



Beretning til Statsrevisorerne om
problemerne med at udvikle og
implementere Fælles Medicinkort

September
2014

e·vision

revision

revision

Indholdsfortegnelse

1.	Introduktion og konklusion	1
1.1.	Formål og konklusion.....	1
1.2.	Baggrund	4
1.3.	Revisionskriterier, metode og afgrænsning	9
2.	Rammerne for at gennemføre FMK-programmet	12
2.1.	Svag ledelsesmæssig forankring og uklar ansvarsplacering	13
2.2.	Forberedelsen gav ikke et tilstrækkeligt grundlag for at gennemføre FMK-programmet.....	17
2.3.	Mangelfulde rammer for at opgøre omkostninger og gevinster	22
3.	Styring mod den fastsatte tid, pris og kvalitet	24
3.1.	NSI's risikostyring har ikke fulgt god praksis.....	25
3.2.	NSI har ikke styret tilfredsstillende mod de fastsatte tidsfrister.....	26
3.3.	NSI har ikke styret mod den fastsatte pris	29
3.4.	NSI's styring mod den fastsatte kvalitet har været mangelfuld	30
3.5.	Sundhedsministeriet har været for passiv i sin styring.....	34
3.6.	Regionerne har ikke på tilfredsstillende vis understøttet NSI's styring af det samlede FMK-program	35
4.	Implementering af FMK.....	38
4.1.	Målingerne af anvendelsen af FMK er ikke retvisende	39
4.2.	Regionerne har ikke i tilstrækkelig grad sikret, at FMK understøtter arbejdet med medicin.....	40
4.3.	Regionerne kunne have gjort det nemmere for brugerne at anvende FMK korrekt	43
4.4.	Det centrale FMK-systems it-sikkerhed er ikke tilstrækkelig.....	45
5.	Oplysninger til Folketingets Finansudvalg	47
	Bilag 1. Metode	50
	Bilag 2. Tidslinje for FMK-programmet	52
	Bilag 3. NSI's opgørelser af teknisk implementering og anvendelse af FMK	53
	Bilag 4. Ordliste.....	54

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbe-
kendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011

Astrid Krag Kristensen: oktober 2011 - februar 2014

Nick Hækkerup: februar 2014 -

Beretningen har i udkast været forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om udviklingen og implementeringen af den digitale løsning Fælles Medicinkort (FMK). Mange medicineringsfejl opstår på grund af manglende overblik over patienternes medicin, specielt i overgangene mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer. FMK skal gøre det muligt at dele oplysninger om borgernes medicinering på tværs af sygehuse, praktiserende læger mv., så relevant sundhedspersonale og patienterne altid har direkte digital adgang til opdaterede medicinoplysninger. Ved fuld og korrekt anvendelse kan FMK udgøre et vigtigt redskab til at sikre bedre medicinsk behandling og dermed højere patientsikkerhed.

Udviklingen og implementeringen af FMK er forsinket. Oprindeligt skulle FMK have været indført ultimo 2011 på tværs af sundhedsvæsenet. En ny frist for fuld anvendelse for sygehuse og praktiserende læger blev sat til ultimo 2013. Den blev heller ikke nået. Status medio 2014 er, at hverken sygehuse eller praktiserende læger anvender FMK fuldt ud. Fristen for kommunerne er nu fuld teknisk implementering i 2014 med henblik på fuld anvendelse medio 2015. Der er ikke indgået aftale om, at andre sektorer skal sluttes til og anvende FMK via lokale integrationer.

2. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses departements (herefter Sundhedsministeriet), National Sundheds-it's (NSI) og regionernes indsats for at udvikle og implementere FMK har været tilstrækkelig. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Har Sundhedsministeriet og NSI sikret rammerne for at gennemføre FMK-programmet?
- Har Sundhedsministeriet og NSI styret FMK-programmet mod at nå den fastsatte tid, pris og kvalitet, og har regionerne understøttet denne styring tilfredsstillende?
- Har regionerne sikret implementering af FMK ultimo 2013, og har NSI sikret, at it-sikkerheden i FMK er tilstrækkelig?
- Har Sundhedsministeriets oplysninger til Folketingets Finansudvalg om udviklingen og implementeringen af FMK været korrekte?

***Implementering** indebærer, at der er adgang til FMK via et lokalt system, fx et EPJ-system (teknisk implementering), og at FMK anvendes som tiltænkt i forbindelse med medicinsk behandling (organisatorisk implementering).*

***National Sundheds-it (NSI)** er en rent statslig institution, der indgår i Sundhedsministeriets koncern. NSI overtog ansvaret for FMK fra **Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD)**, da SDSD blev nedlagt i 2010, og NSI oprettet. Da NSI har programansvaret for FMK i dag, skelner vi ikke mellem de 2 institutioner i beretningens konklusioner.*

*Et **program** er ifølge den fællesstatslige programmodel en midlertidig organisationsstruktur, der er oprettet for at koordinere og styre en gruppe gensidigt afhængige projekter og aktiviteter, som skal skabe en forandring. Måden, et program styres på, minder om styring af projekter.*

UNDERSØGELSENS KONKLUSION

Rigsrevisionen vurderer, at Sundhedsministeriets, NSI's og regionernes indsats for at udvikle og implementere FMK har været utilstrækkelig på afgørende punkter. Rigsrevisionen vurderer, at det har betydet, at FMK i dag er et program med betydelige forsinkelser og udeståender. Målingerne på sygehuse og hos praktiserende læger viser medio 2014 en høj anvendelse af FMK, men Rigsrevisionens undersøgelse viser, at målingerne ikke er dækkende for fuld anvendelse, og at alle forudsatte sektorer endnu ikke er tilsluttet FMK. Prisen for at indføre FMK er desuden ukendt.

Rigsrevisionen vurderer, at det fortsat kræver en betydelig indsats fra parterne at indfri formålet med FMK. På den baggrund finder Rigsrevisionen, at Sundhedsministeriet og NSI bør sikre klarhed over, hvordan FMK-programmet kan nå businesscasens oprindelige mål om fuld tilslutning og anvendelse af FMK på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Det forudsætter bl.a. en tydeliggørelse af programmets afhængigheder samt overblik over de resurser og aktiviteter, der kræves for at nå målet. Sundhedsministeriet og NSI bør klarlægge dette i samarbejde med programmets øvrige parter.

FMK-programmet består af en række uafhængige offentlige og private parter, hvilket øger behovet for god programledelse. Sundhedsministeriet og NSI har imidlertid ikke sikret, at principperne for god praksis for ledelsesforankring blev fulgt i fastlæggelsen af FMK-programmets rammer. Desuden blev parternes gevinster og omkostninger ved programmet ikke klarlagt, og parterne blev ikke i tilstrækkelig grad forpligtet på, hvad de skulle levere hvornår. Dertil kommer væsentlige mangler i Sundhedsministeriets og NSI's programstyring, herunder manglende opfølgning på programmets risici, på de samlede omkostninger, på gevinstrealiseringen og på overskridelser af tidsfrister. Samlet set har det betydet, at der har manglet ledelseskraft, incitamenter og viden om programmets status til at sikre dets fremdrift.

Rigsrevisionen vurderer, at Sundhedsministeriet i Akt 92 23/3 2011 til Folketingets Finansudvalg afgav oplysninger om fremdriften i kommunernes udrulning af FMK, som ikke var korrekte. Sundhedsministeriet oplyste således, at kommunerne forventedes at nå fristen i 2011, selv om ministeriet via sin deltagelse i programmets ledelse var bekendt med, at kommunerne havde oplyst, at de først forventede at have implementeret FMK ultimo 2012 eller primo 2013. Derudover finder Rigsrevisionen, at Ministeriet i aktstykket burde have oplyst mere fyldestgørende om resultatet af pilotprojektet, herunder at pilotprojektet ikke havde kunnet teste FMK-integrationerne i det forudsatte omfang, og om de problemer med integrationerne, som pilotprojektet havde afdækket.

Rigsrevisionen vurderer, at NSI hverken havde kortlagt de arbejdsgange, som FMK skulle understøtte, eller havde testet FMK's anvendelighed og datakvalitet tilstrækkeligt, før lokale FMK-integrationer blev søgt sat i fuld drift på sygehuse og i lægepraksis i 2011 og 2012. Forud for dette havde styregruppen besluttet at fastholde landsdækkende udvikling og implementering uden yderligere pilotprojekter, selv om det gennemførte pilotprojekt ikke var lykkedes med at påvise, at FMK kunne fungere i daglig drift for alle relevante personalegrupper.

For så vidt angår it-sikkerheden af FMK vurderer Rigsrevisionen, at NSI ved udgangen af 2013 ikke har sikret, at det centrale FMK-system har en tilstrækkelig it-sikkerhed. Således har NSI ikke sikret tilstrækkeligt tilsyn med, hvem regionerne har givet adgang til følsomme persondata om borgernes medicin i FMK. Endvidere kan NSI ikke dokumentere, at FMK kan skaleres til at håndtere den øgede anvendelse, som må forventes, i takt med at FMK udrulles. NSI har oplyst, at de vil udbedre de fundne mangler.

Regionerne har ikke sikret væsentlige forudsætninger for en succesrig implementering af FMK. Bl.a. har regionerne ikke sikret, at der bliver ryddet op i medicinkortene, så de kan give sundhedspersonalet et korrekt overblik over patienternes medicinoplysninger. Regionerne har endvidere ikke den fornødne sikkerhed for, at brugerne kan anvende FMK korrekt, fordi oplæringen af brugerne er mangelfuld, og fordi det kun er én region, der har testet den lokale FMK-integration for brugervenlighed.

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.

Rigsrevisionen vurderer dog samtidig, at de grundlæggende rammer for FMK-programmet ikke er ændret, herunder at ledelsesforankringen af de deltagende parter fortsat er mangelfuld, og at parternes gevinster og omkostninger ved FMK fortsat ikke er klarlagt.

På baggrund af ovenstående anbefaler Rigsrevisionen følgende for fremtidige programmer, der går på tværs af sundhedsvæsenets sektorer:

- Med udgangspunkt i den fællesstatslige programmodels anbefalinger til governance bør programmets ledelse omfatte de parter, som betaler for/bidrager til realiseringen af og skal høste gevinster af programmet.
- For at sikre, at alle parter har incitamenter til at nå de fælles mål i et program, bør de enkelte parters gevinster og omkostninger ved at deltage afdækkes. Parternes ansvar for delelementer i programmet bør klarlægges og operationaliseres i målbare milepæle med realistiske tidsfrister, som parterne forpligtes på at levere til, og der bør følges op på, om alle leverer det aftalte.
- Længerevarende programmer bør i overensstemmelse med anbefalingerne i den fællesstatslige programmodel reviewes regelmæssigt, fx hver 6. måned, for at sikre klarhed over fremdrift, forbrug af programbevilling mv.
- Digitale løsninger bør afprøves i mindre skala, indtil anvendeligheden er påvist, før løsningen rulles fuldt ud i almindelig drift.
- Det bør sikres, at brugerne nemt kan anvende vigtige digitale løsninger korrekt, fx via prøver, som brugerne skal bestå, og ved at brugervenligheden af løsningerne testes, før de sættes i drift.

It-sikkerhed er en virksomheds beskyttelse af systemer og datas fortrolighed, integritet og tilgængelighed. For FMK vedrører it-sikkerhed dels hensynet til borgernes ret til privatliv, dels at FMK kan fungere korrekt og i døgn drift.

Et programs ledelse består ifølge den fællesstatslige programmodel af 3 ledelsesfora: programbestyrelse, programstyregruppe og programledelse.

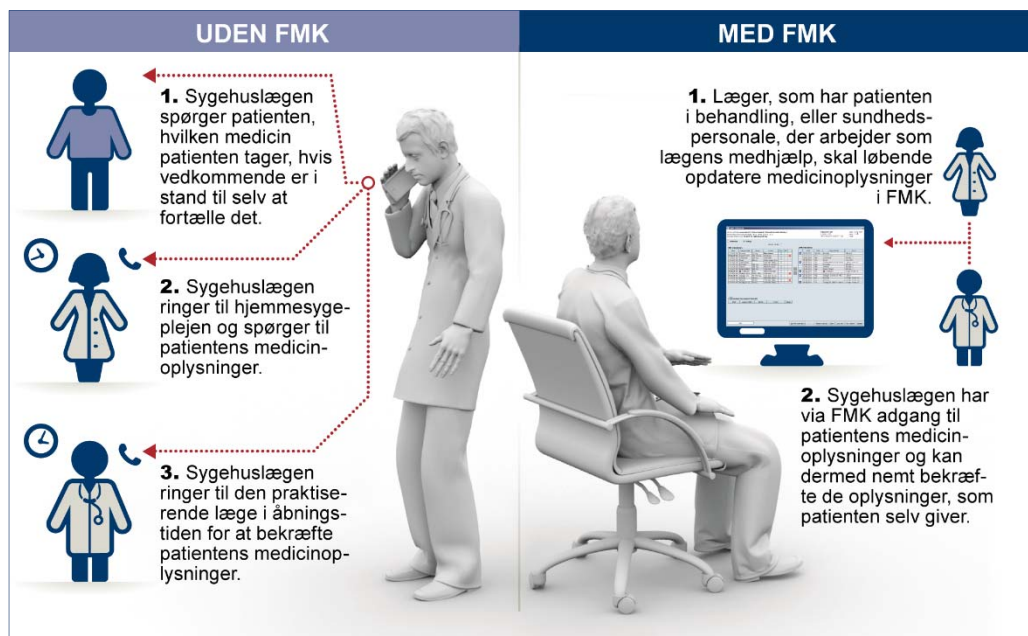
1.2. Baggrund

3. Mange borgere – ikke mindst ældre – indtager dagligt en række forskellige lægemidler. De får udskrevet medicin af egen læge, men kommer også i behandling på sygehuset og kan der få ændret deres medicin. Hjemme hos den ældre borger skal kommunens hjemmesygepleje sikre, at borgeren får den rette medicin.

Praktiserende læger omfatter i beretningen både alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, medmindre andet fremgår.

Før udviklingen af FMK førte sygehusene, de praktiserende læger, hjemmesygeplejen mfl. separate oversigter over patienternes medicin, som de andre parter ikke havde direkte adgang til. Når en patient fx blev indlagt på et sygehus, var sygehuslægen derfor afhængig af, at patienten selv kunne oplyse om sin medicin. Ellers måtte sygehuslægen kontakte fx den alment praktiserende læge og hjemmesygeplejen for at få det fornødne overblik. Figur 1 viser et forenklet eksempel fra en sygehuslæges hverdag uden og med FMK.

Figur 1. Eksempel fra en sygehuslæges hverdag uden og med FMK



Grafik: Emotion/Gert K. Nielsen

Note: Figuren viser ikke de konkrete kliniske arbejdsgange eller alle involverede parter. Fx er det i situationen uden FMK ofte andet sundhedspersonale, der varetager opgaven med at ringe til hjemmesygeplejen og den praktiserende læge. Sygehuslægen spørger altid patienten om patientens medicinoplysninger, hvis det er muligt.

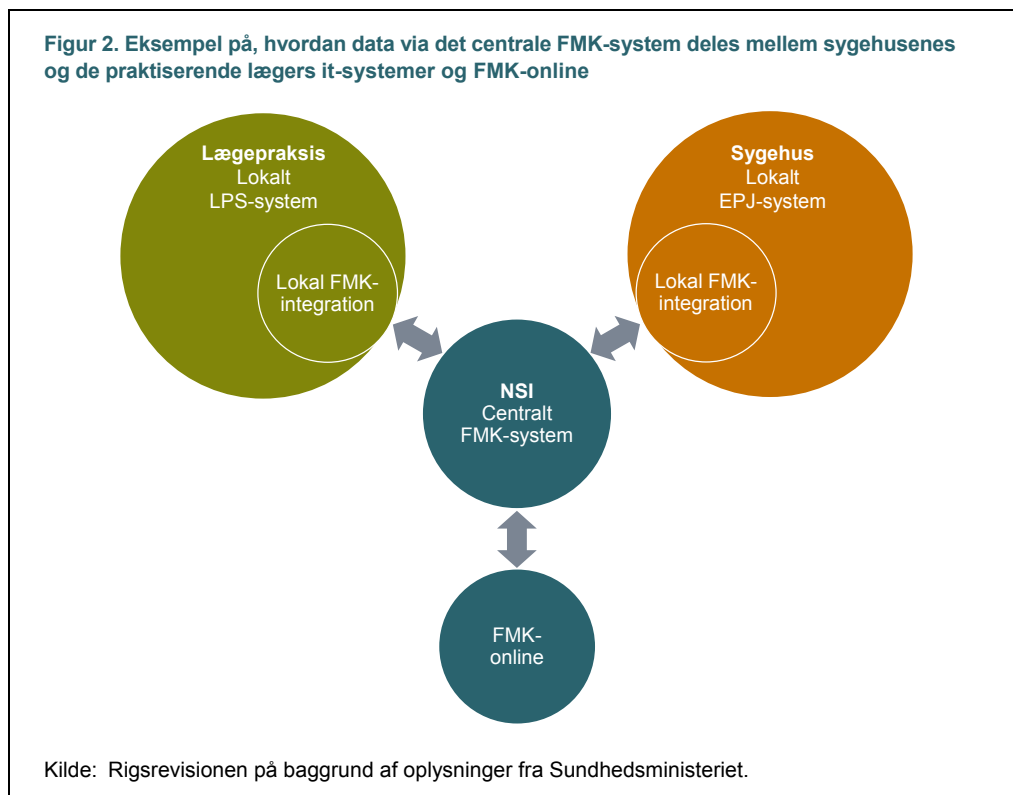
Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundhedsministeriet og regionerne.

Den digitale løsning FMK

4. FMK består af en central database, der indeholder alle borgeres medicinoplysninger. Sundhedspersonale, der håndterer medicin, skal kunne få adgang til disse oplysninger på tværs af sektorer. For at undgå, at personalet skal logge på et separat FMK-system, fungerer FMK teknisk set sådan, at personalet har adgang til FMK-data i de lokale journalsystemer, som de i forvejen anvender, fx regionernes EPJ-systemer. Hvert af disse systemer har indbygget en lokal FMK-integration, som kan hente og aflevere data i den centrale FMK-database. Borgere har adgang til at se deres eget medicinkort på FMK-online. Relevant sundhedspersonale, der ikke har adgang til FMK via deres eget it-system, kan også anvende FMK-online.

Lokale FMK-integrationer, som er indbygget i sygehusenes og de praktiserende lægers EPJ- og LPS-systemer, henter og afleverer data til den centrale FMK-database.

Figur 2 viser et eksempel på, hvordan data via det centrale FMK-system deles mellem sygehusenes og de praktiserende lægers it-systemer og FMK-online.



Udviklingen af FMK omfatter indtil videre den centrale database, FMK-online og de lokale FMK-integrationer på sygehusene i hver region (4 forskellige systemer), hos de praktiserende læger (10 forskellige systemer) og hos vagtlægerne (1 system). Dertil kommer kommunerne, hvor 3 forskellige systemintegrationer er under udvikling til hjemmesygeplejen. NSI forventer, at FMK potentielt kan få op til ca. 200.000 sundhedsfaglige brugere.

FMK-programmets parter

5. Udviklingen og implementeringen af FMK blev fra medio 2008 organiseret som et program, der går på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD), der var finansieret af staten, regionerne og kommunerne, havde ansvaret for FMK-programmet, indtil SDSD blev nedlagt i 2010. Herefter overtog det nydannede NSI programansvaret for FMK. NSI er rent statsligt og indgår i Sundhedsministeriets koncern.

Vi skelner i beretningen mellem SDSD og NSI. Det gælder dog ikke i konklusionerne, hvor vi skriver NSI, idet NSI i dag har programansvaret for FMK. Når undersøgelsen handler om begge institutioner, omtales de SDSD/NSI, fx hvis det vedrører en periode, der går hen over årsskiftet 2010/11.

Regionerne har som driftsansvarlige for det regionale sundhedsvæsen, der primært omfatter sygehussektoren og de praktiserende læger, til opgave at sikre, at FMK-integrationer udvikles og implementeres i disse sektorer i overensstemmelse med de aftaler, regionerne har indgået med staten. På tilsvarende vis har kommunerne til opgave at sikre, at FMK udvikles og implementeres i kommunerne i henhold til de indgåede aftaler med staten. De Praktiserende Lægers Organisation indgår også.

