

Rigsrevisor

Rigsrevisionen
St. Kongensgade 45, 4. sal,
1264 København K

E-mail: rr@rigsrevisionen.dk

Ministerredegørelse til Statsrevisorerne vedr. beretning nr. 24/2013 om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort

Statsrevisorerne har ved brev af 17. september 2014 fremsendt beretning nr. 24/2014 om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (FMK) og samtidig bedt om min redegørelse senest den 26. januar 2015.

Beretningen sætter fokus på et helt centralt initiativ i sundhedsvæsenet i forhold til at sikre bedre overblik over den enkelte patients medicinering, idet FMK giver sundhedspersoner, herunder praktiserende læger, sygehuslæger og den kommunale hjemmesygepleje, digital adgang til et overblik over den medicinering, som patienten aktuelt får. Det vil bidrage til bedre og mere sikker medicinering, særligt i forbindelse med sektorovergange.

Jeg noterer i den forbindelse med tilfredshed, at det af beretningen fremgår, at Fælles Medicinkort *"ved fuld og korrekt anvendelse kan [...] udgøre et vigtigt redskab til at sikre bedre medicinsk behandling og dermed højere patientsikkerhed"*.

Indledningsvist skal det påpeges, at Fælles Medicinkort er det hidtil mest komplekse digitaliseringsprojekt i sundhedsvæsenet til dato, idet det både går på tværs af tre sektorer (staten, regioner og kommuner) og omfatter en lang række aktører, herunder sygehuse, almen praksis, speciallæger, lægevagten og den kommunale hjemmepleje.

Det er første gang et så omfattende fællesoffentligt digitaliseringsprojekt udvides i det danske sundhedsvæsen. Manglende forudgående erfaringer med tilsvarende projekter bidrog til, at FMK-programmet på flere måder fik en vanskelig start. I dag ville det på en række områder være gjort anderledes.

Det er dog ministeriets opfattelse, at programmet er på rette spor, bl.a. eksemplificeret ved at FMK nu er i brug hos samtlige praktiserende læger i Danmark, og at der fortsat kan høstes de gevinster ved FMK, som var forudsat ved programmets igangsættelse.

Samtidig er de erfaringer, som parterne har gjort sig i forbindelse med FMK-programmet – såvel negative som positive – vigtig læring i forhold til de digitaliseringsinitiativer, som efterfølgende er igangsat og som planlægges igangsat.

Jeg noterer mig i den forbindelse de anbefalinger til fremtidige tværsektorielle programmer, som fremgår af beretningen.

Nedenfor følger ministeriets generelle bemærkninger til beretningen efterfulgt af en række specifikke bemærkninger med udgangspunkt i beretningens afsnit. Hovedvægten i redegørelsen er lagt på de strategiske overvejelser og konkrete tiltag, som beretningen har givet ministeriet anledning til at iværksætte.

Generelle bemærkninger

I beretningen rejses en række kritikpunkter vedr. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses manglende sikring af programmets formelle struktur og organisering, herunder manglende ledelsesforankring.

Tilsvarende bliver National Sundheds-it (NSI) under Ministeriet for Sundhed og forebyggelse sammen med den nu nedlagte organisationen Sammenhængende Sundhed i Danmark (SDSD) kritiseret for ikke at have forberedt programmet tilstrækkeligt, bl.a. ved ikke at have kortlagt de arbejdsgange som FMK skulle understøtte og ved ikke at have sikret tilstrækkelig it-sikkerhed i det centrale FMK-system.

Ministeriet anerkender, at FMK blev igangsat på et utilstrækkeligt grundlag både hvad angår ledelsesforankring, organisering, tidsplanstyring og risikovurdering. Der var tale om et komplekst program, som ikke fra start fik et ordentligt afsæt og derfor har været præget af uhensigtsmæssigheder, især i projektets opstartsfasen.

FMK blev således forankret i en nystartet organisation med fællesoffentlig ledelse (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark, SDSD) med et uklart mandat og uden forudgående erfaringer med styring af store komplekse programmer.

Hertil kom, at ansvaret for programmets samlede fremdrift ikke var tilstrækkeligt ledelsesmæssigt forankret hos de enkelte parter bag SDSD, herunder Sundhedsministeriet. Det medførte, at programmets parter fokuserede mere på egne delleverancer, og forudsætningerne herfor, fremfor programmets samlede fremdrift.

