flere validerte metoder for å måle opplevd brukervennlighet. *System Usability Scale* (SUS) er en undersøkelse med kun ti spørsmål, velegnet for å kartlegge brukervennlighet på et overordnet nivå [\(13\)](#). Denne skalaen brukes over hele verden og på tvers av alle typer brukergrensesnitt, fra nettsøk, mikrobølgeovner, Word og til elektronisk pasientjournal [\(14–16\)](#). Beste skår er 100, og grensen for stryk settes vanligvis på 51,6 poeng [\(16\)](#).

En mer omfattende metodikk er *National Usability-Focused Health Information System Scale* (NuHISS) som er utviklet og validert av forskere i Finland [\(17\)](#). Denne metoden har flere spørsmål gruppert innen områdene teknisk kvalitet, enkelhet i bruk, informasjonskvalitet, fordeler/nytteverdi, samhandling og tilbakemelding. Metoden gir mulighet for å studere ulike egenskaper i journalsystemer [\(18–20\)](#).

Status i Norge

Det har ikke tidligere blitt presentert studier av norske legers oppfatning av brukervennligheten i elektronisk journalsystem basert på internasjonalt standardiserte metoder. Legeforeningen gjennomførte en landsdekkende spørreundersøkelse om brukervennlighet i februar 2022, gjentatt etter 2,5 år i oktober 2024, kalt EPJ-termometeret. Undersøkelsen brukte både SUS- og NuHISS-metodikk. Undersøkelsen ble sendt til alle yrkesaktive medlemmer av

Legeforeningen (omtrent 93 % av alle yrkesaktive leger i Norge) (21). De første resultatene ble presentert i en masteroppgave ved Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo (22).

Gjennomsnittlig rapportert SUS-skår på landsnivå var 53,6 poeng (tabell 1) basert på 4 641 respondenter (svarandel 14 %). Det er noe bedre enn tilsvarende målinger blant amerikanske leger, der gjennomsnittlig SUS-skår var 45,9 (9). Sammenlignet med funn fra leger ved St. Olavs hospital, med median skår på 15, er de nasjonale tallene vesentlig bedre (11).

Tabell 1

Brukervennlighetsskår (skår på *System Usability Scale*, SUS, en skala fra 0 til 100 der <51,6 regnes som stryk) fordelt på legerolle 2024 (22).

Rolle	Gjennomsnittsskår (poeng)	KI (95 %)	Median	Standardavvik	Antall
Alle roller	53,6	52,8 til 54,4	57,5	26,7	4 641
Fastlege	70,7	69,4 til 71,9	74,7	20,7	1 043
Privat-/avtalespesialist	66,8	64,5 til 69,1	70,2	21,1	323
Legevaktlege	54,3	48,4 til 60,3	57,5	23,1	61
Sykehuslege	47,7	46,7 til 48,6	50,0	26,0	2 783
Sykehjemslege	37,0	34,1 til 39,8	32,7	24,9	294

Fordelt på legeroller sees et annet bilde. Fastleger rapporterer vesentlig høyere brukervennlighet enn sykehusleger og spesielt sykehjemsleger (tabell 1). Blant sykehusleger er det også stor forskjell på fornøydhet mellom journalsystemer: Helseplattformen hadde en rapportert brukervennlighet på bare 17,3 poeng, mens journalsystemet DIPS hadde 57,7 poeng.

«Fastleger rapporterer vesentlig høyere brukervennlighet enn sykehusleger og spesielt sykehjemsleger»

Ser man på SUS-skåren blant sykehusleger gruppert etter hvor lang erfaring de har med elektronisk pasientjournal, sees et interessant funn. For sykehusleger som brukte systemene DIPS Arena og MetaVision, var det ingen statistisk signifikante forskjeller i SUS-skår ut fra brukerens erfaring (22). Sykehusleger med mer enn ett års erfaring med Helseplattformen rapporterte en statistisk signifikant økning i SUS-skår sammenlignet med brukere med kortere erfaring. Økningen er allikevel langt fra nok til å nå samme fornøydhetsnivå som brukere av DIPS.