6. Ud over det regionale sundhedsvæsen og kommunernes hjemmesygepleje var det forudsat i FMK-programmets businesscase, at FMK skulle udbredes til en række øvrige offentlige og private sektorer, herunder apoteker, tandlæger, sociale institutioner (fx kommunale bosteder) og Forsvaret. Sundhedsministeriet har oplyst, at aftalen med kommunerne kun omfatter, at FMK indføres i hjemmesygeplejen, men at de løsninger, der udvikles, også kan anvendes af bosteder.

Der er endnu ikke indgået aftaler om, at disse øvrige sektorer tilsluttes FMK via lokale integrationer. Oplysninger om recepter og udlevering af medicin på baggrund af recepter udveksles dog mellem FMK og apotekernes it-systemer, og apotekerne er forpligtet til at indberette disse oplysninger. Tandlæger og andre relevante sundhedspersoner på arbejdspladser uden en FMK-integration til deres eget it-system kan anvende FMK-online. Sundhedsministeriet har oplyst, at nogle kommunale bosteder anvender FMK-online.

Bekendtgørelse nr. 460 af 8. maj 2014 om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger forpligter læger til at indberette oplysninger om medicin til FMK.

Pr. 1. september 2014 er alle læger blevet forpligtet til at indberette oplysninger om medicin i FMK, jf. bekendtgørelse om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger. For hospitalslæger trådte forpligtelsen i kraft den 1. juni 2014. Øvrigt sundhedspersonale, herunder tandlæger, hjemmesygeplejersker og ansatte på botilbud, er ikke blevet forpligtet til at anvende FMK.

FMK-programmets omkostninger

7. SDSD søgte i 2008 den daværende ABT-fond (nu Fonden for Velfærdsteknologi) under Finansministeriet om midler til etablering af FMK. Ansøgningen var baseret på en businesscase, der forventede økonomiske gevinster på ca. 123 mio. kr. om året, når FMK havde været i fuld anvendelse i 2 år. På den baggrund reserverede ABT-fonden i alt 199,6 mio. kr. til FMK. De blev bevillingsmæssigt flyttet til Sundhedsministeriet, som varetog udbetalingen af tilskuddet til FMK-programmet i 2 dele på henholdsvis 80 mio. kr. og 119,6 mio. kr.

Sundhedsministeriet og hovedparten af regionerne har oplyst, at det var forudsat fra starten, at der ville være omkostninger til FMK ud over bevillingen fra ABT-fonden. Disse omkostninger skulle parterne selv afholde. Alle regionerne har oplyst, at de har haft meromkostninger til FMK ud over bevillingen fra ABT-fonden, men at de samlede omkostninger på tværs af regionerne ikke er opgjort.

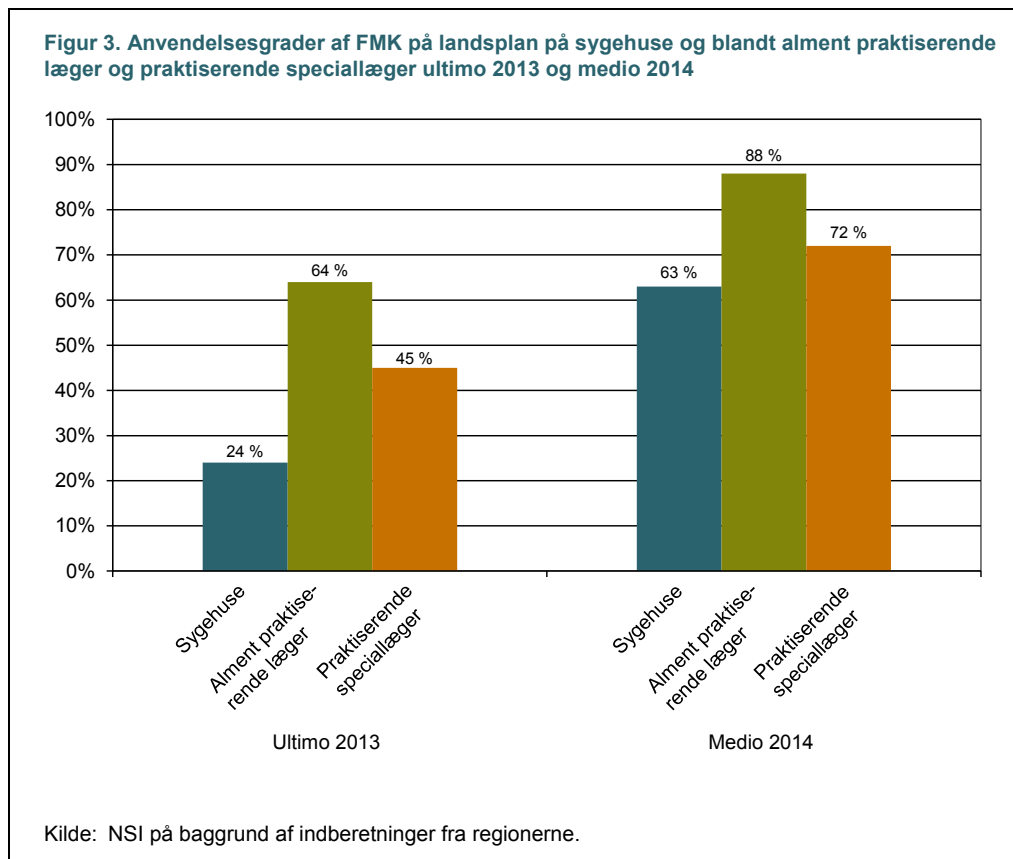
Status på implementeringen af FMK

8. FMK skulle oprindeligt have været fuldt udrullet ved udgangen af 2011. Ved fristens udløb var det centrale FMK-system og FMK-online tilgængeligt, og vagtlægerne var blevet tilsluttet og havde taget FMK i anvendelse. Imidlertid havde kun Region Sjælland og Region Hovedstaden sikret teknisk implementering af lokale FMK-integrationer på alle regionens sygehuse. Region Midtjylland havde teknisk implementeret FMK på nogle sygehuse. Anvendelsen af FMK (dvs. den organisatoriske implementering) i de 3 regioner var meget begrænset. De 2 øvrige regioner havde ikke teknisk implementeret FMK ultimo 2011. Region Hovedstaden har oplyst, at regionen lukkede ned for brugen af FMK i april 2012, da der viste sig problemer med regionens lokale FMK-integration. NSI har oplyst, at de praktiserende læger ultimo 2011 havde en meget begrænset teknisk implementering og anvendelse af FMK.

9. En ny frist for sygehusene og de praktiserende læger blev sat til udgangen af 2013, mens kommunerne efter den nye frist skal have teknisk implementeret FMK i hjemmesygeplejen ultimo 2014 med henblik på fuld anvendelse medio 2015.

NSI har oplyst, at der ikke er sammenlignelige opgørelser af anvendelsen af FMK på sygehusene ultimo 2011 og ultimo 2013. NSI har videre oplyst, at der ikke måles på vagtlægernes brug af FMK, idet vagtlægerens system teknisk set er bygget op, så de arbejder direkte i FMK, når de håndterer medicinoplysninger.

Figur 3 viser sygehusenes, de alment praktiserende lægers og de praktiserende speciallægers anvendelse af FMK på landsplan ultimo 2013 og den aktuelle status for anvendelse medio 2014, sådan som de opgøres af NSI på baggrund af regionernes indrapporteringer.



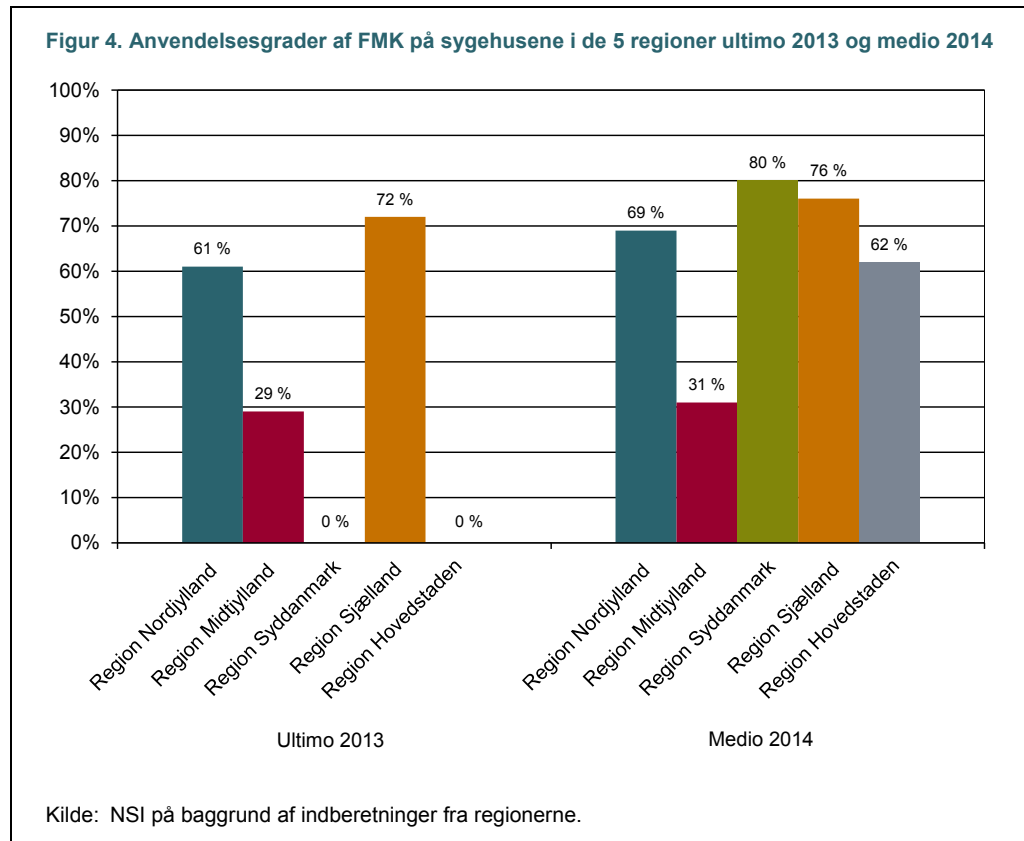
Anvendelsesgraden på sygehusene er målt som andelen af indlagte patienter, der får afstemt deres medicinkort, når de bliver udskrevet.

Anvendelsesgraden hos de praktiserende læger er målt som andelen af læger, der har foretaget mindst ét opslag i FMK inden for 4 uger. Et samlet tal for anvendelsesgraden for alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger vil ifølge NSI ikke være retvisende. De 2 grupper er derfor opgjort separat.

Det fremgår af figur 3, at målet om, at FMK skulle anvendes fuldt på sygehusene og hos de praktiserende læger ved udgangen af 2013, ikke blev nået. Ultimo 2013 viste opgørelserne en anvendelsesgrad på landsplan på 24 % på sygehusene, 64 % hos de alment praktiserende læger og 45 % hos de praktiserende speciallæger. Medio 2014 viste opgørelserne en anvendelsesgrad på 63 % på sygehusene, 88 % hos de alment praktiserende læger og 72 % hos de praktiserende speciallæger.

Ved den nye frist ultimo 2013 var der stor forskel på regionernes tekniske implementering af FMK på sygehusene. Region Syddanmark og Region Hovedstaden havde kun teknisk implementeret FMK på ét sygehus i hver deres region, mens de øvrige 3 regioner havde teknisk implementeret FMK på alle sygehuse. Medio 2014 var FMK teknisk implementeret på alle sygehuse i regionerne undtagen på ét sygehus i Region Syddanmark, som endnu ikke havde taget regionens fælles EPJ-system i brug og dermed ikke FMK-integrationen. Sundhedsministeriet har oplyst, at sygehuset i stedet anvendte FMK-online.

Figur 4 viser anvendelsen af FMK på sygehusene for hver af de 5 regioner ultimo 2013 og den aktuelle status for anvendelse medio 2014, som NSI har opgjort på baggrund af indberetninger fra regionerne.



Det fremgår af figur 4, at opgørelserne viste, at Region Nordjylland og Region Sjælland ultimo 2013 havde de højeste anvendelsesgrader af FMK på sygehusene på henholdsvis 61 % og 72 %. Region Syddanmarks og Region Hovedstadens anvendelse er angivet som 0 %, fordi de 2 regioner ultimo 2013 ikke kunne måle anvendelsen efter den aftalte metode. Medio 2014 lå anvendelsesgraden ifølge opgørelserne højest i Region Syddanmark og Region Sjælland med henholdsvis 80 % og 76 %. Region Nordjylland og Region Hovedstaden havde ifølge opgørelserne en anvendelsesgrad på henholdsvis 69 % og 62 %. Region Midtjylland havde en anvendelsesgrad på 31 %.

Bilag 3 viser graden af teknisk implementering og anvendelse for sygehuse, alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger ultimo 2011, ultimo 2013 og medio 2014, som opgjort af NSI. På grund af forskelle i opgørelsesmetoden indgår tal for anvendelsesgraden for sygehusene ultimo 2011 ikke.

I kap. 4 gennemgår vi, om metoderne til at opgøre anvendelsesgraderne er retvisende i forhold til at måle på den fulde anvendelse af FMK.

Undersøgelsens baggrund

10. Vi har selv taget initiativ til undersøgelsen i oktober 2013. Der er overordnet 3 årsager hertil:

- FMK kan blive et væsentligt redskab til at nedbringe medicineringsfejl og dermed øge patientsikkerheden. Udviklingen og implementeringen af FMK er imidlertid forsinket.
- Omfanget af sektorer, der skal udvikle og implementere FMK-integrationer, og antallet af brugere, der skal anvende FMK, gør det til det hidtil mest omfattende tværsektorielle digitaliseringsprogram i sundhedsvæsenet i Danmark.
- Vi forventer, at der i de kommende år vil komme flere tværsektorielle "megaprogrammer" både i sundhedsvæsenet og i andre sektorer. På den baggrund har vi fundet det væsentligt at undersøge FMK med henblik på at give fremadrettede anbefalinger.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

11. Undersøgelsens revisionskriterier er baseret på den fællesstatslige programmodel, som Digitaliseringsstyrelsen i 2013 har udviklet til at styre statslige programmer, herunder modellens særlige overvejelser for programmer med flere uafhængige parter (tværmyndigheds-/tværoffentlige programmer). FMK-programmet er imidlertid ikke kun tværoffentligt, men også tværsektorielt, idet private aktører indgår. Den fællesstatslige programmodel forholder sig ikke specifikt hertil.

Den fællesstatslige programmodel er udarbejdet på baggrund af programstyringsmodellen MSP (Managing Successful Programmes), som NSI har oplyst, at de i væsentlig grad har anvendt som grundlag for deres programstyring. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet er enig i, at den fællesstatslige programmodel kan anvendes som revisionskriterium i denne undersøgelse – også selv om FMK-programmet blev startet op i 2008, før den fællesstatslige programmodel blev udarbejdet.

Undersøgelsens revisionskriterier er desuden baseret på regler for bevillinger fra ABT-fonden, Finansministeriets "Vejledning om risikovurdering af IT-projekter", der var gældende, da businesscasen blev udarbejdet, og "Vejledning om risikostyring og anvendelse af risikoregisteret" (august 2013). Endvidere er revisionskriterierne baseret på rapporten "Erfaringer fra statslige IT-projekter – hvordan gør man det bedre" fra 2001 (herefter Bonnerup-rapporten). NSI har påpeget, at Bonnerup-rapporten vedrører statslige it-projekter, mens FMK er et tværsektorielt program. Vi har inddraget de elementer af Bonnerup-rapporten, som vi finder centrale og gyldige, selv om FMK er et tværsektorielt program. Fx påpeger rapporten, at succesrig indførelse af nye digitale løsninger kræver, at brugerne uddannes i at anvende løsningen.

12. Metodisk er undersøgelsen baseret på en gennemgang af skriftligt materiale og redegørelser fra Sundhedsministeriet, NSI, de 5 regioner og ét sygehus i hver region, interviews med parterne og en it-revision af NSI's sikring af it-sikkerheden af FMK. Endvidere har vi i undersøgelsen brugt tal for anvendelsen af FMK, som NSI har opgjort på baggrund af indberetninger fra regionerne.

Som led i undersøgelsen har Rigsrevisionen inddraget 2 eksterne eksperter i it-projektstyring for at kvalificere vores revision af programstyringen. Rigsrevisionen har desuden hørt Digitaliseringsstyrelsen i forhold til formål og principper for den fællesstatslige programmodel og Rigsrevisionens anbefalinger. De anvendte metoder er uddybet i bilag 1.

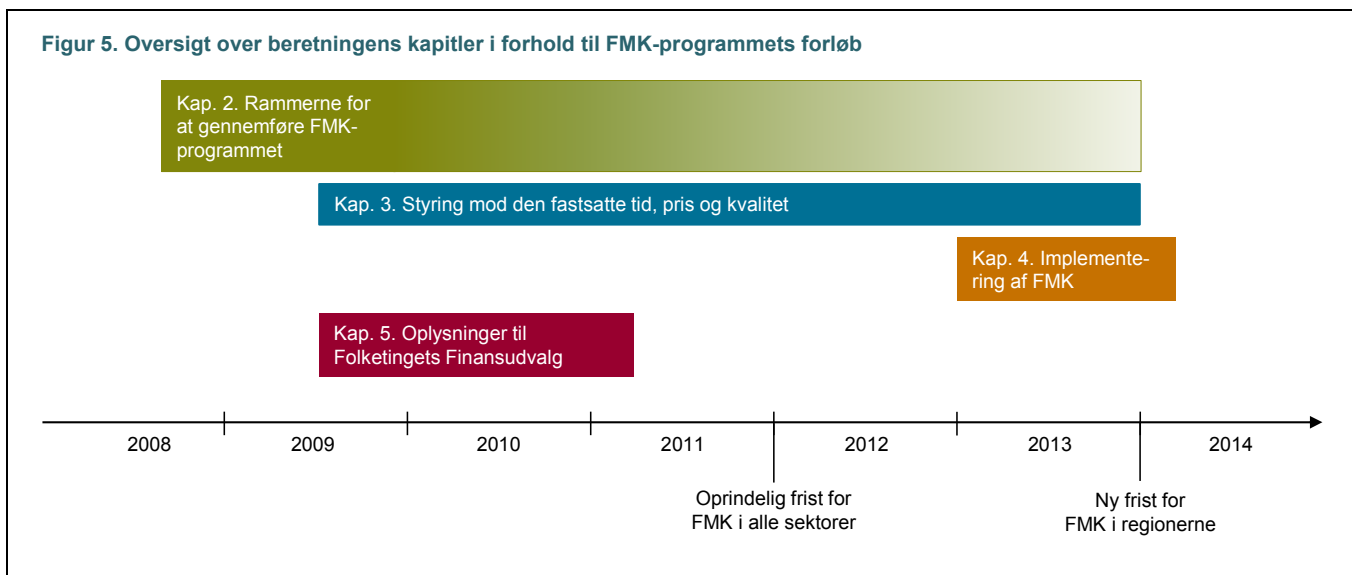
Revisionen er udført i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik, jf. boks 1.

BOKS 1. GOD OFFENTLIG REVISIONSSKIK

God offentlig revisionsskik er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

13. Undersøgelsen handler om perioden fra FMK-programmets første styregruppemøde i august 2008, som vi anser som programmets start, til udgangen af 2013, hvor FMK ifølge de nye frister skulle have været fuldt indført på sygehusene og hos de praktiserende læger. Vi bringer dog opdaterede tal for den tekniske implementering og anvendelsen af FMK pr. 1. juni 2014. It-revisionen er udført primo 2014. Bilag 2 viser en tidslinje for FMK-programmet.

Figur 5 viser, hvordan beretningen er struktureret i forhold til FMK-programmets forløb.



Det fremgår af figur 5, at kap. 2 handler om rammerne for at gennemføre FMK-programmet. Rammerne blev udarbejdet fra august 2008 og består af organiseringen og forberedelserne af programmet. Programmets businesscase forelå i juni 2009, og en detaljeret tidsplan forelå i oktober 2009. I kap. 2 behandler vi også ændringer af organiseringen, herunder ny bestyrelse og styregrupper, frem mod ultimo 2013.

I kap. 3 behandles parternes styring af udviklingen og implementeringen af FMK i perioden juni 2009 - ultimo 2013. I kap. 4 undersøger vi implementeringen af FMK ultimo 2013. It-revisionen er foretaget primo 2014. Kap. 5 handler om de oplysninger om FMK, som Sundhedsministeriet har givet til Folketingets Finansudvalg.