Med den regionale økonomiaftale for 2011 blev SDSD nedlagt med virkning fra 1. januar 2011. Dette indebærer en organisatorisk ændring efterfulgt af en reorganisering af programmet i den nyetablerede statslige styrelse NSI og i den nyetablerede Nationale bestyrelse for sundheds-it. Dermed fik FMK et mere entydigt ophæng under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med stærkere eksekveringskraft og tydeligere ansvarsfordeling mellem stat og regioner til følge.

De organisatoriske tiltag ændrer dog ikke ved, at der gik for lang tid inden ministeriet og NSI tog ansvar for programmets samlede fremdrift uanset den formelle opgavefordeling i økonomiaftalerne.

Ministeriets styrkede styring af programmet finder reelt først sted fra foråret 2012 efter den første fristoverskridelse for den kommunale og regionale implementering af FMK, som blev fastsat i økonomaftalerne for 2010. Paradigmeskiftet består bl.a. i at:

- Der nedsættes en ny programstyregruppe med fokus på implementering og med stærkere ledelsesmæssig forankring i Sundhedsministeriets departement.
- FMK behandles på alle bestyrelsesmøder i den nationale bestyrelse for sundheds-it, jf. også nedenfor.
- Bestyrelsen forelægges fra april 2012 månedlige redegørelser for fremdriften i programmet. Redegørelserne har form af Danmarkskort, der viser status for udbredelsen og anvendelsen af FMK i alle involverede sektorer. *Seneste udgave fra december 2014 vedlægges som bilag 1.*
- Der udarbejdes en fælles handlingsplan, som på tværs af parterne i programmet indeholder en række konkrete opgaver og aktiviteter, som skal bidrage til at indfri programmets målsætninger og gevinster samt håndtere programmets risici.
- Der udarbejdes en forbedret risikohåndtering, der fører til mere struktureret håndtering af risici såvel i styregruppen som i bestyrelsen.
- Der udarbejdes i efteråret 2012 en ny fælles tidsplan for FMK, som godkendes i den nationale bestyrelse for sundheds-it, og som tiltrædes af Praktiserende Lægers Organisation (PLO). I den forbindelse fastsættes der også målsætninger for, hvornår den fulde anvendelse af FMK skal være realiseret. Tidsplanen bekræftes af parterne i forbindelse med økonomaftalerne for 2014.

Samlet set er der således tale om styrket risikostyring, øget gennemsigtighed om fremdrift og gevinstrealisering og tættere opfølgning på mål og milepæle i den fælles tidsplan, som blev godkendt i den nationale bestyrelse for sundheds-it i december 2012 og som blev bekræftet af parterne i økonomaftalerne for 2014.

Tiltagene har samlet bidraget til, at udfordringerne i programmet nu i større grad håndteres konkret og af parterne i fælleskab, da der er en fælles forståelse for gensidige afhængigheder, der skal håndteres for at programmet kan komme helt i mål – og for at parterne kan realisere deres gevinster og leve op til de politiske aftaler om FMK.

Derfor noterer jeg også med tilfredshed, at det af beretningen fremgår, at *"Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet i foråret 2012 erkendte, at der var behov for at ændre den måde, som FMK-programmet blev ledet på. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at der efterfølgende har været ændringer. Fx er NSI på bestyrelsens anmodning begyndt at rapportere samlet på risici fra april 2013, og Sundhedsministeriet har styrket sin egen ledelsesforankring i programmets styregruppe. Det finder Rigsrevisionen positivt."*

Samtidig anerkender ministeriet, at beretningens konklusioner og anbefalinger giver ministeriet anledning til at styrke programgrundlaget for Fælles Medicinkort yderligere, bl.a. med tættere inddragelse af alle relevante parter i den dag-

lige ledelse af programmet og tydeligere formalisering af parternes rolle og ansvar.

Tilsvarende har regionerne fortsat en stor opgave i at sikre fuld og korrekt anvendelse af FMK på sygehusene, herunder på ambulatorierne, at sikre at lokale FMK-løsninger er tilstrækkeligt brugervenlige og at personalet har modtaget den fornødne oplæring i brugen af systemet.

Med henblik på at sikre koordineret fremdrift i arbejdet med opfølgningen på beretningen har parterne bag programmet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, National Sundheds-it, Danske Regioner og KL) udarbejdet en fælles handlingsplan, som adresserer de kritikpunkter, der rejses i beretningen, *jf. bilag 2*. Handlingsplanen har også været sendt til kommentering hos PLO.

Handlingsplanens punkter danner udgangspunkt for de konkrete bemærkninger til beretningens afsnit nedenfor.