Støtte til samhandling

NuHISS-metoden går dypere i detaljene, og i masteroppgaven presenteres svar på utvalgte spørsmål i gruppene «enkelthet i bruk» og «samarbeid og kommunikasjon» (22). På de seks spørsmålene om samhandlingsfunksjoner var de norske fastlegene klart mer tilfredse enn sykehuslegene og sykehjemslegene. Helseplattformen skiller seg negativt ut blant sykehuslegene. På tvers av de norske regionene rapporterte sykehjemsleger omtrent samme nivåer av tilfredshet, og på omtrent samme nivå som brukere av Helseplattformen. Helseplattformen bedrer altså ikke opplevd samhandling sammenlignet med de andre sykehjemssystemene, på tross av at disse mangler noen samhandlingsløsninger (bl.a. e-resept), som Helseplattformen tilbyr.

Det er mulig å sammenligne noen av de norske funnene med internasjonale resultater. En undersøkelse blant australske sykehusleger viste en noe svakere skår enn hos norske sykehusleger, men noe bedre enn brukere av Helseplattformen i Norge på spørsmål om samarbeid mellom leger innad i og utenfor samme organisasjon (20). Australske leger i primærhelsetjenesten (*primary care physicians*) skårer høyere på de samme spørsmålene enn australske sykehusleger, men klart lavere enn norske fastleger (20).

Metodiske svakheter

EPJ-termometeret baserer seg på spørreundersøkelser sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer i Legeforeningen, med mål om å få tilstrekkelig svar for hver legerolle og hvert elektronisk pasientjournalssystem. Vi har ikke undersøkt for utvalgsskjevhet, men gitt en svarandel på 14 % er den risikoen til stede.

Utfordringene må tas på alvor

En av årsakene til at fastlegenes systemer skåres høyere, kan være at det blant fastleger finnes flere systemer i et konkurrerende marked. Over tid kan dette ha gjort det mulig for leverandørene å tilpasse funksjonalitet og brukervennlighet til veldefinerte behov fra en moden fastlegerolle.

Sykehusene er mer komplekse organisasjoner med mer kompleks logistikk og ulike behov, kanskje motstridende, på tvers av mange roller. Helseplattformen kommer svakt ut, og mye kan være knyttet til systemets oppbygging rundt rigide data, kodifisert gjennom kodesystemet Snomed CT, i stedet for fleksibel tekst (23). En slik tilnærming var ment å gi gevinster i form av gjenbruk av informasjon, men det er svært komplekst å få alle brukerne til å forstå og oppdatere data på helt lik måte hver gang. Slik nøyaktig informasjonsforvaltning er også tidkrevende for brukeren.

«Helseplattformen kommer svakt ut, og mye kan være knyttet til systemets oppbygging rundt rigide data»

Enda flere motstridende behov oppstår når kommunehelsetjenesten også skal samhandle i systemet, noe som kan skape utfordringer for Helseplattformens brukere. Videre vil helt konkrete problemer i brukergrensesnittet være en utfordring. Spørsmål fra NuHISS-metoden som «Oppsett av felt og funksjoner er logisk på dataskjermen», «Rutinemessige oppgaver kan utføres rett frem uten behov for ekstra trinn ved hjelp av systemet», «Det er enkelt å finne nødvendig pasientinformasjon ved hjelp av EPJ-systemet», «Det er raskt, enkelt og greit å skrive inn og dokumentere pasientinformasjon» kan belyse dette (22).

Bedret samhandling skulle være Helseplattformens fordel, men systemet skåres svakere enn de andre sykehussystemene, og med få eller ingen gevinster for sykehjemslegene. Dette impliserer at i norsk kontekst gir et integrert system som Helseplattformen lavere opplevd samhandlingsgevinst enn et økosystem av EPJ-systemer og nasjonale samhandlingsløsninger. Det er behov for forbedringer av digital støtte til samhandling. Internasjonalt ligger imidlertid Norge ganske godt an, og dette kan tolkes som at det har blitt gjort godt arbeid i Norge med elektroniske meldinger, e-resept og kjernejournal.

Systemeiere og beslutningstakere i regionale helseforetak, kommuner, statsforvaltning og på politisk nivå bør sette seg inn i metoder for måling av brukervennlighet og følge opp med jevnlige undersøkelser og forbedringsprosjekter. Brukervennlighet i elektronisk pasientjournal må tas på alvor, fordi det påvirker både pasientsikkerhet og økonomisk og personellmessig bærekraft.

LITTERATUR

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42> Lest 14.8.2025.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168> Lest 14.8.2025.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2023: 4. Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/> Lest 14.8.2025.
4. Riksrevisjonen. Utnyttelse av IT-systemer på sykehus. Dokument 3:6 (2023–2024). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2023-2024/dok3-202324/dok3-202324-006/> Lest 14.8.2025.

5. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av Helseplattformen i Midt-Norge. Dokument 3:3 (2024–2025). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Dokumentserien/2024-2025/dok3-202425/dok3-202425-003/> Lest 14.8.2025.
6. Nielsen J. Usability Engineering. San Francisco, CA: Morgan Kaufman, 1994.
7. Helsedirektoratet. Feil i e-reseptkjeden. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/feil-i-e-reseptkjeden> Lest 21.11.2024.
8. Helsetilsynet. Hvor har feil og mangler ved bruk av IKT-systemer størst konsekvenser for pasientsikkerheten? En risikoanalyse. Rapport 7/2021. <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2021/hvor-har-feil-og-mangler-ved-bruk-av-ikt-systemer-storst-konsekvenser-for-pasientsikkerheten/> Lest 14.8.2025.
9. Melnick ER, Dyrbye LN, Sinsky CA et al. The Association Between Perceived Electronic Health Record Usability and Professional Burnout Among US Physicians. *Mayo Clin Proc* 2020; 95: 476–87. [PubMed] [CrossRef]
10. Melnick ER, Harry E, Sinsky CA et al. Perceived Electronic Health Record Usability as a Predictor of Task Load and Burnout Among US Physicians: Mediation Analysis. *J Med Internet Res* 2020; 22: e23382. [PubMed] [CrossRef]
11. Lohmann-Lafrenz S, Gismervik SØ, Ose SO et al. Usability of an electronic health record 6 months post go-live and its association with burnout, insomnia and turnover intention: a cross-sectional study in a hospital setting. *BMJ* 2025; 32: e101200. [PubMed][CrossRef]
12. Lohmann-Lafrenz S, Skarpsno ES. Digitalt arbeidsmiljø for helsepersonell betyr noe. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0264. [CrossRef]
13. Brooke J. SUS: A quick and dirty usability scale. I: Jordan PW, McClelland IL, Weerdmeester B, red. *Usability Evaluation in Industry*. 1. utg. Boca Raton, FL: CRC Press, 1996: 189.
14. Bangor A, Kortum PT, Miller JT. An Empirical Evaluation of the System Usability Scale *Int J Hum Comput Interact* 2008; 24: 574–94. [CrossRef]
15. Lewis JR. The System Usability Scale: Past, Present, and Future. *Int J Hum Comput Interact* 2018; 34: 577–90. [CrossRef]
16. Sauro J. Measuring Usability with the System Usability Scale (SUS). <https://measuringu.com/sus/> Lest 9.11.2024.
17. Hyppönen H, Kaipio J, Heponiemi T et al. Developing the National Usability-Focused Health Information System Scale for Physicians:

Validation Study. *J Med Internet Res* 2019; 21: e12875. [PubMed][CrossRef]

18. Viitanen J, Hyppönen H, Lääveri T et al. National questionnaire study on clinical ICT systems proofs: physicians suffer from poor usability. *Int J Med Inform* 2011; 80: 708–25. [PubMed][CrossRef]

19. Lääveri T, Viitanen J. Physicians' Perspectives on EHR Usability: Results from Four Large Cross-Sectional Surveys from 2010 to 2021. *Stud Health Technol Inform* 2023; 304: 16–20. [PubMed][CrossRef]

20. Lloyd S, Long K, Oshni Alvandi A et al. A National Survey of EMR Usability: Comparisons between medical and nursing professions in the hospital and primary care sectors in Australia and Finland. *Int J Med Inform* 2021; 154: 104535. [PubMed][CrossRef]

21. Statistisk sentralbyrå. 12545: Arbeidstidsfordeling (11 grupper) blant sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning (27 grupper). 4. kvartal 2015 – 2024. <https://www.ssb.no/statbank/table/12545/> Lest 24.11.2024.

22. Arnesen EN. Hva mener leger i Norge om brukervennligheten i elektroniske pasientjournaler? Resultater fra to nasjonale spørreundersøkelser i 2022 og 2024 basert på metodene System Usability Scale (SUS) og National Usability Focused Health Information System Scale (NuHISS). Oslo: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, 2024.

23. Hurlen P. Fagspråket ingen leger har hørt om. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0117. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 25. september 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0384

Mottatt 10.6.2025, første revisjon innsendt 7.8.2025, godkjent 14.8.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juli 2026.