14. Tid, pris og kvalitet er centrale begreber i beretningen. De defineres på følgende måde:

Med *tid* forstås vi overholdelse af de 2 frister henholdsvis ultimo 2011 og ultimo 2013.

Med *pris* forstås vi parternes samlede omkostninger til udvikling, implementering og drift af FMK centralt og lokalt, dvs. ikke kun bevillingen fra ABT-fonden, samt gevinsterne ved systemet.

Med *kvalitet* forstås vi, at FMK understøtter sundhedspersonalets arbejde, hvor oplysninger om patienternes medicinering indgår, ved at alle forudsatte brugere er tilsluttet, og relevante brugere altid har nem adgang til medicinkort, der indeholder korrekte og opdaterede medicinoplysninger.

15. I beretningen undersøger vi Sundhedsministeriets, NSI's og regionernes indsats for at udvikle og implementere FMK. Vi har ikke undersøgt indsatsen for at få øvrige parter tilsluttet, fx apotekerne. Endvidere har vi ikke undersøgt NSI's centrale leverandørstyring eller regionernes projektstyring af udviklingen af deres lokale FMK-integrationer, herunder regionernes leverandørstyring. Endelig indgår det ikke i undersøgelsen, hvilken indsats øvrige parter, fx kommunerne eller apotekerne, har gjort for at indføre FMK, og hvordan den indsats har indvirket på FMK-programmets samlede status i dag.

Vi har ikke undersøgt styringen mod pris og kvalitet særskilt op imod først 2011-fristen og dernæst 2013-fristen, idet vi vurderer, at der var tale om en udsættelse af tidsfristen og ikke en ændring af FMK-programmet i øvrigt.

Bilag 4 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Rammerne for at gennemføre FMK-programmet

Rigsrevisionen vurderer, at Sundhedsministeriets og NSI's indsats for at sikre rammerne for at gennemføre FMK-programmet har været meget mangelfuld. Det er Rigsrevisionens vurdering, at programmet fra starten manglede ledelseskraft og incitamenter hos de deltagende parter til at nå målet.

Sundhedsministeriet og NSI har på en række væsentlige punkter ikke fulgt god praksis for ledelsesforankring. Således har FMK-programmet ikke haft én person som programejer med ansvar for at sikre, at programmet når sine mål, og programmet har i sammenlagt 1 år og 5 måneder været uden fungerende styregruppe. Derudover har parterne i styregrupperne samlet set ikke været repræsenteret på tilstrækkeligt højt ledelsesniveau. NSI har dog gennemgående været repræsenteret på ledelsesniveau, og Sundhedsministeriet har fra april 2013 styrket sin egen repræsentation. Endvidere sikrede Sundhedsministeriet og NSI ikke i tilstrækkelig grad, at parternes ansvar for programmets dele blev klarlagt, og parterne forpligtet på at levere. Endelig blev programmets parter ikke tilstrækkeligt inddraget i ledelsen. Fx er den daglige ledelse kun blevet varetaget af det centrale niveau, mens de øvrige parter ikke har indgået heri.

Rigsrevisionen vurderer, at NSI's forberedelse på afgørende punkter gav et utilstrækkeligt grundlag for at gennemføre FMK-programmet til den fastsatte kvalitet og tid. For det første var afdækningen af de arbejdsprocesser, som FMK skulle understøtte, mangelfuld. Det betød, at grundlaget for at udvikle FMK og for at forberede den organisatoriske implementering ikke var tilstrækkeligt. For det andet var tidsplanen meget stram og gav ikke mulighed for, at erfaringerne fra én bølge i programmet blev anvendt i den næste bølge. For det tredje undervurderede NSI programmets risici og forberedte sig ikke tilstrækkeligt på at imødegå de risici, der truede programmet.

Sundhedsministeriet og NSI har ikke sikret rammer, som gør det muligt at opgøre prisen for FMK – hverken hvad angår omkostninger eller gevinster. Rigsrevisionen vurderer, at NSI for at sikre et retvisende beslutningsgrundlag burde have anført tydeligt i businesscasen, at opgørelsen af de forventede økonomiske gevinster var forbundet med stor usikkerhed, fordi beregningerne kun omfattede indlagte somatiske patienter og ikke inddrog anvendelsen af FMK andre steder, fx i ambulatorierne og hos de praktiserende læger. Disse usikkerheder har også betydet, at det ikke stod klart, hvilke omkostninger og gevinster de enkelte deltagende parter havde, og dermed heller ikke, hvad deres incitamenter var for at sikre, at FMK blev udviklet og implementeret.

16. Dette kapitel handler om, hvorvidt SDSD/NSI og Sundhedsministeriet har sikret rammerne for at gennemføre FMK-programmet.

2.1. Svag ledelsesmæssig forankring og uklar ansvarsplacering

17. Vi har vurderet, om SDSD/NSI og Sundhedsministeriet har sikret fornøden ledelsesmæssig forankring af FMK-programmet. Først har vi klarlagt, hvilke aftaler der er indgået om at anvende FMK. Dernæst har vi undersøgt, om SDSD/NSI og Sundhedsministeriet inden for rammerne af disse aftaler har sikret ledelsesmæssig forankring og klar ansvarsplacering hos de deltagende parter i overensstemmelse med god praksis for programledelse.

Aftaler om FMK

18. Parterne bag FMK er som selvstændige myndigheder og private aktører uafhængige parter, der ikke indgår i ét samlet beslutningshierarki. Sundhedsministeriet har oplyst, at FMK organisatorisk er forankret i økonomiaftaler mellem staten og henholdsvis regionerne og kommunerne. For så vidt angår de praktiserende læger, som også er part i FMK-programmet, skal deres deltagelse aftales via overenskomster. Det er et vilkår, at økonomiaftaler og overenskomster indgås uden for programmet i politisk regi. Tabel 1 viser, hvilke aftaler der er indgået uden for programmets regi om at anvende FMK.

Tabel 1. Aftaler om at anvende FMK

Part i FMK	Indgået	Aftale	Indhold af aftale
Regioner	Juni 2009	Aftale om regionernes økonomi for 2010 indgået mellem regeringen og Danske Regioner.	Udrulning af FMK i alle regioner og hos praktiserende læger inden udgangen af 2011.
	Juni 2013	Aftale om regionernes økonomi for 2014 indgået mellem regeringen og Danske Regioner.	Fuld udbredelse og anvendelse af FMK i alle regioner i 2013. Regional medfinansiering af det centrale FMK.
Kommuner	Juni 2009	Aftale om kommunernes økonomi for 2010 indgået mellem regeringen og KL.	Udrulning af FMK i alle kommuner inden udgangen af 2011.
	Juni 2013	Aftale om kommunernes økonomi for 2014 indgået mellem regeringen og KL.	Fuld udbredelse i alle kommuner i 2014 med henblik på fuld anvendelse medio 2015. Styrkelse af kommunal teknisk implementering af FMK inden for de eksisterende økonomiske rammer. Kommunal medfinansiering af det centrale FMK.
Praktiserende læger	December 2010 og marts 2011	Overenskomst om almen praksis indgået mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Overenskomst om speciallægehjælp indgået mellem Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.	Anvendelse af FMK inden udgangen af 2011, dog tidligst når alle sygehuse i lægens region har sat FMK i drift. Honoraret er 2.500 kr. Forpligtelse til uhonoreret at anvende FMK til alle fremadrettede ordinationer.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundhedsministeriet.

Det fremgår af tabel 1, at regeringen og henholdsvis Danske Regioner og KL har indgået aftaler om at indføre FMK på vegne af regioner og kommuner. For regionerne var den oprindelige frist for anvendelse ultimo 2011, og den nye frist ultimo 2013. For kommunerne var den oprindelige frist også 2011, mens den nye frist er fuld udbredelse (dvs. fuld teknisk implementering) i 2014 med henblik på fuld anvendelse medio 2015. Sundhedsministeriet har oplyst, at aftalen med kommunerne kun omfatter, at FMK indføres i hjemmesygeplejen, jf. kap. 1.

19. Vores gennemgang viser, at aftalerne indeholder overordnede forpligtelser af regionerne og kommunerne til at anvende FMK inden for en tidsfrist.

Det fremgår desuden af tabellen, at staten, regionerne og kommunerne i overenskomstregi har aftalt med de praktiserende læger, at de skal anvende FMK til fremadrettede ordinationer, når sygehusene anvender FMK. Hver praktiserende læge modtager 2.500 kr. herfor og skal herefter anvende FMK uhonoreret.

Ledelsesforankring og ansvarsplacering

20. Det fremgår af Bonnerup-rapporten, at en stærk ledelsesforankring er en forudsætning for, at et it-projekt lykkes. Den fællesstatslige programmodel forudsætter, at et program ledes forankres via en programbestyrelse, en programstyregruppe med en programejer som formand og en programledelse. Modellen fastslår videre, at det er centralt at klarlægge rolle- og ansvarsfordelingen mellem de deltagende parter. Modellen specificerer dog ikke nærmere hvordan.

21. NSI og Sundhedsministeriet har ansvaret for at sikre ledelsesforankring og ansvarsplacering af FMK-programmet på tværs af de deltagende aktører og inden for rammerne af de aftaler, som er indgået med disse aktører uden for programmets regi, idet NSI har ansvaret for at udmønte tværgående digitaliseringsinitiativer på sundhedsområdet, ligesom SDSD tidligere havde denne opgave. Sundhedsministeriet skal understøtte NSI i denne opgave, idet ministeriet har koncernansvaret for NSI og dermed for FMK. Det samme gjaldt i SDSD, hvor staten havde bestemmende indflydelse, idet staten fra september 2008 havde flest medlemmer i bestyrelsen, og Sundhedsministeriet udpegede formanden.

Vi har gennemgået, om Sundhedsministeriet og SDSD/NSI har sikret ledelsesforankringen og ansvarsplaceringen i overensstemmelse med god praksis for programstyring.

Figur 6 viser FMK-programmets ledelse, som den så ud ultimo 2013. Figuren forklares i gennemgangen nedenfor.



MedCom blev etableret i 1994 som en fællesoffentlig nonprofit-organisation, der faciliterer samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer om projekter vedrørende digital kommunikation i sundhedsvæsenet. Parterne bag MedCom udgøres i dag af Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL.

Programbestyrelse

22. Programbestyrelsen udgør det øverste ledelsesniveau inden for programmets rammer. Bestyrelsen skal bl.a. sikre de strategiske og organisatoriske rammer for programmet og bør derfor ifølge programmodellen bestå af de parter, der betaler for/bidrager til programmets realisering og skal høste gevinster. Medlemmerne bør komme fra de deltagende parter øverste ledelse. Modellen anviser, at myndighederne kan overveje at bruge allerede etablerede organer som programbestyrelse for at sikre sammenhæng med øvrige strategiske tiltag og for at udnytte allerede etablerede tværoffentlige beslutningsstrukturer.

23. FMK-programmet har haft 2 programbestyrelser: Bestyrelsen for Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD-bestyrelsen) var programmets bestyrelse, til SDSD blev nedlagt i 2010. Den nationale bestyrelse for sundheds-it blev oprettet i december 2010 og er programmets nuværende bestyrelse. De 2 bestyrelser er således allerede etablerede organer, der blandt andre opgaver har haft/har ansvaret for FMK.

Vores gennemgang viser, at det ikke er fastlagt på skrift, hvad de 2 bestyrelser ansvar og opgaver specifikt var og er for FMK-programmet. Af vedtægterne for *SDSD-bestyrelsen* fremgår det kun, at SDSD med bestyrelsen i spidsen havde det overordnede ansvar for det tværgående udviklingsarbejde med sundheds-it. Kommissoriet for *den nationale bestyrelse for sundheds-it* fastslår, at bestyrelsen bl.a. forestår den løbende koordination og årlige opfølgning til regeringen (og Danske Regioner), herunder vedrørende fremdrift og gevinstrealiseringer i forhold til mål/milepæle aftalt i de årlige økonomiaftaler.

Gennemgangen viser desuden, at Sundhedsministeriet, Finansministeriet, regionerne og kommunerne har været repræsenteret i begge bestyrelser på direktionsniveau. Imidlertid har de praktiserende læger ikke indgået i bestyrelserne, selv om de har en afgørende andel i at realisere FMK-programmet. De praktiserende læger udskrev således ifølge Sundhedsministeriet 86 % af alle recepter, der blev ekspederet på landets apoteker i 2013.

Sundhedsministeriet har oplyst, at de praktiserende læger ikke indgår i de 2 bestyrelser, idet det udelukkende er parterne bag økonomiaftalerne, der har plads her. Ministeriet har videre oplyst, at en repræsentant for Praktiserende Lægers Organisation deltog på et møde i den nationale bestyrelse for sundheds-it i december 2012, hvor den nye tidsplan blev drøftet. Endelig har ministeriet oplyst, at regionerne er gevinstejer for praksissektoren, idet sektoren finansieres af regionerne.

Programejer

24. Det er centralt, at parterne bag et program udpeger én navngiven person som programejer. Ifølge programmodellen udpeger programbestyrelsen programejeren blandt sine medlemmer. Programejeren er formand for styregruppen og har ansvaret for, at programmet når sine mål på tværs af de deltagende organisationer. Det følger af programmodellen, at der også i programmer med flere uafhængige parter skal udpeges én programejer. Programejerens opgave vil her være at eskalere problemer, som programejeren ikke selv har mandat til at løse, til bestyrelsen og holde de deltagende parter op på deres ansvar.

25. Vores gennemgang viser, at en navngiven chef hos SDSD var udpeget som programejer ved FMK-programmets start. Vedkommende forlod i slutningen af 2010 programmet. Den nationale bestyrelse for sundheds-it, herunder Sundhedsministeriet, har ikke efterspurgt eller udpeget en ny programejer.

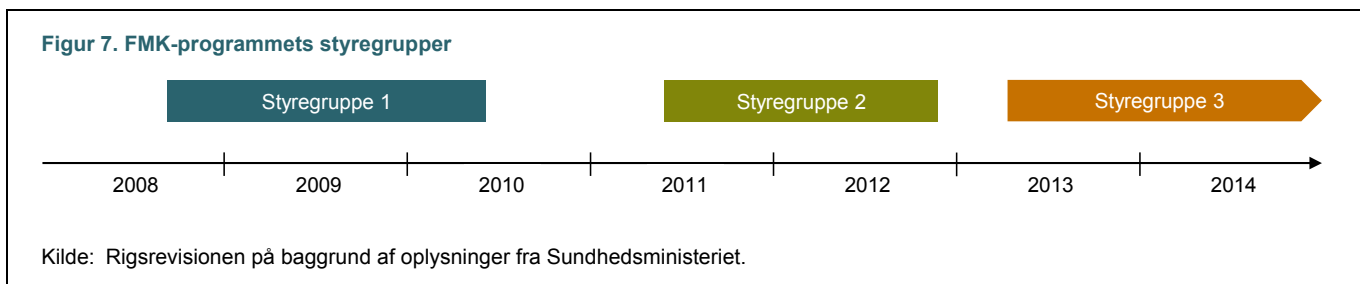
NSI har imidlertid oplyst, at programejerskabet har været forankret i de 2 bestyrelser.

Rigsrevisionen konstaterer, at programejeren i medfør af programmodellen er en særskilt rolle, der skal sikre et entydigt ansvar for et program hos én person. NSI kan i øvrigt ikke dokumentere, at nogen af de 2 bestyrelser har påtaget sig programejerskabet.

Programstyregruppe

26. Styregruppen har til opgave at lede det samlede program inden for de rammer, der er fastsat uden for programmets regi, fx i politiske aftaler, og af bestyrelsen. Ifølge programmodellen skal alle involverede parter i programmer med flere parter være repræsenteret i styregruppen, eventuelt ved at nogle myndigheder repræsenterer andre, fx KL for alle kommuner. Deltagerne bør være på koncernledelsesniveau. Det er samtidig god praksis, at programejeren som styregruppeformand sikrer, at styregruppemedlemmerne har forstået deres rolle og ansvar.

27. Figur 7 viser, hvilke styregrupper FMK-programmet har haft, og i hvilke perioder de har fungeret.



Det fremgår af figur 7, at FMK-programmet har haft 3 forskellige styregrupper. Programmet har i 2 perioder ikke haft en fungerende styregruppe. Første gang i ca. 1 år fra maj 2010 til maj 2011 og anden gang i ca. 5 måneder fra november 2012 til april 2013.

28. Gennemgangen af styregruppernes sammensætning viser, at Sundhedsministeriet, SDSD/NSI, regionerne, kommunerne og Praktiserende Lægers Organisation har deltaget i alle 3 styregrupper. Endvidere har øvrige parter indgået i de forskellige styregrupper. Formanden for styregruppe 1 var den udpegede programejer fra SDSD, formanden for styregruppe 2 var fra den daværende Lægemiddelstyrelse, og formanden for styregruppe 3 er fra Sundhedsministeriet.

I forhold til hvem der repræsenterer parterne, fremgår det af kommissorierne for styregruppe 2 og 3, at medlemmerne skal have beslutningskompetence på vegne af egen organisation til at træffe beslutninger, så FMK-programmets mål nås. I kommissoriet for styregruppe 3 præciseres, at det indebærer, at medlemmerne skal være på direktør-/kontorchefniveau. Kommissoriet for styregruppe 1 berører ikke dette.

Gennemgangen af, hvem der har repræsenteret parterne i styregrupperne, viser, at det kun er SDSD/NSI, der gennem hele FMK-programmet har deltaget på ledelsesniveau. De øvrige parter har enten kun i perioder eller slet ikke deltaget på ledelsesniveau. Sundhedsministeriet har fremhævet, at ministeriet har øget sin ledelsesforankring af programmet, idet ministeriet overtog styregruppeformandskabet i styregruppe 3 og bemandede posten på kontorchefniveau. Vores gennemgang viser dog også, at ministeriet kun deltog på ledelsesniveau i 2 af 5 møder i styregruppe 3 frem til fristens udløb ultimo 2013.

Ud over de formelle krav i kommissorierne for styregruppe 2 og 3 har hverken programledelsen hos SDSD/NSI, bestyrelsen, Sundhedsministeriet eller regionerne taget initiativ til at sikre, at alle medlemmer har været på ledelsesniveau.

Endelig viser gennemgangen, at SDSD/NSI ikke har præsenteret styregruppemedlemmerne for deres rolle og ansvar på skrift med henblik på godkendelse – ud over teksten i kommissorierne.

Programledelse

29. Ifølge den fællesstatslige programmodel skal en programleder varetage den daglige ledelse af programmet inden for de rammer, som styregruppen har fastsat. For at sikre, at så mange parter som muligt er repræsenteret i ledelsen af programmer med flere uafhængige parter, anbefaler modellen, at programlederen kommer fra en anden organisation end formanden for styregruppen. Ved komplekse programmer anbefales det, at der er programledere fra hver af de deltagende organisationer.

30. Vores gennemgang viser, at FMK-programmet kun har haft én programleder ad gangen. Programlederskabet har været placeret hos SDSD/NSI. De øvrige parter har ikke bidraget med programledere til programmet, men har kun varetaget egne projekter i programmet. Således har både programledelsen og styregruppeformandskabet udelukkende ligget på centralt niveau.

Resultater

31. Undersøgelsen viser, at Sundhedsministeriet ikke har taget initiativ til at sikre, at bestyrelsernes rolle og ansvar for FMK-programmet er blevet klarlagt, og at der er en fælles forståelse heraf hos de deltagende parter. De praktiserende læger har ikke siddet i bestyrelserne, da de er en privat part. En repræsentant for Praktiserende Lægers Organisation har deltaget på et møde om FMK i den nationale bestyrelse for sundheds-it, men har ikke været løbende involveret i bestyrelsernes arbejde med FMK.

SDSD/NSI og Sundhedsministeriet har ikke sikret, at programmet gennemgående har haft en fungerende styregruppe. De har heller ikke sikret, at parterne har deltaget på det forudsatte ledelsesniveau, eller at styregruppens ansvar og rolle var klarlagt og forstået af medlemmerne.

Hverken SDSD/NSI, Sundhedsministeriet eller bestyrelserne har sikret, at en ny program-ejer blev udpeget, efter at den første forlod programmet ultimo 2010. Dermed har ansvaret for, at programmet når sine mål, ikke været klart placeret.