Bemærkninger til afsnit 1. Introduktion og konklusion

Af afsnittet fremgår det, at det i programmets business case var forudsat at FMK skulle udbredes til en række øvrige offentlige og private sektorer, herunder apoteker, tandlæger, sociale institutioner (fx kommunale bosteder) og Forsvaret, men at dette endnu ikke er sket.

Ministeriet skal hertil bemærke, at der ikke foreligger en politisk aftale vedrørende udbredelsen i disse sektorer, og dermed ikke et grundlag som programmet skal eksekvere, men at der pågår dialog med apotekerne om deres opkobling til FMK. Ministeriet og den nationale bestyrelse for sundheds-it vil endvidere gå i dialog med de øvrige nævnte parter med henblik på at undersøge muligheden for at få yderligere aktører opkoblet til FMK.

Bemærkninger til afsnit 2. Rammerne for at gennemføre FMK-programmet

I afsnittet kritiseres ministeriets og NSIs indsats for at sikre rammerne for FMK-programmet, bl.a. i form af manglende ledelsesforankring og manglende incitamenter hos de deltagende parter til at nå målet.

Som nævnt finder ministeriet, at beretningens konklusioner og anbefalinger giver anledning til at styrke det formelle programgrundlag for FMK yderligere.

På den baggrund har parterne i efteråret 2014 derfor bl.a. gennemført følgende tiltag, *jf. bilag 2*:

- Den nationale bestyrelse for sundheds-it har udpeget en formel program-ejer, som også er formand for programstyregruppen, *jf. den fællesstatslige programmodel*.
- Med henblik på at sikre at alle væsentligste gevinstejere er repræsenteret i programbestyrelsen deltager Praktiserende lægers organisation (PLO) nu i den nationale bestyrelse for sundheds-its behandling af FMK
- Den nationale bestyrelse har med udgangspunkt i en Masterclass i programledelse i december 2014 indledt en drøftelse af bestyrelsens rolle som programbestyrelse, både i relation til FMK og i relation til kommende

programmer. I den forbindelse drøfter bestyrelsen også den udfordring, at programmodellen har et statsligt udgangspunkt, men at bestyrelsen i FMK er programbestyrelse for et fællesoffentligt samarbejde og dermed et ganske komplekst ophæng til et styringsmæssigt hierarki.

Endvidere er bl.a. følgende tiltag planlagt gennemført, *jf. bilag 2*:

- Der udarbejdes notater til programbestyrelsen og programstyregruppen, som klarlægger parternes ansvar og roller i FMK-programmet.
- Der foretages en gennemgang af programstyregruppens sammensætning med henblik på at sikre, at parterne er repræsenteret på tilstrækkeligt ledelsesniveau.
- Repræsentanter fra regioner, kommuner og PLO inviteres til at deltage i programledelsesmøderne i regi af NSI. Her foretages bl.a. månedlig opfølgning på fælles handlingsplan og risikolog for programmet.

Samtidig påpeges det i afsnittet, at det ikke er muligt at opgøre programmets samlede omkostninger og gevinster. I den forbindelse kan jeg oplyse, at der i den nationale bestyrelse for sundheds-it er truffet beslutning om at forsøge at opgøre de samlede omkostninger og gevinster ved FMK.

Bemærkninger til afsnit 3. Styring mod den fastsatte tid, pris og kvalitet

Afsnittet indeholder kritik af en række historiske forhold ved programmets opstart, herunder at SDSA og NSI ikke fulgte god praksis for programstyring, at der ikke blev gennemført tests af lokale FMK-integrationer og at der ikke var tilstrækkelig opfølgning på regionernes anvendelse af ABT-fondens bevilling til FMK. Endelig kritiseres Sundhedsministeriet for at have været for passiv i sin styring af FMK-programmet.

Som nævnt ovenfor anerkender ministeret, at programmets opstartsfasen var præget af uhensigtsmæssigheder for så vidt angår de påpegede forhold i beretningen. Samtidig er der dog for en række af kritikpunkterne efter ministeriets opfattelse tale om forhold, som er adresseret i regi af FMK-programmet og den nationale bestyrelse for sundheds-it, særligt fra foråret 2012 og frem, *jf. ovenfor*.

Jeg noterer mig endvidere beretningens konklusioner om, at styringen af det samlede FMK-program blev vanskeliggjort af, at regionerne 16 gange indmeldte forsinkelser af den tekniske implementering af FMK og samtidig ikke var i stand til at estimere omfanget af forsinkelserne retvisende. Dette illustrerer udfordringerne i ledelsen af et program, der går på tværs af offentlige parter.