Sundhedsministeriet har fremhævet, at ministeriet fra styregruppe 3, der blev nedsat i foråret 2013, har styrket sin egen forankring ved at overtage formandskabet på kontorchefniveau. Rigsrevisionens gennemgang viser dog, at formanden kun har været til stede på 2 ud af 5 møder i styregruppen frem til fristens udløb ultimo 2013.

Den daglige ledelse af FMK-programmet i programledelsen og formandskabet for styregruppen har kun været varetaget på centralt niveau. Programmets øvrige parter har ikke indgået, på trods af at disse parter bidrager med afgørende dele til programmet.

2.2. Forberedelsen gav ikke et tilstrækkeligt grundlag for at gennemføre FMK-programmet

32. Vi har vurderet, om SDSD's forberedelse gav et godt grundlag for at gennemføre FMK-programmet. Det har vi gjort ved at undersøge, om SDSD i programgrundlaget har afdækket de arbejdsprocesser, som FMK skal understøtte, har risikovurderet programmet og har lagt en tidsplan i overensstemmelse med god praksis for programstyring.

Kortlægning af arbejdsprocesser

33. Programmer handler om organisatorisk forandring. Derfor skal myndighederne kortlægge de arbejdsprocesser, som den nye digitale løsning skal understøtte, som de ser ud, inden løsningen indføres (førsituationen), og hvordan arbejdsprocesserne skal være i fremtiden, efter at løsningen er indført (fremtidssituationen). Målet er at få et overblik over den forandring, som programmet skal gennemføre, og dermed sikre, at den digitale løsning understøtter brugernes arbejde som tiltænkt, når den er implementeret.

Førsituationen

34. Vores gennemgang viser, at programgrundlaget for FMK kun på et meget overordnet plan beskriver de eksisterende arbejdsprocesser, dvs. førsituationen. Programgrundlaget beskriver, at forskellige personalegrupper i forskellige sektorer i sundhedsvæsenet har brug for informationer om en patients aktuelle medicinering. Dernæst beskrives, at hver af disse sektorer har separate lister med patienternes medicinoplysninger. Oplysninger udveksles mellem sektorerne via brev, e-mail, telefon mv.

Et ambulatorium på et sygehus er et undersøgelses- og behandlingssted for patienter, som ikke er indlagt.

Det fremgår imidlertid ikke af programgrundlaget, hvordan de arbejdsprocesser, hvor medicinoplysninger anvendes, foregår, herunder hvilke personalegrupper der udfører dem, fx hvilke personalegrupper der regulerer patienternes medicin som led i behandlingen i ambulatorierne. Det fremgår derfor heller ikke, om indførelse af FMK vil betyde, at andre personalegrupper vil skulle foretage disse arbejdsprocesser, efter at FMK er indført, eller om de skal foretages på en anden måde.

NSI har oplyst, at programgrundlaget er udarbejdet uden at kortlægge de arbejdsprocesser, hvor forskelligt sundhedspersonale i forskellige sektorer har brug for oplysninger om patienternes medicinering. NSI kortlagde derved ikke, hvordan disse arbejdsprocesser foregik i virkeligheden før FMK, fx ved observation på et ambulatorium eller i en lægepraksis.

Fremtidssituationen

35. SDSD udarbejdede i samarbejde med et eksternt konsulentfirma i 2009 foreløbige beskrivelser af arbejdsprocesserne efter FMK-implementering og anbefalinger til udviklingen af de lokale FMK-integrationer. NSI har oplyst, at disse var baseret på de formelle regler og vejledninger for autoriserede sundhedspersoner samt workshops med relevante aktører. Anbefalingerne blev opdateret i 2010 på baggrund af erfaringerne fra et pilotprojekt. Pilotprojektet behandles nærmere nedenfor og i kap. 3.

Vores gennemgang af disse arbejdsprocesbeskrivelser og anbefalinger viser, at de omfattede konsultation ved praktiserende læge, indlæggelse på og udskrivelse fra sygehuset samt ambulante besøg på sygehuset. Beskrivelserne omfattede imidlertid kun læger, selv om en række andre personalegrupper anvender oplysninger om borgernes medicin i deres arbejde. Fx har regionerne oplyst, at sygeplejersker ofte varetager en stor del af opgaverne i ambulatorierne, fx justering af en diabetespatients medicin som lægens medhjælp. Hvis sygeplejerskerne også i fremtidssituationen med FMK skulle udføre de arbejdsopgaver, de varetog i førsituationen, ville de have brug for at have adgang til FMK. Dermed ville en fyldestgørende beskrivelse af fremtidssituationen kræve, at sygeplejerskerne også var omfattet.

For de praktiserende læger omfattede beskrivelserne af fremtidssituationen ikke lægesekretærer eller øvrige personalegrupper. Det var heller ikke beskrevet, hvordan arbejdsprocessen skulle forløbe i overgangen mellem praktiserende læge og sygehus.

Risikovurdering

36. God praksis for programstyring forudsætter, at et program risikovurderes. Konkret skal myndighederne ifølge Finansministeriets vejledning om risikovurdering, der gjaldt, da programmets businesscase blev udformet, identificere programmets risici, vurdere dem i forhold til sandsynlighed og konsekvens samt foretage en samlet vurdering af programmets risiko under ét. Dernæst skal myndighederne udarbejde konkrete håndteringstiltag for de risici, hvor konsekvensen er vurderet som høj, hvis de indtræffer.

Samlet risikovurdering

37. Vi har gennemgået SDSD's behandling af risici i businesscasen.

38. Gennemgangen viser, at SDSD havde identificeret i alt 20 risici, der handlede om både den tekniske løsning og om implementeringen. For hver risiko vurderede SDSD sandsynligheden for og konsekvensen af den pågældende risiko som lav, middel eller høj. Konsekvensen af 12 af de 20 risici blev vurderet som høj, mens konsekvensen af andre 7 risici blev vurderet som middel. Kun én risiko blev vurderet som lav. Af de 12 risici med høj konsekvens havde SDSD vurderet, at der var en middel eller høj sandsynlighed for, at 8 af dem ville indtræffe.

SDSD vurderede også FMK-programmets risiko under ét. Ifølge vejledningen om risikovurdering skal det være en samlet vurdering og ikke en gennemsnitsberegning af de enkelte risici, idet blot én risikofaktor med et højt risikoniveau kan betyde høj risiko for programmet samlet set. SDSD vurderede programmets samlede risiko som middel. Imidlertid peger SDSD's egen vurdering af de enkelte risici på, at programmets samlede risiko burde have været vurderet som høj, bl.a. fordi SDSD har vurderet, at konsekvensen af 12 af de 20 risici er høj. Det fremgår ikke, hvad der er baggrunden for, at SDSD på trods af dette har angivet programmets samlede risiko som middel.

Gennemgangen viser desuden, at SDSD for hver risiko har angivet, hvordan den skal håndteres. Det fremgår imidlertid ikke klart af håndteringsforslagene, om SDSD havde planlagt at sætte de pågældende håndteringsplaner i værk på forhånd for at undgå, at risiciene skulle indtræffe, eller om de planlagte håndteringstiltag kun skulle iværksættes, hvis den pågældende risiko faktisk indtraf.

Vurdering og håndtering af 4 centrale risici

39. Vi har udvalgt 4 centrale risici fra risikolisten, der alle senere er indtruffet med negative konsekvenser for opnåelsen af FMK-programmets mål. I afsnit 3.2 og 3.4 gennemgår vi, hvordan SDSD og NSI faktisk håndterede de 4 risici, da de indtraf.

Vi har her gennemgået SDSD's vurdering af hver af de 4 risicis sandsynlighed og konsekvens, og hvordan SDSD planlagde at håndtere risiciene, for at vurdere den oprindelige vurdering og den planlagte håndtering.

En risiko er en mulig hændelse, der – hvis den indtræffer – vil påvirke opfyldelsen af programmets mål.

Når en risiko indtræffer, skal den ikke længere betegnes som en risiko, men som en hændelse. Denne skal håndteres i regi af programmet.

Finansministeriets "Vejledning om risikovurdering af IT-projekter", der var gældende samtidig med Budgetvejledning 2006.

Tabel 2 viser SDSD's vurdering af de 4 risici i forhold til sandsynlighed og konsekvens i businesscasen. Tabellen viser desuden, hvordan SDSD planlagde at håndtere risiciene.

Tabel 2. SDSD's vurdering og planlagte håndtering af 4 konkrete risici i FMK-programmets businesscase, juni 2009

SDSD's beskrivelse af risikoen	SDSD's vurdering af sandsynligheden	SDSD's vurdering af konsekvensen	SDSD's angivelse af håndteringen af risiko
1. Det udvidede pilotprojekt får ikke i tilstrækkelig grad testet den kliniske egnethed ¹⁾ .	Høj	Middel	Udvidet pilotdrift skal sikre at få testet løsningen for klinisk egnethed ved at få mere volumen/fle- re praktiserende læger på, som anvender FMK- løsningen i "ægte drift".
2. Datakvaliteten er for dårlig, herunder uoverensstemmelser mellem de forskellige systemers klassifikationer eller store mængder af fritekst, som kan vanskeliggøre kommunikationen og skabe inkonsistens.	Middel	Høj	Lægemiddelstyrelsen skal anmodes om løbende at holde øje med datakvaliteten. I tilfælde af dalende kvalitet skal løsningsmuligheder vurderes.
3. Nedprioritering af FMK i forbindelse med overenskomstforhandlingerne mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation resulterer i, at der ikke opnås tilstrækkelig enighed om gennemførelse af medicinafstemning og økonomisk kompensation.	Middel	Høj	Det undersøges, hvordan det går med drøftelserne, og om der er behov for en yderligere indsats for at få FMK på dagsordenen.
4. Implementeringen af FMK forsinkes væsentligt for én eller flere grupper af interessenter: sygehusene, de praktiserende læger, speciallægerne og de private sygehuse.	Høj	Lav	Digital Sundhed bistår med vejledning til organisatorisk implementering og undervisningsmateriale. Digital Sundhed vil for at øge motivationen for hurtig implementering visualisere implementeringsgraden på landsplan.

¹⁾ Pilotprojektet betegnes som "udvidet" i businesscasen, fordi der tidligere var blevet gennemført et første pilotprojekt, der havde som mål at teste systemet rent teknisk.

Kilde: Businesscase for FMK, juni 2009.

Den første risiko handler om, at *pilotprojektet* ikke får testet den kliniske egnethed tilstrækkeligt, dvs. om FMK er et anvendeligt redskab til at understøtte sundhedspersonalets arbejde med medicin. Vores undersøgelse viser, at implementeringen ifølge FMK-programmets plan skulle påbegyndes, mens pilotprojektet var under afslutning. På den baggrund konstaterer Rigsrevisionen, at konsekvenserne ville være alvorlige, hvis pilotprojektet fejlede i at få testet FMK's kliniske egnethed. Det stemmer dårligt overens med, at SDSD kun vurderede konsekvensen som middel, hvis risikoen indtraf, jf. tabel 2.

Den anden risiko handler om *dårlig datakvalitet*. Det fremgår af tabel 2, at den planlagte håndtering går ud på, at en løsning skal findes i fremtiden, hvis risikoen indtræffer. Rigsrevisionen konstaterer således, at SDSD ikke havde udarbejdet en konkret håndteringsplan, selv om konsekvensen af risikoen var vurderet som høj.

Den tredje risiko handler om, at *de praktiserende læger ikke bliver forpligtet* til og økonomisk honoreret for at afstemme medicinkortene i FMK, herunder at de skulle stå for at rydde op i borgernes medicinkort. Boks 2 beskriver oprydning i medicinkort.

BOKS 2. OPRYDNING I MEDICINKORT

Borgernes medicinkort viser automatisk recepter og udleveringer på apoteket de seneste 2 år. Disse recepter fremtræder dog som såkaldte løse recepter/udleveringer, dvs. at de ikke er knyttet til en ordination. En ordination viser årsagen til, at lægen har givet medicinen, hvor længe den skal gives osv.

SDSD forudsatte i programgrundlaget, at der i en overgangsperiode skulle ske en aktiv oprydning i den enkelte borgers medicinkort for at sikre det tiltænkte overblik. Oprydningen indebærer, at en læge aktivt skal knytte løse recepter til lægemiddelordinationer og sikre, at den samme medicin ikke optræder flere gange i en borgers medicinkort – de såkaldte dobbeltregistreringer.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundhedsministeriet og regionerne.

Vores undersøgelse viser, at SDSD i programgrundlaget havde forudsat, at de alment praktiserende læger skulle have denne opgave.

Det fremgår endvidere af tabel 2, at den planlagte håndtering af risikoen går ud på at følge risikoen og finde en løsning i fremtiden, hvis behovet opstår. Således konstaterer Rigsrevisionen, at SDSD heller ikke havde udarbejdet en konkret håndteringsplan for denne risiko, selv om konsekvensen var vurderet som høj. Endvidere er det uklart, hvem der havde ansvaret for at holde øje med risikoen.

Den fjerde risiko handler om, at parterne *forsinkes i implementeringen af FMK*. Undersøgelsen viser, at businesscasen specificerer, at målet med FMK kun nås, når alle parter anvender FMK, fordi oplysningerne om borgernes medicin først da vil være korrekte og fyldestgørende. Det er endvidere forudsat i businesscasen, at gevinsterne ved FMK skal indtræffe allerede fra 2009 og i næsten fuldt omfang fra 2011. Derudover fremgår det af tabel 2, at SDSD på trods af dette havde vurderet konsekvensen af forsinket implementering hos én eller flere af parterne som lav. Rigsrevisionen konstaterer, at denne vurdering harmonerer dårligt med de beskrevne forudsætninger for gevinstrealisering i businesscasen.

40. Samlet viser vores gennemgang af de 4 risici, at det ikke var i overensstemmelse med de forudsætninger, som SDSD havde beskrevet i businesscasen, at SDSD kun vurderede konsekvensen som middel, hvis pilotprojektet fejlede. Det samme gælder vurderingen af konsekvensen som lav, hvis én eller flere af parterne blev forsinket med implementeringen af FMK. Gennemgangen viser også, at de planlagte håndteringsforslag var ukonkrete for risiciene for dårlig datakvalitet og for manglende aftale om afstemning af medicinkortene, selv om SDSD havde vurderet konsekvenserne af begge risici som høje, hvis de indtraf.

Tidsplan

41. Den fællesstatslige programmodel forudsætter, at en programtidsplan inddeles i bølger, så igangsatte underprojekter kan færdiggøres, og læring kan indgå i den næste bølge. Desuden bør en tidsplan indeholde milepæle.

42. Vores gennemgang af programgrundlagets tidsplan viser, at tidsplanen var opdelt i både milepæle og bølger. Tidsplanen var meget stram, og flere bølger overlapper i tid. Fx overlapper 2 bølger om implementering af lokale FMK-integrationer hos henholdsvis praktiserende læger og på sygehuse med bølgen "Udvidet pilotprojekt". Formålet med pilotprojektet var at teste anvendeligheden af det centrale FMK og de lokale FMK-integrationer i praksis. Rigsrevisionen konstaterer, at når bølgerne overlapper, er der ikke tid til at foretage eventuelle ændringer på baggrund af erfaringerne fra pilotprojektet, før implementeringen af de lokale FMK-integrationer sættes i gang.

Sundhedsministeriet har oplyst, at det er et vilkår for denne type programmer, der involverer flere uafhængige parter, at tidsfrister fastsættes politisk og meget stramt for at sikre maksimalt pres på parterne.

Resultater

43. Undersøgelsen viser, at SDSD kun overordnet har beskrevet førsituationen uden FMK, og at beskrivelsen ikke er baseret på en kortlægning i praksis af de arbejdsprocesser, der involverer oplysninger om patienternes medicinering. Fremtidssituationen er mere præcist beskrevet, men forholder sig kun til lægernes arbejdsprocesser og ikke til øvrige personalegrupper, der anvender oplysninger om patienternes medicinering i deres arbejde. Samlet har de mangelfulde beskrivelser betydet, at det ikke blev klarlagt, hvilke forandringer det vil kræve at indføre FMK, herunder hvordan FMK og arbejdsprocesser for personalet skulle tilpasses hinanden.

SDSD vurderede FMK-programmets samlede risiko som middel. Rigsrevisionen finder, at SDSD undervurderede programmets samlede risiko. Endvidere har SDSD vurderet centrale risici for lavt i forhold til programmets forudsætninger. Fx vurderedes konsekvensen af forsinket implementering hos parterne som lav. Derudover har SDSD i strid med god praksis ikke beskrevet konkret, hvordan SDSD planlagde at håndtere udvalgte risici, hvis konsekvens var vurderet som høj.

SDSD udarbejdede en meget stram tidsplan, der forudsatte, at alle bølger forløb som planlagt, og der var ikke afsat tid til, at erfaringer fra én bølge kunne anvendes i den næste bølge. Sundhedsministeriet har oplyst, at det er et vilkår, at tidsfrister fastsættes politisk og meget stramt for at sikre maksimalt pres på parterne.

2.3. Mangelfulde rammer for at opgøre omkostninger og gevinster

44. Vi har undersøgt, om Sundhedsministeriet og SDSD/NSI har sikret rammer, der gør det muligt at opgøre prisen for FMK, forstået som de samlede omkostninger til udvikling og implementering af FMK centralt og lokalt, samt omkostningerne og gevinsterne, når FMK er i drift.

Budgettede omkostninger

45. NSI har oplyst, at programledelsen ikke har søgt at udarbejde et samlet budget for FMK-programmet. Budgettet til FMK omfatter kun bevillingen på 199,6 mio. kr. fra ABT-fonden.

Sundhedsministeriet og regionerne har oplyst, at alle regionerne har haft omkostninger til udvikling og implementering af FMK ud over bevillingen fra ABT-fonden. Regionerne har selv afholdt disse udgifter.

Undersøgelsen viser, at Sundhedsministeriet kun forpligtede SDSD og NSI som tilskudsmodtagere til at opgøre, hvordan midlerne fra ABT-fonden blev anvendt. Endvidere viser undersøgelsen, at regionerne ikke har et samlet budget for eller opgør de samlede omkostninger til udvikling, implementering og drift af FMK. Regionerne har oplyst, at de ikke opgør omkostninger til implementering og drift af lokale FMK-integrationer på sygehusene separat, idet dette indgår i den almindelige sygehusdrift.

Forventede gevinster

46. Vi har gennemgået, hvordan SDSD har opgjort de forventede gevinster i businesscasen, og om SDSD/NSI samt Sundhedsministeriet har sikret, at det er muligt at følge op på, om gevinsterne indfries.

SDSD har i businesscasen beregnet forventede gevinster på op til 123 mio. kr. årligt 2 år efter fuld implementering. Beregningerne omfattede kun sygehusene – dog hverken psykiatriske sygehuse eller ambulatorier. Øvrige sektorer indgik heller ikke i beregningerne, fx de praktiserende læger.

Vores undersøgelse viser, at flere af regionerne – i forbindelse med høring af businesscasen – påpegede, at opgørelsen af gevinsterne var mangelfuld. Regionerne bemærkede bl.a., at beregningerne kun forholdt sig til tidsbesparelserne, men ikke tog højde for de tilfælde, hvor FMK kan indebære et øget tidsforbrug, fx i ambulatorierne.

NSI har oplyst, at det ville have været meget omfattende at udarbejde en mere præcis opgørelse af FMK-programmets gevinster. Rigsrevisionen konstaterer hertil, at det ikke fremgik af businesscasen, at der var stor usikkerhed forbundet med opgørelsen af programmets gevinster.

Sundhedsministeriet har oplyst, at der siden 2010 har været en aftale mellem staten, regionerne og kommunerne om, at gevinsterne ved sundheds-it skal synliggøres, og at finansiering af udvikling og drift af nye initiativer påhviler den eller de parter, der opnår gevinsterne.

Resultater

47. Undersøgelsen viser, at Sundhedsministeriet og SDSD/NSI kun har lagt budget for den del af omkostningerne til FMK, som blev finansieret af bevillingen fra ABT-fonden. Der er ikke lagt budget for de øvrige omkostninger, og NSI følger ikke op på disse.

SDSD har kun baseret gevinstberegningen i businesscasen på et udsnit af sygehusenes opgaver. Usikkerheden om beregningerne fremgår ikke af businesscasen. SDSD har dermed ikke forholdt sig til, om de økonomiske gevinsters størrelsesorden er realistisk, eller klarlagt de enkelte deltagende parters omkostninger og gevinster.