Bemærkninger til afsnit 4. Implementering af FMK

I afsnittet kritiseres regionerne for at deres implementering af FMK er forsinket og at væsentlige forudsætninger for implementeringen ikke er sikret, herunder at alle relevante faggrupper ikke har adgang til FMK, at brugerne ikke er sikret tilstrækkelig oplæring i brugen af FMK og målingerne af anvendelsen af FMK ikke er retvisende i forhold til det aftalte.

Jeg kan i den forbindelse henvise til vedlagte udtalelser fra regionsrådene, *jf. bilag 3 og nedenfor*. Heri redegør regionerne for en række fremadrettede tiltag,

som skal bidrage til at målsætningerne for FMK indfries. De regionale tiltag fremgår også af opfølgningsskemaet, *jf. bilag 2*.

I afsnittet kritiseres endvidere, at NSI ved udgangen af 2013 ikke har sikret, at det centrale FMK-system har tilstrækkelig it-sikkerhed og at NSI ikke fører tilstrækkelig tilsyn med, hvem regionerne har givet adgang til FMK (trust). Desuden kritiseres det, at NSI ikke dokumenterer, at FMK kan skaleres til at håndtere den forventede stigning i anvendelsen af FMK.

Ministeriet bemærker hertil, at NSI er påbegyndt en risikovurdering af det centrale FMK-system. Vurderingen forventes færdig i første kvartal 2015. Samtidig har NSI allokere en medarbejder til tættere opfølgning på adgange til FMK, herunder hvem regioner og kommuner giver adgang til FMK (via trust).

For så vidt angår skaleringsbehovet for den centrale FMK-system løsning er det NSIs opfattelse, at FMK er dimensioneret til at håndtere den forudsatte stigning i anvendelsen. Det baseres bl.a. på, at den nuværende tekniske løsning er skaleret til at kunne håndtere op til 12.000 kald pr. minut. I januar 2015 (uge 2) har det maksimale antal kald pr. minut været 5.900. Desuden monitoreres transaktionsmængden løbende og løsningen er designet til at kunne skaleres med supplerende hardware med 1-4 ugers varsel.

Bemærkninger til afsnit 5. Oplysninger til Folketingets Finansudvalg

I afsnittet vurderer Rigsrevisionen, at ministeriet ikke har oplyst Folketingets Finansudvalg korrekt om fremdriften i udviklingen og implementeringen af FMK i Akt 92 23/3 2011.

Jeg skal beklage, at Rigsrevisionen finder, at ministeriet ikke har givet Folketingets Finansudvalg korrekte oplysninger.

I det omtalte akstykke (akt 92 23/3 2011) burde det have fremgået, at den nævnte frist for implementering af Fælles Medicinkort i kommunerne var den frist, der var fastsat i den politiske aftale mellem regeringen og kommunerne i økonomiaftalen for 2010.

Ved at nævne den politisk aftalte frist i akstykket blev der opretholdt et politisk pres på parterne med det formål at nå så tæt som overhovedet muligt på det mål, som var aftalt mellem parterne. Den politisk aftalte frist blev efter Finansudvalgets behandling bekræftet i økonomiaftalen for 2012.

Det ændrer ikke ved, at ministeriet i akstykket burde have givet en vurdering af sandsynligheden for at den politisk aftalte frist blev overholdt.

I akstykket burde ministeriet desuden have redegjort mere fyldestgørende for resultaterne af det pilotprojekt for FMK fra foråret 2010, som lå forud for beslutningen om den videre udrulning af FMK.

Udtalelser fra Regionsrådene

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har indhentet udtalelser til beretningen fra regionsrådene i de fem regioner. Kopi af udtalelserne er vedlagt, *jf. bilag 3*.

Det er ministeriets vurdering, at udtalelserne fra regionsrådene afspejler, at regionerne vil igangsætte en række initiativer, der skal bidrage til at sikre korrekt anvendelse af FMK på sygehusene, herunder også på ambulatorierne, og at regionerne vil gennemføre initiativer med henblik på at sikre bedre forudsætninger for at brugerne på sygehusene kan anvende FMK korrekt.

Ministeriet vil følge regionernes arbejde med disse initiativer tæt, bl.a. i regi af programmets styregruppe og i den nationale bestyrelse for sundheds-it.

Samtidig giver udtalelserne ministeriet anledning til følgende bemærkninger:

1. Placering af programledelsen for fællesoffentlige programmer

I den fællesregionale udtalelse anføres det, at regionerne inklusiv almen praksis oprindeligt burde have haft ansvaret for programledelsen af FMK.