Sundhedsministeriet har oplyst, at der siden 2010 har været en aftale mellem staten, regionerne og kommunerne om, at gevinsterne ved sundheds-it skal synliggøres, og at finansiering af udvikling og drift af nye initiativer påhviler den eller de parter, der opnår gevinsterne.

3. Styring mod den fastsatte tid, pris og kvalitet

Rigsrevisionen vurderer, at Sundhedsministeriets og NSI's styring af FMK-programmet mod den fastsatte tid, pris og kvalitet har været mangelfuld.

Rigsrevisionens undersøgelse viser, at NSI ikke har fulgt god praksis for programstyring. Således har NSI ikke gennem hele programperioden anvendt opdatering af businesscasen, tidsplanen eller risikoregistret som styringsredskaber. Desuden viser undersøgelsen, at Sundhedsministeriet har været for passiv i sin styring af FMK-programmet, herunder i forhold til manglerne i NSI's styring og parternes overskridelser af tidsfristerne. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet har styrket sin opfølgning siden foråret 2012. Rigsrevisionens undersøgelse bekræfter, at bestyrelsen i foråret 2012 genoptog sin løbende opfølgning af FMK på sine møder, og at bestyrelsen som noget nyt ønskede en risikoanalyse. Endvidere har både NSI og bestyrelsen i højere grad fulgt op på tidsplanen, siden en ny plan blev fremlagt i bestyrelsen i december 2012. Men Sundhedsministeriet har svært ved at dokumentere, hvilken rolle ministeriet har spillet i at sikre disse tiltag.

I forhold til NSI's styring mod den fastsatte tid viser undersøgelsen, at NSI ikke i tilstrækkelig grad har opstillet og fulgt op på milepæle, der skulle lede regionerne frem mod fuld anvendelse af FMK ultimo 2011. Det er imidlertid i højere grad tilfældet i forhold til fristen ultimo 2013.

I forhold til pris viser undersøgelsen, at NSI ikke har forpligtet regionerne til at føre regnskab for deres andel af ABT-fondens bevilling til FMK. Rigsrevisionen vurderer, at det ikke er i overensstemmelse med god tilskudsforvaltning, og at det har betydet, at der er usikkerhed om, hvordan bevillingen fra ABT-fonden er blevet anvendt. Endvidere har NSI ikke løbende søgt at få klarhed over FMK-programmets fremdrift og status i forhold til at nå de forudsatte gevinster.

I forhold til kvaliteten betød den mangelfulde styring, at lokale FMK-integrationer blev søgt sat i fuld drift i 2011 og 2012 på sygehuse og i lægepraksis, selv om de ikke var tilstrækkeligt gennemtestet i forhold til datakvalitet og anvendelighed for sundhedspersonalet i arbejdet med medicin. NSI og regionerne har måttet foretage en række tiltag for at rette op på dette.

Rigsrevisionen vurderer endvidere, at regionerne ikke på tilfredsstillende vis har understøttet styringen af det samlede FMK-program. Undersøgelsen viser, at regionerne under ét ikke har styret efter, at sygehusene skulle nå de mål for anvendelse af FMK, som regionerne har forpligtet sig til. Endvidere har det vanskeliggjort NSI's styring af det samlede program, at flere regioner gang på gang er blevet forsinket med den tekniske implementering af FMK uden at kunne estimere omfanget af forsinkelserne retvisende.

48. Dette kapitel handler om NSI's og Sundhedsministeriets indsats for at styre FMK-programmet mod den fastsatte tid, pris og kvalitet samt om regionernes indsats for at understøtte denne styring.

3.1. NSI's risikostyring har ikke fulgt god praksis

49. I afsnit 2.2 behandlede vi, hvordan SDSD vurderede FMK-programmets risici som led i forberedelsen. I dette afsnit har vi undersøgt, hvordan SDSD/NSI har håndteret de identificerede og eventuelle nye risici undervejs i gennemførelsen af programmet. Vi har således vurderet, om SDSD/NSI har risikostyret programmet i overensstemmelse med god praksis for styring af programmer.

God risikostyring forudsætter ifølge den fællesstatslige programmodel, at programledelsen sikrer en samlet oversigt over programmets risici i et risikoregister. Programledelsen skal systematisk og løbende vurdere risicienes sandsynlighed og konsekvens og opstille planer for håndtering af de enkelte risici. Endvidere skal risikostyringen ledelsesforankres ved, at programledelsen rapporterer status for risici til styregruppen, så gruppen ledelsesmæssigt kan forholde sig hertil og sikre, at risici håndteres korrekt.

NSI's vurdering af risici

50. Vores gennemgang viser, at SDSD førte et risikoregister fra juni 2009 til slutningen af 2010, og at NSI har ført et register fra april 2013 og frem. I disse 2 perioder har først SDSD og så NSI vurderet den enkelte risikos sandsynlighed og konsekvens og opstillet planer for håndtering.

51. I den mellemliggende periode på over 2 år foretog NSI ikke en samlet vurdering af FMK-programmets risici – hverken i interne dokumenter eller i rapporter til styregruppe eller bestyrelse. NSI har oplyst, at først en opgaveliste og dernæst en handleplan i praksis har fungeret som risikoregister i den periode.

Vores gennemgang af opgavelisten og handleplanen viser, at NSI først påbegyndte en samlet opgaveliste i juni 2012, dvs. 1½ år efter, at SDSD ophørte med at føre risikoregistret. Endvidere viser gennemgangen, at opgaverne på opgavelisten og i handleplanen netop udgør opgaver, der skal løses. Disse er ikke formuleret som risici, hvor sandsynlighed og konsekvens vurderes for mulige fremtidige hændelser, der kan true programmet.

NSI har oplyst, at individuelle udfordringer i den mellemliggende periode derudover er blevet kommenteret i rapporter til styregrupperne. Vores gennemgang heraf viser, at udfordringerne heri heller ikke er formuleret som risici.

Ledelsesforankring af risikostyringen

52. I forhold til ledelsesforankring viser gennemgangen for det første, at SDSD/NSI ikke på noget tidspunkt har rapporteret en samlet opfølgende status på de risici, som indgik i FMK-programmets businesscase, til styregruppe eller bestyrelse.

Selv om SDSD frem til udgangen af 2010 førte et risikoregister baseret på de samme risici, som var identificeret i businesscasen, videreformidlede SDSD ikke dette overblik til styregruppe eller bestyrelse, på trods af at SDSD's sidste opdatering af FMK-programmets risikoregister ultimo 2010 viste, at programmets risikoniveau var højt. Først i april 2013 påbegyndte NSI et nyt risikoregister efter ønske fra bestyrelsen, som NSI siden løbende har rapporteret til styregruppen og bestyrelsen.

For det andet viser gennemgangen, at SDSD/NSI kun i begrænset omfang skriftligt har rapporteret om enkelte risici til styregruppe og bestyrelse før april 2013. I SDSD/NSI's rapportering frem til april 2013 indgik ikke en samlet oversigt med en systematisk vurdering af sandsynlighed og konsekvens af mulige hændelser og konkrete planer for håndtering af disse.

Risikostyring er en samlebetegnelse for de aktiviteter, der kræves for at identificere og kontrollere et programs eksponering for risici – positive som negative – der kan indvirke på programmets evne til at nå sine mål.

Resultater

53. Undersøgelsen viser, at SDSD/NSI i perioder har ført et risikoregister. Det gælder imidlertid ikke fra primo 2011 til april 2013 – en periode på over 2 år, hvori FMK-programmets oprindelige frist overskrides. Rigsrevisionen konstaterer, at den opgaveliste og efterfølgende handleplan, som NSI førte de sidste 9 måneder af denne periode, ikke kan erstatte et egentligt risikoregister. Det samme gælder opfølgninger på individuelle udfordringer.

SDSD/NSI har ikke tilstrækkeligt ledelsesforankret risikostyringen. NSI har først fra april 2013 – på bestyrelsens foranledning – rapporteret en samlet oversigt over FMK-programmets risici til styregruppen og bestyrelsen. Bestyrelsen har ikke tidligere efterlyst en samlet risikorapportering. Det var således heller ikke klart, om programledelsen i den periode rapporterede de væsentligste risici videre.

3.2. NSI har ikke styret tilfredsstillende mod de fastsatte tidsfrister

54. Vi har vurderet, om SDSD/NSI's styring mod at nå de fastsatte tidsfrister har været tilfredsstillende, ved at undersøge, hvordan SDSD/NSI har håndteret risikoen for, at implementeringen blev forsinket hos regionerne. Risikoen for forsinkelse hos én eller flere parter var identificeret i programgrundlaget. Vi behandlede SDSD's vurdering af risikoen i afsnit 2.2.

Da regionerne som driftsansvarlige for det regionale sundhedsvæsen har ansvaret for at sikre, at FMK implementeres på sygehusene og hos de praktiserende læger, har vi undersøgt, hvordan SDSD/NSI har søgt at håndtere risikoen for forsinkelse i forhold til regionerne.

Håndtering af risikoen for forsinkelse frem mod den oprindelige frist ultimo 2011

55. I forbindelse med pilotprojektet konkluderede SDSD, at det var meget vanskeligt at koordinere en række uafhængige parter med egne prioriteter. SDSD oplyste styregruppen om, at SDSD derfor ville forpligte parterne via skriftlige aftaler.

56. Vores gennemgang viser, at SDSD/NSI har indgået 2 sæt aftaler med hver af de 5 regioner frem mod den oprindelige frist ultimo 2011, jf. tabel 3.

Tabel 3. Aftaler mellem SDSD/NSI og regionerne om udvikling og implementering af FMK

	Titel	Indhold	Midler fra bevillingen fra ABT-fonden til FMK knyttet til aftalerne
2010	Samarbejdsaftale vedrørende integration af Fælles Medicinkort i medicinmodul på sygehusene	Forpligtelse til teknisk udvikling af de lokale FMK-integrationer.	I alt 12,5 mio. kr. til regionerne.
2011	Implementering af FMK i regionen	Forpligtelse til at sikre implementering og anvendelse af FMK blandt læger og eventuelt andet sundhedspersonale på sygehuse, hos praktiserende læger og hos lægevagten inden udgangen af 2011.	I alt op til 60 mio. kr. til regionerne. Udbetaling betinget af opnåelsen af 5 definerede milepæle.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundhedsministeriet og regionerne.

Det fremgår af tabel 3, at SDSD i 2010 indgik aftaler med regionerne om deres forpligtelse til teknisk at udvikle lokale FMK-integrationer til deres sygehuse inden for fristen i 2011, som er en forudsætning for teknisk implementering og anvendelse. Vi behandler ikke disse aftaler nærmere.

I juli 2011 indgik NSI aftaler med regionerne om implementering af FMK. Vores gennemgang af 2011-aftalerne viser, at de indeholder den undtagelse, at implementeringen af FMK kunne følge implementeringen af regionens fælles EPJ-system for at undgå investeringer i FMK-integrationer til EPJ-systemer under udfasning. Det betød, at hvis en region ikke havde udrullet fælles EPJ før ultimo 2011, så var regionen heller ikke forpligtet til at have sikret anvendelse af FMK før dette tidspunkt. Sundhedsministeriet har oplyst, at regionerne havde forpligtet sig til at udrulle fælles EPJ i økonomiaftaleregi.

Da NSI og regionerne indgik implementeringsaftalerne i 2011, havde flere regioner rapporteret til NSI, at udrulningen af fælles EPJ var forsinket på ét eller flere af regionens sygehuse. 2011-aftalerne specificerer ikke nogen frist for anvendelse af FMK, hvis udrulningen af fælles EPJ blev forsinket.

Gennemgangen viser videre, at aftalerne indeholdt 5 milepæle, som regionerne skulle nå for at få udbetalt de i alt 60 mio. kr., der var afsat til regionernes implementering fra FMK-bevillingen fra ABT-fonden, fx at den lokale løsning var godkendt til drift af NSI. Der var ikke en milepæl for, at FMK skulle anvendes af brugerne. NSI har oplyst, at FMK-midlerne til regionerne blev etableret i en puljemodel, hvor regionerne skulle nå fastsatte milepæle for at få udbetalt midlerne for at sikre, at regionerne havde incitamentet til at implementere FMK. Aftalerne fastsatte heller ikke, hvordan anvendelsen af FMK skulle måles.

I forhold til de praktiserende læger forpligter aftalerne regionerne til også at sikre implementeringen hos disse ved at tilrettelægge informationskampagner, aftale arbejdsprocesser for overgangen mellem praksissektor og sygehuse mv. Vi behandler regionernes implementering af FMK i kap. 4.

57. Som led i at vurdere, hvordan NSI har brugt aftalerne til at håndtere risikoen for forsinkelser, har vi undersøgt, hvordan NSI har fulgt op på aftalerne og rapporteret herom til styregrupperne.

58. NSI har oplyst, at regionerne har været forpligtet til løbende at indsende status for de milepæle, der indgår i implementeringsaftalerne fra 2011.

Gennemgangen viser, at NSI har fulgt op på, hvor langt regionerne var med den tekniske implementering. NSI fulgte derimod ikke op på forpligtelsen til at anvende FMK, der var fastsat som endeligt mål i implementeringsaftalerne. Det var heller ikke specificeret, hvordan anvendelsen skulle måles, jf. ovenfor.

Gennemgangen viser desuden, at NSI fra maj 2011 rapporterede til styregruppen, at regionernes tekniske implementering var forsinket. I august 2011 gjorde NSI styregruppen opmærksom på, at kun enkelte regioner – på det tidspunkt – ikke kunne opfylde fristen om fuld udrulning af FMK inden udgangen af 2011. NSI har oplyst, at de ikke rapporterede tal for anvendelsen, fordi de ikke modtog sådanne fra regionerne, men at de internt siden medio 2011 har fulgt regionernes anvendelse ved at overvåge aktiviteten på FMK.

Håndtering af risikoen for forsinkelse, efter at den oprindelige frist ultimo 2011 blev overskredet

59. Vores undersøgelse viser, at NSI ikke revurderede FMK-programmets risici, da det ved udgangen af 2011 stod klart, at implementeringen var forsinket.

60. Undersøgelsen viser også, at FMK-programmet ikke fik en ny tidsplan før i december 2012. NSI har oplyst, at styregruppen på det tidspunkt indstillede en ny tidsplan til bestyrelsen, der forpligtede regionerne til fuld anvendelse ultimo 2013 og kommunerne til fuld teknisk implementering i 2014 og fuld anvendelse medio 2015. Heri indgik også en aftale om at måle på anvendelsen. Bestyrelsen kvitterede for planen og konstaterede, at den afspejlede en forsinkelse i forhold til det politisk aftalte, og at planen var en måde at håndtere forsinkelsen på. Endvidere aftalte bestyrelsen, at planen skulle bekræftes politisk i de førstkommande økonomiaftaler, fordi planen var en forsinkelse i forhold til det tidligere politisk aftalte. Planen blev efterfølgende politisk bekræftet i økonomiaftalerne for 2014.

61. NSI har oplyst, at hverken NSI eller FMK-programmets ledelse kan ændre tidsplaner, der er indgået i en økonomiaftale og dermed uden for programregi. Rigsrevisionen bemærker dog, at NSI har oplyst, at styregruppen i december 2012 indstillede en ny tidsplan til programmets bestyrelse, selv om der ikke var indgået en forudgående aftale herom uden for programregi.

62. NSI har oplyst, at NSI har fulgt udviklingen i anvendelsen. Vores undersøgelse viser, at NSI siden april 2013 har rapporteret tal for teknisk implementering og anvendelse til styregruppen og bestyrelsen og derigennem fulgt op på fremdriften.

Resultater

63. Undersøgelsen viser, at SDSD/NSI frem mod den første frist ultimo 2011 indgik aftaler med regionerne for at undgå forsinket implementering. Aftalerne indeholdt dog det forbehold, at regionerne ikke var forpligtet til at sikre anvendelse af FMK, før regionerne havde udrullet fælles EPJ. SDSD/NSI fulgte op på de fastsatte milepæle i aftalerne og på den tekniske implementering, men ikke på forpligtelsen til at anvende FMK. Der var ikke en milepæl for målet om fuld anvendelse, og det var heller ikke aftalt, hvordan anvendelsen skulle måles.

Efter at den første frist blev overskredet, gik der et helt år, hvor FMK-programmet ikke havde en ny tidsplan. Først i december 2012 indstillede styregruppen en ny tidsplan til bestyrelsen for, hvornår regionerne og kommunerne skulle nå fuld anvendelse af FMK. Til denne plan knyttede der sig målinger af anvendelsen af FMK på sygehusene og hos de praktiserende læger samt i kommunerne, når de implementerer FMK. I økonomiaftalerne for 2014 blev tidsplanen politisk bekræftet.

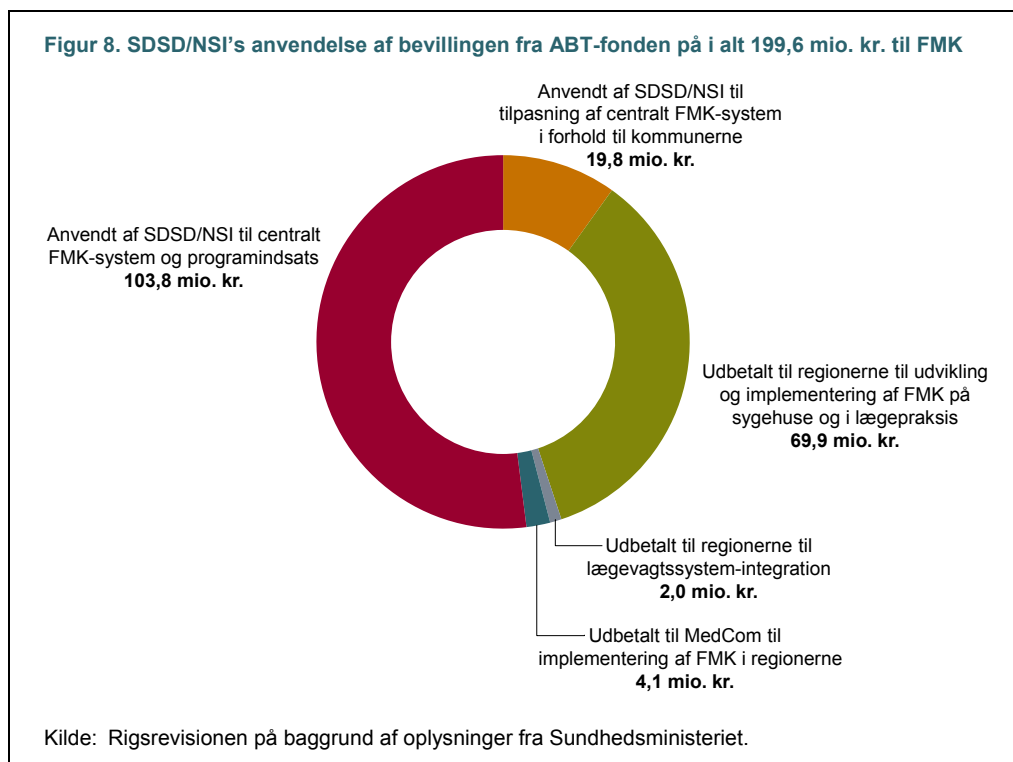
64. NSI har oplyst, at hverken NSI eller FMK-programmets ledelse kan ændre tidsplaner, der er indgået i en økonomiaftale uden for programregi. Rigsrevisionen bemærker imidlertid, at NSI har oplyst, at styregruppen i december 2012 indstillede en ny tidsplan til programmets bestyrelse, selv om der ikke var indgået en forudgående politisk aftale herom. Bestyrelsen besluttede, at den nye tidsplan skulle bekræftes politisk.

3.3. NSI har ikke styret mod den fastsatte pris

65. Vi har undersøgt, om NSI på tilfredsstillende vis har styret mod FMK-programmets fastsatte pris. Sundhedsministeriet og SDSD sikrede ikke rammerne for at opgøre de samlede omkostninger til programmet, jf. afsnit 2.3. Vi har derfor kun undersøgt, om SDSD/NSI har fulgt op på anvendelsen af den del af bevillingen fra ABT-fonden, som er udbetalt til regionerne. I forhold til programmets gevinster har vi undersøgt, om NSI har fulgt op på realiseringen af de forudsatte gevinster.

Anvendelse af bevillingen

66. Som modtager af bevillingen fra ABT-fonden har SDSD/NSI bl.a. ansvaret for, at midlerne anvendes i overensstemmelse med formålet. Figur 8 viser, hvordan SDSD/NSI har anvendt bevillingen fra ABT-fonden.



Det fremgår af figur 8, at SDSD/NSI ud af den samlede bevilling på 199,6 mio. kr. har udbetalt 69,9 mio. kr. til regionerne til udvikling og implementering af FMK på sygehuse og i lægepraksis. Det udgør godt $\frac{1}{3}$ af det samlede tilskud fra ABT-fonden.

67. Sundhedsministeriet har oplyst, at tilskuddene til regionerne ikke er fastsat på baggrund af budget fra hver region.

Regionerne fik hver 2,5 mio. kr. til opstart som et engangsbeløb. Dernæst afsatte SDSD/NSI i alt 60 mio. kr. til regionerne. Heraf har SDSD/NSI kun udbetalt 57,4 mio. kr. 2,6 mio. kr. blev omdisponeret af styregruppen til MedCom, fordi Region Midtjylland og Region Syddanmark ikke nåede aftalernes 5. milepæl om, at FMK skulle være fuldt teknisk implementeret på sygehuse inden udgangen af 2011.

Vores gennemgang viser, at SDSD/NSI ikke har forpligtet regionerne til at aflægge et regnskab for, hvordan de har anvendt tilskuddene. Det er derfor ikke muligt for SDSD/NSI at følge, hvordan regionerne har anvendt tilskuddene. NSI har oplyst, at det ikke har været intentionen at følge den konkrete anvendelse af midlerne, men at skabe et økonomisk incitament for regionerne til at nå milepæle frem mod fristen for fuld anvendelse af FMK.

Opfølgning på de forudsatte gevinster

68. God programstyring forudsætter, at businesscasen løbende opdateres for at have et grundlag for at kunne vurdere, om programmet styrer mod de fastsatte mål, herunder de forudsatte gevinster.

69. Vores undersøgelse viser, at SDSD/NSI ikke har opdateret beregningerne af gevinsterne i businesscasen. Desuden har SDSD/NSI ikke foretaget førmålinger for at sikre grundlaget for opfølgning, selv om det fremgik af programgrundlaget, at SDSD/NSI skulle følge op på, om de forudsatte gevinster ved FMK blev nået.

Sundhedsministeriet har oplyst, at styregruppen i 2011 besluttede, at der ikke skulle foretages en samlet evaluering af FMK, herunder opfølgning på, om programmet indfrie de forudsatte gevinster. De lokale parter kunne dog hver især gennemføre en evaluering. Ministeriet har oplyst, at styregruppens beslutning ikke kan dokumenteres.

Undersøgelsen viser desuden, at det kun er Region Midtjylland og Region Hovedstaden, der har foretaget førmålinger.

Den samlede bevilling på 199,6 mio. kr. fra ABT-fonden var anvendt ved starten af 2014. NSI har oplyst, at de har besluttet ikke at foretage en opfølgning på, om de forventede gevinster indtræffer.

Resultater

70. Undersøgelsen viser, at SDSD/NSI har udbetalt godt $\frac{1}{3}$ af bevillingen fra ABT-fonden til regionerne, uden at regionerne har forelagt budget eller aflagt regnskab for anvendelse af midlerne.

NSI har oplyst, at formålet med udbetalingen var at skabe økonomiske incitamenter til at nå de aftalte milepæle og mål, og at det ikke var aftalt, at regionerne skulle udarbejde budget eller regnskab.

SDSD/NSI har ikke sikret sig viden om, hvorvidt FMK-programmet styrer mod at indfri de forudsatte gevinster ved at opdatere businesscasens gevinstberegninger eller sikre, at programmets faktiske gevinster evalueres. Styregruppen og NSI har besluttet ikke at evaluere eller følge op på, om programmet faktisk indfrier de forudsatte gevinster.

3.4. NSI's styring mod den fastsatte kvalitet har været mangelfuld

71. Vi har vurderet, om SDSD/NSI's styring mod at nå den fastsatte kvalitet har været tilfredsstillende, ved at undersøge SDSD/NSI's håndtering af 3 centrale risici vedrørende kvalitet, som var identificeret i programgrundlaget:

- Det udvidede pilotprojekt får ikke i tilstrækkelig grad testet den kliniske egnethed.
- Datakvaliteten er for dårlig.
- Manglende aftale med de praktiserende læger om gennemførelse af medicinafstemning og økonomisk kompensation.

I afsnit 2.2 behandlede vi SDSD's vurdering af de 3 risici som led i forberedelsen af FMK-programmet. I det følgende vurderer vi, om SDSD/NSI's håndtering har levet op til god praksis for risikostyring, og om SDSD/NSI's indsats i forhold til at håndtere risiciene har været tilstrækkelig. Da der er en tæt sammenhæng mellem pilotprojektet og datakvaliteten i FMK, behandler vi konsekvenserne af disse 2 risici sammen.

Pilotprojektet og datakvaliteten

Håndtering af risikoen for, at pilotprojektet ikke får testet anvendeligheden

72. Pilotprojektet skulle afprøve det centrale FMK-system og de lokale FMK-integrationer hos praktiserende læger og på sygehuse i så realistiske forhold som muligt for at teste, om FMK var anvendeligt til at understøtte sundhedspersonalets arbejde med medicin.

Boks 3 viser uddrag af konklusionerne fra det udvidede FMK-pilotprojekt om erfaringerne med FMK i lægepraksis.

BOKS 3. UDDRAG AF KONKLUSIONER PÅ BAGGRUND AF DET UDVIDEDE FMK-PILOT-PROJEKT

"Dette forhold [hvordan FMK-funktionaliteten implementeres i LPS- og EPJ-klientsystemerne] har været pilotprojektets store udfordring, da uhensigtsmæssige og fejlbehæftede klientsystemer løbende har været en hindring for at opnå større volumen i pilotdriften".

"Efter indstilling fra FMK-projektledelsen besluttede styregruppen for FMK-programmet at stoppe FMK-pilotprojektet pr. 1. april, således at man kunne dokumentere de opnåede erfaringer i nærværende rapport og genoverveje strategien for den videre kliniske afprøvning af FMK".

"Før pilotdeltagerne vil bruge deres FMK-klientløsninger i hverdagen, skal fejlene udbedres, hastigheden øges, og funktionalitet til understøttelse af en række specifikke arbejdsgange være til rådighed i klientløsningerne". Rapporten konkluderer videre, at der er færre udeståender med den centrale løsning.

"Alt i alt konkluderes derfor, at FMK til almen praksis er fuldt klinisk meningsfuldt og praktisk anvendeligt under forudsætning af, at anbefalingerne til FMK-klientløsningerne implementeres, og de nævnte ændringer i den centrale FMK gennemføres. Det bemærkes dog, at konklusionen primært angår den praktiserende læge selv, da afprøvning med praksispersonalet ikke i tilstrækkeligt omfang er gennemført".

Kilde: Udvidet FMK-pilotdrift, Rapport for fase 2, 25. marts 2010, Digital Sundhed.

Rapporten fra pilotprojektet fremhæver, at der har været store problemer med at afprøve særligt de FMK-integrationer, som de praktiserende læger skulle anvende, bl.a. på grund af fejl, manglende funktionalitet og lange svartider i integrationerne. Alligevel konkluderede rapporten, at FMK ville været meningsfuldt for lægerne og praktisk anvendeligt, hvis de anbefalede ændringer blev gennemført. Konklusionen er således ikke baseret på, at pilotprojektet viste, at de testede FMK-integrationer var anvendelige i den kliniske hverdag, men tog udgangspunkt i testpersonernes forventninger til fremtidige forbedrede versioner af integrationerne. Endvidere fremhæver rapporten, at det kun var læger, der havde testet FMK i pilotprojektet. Dermed dækker konklusionerne ikke det øvrige sundhedspersonales arbejde i FMK.

73. Vores gennemgang af programmets risikohåndtering viser, at SDSD i overensstemmelse med programmodellens anvisninger gjorde styregruppen eksplicit opmærksom på, at pilotprojektet ikke havde kunnet teste FMK-integrationerne i det forudsatte omfang, og på de problemer med integrationerne, som pilotprojektet havde afdækket. SDSD gjorde endvidere bestyrelsen opmærksom på, at særligt problemer knyttet til de FMK-integrationer, som var udviklet til de praktiserende læger, truede FMK-programmets samlede tids- og implementeringsplan.

Gennemgangen viser desuden, at styregruppen tilsluttede sig SDSD's indstilling om ikke at gennemføre et nyt pilotprojekt. I stedet forventedes regionerne og leverandørerne af lægepraksisintegrationer at teste deres løsninger teknisk og klinisk inden implementering. SDSD fik til opgave at hjælpe hermed og gennemførte et projekt under FMK-programmet med det formål.

Efterfølgende forelagde SDSD/NSI ikke styregruppe eller bestyrelse en revurdering af FMK-programmets risici, selv om beslutningen medførte, at de lokale FMK-integrationer skulle implementeres i fuld skala, uden at et pilotprojekt havde påvist anvendeligheden for alle relevante personalegrupper i daglig drift.

Håndtering af risikoen for dårlig datakvalitet

74. Risikoen for dårlig datakvalitet omfatter, at de lokale integrationer kan have forskellige måder at klassificere medicin på, fx at nogle måler i styk og andre i milligram. Det kan betyde, at data i værste fald overføres forkert mellem integrationerne, eller at data vises som fritekst. I sådanne tilfælde understøtter FMK ikke effektivt sundhedspersonalets arbejde.

75. NSI har oplyst, at de for at sikre god datakvalitet fra start har søgt at sikre fælles terminologi på tværs af FMK-integrationerne, fx netop styk og milligram. Endvidere har alle lokale integrationer fra FMK-programmets start skullet certificeres af SDSD/NSI, før de må sættes i drift, for at sikre datakvaliteten. NSI har oplyst, at certificeringen af en lokal FMK-integration fra start har krævet, at integrationen blev testet for, om data blev udvekslet korrekt mellem den pågældende lokale integration og FMK-online – en såkaldt *end-to-end-test*.

76. Vores gennemgang af FMK-programmets risikohåndtering viser, at risikoen for dårlig datakvalitet kun optrådte i det interne risikoregister frem til april 2010. Det er ikke klart, hvorfor SDSD fjernede risikoen fra loggen. SDSD/NSI har ikke rapporteret risikoen til styregruppe eller bestyrelse før april 2013, hvor risici vedrørende korrekte data og datagrundlag fremgår af risikoregistret. Styregrupperne har dog i den mellemliggende periode drøftet dobbeltregistreringer og andre udfordringer med datakvaliteten, efter risikoen for dårlig datakvalitet indtraf.

Vores gennemgang viser desuden, at Region Midtjylland i juli 2011 henvendte sig til NSI på vegne af alle regioner, fordi regionerne ønskede et udvidet fælles testmiljø, bl.a. for at kunne teste, om datakvaliteten bevares, når data sendes frem og tilbage mellem forskellige lokale FMK-integrationer via det centrale FMK-system – en såkaldt *udvidet end-to-end-test*.

NSI har oplyst, at det oprindelige testmiljø også gav mulighed for udvidede end-to-end-tests, men at det var besværligt at gennemføre. Regionerne har oplyst, at de ikke foretog udvidede end-to-end-tests i det oprindelige testmiljø.

Frem mod juni 2012 fremsatte regionerne flere gange ønsket om et bedre testmiljø. NSI har oplyst, at de i efteråret 2011 internt besluttede at udvikle et forbedret testmiljø, men at igangsættelsen afventede afklaring af finansieringen. NSI har videre oplyst, at de vurderede, at finansieringen kunne tilvejebringes, da økonomiaftalerne for 2013 blev indgået i juni 2012, og at de derefter igangsatte udviklingen. NSI revurderede ikke risikoen for dårlig datakvalitet i FMK eller rapporterede til styregruppen herom, selv om det udvidede fælles testmiljø først blev sat i drift i foråret 2013.

Konsekvenser af de 2 indtrufne risici

77. Vores gennemgang viser, at risikoen for dårlig datakvalitet og manglende anvendelighed af FMK indtraf, da lokale FMK-integrationer i regioner og hos praktiserende læger blev sat i drift i slutningen af 2011 og i foråret 2012.

NSI og regionerne erkendte i en fælles rapportering til bestyrelsen i juni 2012, at driften af de lokale FMK-integrationer havde vist problemer med datakvaliteten og anvendeligheden i praksis, på trods af at NSI havde certificeret integrationerne. I forhold til anvendeligheden var det bl.a. et problem, at udveksling af data medførte meget fritekst. På nogle områder var der også et manglende match mellem de faktiske arbejdsprocesser og funktionaliteten i FMK.

I en end-to-end-test afprøves, om data overføres korrekt mellem én lokal FMK-integration og FMK-online. I en udvidet end-to-end-test afprøves, om data overføres korrekt mellem 2 forskellige lokale FMK-integrationer via det centrale FMK-system.

NSI har endvidere oplyst, at de via supportsager fra brugere og via indberetninger fra de regioner, der var i drift, i 2012 opdagede en række problemer med de lokale FMK-integrationer. Fx blokerede de lokale FMK-integrationer ikke i fuldt omfang for muligheden for dobbeltregistreringer.

Det viste sig videre, at data i nogle tilfælde blev overført forkert mellem FMK-integrationerne. Konkret valgte Region Hovedstaden at lukke sin lokale FMK-integration i april 2012, fordi regionens integration i visse tilfælde forvanskede data, så doseringsoplysningerne blev ændret til potentiel fare for patienterne. Region Hovedstaden har oplyst, at fejlen ikke var blevet identificeret ved den gennemførte certificeringstest i det daværende testmiljø. De øvrige regioner har oplyst, at deres FMK-integrationer ikke havde samme fejl.

78. NSI har i samarbejde med regionerne fra 2012 og frem måttet tage en række tiltag for at rette op på de problemer med anvendelighed og datakvalitet, der var konsekvensen, da risiciene indtraf.

For at understøtte arbejdsprocesserne på sygehusene bedre har NSI efterfølgende bl.a. givet ansatte, der arbejder som lægens medhjælp, udvidede rettigheder i FMK.

For at sikre datakvaliteten har NSI skærpet certificeringskravene til de lokale FMK-integrationer fra foråret 2013 for at sikre mod fejl, bl.a. dobbeltregistreringer. NSI har endvidere sikret, at der indgår flere og bedre data i det centrale FMK. Endelig etablerede NSI i samarbejde med regionerne et udvidet end-to-end-testmiljø, jf. ovenfor.

NSI har dog ikke stillet certificeringskrav om, at en lokal FMK-integration skal have gennemgået en udvidet end-to-end-test op imod andre lokale integrationer, før den bliver sat i drift. NSI har oplyst, at de har overvejet at stille krav om, at lokale FMK-integrationer ikke kun skal have gennemgået en end-to-end-test, men også en udvidet end-to-end-test op imod andre lokale integrationer som led i certificeringen. NSI har dog besluttet ikke at stille dette krav. NSI har oplyst, at det vil kræve, at alle øvrige systemleverandører forpligtes til at deltage, når én leverandør skal certificeres, hvilket NSI har vurderet ikke vil være hensigtsmæssigt hverken ud fra et sikkerhedsmæssigt, praktisk eller økonomisk perspektiv. NSI har videre oplyst, at en udvidet end-to-end-test mellem lokale FMK-integrationer kan aftales lokalt mellem parterne, hvis de finder det relevant.

NSI har oplyst, at de vurderer, at de kvalitetsmæssige mangler, som blev påvist ved idriftsættelsen af de lokale FMK-integrationer i 2011 og 2012, er håndteret.

Aftale om indledende oprydning i borgernes medicinkort

79. Det indgik i programgrundlaget, at de alment praktiserende læger mod økonomisk kompensation skulle gennemføre den indledende oprydning i borgernes medicinkort. Vores undersøgelse viser, at SDSD i FMK-programmets interne risikoregister frem til december 2010 anså manglende forpligtelse af de alment praktiserende læger til denne opgave som en risiko med høj konsekvens for programmet, hvis den indtraf.

80. Undersøgelsen viser, at de aftaler om FMK, der blev indgået med alment praktiserende læger i 2010 i overenskomstregi, forpligtede de alment praktiserende læger til at tage FMK i anvendelse inden udgangen af 2011, men først når regionernes sygehuse havde taget FMK i brug og kun til fremadrettede ordinationer. Aftalerne forpligtede ikke de alment praktiserende læger til at foretage den indledende oprydning i medicinkortene, sådan som NSI havde forudsat i programgrundlaget.

Opgaven med at sikre den indledende oprydning i medicinkortene blev med den indgåede overenskomst for alment praktiserende læger pålagt sygehusene.

Lægens medhjælp

Autoriserede sundhedspersoner kan delegeres deres opgaver til en medhjælp, fx for at sikre effektiv opgavevaretagelse. Således kan en læge delegeres opgaven med at justere fx en diabetespatients medicin til en sygeplejerske i et ambulatorium. I sådanne situationer handler sygeplejersken som lægens medhjælp.

Retten til at udstede recepter kan ikke delegeres.

81. Vores gennemgang viser, at NSI ikke rapporterede til styregruppen eller bestyrelsen, at det, som SDSD havde vurderet som en højrisiko for FMK-programmet, var indtruffet. NSI rapporterede heller ikke, om de forventede, at flytningen af opgaven til sygehusene ville påvirke implementeringen af FMK. NSI rapporterede endvidere ikke om, hvordan de ville sikre, at regionerne på sygehusene løftede opgaven med at rydde op i medicinkortene, eller hvordan det skulle sikres, at der blev ryddet op i medicinkortene for de borgere, der ikke var i kontakt med sygehusene. I kap. 4 behandler vi regionernes indsats for at sikre oprydning i medicinkortene.

Resultater

82. Undersøgelsen viser, at NSI's håndtering af de 3 udvalgte risici, der truede kvaliteten af FMK, samlet set har været mangelfuld.

Lokale FMK-integrationer blev sat i drift i 2011 og 2012, uden at de var tilstrækkeligt gennemtestet i forhold til anvendelighed og kvalitet, fordi det ikke i tilstrækkelig grad blev håndteret, at det gennemførte pilotprojekt ikke lykkedes med at påvise anvendeligheden af FMK i daglig drift – kombineret med den mangelfulde sikring af datakvaliteten. I den efterfølgende periode har NSI og regionerne måttet tage en række initiativer for at rette op på disse mangler.

Certificeringskrav er kriterier, som et system skal opfylde for at bestå en certificeringstest og dermed blive godkendt (certificeret) til at gå i drift.

NSI har oplyst, at de vurderer, at de kvalitetsmæssige mangler, som blev påvist, er håndteret. NSI har videre oplyst, at de har besluttet ikke at stille certificeringskrav om, at en lokal FMK-integration skal have gennemgået en udvidet end-to-end-test op imod andre lokale integrationer, før den bliver sat i drift, men kun en end-to-end-test op imod FMK-online. NSI har oplyst, at et certificeringskrav om en udvidet end-to-end-test ikke ville være hverken sikkerhedsmæssigt, praktisk eller økonomisk hensigtsmæssigt.

NSI gjorde det ikke klart over for bestyrelsen, hvilke konsekvenser det ville have, at opgaven med at rydde op i medicinkortene blev pålagt sygehusene.

3.5. Sundhedsministeriet har været for passiv i sin styring

83. Vi har vurderet, om Sundhedsministeriet har varetaget sit koncernansvar for FMK-programmet tilfredsstillende. Først har vi undersøgt, hvordan ministeriet har tilrettelagt sin styring af programmet. Dernæst har vi undersøgt, hvad ministeriet gjorde i forhold til den manglende opdatering af businesscasen og den manglende opfyldelse af tidsfristen i 2011, og hvordan ministeriet har søgt at sikre programmets risikostyring.

Tilrettelæggelse af styring

84. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet har sikret sig løbende afrapportering om FMK-programmet og dets fremdrift ved deltagelse i programstyregruppen for FMK og via programmets bestyrelser. Ministeriets repræsentation i de 2 organer er gennemgået i kap. 2.

85. Ifølge betingelserne for tilskud fra ABT-fonden skal bevillingsmodtager (SDSD/NSI) halvårligt rapportere på fremdriften, bl.a. i forhold til opdaterede forventninger til gevinstrealiseringen og FMK-programmets risici.