Regionerne tager dermed beretningen til indtægt for at konkludere, at den nuværende placering af ledelsen af FMK-programmet ikke er hensigtsmæssig.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse deler ikke denne læsning af Rigsrevisionens beretning. Tværtimod fremgår det af beretningen, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ved opstarten af programmet burde have sikret stærkere ledelsesforankring i ministeriet og burde have været mere aktiv i ledelsen af FMK-programmet, bl.a. i forbindelse med parternes overskridelser af de aftalte tidsfrister.

Det er samtidig ministeriets opfattelse, at den nævnte inddragelse af PLO i programbestyrelsen og af parterne i programledelsesmøderne i regi af NSI sikrer, at alle væsentligste gevinstejere er repræsenteret i programledelsen, jf. beretningens anbefalinger til fremtidige tværsektorielle programmer.

Det fremgår tilsvarende af udtalelsen fra regionerne, at gevinsterne ved FMK primært findes i regionerne. Ministeriet bemærker hertil, at der er både gevinster og opgaver knyttet til FMK på sygehusene, i kommunerne og i praksissektoren, hvilket også fremgår af business casen for FMK. Dermed er koordineret implementering af FMK afgørende for, at disse gevinster kan realiseres. Det er således fortsat en udfordring for implementering og gevinstrealisering i kommunerne, at sygehusene i en række regioner endnu ikke har taget FMK i anvendelse i forudsat omfang ligesom samarbejdet mellem sygehuse og almen praksis om FMK endnu ikke er lagt i faste rammer.

Endvidere deler ministeriet heller ikke regionernes sammenkobling af ledelsesplaceringen af programmet og de resultater, som programmet hidtil har opnået.

Derimod er det ministeriets opfattelse, at hovedårsagen til de opståede regionale forsinkelser er regionernes varierende prioritering og hastighed for implementering af programmet. Det afspejles bl.a. ved, at én region havde afsluttet den tekniske udbredelse af FMK inden for den oprindeligt aftalte frist (ultimo 2011), mens den sidste region endnu ikke har fået den tekniske udbredelse afsluttet. Desuden er en tredje region i gang med en teknisk re-

implementering af deres FMK-løsning i hele regionen, idet deres nuværende løsning ikke er fundet tilstrækkeligt velfungerende.

Den uensartede og manglende prioritering afspejles endvidere ved, at regionerne valgte at koble udbredelsen af FMK sammen med konsolideringen (samlingen) af deres EPJ-systemer, vel vidende at konsolideringen ikke ville være tilendebragt ved den oprindeligt aftalte deadline for udbredelsen af FMK.

I samme afsnit anfører regionerne, at programansvaret for at implementere beslutningsstøttefunktioner i FMK blev placeret i regionalt regi som konsekvens af beretningens konklusioner og anbefalinger.

Det er efter ministeriets opfattelse ikke korrekt. Placeringen i regionerne var alene et resultat af de politiske forhandlinger om beslutningsstøtteprogrammet, som fandt sted i forbindelse med den regionale økonomiaftale for 2015.

Det skal endvidere for god ordens skyld bemærkes, at det er regioner og kommuner som ansvarlige myndigheder, der har ansvaret for at leve op til de aftalte målsætninger for implementering af FMK.

2. Regional anmodning om reduktion af målsætningen for fuld anvendelse
Samtidig anføres det i den fællesregionale udtalelse, at den nationale bestyrelse for sundheds-it ikke har imødekommet et regionalt ønske om at sænke målet for fuld anvendelse af FMK fra 95 pct. til 90 pct. (procentsatsen viser andelen af indlagte patienter, der udskrives med et afstemt medicinkort).

Denne fremstilling er efter ministeriets opfattelse ikke korrekt. Spørgsmålet blev første gang drøftet på et møde i bestyrelsen i oktober 2014, hvor der blev efterspurgt dokumentation fra regionerne for, at 90 pct. var et udtryk for det korrekte niveau og at den justering af målsætningen ikke ifølge ministeriet kunne træffes på det foreliggende grundlag. På et møde i december 2014 blev det i forlængelse heraf besluttet at igangsætte et arbejde med at identificere det korrekte niveau (måltal) for fuld anvendelse. Herefter vil bestyrelsen tage sagen op igen.

Et eksemplar af denne redegørelse er sendt til rigsrevisor.

Med venlig hilsen

Niels Hækkerup

Følgende bilag er vedlagt:

1. Danmarkskort over udbredelsen og anvendelsen af FMK pr. december 2014
2. Oversigt over opfølgning på Rigsrevisionens beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort
3. Udtalelser fra regionerne