Vores undersøgelse viser, at Sundhedsministeriet ikke har bedt om rapporter med den krævede hyppighed, med opdaterede forventninger til gevinstrealiseringen eller med et samlet opdateret risikoregister. Ministeriet har som repræsentant modtaget styregruppe- og bestyrelsesmaterialet. Som undersøgelsen tidligere har vist, indeholder dette materiale hverken opdatering af businesscasen i forhold til de forventede gevinster eller en tilstrækkelig risikorapportering. Først fra april 2013 har NSI rapporteret samlet på programmets risici i et risikoregister.

Vejledning af 19. januar 2010 om bekendtgørelse om ABT-fonden – Anvendt Borgernær Teknologi.

Sundhedsministeriets tiltag i forhold til businesscase, tidsfrist og risikostyring

86. Vores gennemgang af møderne i styregrupper og bestyrelser viser, at Sundhedsministeriets repræsentanter ikke har søgt at sikre, at SDSD/NSI opdaterede FMK-programmets businesscase for at sikre, at den kunne anvendes som et styringsredskab.

Sundhedsministeriet forholdt sig passivt, da 2011-fristen blev overskredet, og ministeriet havde ingen bemærkninger hertil, da bestyrelsen holdt møde i december 2011.

Endelig kan vi i vores gennemgang ikke se, at ministeriet har søgt at sikre, at FMK-programmets risikostyring fulgte god praksis, fx ved at anmode SDSD/NSI om at fremlægge et samlet risikoregister for styregruppen.

87. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet har styrket sin styring af FMK-programmet fra foråret 2012 og frem. Ministeriet har bl.a. fremhævet, at FMK siden april 2012 har været behandlet på alle møder i den nationale bestyrelse for sundheds-it på nær ét møde, mens det ikke var tilfældet i perioden fra bestyrelsens start ultimo 2010 og frem til primo 2012. Bestyrelsen har endvidere siden da stillet krav om redegørelser for fremdrift og risikohåndtering.

88. Vores gennemgang viser, at FMK også blev behandlet på alle møder undtagen ét møde i SDSD-bestyrelsen fra september 2008, til bestyrelsen blev nedlagt. Gennemgangen viser desuden, at det var på foranledning af Finansministeriets repræsentant, at bestyrelsen i februar 2013 anmodede NSI om at sikre, at NSI fremover udarbejdede en risikoanalyse. Det fremgår ikke af det gennemgåede materiale, om Sundhedsministeriet spillede en aktiv rolle, da bestyrelsen i december 2012 modtog en indstilling fra styregruppen om en revideret tidsplan, som bestyrelsen kvitterede for og aftalte skulle bekræftes politisk i de førstkomende økonomiaftaler.

Resultater

89. Undersøgelsen viser, at Sundhedsministeriet ikke i tilstrækkelig grad har sikret sig løbende viden om FMK-programmets fremdrift hverken i forhold til ministeriets koncernansvar for programmet eller som yder af bevillingen fra ABT-fonden.

Sundhedsministeriet har endvidere forholdt sig passivt, da væsentlige styringssvigt og afvigelser indtraf.

Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet har øget sin opfølgning på FMK-programmet siden foråret 2012. Rigsrevisionens gennemgang viser, at bestyrelsen siden foråret 2012 løbende har behandlet programmet på sine møder – og dermed med samme hyppighed som i perioden med SDSD-bestyrelsen. Endvidere har bestyrelsen stillet krav om en risikoanalyse, som NSI har leveret siden april 2013. Sundhedsministeriet har dog svært ved at dokumentere, hvilken rolle ministeriet har spillet i at sikre disse tiltag.

3.6. Regionerne har ikke på tilfredsstillende vis understøttet NSI's styring af det samlede FMK-program

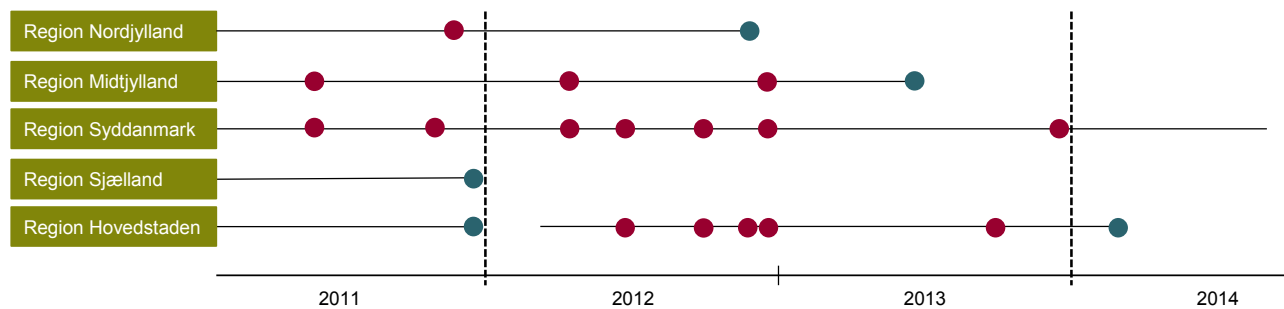
90. Vi har vurderet, om regionerne på tilfredsstillende vis har understøttet NSI's styring af det samlede FMK-program, ved at undersøge, om regionerne pålideligt har varslet forsinkelser af den tekniske implementering af FMK, og om regionerne har styret mod, at sygehusene skulle nå det aftalte mål om fuld anvendelse ultimo 2013.

Regionernes forventninger til tidspunktet for teknisk implementering

91. Fuld anvendelse af FMK på regionernes sygehuse forudsætter teknisk implementering af en lokal FMK-integration i regionernes EPJ-system. I økonomiaftalen for 2010 havde regionerne aftalt fuld anvendelse af FMK på sygehusene senest ultimo 2011. Med økonomiaftalen for 2014 blev fristen udsat til ultimo 2013, jf. ovenfor.

92. Regionerne har rapporteret til NSI, på hvilket tidspunkt de forventede at have teknisk implementeret FMK på alle sygehuse. Figur 9 viser tidspunkterne for, hvornår regionerne i rapport til NSI ændrede det forventede tidspunkt for teknisk implementering, og hvornår regionerne rent faktisk havde teknisk implementeret FMK på alle regionernes sygehuse.

Figur 9. Regionernes rapporteringer om forventninger til teknisk implementering på sygehusene



! Frister for implementering af FMK på alle sygehuse ultimo 2011 og ultimo 2013.

● Tidspunkt, hvor regionen i rapport til NSI ændrede det forventede tidspunkt for fuld teknisk implementering af FMK på alle sygehuse i regionen.

● Tidspunkt for regionens fulde tekniske implementering af FMK på alle sygehuse i regionen.

Note: Region Hovedstaden opfyldte målet om teknisk implementering af FMK i 2011, men tog få måneder efter sin version ud af drift og planlagde en ny teknisk implementering.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundhedsministeriet og regionerne.

Det fremgår af figur 9, at Region Sjælland og Region Hovedstaden nåede fuld teknisk implementering i 2011. Region Hovedstaden tog efterfølgende sin version af FMK ud af drift og planlagde en ny teknisk implementering. Region Nordjylland varslede én forsinkelse, og Region Midtjylland varslede 3 forsinkelser, før de 2 regioner nåede fuld teknisk implementering på alle sygehuse henholdsvis ultimo 2012 og medio 2013. Region Hovedstaden varslede 5 forsinkelser og nåede først fuld teknisk implementering i marts 2014. Region Syddanmark varslede 7 forsinkelser, og regionen havde ikke medio 2014 nået målet om fuld teknisk implementering på alle sygehuse.

Regionernes styring mod de aftalte mål for anvendelse

93. Det er aftalt i den nationale bestyrelse for sundheds-it, at forpligtelsen i økonomiaftalen for 2014 til fuld anvendelse af FMK ultimo 2013 betyder 100 % anvendelse. Vi har undersøgt, om der er overensstemmelse mellem:

- de mål, regionerne har forpligtet sig til
- de mål, regionerne har meldt ud til sygehusene
- de mål, det udvalgte sygehus har meldt ud til sine afdelinger.

94. Tabel 4 viser de mål for anvendelse af FMK ultimo 2013, som regionerne har meldt ud til sygehusene, og som det udvalgte sygehus i hver region har meldt ud til sine afdelinger.

Tabel 4. Regionernes og sygehusenes udmeldte mål for anvendelse af FMK ultimo 2013

		Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Regionens udmeldte mål til sygehusene	Indlagte patienter	100 %.	90 %.	Kun når patientens medicin ændres.	Fuld anvendelse. ¹⁾	- ²⁾
	Ambulante patienter	100 %.	Kræver ikke anvendelse.	FMK skal afstemmes, når patientens medicin ændres.	Ved patientkontakter, der involverer medicinering.	- ²⁾
Sygehusets udmeldte mål til afdelingerne	Indlagte patienter	Tæt på 100 %.	95 %.	100 %, men først når praktiserende læger anvender FMK 100 %.	Fuld anvendelse. ¹⁾	- ²⁾
	Ambulante patienter	Ved patientkontakter, der involverer medicinering.	95 %.	- ²⁾	Ved patientkontakter, der involverer medicinering.	- ²⁾

¹⁾ Region Sjælland har ikke defineret fuld anvendelse i et procenttal.

²⁾ Der var ikke fastlagt mål herfor på undersøgelsestidspunktet.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Det fremgår af tabel 4, at det kun er Region Nordjylland, der har stillet krav til sygehusene om 100 % anvendelse for både indlagte patienter og ambulante patienter. De øvrige regioners udmeldte krav til sygehusene er ikke i overensstemmelse med de aftalte mål om 100 % anvendelse. Kun på sygehuset i Region Sjælland er der overensstemmelse mellem de mål, som regionsledelsen har udmeldt til sygehuset, og de mål, som sygehuset internt har udmeldt til sine egne afdelinger.

Region Midtjylland har oplyst, at regionen frem mod fristen ultimo 2013 har været tilbageholdende med at kræve, at sygehusene skal anvende FMK, fordi brugervenligheden af den version af FMK, der var i drift på det tidspunkt i regionen, var dårlig.

Resultater

95. Undersøgelsen viser, at 4 regioner i alt 16 gange over for NSI måtte varsle nye forsinkelser af den tekniske implementering, og at én af disse regioner medio 2014 endnu ikke har nået målet om fuld teknisk implementering på alle sygehuse.

Der er ikke overensstemmelse mellem de mål for anvendelse af FMK, som regionerne har tilsluttet sig i den nationale bestyrelse for sundheds-it, og de mål, som regionerne og sygehusene har styret efter at nå frem til fristen for fuld anvendelse ultimo 2013.

4. Implementering af FMK

Regionernes implementering af FMK er forsinket, og Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ultimo 2013 ikke har sikret væsentlige forudsætninger for implementeringen.

Ingen af regionerne har sikret, at FMK anvendes fuldt ud på sygehusenes ambulatorier, eller at der bliver ryddet op i medicinkortene, så de giver sundhedspersonalet det fornødne overblik. Regionerne har forpligtet sig hertil i henholdsvis økonomiaftaler og i overenskomsten med de alment praktiserende læger. Derudover har regionerne samlet set ikke sikret alle relevante personalegrupper adgang til FMK og har ikke den fornødne sikkerhed for, at brugerne kan anvende FMK nemt og korrekt, fordi oplæringen af brugerne er mangelfuld, og fordi det kun er Region Hovedstaden, der har testet brugervenligheden.

Undersøgelsen viser også, at der er forskelle i regionernes indsats for at sikre implementeringen af FMK. Rigsrevisionen vurderer, at Region Nordjylland og Region Sjælland har gjort mest for at sikre forudsætningerne for implementeringen ultimo 2013.

Endvidere viser undersøgelsen, at målingerne af anvendelsen af FMK ikke er retvisende i forhold til, om FMK anvendes som aftalt. De praktiserende lægers anvendelsesgrad måles på, om lægerne inden for 4 uger har foretaget ét opslag på FMK, mens målingerne af sygehusenes anvendelsesgrad ikke omfatter ambulatorierne.

Rigsrevisionen vurderer, at NSI ved udgangen af 2013 ikke har sikret, at det centrale FMK-system har en tilstrækkelig it-sikkerhed. Rigsrevisionen vurderer også, at NSI ikke har ført tilstrækkeligt tilsyn med, hvem regionerne har givet adgang til følsomme persondata i FMK via trustløsningen. Det kan medføre en øget risiko for uautoriseret adgang og kompromittering af følsomme persondata. Endvidere kan NSI ikke dokumentere, at FMK kan skaleres til at håndtere den øgede anvendelse af FMK, der forventes i takt med den løbende udrulning af FMK. Hvis det viser sig, at FMK ikke kan skaleres tilstrækkeligt, vil det medføre øget risiko for driftsforstyrrelser og manglende tilgængelighed til data i FMK. NSI har oplyst, at de vil udbedre de fundne mangler.

96. Dette kapitel handler om regionernes implementering af FMK ultimo 2013 og NSI's sikring af FMK-systemets it-sikkerhed.

4.1. Målingerne af anvendelsen af FMK er ikke retvisende

97. Vi har undersøgt, om regionerne måler på den fulde anvendelse af FMK på sygehusene og hos de praktiserende læger. Det er en væsentlig forudsætning for, at gevinsterne kan indfries, at FMK anvendes fuldt ud.

Måling af sygehusenes anvendelse

98. Regionerne har sammen med de øvrige parter i den nationale bestyrelse for sundheds-it, herunder Sundhedsministeriet, aftalt at måle på anvendelsen af FMK på sygehusene som andelen af *indlagte patienter*, der får afstemt deres medicinkort, når de bliver udskrevet, jf. boks 4.

BOKS 4. AFSTEMNING AF MEDICINKORT PÅ SYGEHUSENE

Afstemning af en borgers medicinkort omfatter, at listen over borgerens medicin opdateres, så den afspejler borgerens aktuelle og planlagte medicinske behandling.

Når en læge eller andet sundhedspersonale på sygehuset har opdateret medicinkortet, markeres dette ved at trykke på knappen "Afstem" i FMK.

For at medicinkortet er aktuelt, skal det afstemmes rettidigt, dvs. at lægen eller andet relevant sundhedspersonale skal have trykket på "Afstem" døgnet inden, patienten udskrives, eller højst 2 timer efter.

Kilde: Regionerne.

Regionerne har ikke udviklet en metode til at måle på anvendelsen af FMK i *ambulatorierne*. Regionerne gennemførte i 2013 i alt ca. 9 mio. ambulante behandlinger mod i alt ca. 1,5 mio. udskrivelser af indlagte patienter. Ikke alle ambulante behandlinger omfatter behandling med medicin, men en stor del gør, fx behandling af diabetespatienter. Målingerne af sygehusenes anvendelse omfatter dermed kun en lille del af behandlingerne. Regionerne har oplyst, at de er ved at udvikle en målemetode for anvendelsen af FMK i ambulatorierne.

Måling af de praktiserende lægers anvendelse

99. Regionerne har oplyst, at det i praksis ikke er muligt at fastslå antallet af konsultationer hos praktiserende læger, hvor det er relevant at anvende FMK. Derfor kan anvendelsesgraden ikke opgøres i forhold til antallet af konsultationer, hvor det er relevant at anvende FMK. Regionernes målemetode omfatter derfor ikke, om og i hvilket omfang de praktiserende læger anvender FMK ved alle de konsultationer og behandlinger, hvor FMK er relevant.

Regionernes målinger af de praktiserende lægers anvendelse af FMK frem til ultimo 2013 var i stedet baseret på, om lægerne inden for en periode på 4 uger havde foretaget ét opslag på FMK. Regionerne har oplyst, at de siden januar 2014 desuden har anvendt målinger af antallet af FMK-recepter, -ordinationer og -afstemninger for at få en indikation af, om lægerne anvender FMK. Sundhedsministeriet har oplyst, at de praktiserende læger fremadrettet rent teknisk kun vil kunne udskrive recepter og ordinere i FMK. Ministeriet har også oplyst, at den status for de praktiserende lægers anvendelsesgrad, som NSI rapporterer til FMK-programmets styregruppe og bestyrelse, i juni 2014 var beregnet ud fra, om lægerne inden for en periode på 4 uger har foretaget ét opslag på FMK.

Resultater

100. Undersøgelsen viser, at regionerne ikke måler på den fulde anvendelse af FMK på sygehusene og hos de praktiserende læger. Målingerne på sygehusene omfatter ikke ambulante behandlinger, selv om langt de fleste patientkontakter er i ambulatorierne. Derudover var målingerne for anvendelse af FMK hos de praktiserende læger kun egnet til at indikere en anvendelse af FMK.

4.2. Regionerne har ikke i tilstrækkelig grad sikret, at FMK understøtter arbejdet med medicin

101. Vi har vurderet, om regionerne har sikret, at FMK understøtter sundhedspersonalets arbejde med medicin, ved at undersøge, om alle relevante brugere på sygehusene har adgang til FMK, og om der bliver ryddet op i medicinkortene, så de giver det forudsatte overblik over borgernes medicinering.

Relevante personalegruppers adgang til FMK

102. Forskellige personalegrupper på sygehusene har brug for at kunne få adgang til FMK, fordi de håndterer patienternes medicin. Adgangen skal foregå på forskellig vis, da ikke alle brugere har de samme rettigheder. Fx er det kun læger, der kan ordinere medicin og oprette en ny recept. Brugeradgange til FMK er beskrevet i boks 5.

BOKS 5. BRUGERADGANGE TIL FMK

Adgang på baggrund af egen autorisation: Læger, sygeplejersker, jordemødre og social- og sundhedsassistenter har en selvstændig adgang og kan logge på FMK på baggrund af deres autorisation fra Sundhedsstyrelsen. De enkelte personalegrupper har ikke samme adgang til funktionerne i FMK, når de er logget på. Det er fx kun læger, der har adgang til at ordinere og oprette en ny recept.

Adgang via trustløsning: Regionen kan give trustbaseret adgang til FMK til en række faggrupper, der ikke har egen autorisation, men som via lovgivningen har hjemmel til at få adgang til medicinoplysninger. Det drejer sig fx om sygehusansatte farmaceuter og farmakonomer. Adgangen forudsætter, at regionen har indgået aftale om trustløsning med NSI.

Adgang som lægens medhjælp: Både personer, der selv har en autorisation, og personer uden autorisation, fx lægesekretærer, kan få adgang til FMK som lægens medhjælp. Når brugeren er logget på som lægens medhjælp, har brugeren adgang til de samme funktioner som læger i FMK, dog ikke oprettelse af recepter. En bruger kan få adgang til FMK som lægens medhjælp enten ved at være registreret i det centrale FMK som lægens medhjælp eller via trustløsningen.

En bruger kan have flere brugeradgange til FMK, fx både som lægens medhjælp og via egen autorisation, men vil have forskellige rettigheder, afhængigt af hvilken brugeradgang der anvendes.

Alle adgange forudsætter, at den lokale FMK-integration er udviklet til at understøtte denne type adgang.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra NSI.

103. Tabel 5 viser, hvilke personalegrupper i regionerne der havde adgang til de lokale FMK-integrationer ultimo 2013.

Tabel 5. Personalegruppers adgange til regionernes lokale FMK-integrationer ultimo 2013

		Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark ¹⁾	Region Sjælland	Region Hovedstaden ¹⁾
På baggrund af autorisation	Læger	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Sygeplejersker, jordemødre og social- og sundhedsassistenter	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Via trustløsning		Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Som lægens medhjælp ²⁾		Nej	Nej	Nej	Ja	Nej

¹⁾ For Region Syddanmark og Region Hovedstaden vedrører besvarelsen kun det ene sygehus i hver region, der ultimo 2013 havde teknisk implementeret FMK-integrationer i deres lokale EPJ-systemer.

²⁾ Regionernes svar angående lægens medhjælp vedrører, om regionerne har sikret en funktionalitet i den lokale FMK-integration, så brugere kan oprettes i FMK som lægens medhjælp og derigennem få adgang

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Det fremgår af tabel 5, at det kun er Region Sjælland, der ultimo 2013 havde sikret alle relevante brugere adgang til FMK. De 4 øvrige regioner havde ikke sikret brugere adgang til FMK som lægens medhjælp, og Region Syddanmark havde kun sikret læger adgang.

Region Nordjylland har oplyst, at funktionen "lægens medhjælp" var teknisk implementeret ultimo 2013, men først blev taget i anvendelse i marts 2014. Region Syddanmark har oplyst, at alle relevante faggrupper vil have adgang, når alle regionens sygehuse har implementeret en FMK-integration til regionens fælles EPJ-system, og når regionen har fået udbedret den eksisterende fejl i integrationen, der hindrer adgang som lægens medhjælp for personer uden egen autorisation. Region Hovedstaden har oplyst, at alle relevante faggrupper medio 2014 har fået adgang til FMK.

Oprydning i medicinkortet

104. Ud over at sundhedspersonalet skal tilføje nye oplysninger om borgernes medicin til FMK, vil aktiv oprydning i borgernes medicinkort være en løbende opgave frem til 2 år efter det tidspunkt, hvor FMK anvendes fuldt ud. Det skyldes, at først når alle læger udskriver recepter via FMK, dannes der ikke længere løse recepter i borgernes medicinkort. En recept slettes i FMK efter 2 år.

Det fremgår af overenskomsten med de praktiserende læger, at regionerne er forpligtet til at sørge for, at sygehuse har opstartet/opdateret patientens medicinkort, når patienten forlader sygehuset/ambulatoriet, eller når medicinen ændres ved telefonisk kontakt mellem sygehuset/ambulatoriet og patienten. Rigsrevisionen konstaterer, at opgaven med aktiv oprydning dermed tilfalder sygehuse. De praktiserende læger er kun forpligtet til at slå op i FMK og til at anvende FMK til fremadrettede ordinationer, men ikke til at rydde op i egne patienters medicinkort.

105. Regionerne har oplyst, at de har formuleret en fællesregional vejledning om brug af FMK ved indlæggelse, udskrivelse og ambulante kontakter. Vejledningen indeholder krav om, at en indlagt patients medicinkort afstemmes i forbindelse med udskrivelsen. Ved ambulante behandlinger skal FMK kun afstemmes, hvis der indgår medicin i behandlingen. Ifølge vejledningen kan regionerne endvidere beslutte en overgangsperiode for brug af FMK ved ambulante behandlinger. I overgangsperioden skal ambulatorielægen kun afstemme de medicinkort, der allerede er ryddet op i. I medicinkort, hvori der ikke er ryddet op, skal ambulatorierne kun påføre nye ordinationer, medmindre det er klinisk væsentligt at afstemme og dermed rydde op i medicinkortene. Klinisk væsentligt defineres ikke nærmere i vejledningen.

Regionerne har oplyst, at de selv har besluttet, at ambulatorierne i en overgangsperiode kan anvende FMK i et begrænset omfang, og at denne beslutning ikke er aftalt med NSI eller i den nationale bestyrelse for sundheds-it. Regionerne har videre oplyst, at ud af de regioner, som havde teknisk implementeret FMK ultimo 2013, var Region Sjælland den eneste region, som ikke anvendte en overgangsperiode med begrænset anvendelse af FMK på ambulatorierne.

106. Vores undersøgelse viser, at regionerne ikke har indgået en særskilt aftale med de praktiserende læger, som fastlægger, hvem der har ansvaret for oprydning i borgernes medicinkort, i det omfang det ikke sker på ambulatorierne. Det gælder også for de borgere, der ikke er i kontakt med sygehusene.

107. Sundhedsministeriet har desuden oplyst, at det er op til den enkelte læge i den konkrete situation at vurdere, om lægen kan skabe sig et tilstrækkeligt overblik over patientens samlede medicinering uden at afstemme medicinkortet og dermed rydde op i det.

108. Boks 6 viser et eksempel på, hvordan den mangelfulde forberedelse af FMK-programmet har påvirket implementeringen af FMK.

BOKS 6. EKSEMPEL PÅ, AT DEN MANGELFULDE FORBEREDELSE HAR PÅVIRKET IMPLEMENTERINGEN AF FMK

Kap. 2 og 3 viste, at SDSD under forberedelsen af FMK-programmet ikke kortlagde arbejdsprocesser, der involverer oplysninger om patienternes medicinering, som de foregik i praksis for alle relevante personalegrupper. Endvidere rapporterede NSI ikke til styregruppe og bestyrelse, at alment praktiserende læger ikke blev forpligtet i overenskomsten til at rydde op i medicinkortene, hvilket ellers havde været forudsat i programgrundlaget. I stedet fik sygehusene opgaven med oprydning for både indlagte patienter og ambulante patienter.

Imidlertid har regionerne oplyst, at det er et problem for ambulatorierne at anvende FMK, så længe de praktiserende læger ikke anvender FMK, fordi der ikke er afsat tid nok ved ambulatoriekonsultationen til, at der ryddes op i medicinkortet. Regionerne har videre oplyst, at det har vist sig at være en udfordring at motivere sundhedspersonalet på sygehusene til at anvende FMK, fordi de praktiserende læger ikke er forpligtet til at afstemme og dermed rydde op i medicinkortene, selv om de har implementeret FMK.

Resultater

109. Undersøgelsen viser, at det kun er Region Sjælland, der ved udgangen af 2013 havde sikret, at alle relevante personalegrupper på sygehusene, der arbejder med medicin, havde adgang til FMK. De 4 øvrige regioner havde ikke sikret adgang til FMK som lægens medhjælp. Rigsrevisionen finder, at adgang som lægens medhjælp er en væsentlig forudsætning for, at FMK skal kunne anvendes effektivt i arbejdet med medicinering, bl.a. fordi sygeplejersker i ambulatorier ofte varetager opgaver som lægens medhjælp med justering af medicin. Region Syddanmark havde kun sikret læger adgang til FMK på det sygehus, hvor FMK var i drift ultimo 2013. Regionerne har oplyst, at de er i gang med at sikre alle relevante grupper adgang.

Rigsrevisionen konstaterer, at det fremgår af overenskomsten mellem regionerne og de alment praktiserende læger, at det er sygehusenes opgave at sikre, at FMK opdateres ved alle patientkontakter, herunder ved ambulante behandling. Regionerne har kun søgt at sikre, at borgere, der bliver indlagt, får ryddet op i deres medicinkort. Borgere, der ikke bliver indlagt, får således ikke ryddet op i deres medicinkort. Dermed er det tiltænkte overblik over borgernes medicin ikke sikret.

4.3. Regionerne kunne have gjort det nemmere for brugerne at anvende FMK korrekt

110. Vi har undersøgt, om regionerne har søgt at gøre det nemt for brugerne at anvende FMK korrekt. For at vurdere dette har vi undersøgt, om regionerne har sikret, at de regionale FMK-løsninger er brugervenlige, om regionerne oplærer brugerne for at sikre, at de kan anvende FMK korrekt, og om regionerne har sikret, at sundhedspersonalet på sygehusene kan få udstedt en digital medarbejdersignatur hurtigt, hvis de mangler en sådan for at få adgang til FMK.

Regionernes sikring af, at de lokale FMK-løsninger er brugervenlige

111. SDSD/NSI har i sit risikoregister identificeret manglende brugervenlighed af løsninger som en risiko for FMK-programmet. Da FMK-integrationerne blev udviklet, var der ikke krav om at anvende brugervenlighedstests. Fra 2014 er det blevet et krav i den fællesstatslige it-projektmodel, at der skal anvendes tests, før en digital løsning sættes i drift, herunder brugervenlighedstests. Dog er regionerne ikke omfattet af dette krav.

112. Vores undersøgelse viser, at det kun er Region Hovedstaden, der har gennemført egentlige brugervenlighedstests for at sikre FMK-integrationens brugervenlighed, før den blev sat i drift. Vores undersøgelse viser dog også, at alle regioner har taget andre initiativer for at sikre brugervenligheden. Bl.a. har regionerne løbende inddraget brugere i, hvordan FMK-integrationen skulle udformes, og har indsamlet feedback fra brugere, efter at FMK er blevet sat i drift.

Regionernes oplæring af brugere for at sikre korrekt anvendelse af FMK

113. Vi har undersøgt, hvordan regionerne frem til ultimo 2013 oplærte brugerne som led i implementeringen af FMK, og hvordan oplæringen af nyansatte efter implementeringen af FMK er tilrettelagt.

114. Bonnerup-rapporten påpegede, at indførelse af nye digitale løsninger kræver, at brugere uddannes i at anvende løsningerne, og at det ikke er tilstrækkeligt kun at uddanne superbrugere. Derudover har regionerne i en aftale fra 2011 om implementering af FMK i regionerne forpligtet sig til organisatorisk implementering, der sikrer korrekt brug af FMK på alle afdelinger på alle sygehuse.

I en brugervenlighedstest testes ifølge Digitaliseringsstyrelsen brugergrænsefladen med bagvedliggende funktionalitet sammen med en repræsentativ gruppe af brugere. Brugervenlighedstests gennemføres, før den digitale løsning sættes i drift.

I beretning nr. 1/2013 om brugervenlighed og brugerinddragelse i offentlige digitale løsninger vurderede Rigsrevisionen, at brugervenlighedstests er en effektiv metode til at udvikle brugervenlige løsninger og derigennem sikre, at løsningen bliver anvendt.

Oplæring af brugere som led i implementeringen af FMK

115. Tabel 6 viser, hvordan regionerne oplærte brugerne som led i *implementeringen* af FMK frem til ultimo 2013.

Tabel 6. Regionernes oplæring af brugere som led i implementeringen af FMK frem til ultimo 2013

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Regionerne tilbyder oplæring, fx hold-undervisning, hjælp fra superbrugere eller vejledninger	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Regionernes oplæring omfatter opgaver i uddannelsesmiljø	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Regionerne følger op på, om brugerne tager imod tilbud om oplæring	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej ¹⁾
Regionerne kræver, at brugerne skal bestå en test i anvendelsen af FMK	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

¹⁾ Region Hovedstaden kan kun dokumentere, at regionen som led i implementeringen af FMK i 2014 har fulgt op på, om brugerne tager imod tilbud om oplæring. Region Hovedstaden har oplyst, at regionen ultimo 2013 anvendte den samme model for opfølgning på deltagelse i oplæring.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Det fremgår af tabel 6, at alle regioner som led i implementeringen af FMK tilbød oplæring af de sundhedsfaglige brugere. Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden anvendte opgaver i et uddannelsesmiljø som led i undervisningen. Ingen af regionerne fulgte op på, om brugerne tog imod den tilbudte undervisning eller information, og ingen af regionerne stillede krav om, at brugerne skulle bestå en test i anvendelsen af FMK.

Oplæring af nyansatte efter implementeringen af FMK

116. Vores undersøgelse viser derudover, at Region Sjælland og Region Hovedstaden som led i oplæringen af *nyansatte* efter implementeringen af FMK følger op på, om brugerne tager imod tilbud om oplæring. Region Nordjylland kan følge op på, om brugerne har tilmeldt sig, men det er ikke alle sygehuse i regionen, der har fulgt op på, om brugerne faktisk er mødt op. Det sygehus i Region Nordjylland, der indgår i undersøgelsen, har oplyst, at sygehuset fra den 1. april 2014 har indført krav om, at nyansatte skal bestå en test i at anvende FMK som led i oplæringen.

Straksudstedelse af digital medarbejdersignatur til brugere på sygehusene

117. Adgang til FMK kræver en fungerende digital medarbejdersignatur. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret, at digital medarbejdersignatur kan udstedes hurtigt (såkaldt straksudstedelse) til relevante brugere, da almindelig udstedelse af digital medarbejdersignatur som minimum tager et par dage, hvor brugeren ikke kan logge på FMK.

118. Tabel 7 viser resultaterne af vores undersøgelse af regionernes mulighed for at straksudstede digital medarbejdersignatur ultimo 2013.

Tabel 7. Regionernes mulighed for at straksudstede digital medarbejdersignatur ultimo 2013

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Mulighed for at straksudstede digital medarbejdersignatur	Ja	Nej	Ja ¹⁾	Delvist ²⁾	Nej ³⁾

¹⁾ For region Syddanmark vedrører besvarelsen kun det sygehus, der havde implementeret FMK ultimo 2013.

²⁾ Region Sjælland har kun mulighed for at straksudstede til brugere, som har glemt deres kode.

³⁾ Region Hovedstaden har oplyst, at regionen i 2014 har etableret en permanent mulighed for at straksudstede.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Det fremgår af tabel 7, at Region Nordjylland ultimo 2013 havde sikret, at brugerne på sygehusene kunne få straksudstedt digital medarbejdersignatur. Det var også muligt på det sygehus i Region Syddanmark, der havde implementeret FMK. Region Sjælland havde delvist sikret mulighed for straksudstedelse, mens Region Midtjylland og Region Hovedstaden ikke havde sikret dette.

Resultater

119. Rigsrevisionen vurderer, at brugervenlighedstests er effektive til at sikre brugervenligheden i digitale løsninger. Undersøgelsen viser, at det kun er Region Hovedstaden, der har anvendt egentlige brugervenlighedstests for at sikre, at det er let for brugerne at anvende FMK. Alle regioner har dog taget initiativer til at sikre brugervenligheden.

Alle regioner tilbyder oplæring af brugerne i FMK, men i hverken Region Midtjylland eller i Region Syddanmark får brugerne mulighed for at arbejde med testopgaver som led i oplæringen i implementeringen. Ingen af regionerne har fulgt op på, i hvilket omfang brugerne tager imod tilbud om oplæring som led i implementeringen af FMK, og ingen regioner har fulgt oplæringen op med en test af, om brugerne kan anvende FMK.

Kun Region Nordjylland havde ultimo 2013 fuldt ud sikret, at de kliniske brugere på sygehusene kan få adgang til FMK via straksudstedelse af digital medarbejdersignatur. Det var også muligt på det ene sygehus i Region Syddanmark, der havde implementeret FMK ultimo 2013.

4.4. Det centrale FMK-systems it-sikkerhed er ikke tilstrækkelig

120. Vi har undersøgt, om NSI har sikret, at det centrale FMK-system har en tilstrækkelig it-sikkerhed, og om NSI har etableret et tilstrækkeligt tilsyn med adgangen til følsomme persondata.

121. NSI er systemejer og dataansvarlig for det centrale FMK-system. NSI har dermed ansvaret for, at systemet fungerer, at data er tilgængelige, og at følsomme persondata er beskyttet i henhold til sikkerhedsbekendtgørelsen. Rigsrevisionen lægger desuden til grund, at NSI har pligt til at føre tilsyn med, at regionerne overholder bestemmelserne for adgang til FMK.

Sikkerhedsbekendtgørelsen
Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.

Risikovurdering af driften

122. Vi har undersøgt, om NSI har risikovurderet driften af FMK og på den baggrund implementeret sikkerhedsforanstaltninger, der kan medvirke til at sikre en stabil og sikker drift.

123. Vores undersøgelse viser, at NSI ikke har udarbejdet en dokumenteret risikovurdering af det centrale FMK-system, men kun en overordnet risikovurdering af FMK-programmet. Den overordnede programrisikovurdering medtager ikke i tilstrækkeligt omfang de sårbarheder og trusler, som kan påvirke driften af det centrale FMK-system. NSI har dermed heller ikke implementeret sikkerhedsforanstaltninger på baggrund af en specifik risikovurdering af det centrale FMK-system.

Driftssikkerhed ved fuld anvendelse af FMK

124. Vi har undersøgt, om NSI har taget højde for FMK's driftssikkerhed ved en forventet forøgelse af systemanvendelsen, når de praktiserende læger og kommunernes hjemmesygepleje forventes at blive tilsluttet FMK i løbet af 2014 og 2015.

125. Vores undersøgelse viser, at NSI ikke har dokumenteret, om FMK's tekniske platform og NSI's kapacitet til drift af systemet og support til de mange forventede nye brugere er tilstrækkelig.

Tilsyn med adgang til data

126. Vi har undersøgt, om NSI har sikret tilstrækkeligt tilsyn med, at regionernes tildeling af adgangsrettigheder til FMK kun gives til sundhedspersoner med et arbejdsbetinget behov.

127. Vores undersøgelse viser, at NSI har tilladt, at flere faggrupper, som er ansat i regionerne, får adgang til FMK, bl.a. via trustløsning. Når en ansat får adgang via trustløsningen, indebærer det, at regionerne selv administrerer disse ansattes adgang til FMK, frem for at NSI administrerer adgangen, som det er tilfældet for personale, der får adgang på baggrund af egen autorisation. Vores undersøgelse viser, at NSI som dataansvarlig for FMK ikke har sikret tilstrækkeligt tilsyn med regionernes anvendelse af disse trustløsninger.

Resultater

128. Undersøgelsen viser, at NSI ikke har udarbejdet en risikovurdering af det centrale FMK-system. Det kan medføre, at koncernledelsen ikke i tide har mulighed for at håndtere væsentlige risici. NSI har ikke dokumenteret, om det centrale FMK-system og NSI's driftsorganisation kan håndtere den forventede forøgelse af brugen af FMK, når de praktiserende læger og kommunernes hjemmesygepleje kobles på.

Endvidere har NSI ikke etableret tilstrækkeligt tilsyn med regionernes anvendelse af trustløsningerne.

NSI har oplyst, at de vil udbedre de fundne mangler.

5. Oplysninger til Folketingets Finansudvalg

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

Rigsrevisionen vurderer, at Sundhedsministeriet i aktstykket ikke afgav korrekte oplysninger om fremdriften i kommunernes udrulning af FMK. Ministeriet oplyste således, at kommunerne forventedes at nå fristen i 2011, selv om ministeriet via sin deltagelse i programmets ledelse var bekendt med, at kommunerne havde oplyst, at de først forventede at have implementeret FMK ultimo 2012 eller primo 2013.

Desuden finder Rigsrevisionen, at Sundhedsministeriet burde have afgivet mere dækkende oplysninger om resultatet af pilotprojektet, herunder at pilotprojektet ikke havde kunnet teste FMK-integrationerne i det forudsatte omfang, og om de problemer med integrationerne, som pilotprojektet havde afdækket.

129. Dette kapitel handler om oplysningerne om FMK i Sundhedsministeriets aktstykke herom til Folketingets Finansudvalg.

130. Vi har undersøgt, om Sundhedsministeriet har afgivet korrekte oplysninger om fremdriften i udviklingen og implementeringen af FMK til Folketingets Finansudvalg, herunder om Sundhedsministeriets oplysninger i aktstykket var i overensstemmelse med ministeriets viden.

131. SDSD/NSI fik bevilget midler til udvikling og implementering af FMK fra den daværende ABT-fond. Sundhedsministeriet trådte i juni 2009 i Finansministeriets sted som den myndighed, der gav bevillingen. Sundhedsministeriet har derfor ansvaret for bevillingerne over for Folketinget. Tabel 8 viser de forelagte aktstykker i sagen.

Tabel 8. Aktstykker om FMK forelagt for Folketingets Finansudvalg

Akt 180 25/6 2009	Finansministeriet	Første del af tilskuddet på 80 mio. kr. overføres fra ABT-fonden til en nyoprettet underkonto under Sundhedsministeriet med årets bloktilskudsaktstykke.
Akt 163 24/6 2010	Finansministeriet	Første del af tilskuddet overføres til en nyoprettet hovedkonto (tilskudskonto) under Sundhedsministeriet med årets bloktilskudsaktstykke. Ministeriet udbetaler herefter tilskuddet til SDSD med tilsagnsskrivelse af juli 2010.
Akt 92 23/3 2011	Sundhedsministeriet	Anden del af tilskuddet på 119,6 mio. kr. overføres fra ABT-fonden til en tilskudskonto under Sundhedsministeriet. Ministeriet udbetaler herefter tilskuddet til NSI med tilsagnsskrivelse af september 2011.

Kilde: Sundhedsministeriet.

Det fremgår af tabel 8, at Finansministeriet forelagde 2 aktstykker om bevillinger til FMK i henholdsvis 2009 og 2010. Begge var bloktilskudsaktstykker. Sundhedsministeriet forelagde aktstykket fra 2011.

Sundhedsministeriets aktstykke om FMK i marts 2011

132. Vores gennemgang viser, at Sundhedsministeriet i marts 2011 forelagde et aktstykke om bevillingsanmodning til Folketingets Finansudvalg vedrørende den anden del af bevillingen fra ABT-fonden til FMK.

Sundhedsministeriet har oplyst, at aktstykket er blevet kvalitetssikret gennem dialog med NSI og deltagelse i og referater fra programstyregruppemøder og møder i den nationale bestyrelse for sundheds-it.

133. Vores gennemgang af oplysningerne i aktstykket fra marts 2011 viser, at 2 centrale oplysninger ikke giver et korrekt billede af status på dette tidspunkt:

Kommunernes implementering

134. For det første fremgår det af aktstykket, at 20 mio. kr. disponeres til tilpasninger i FMK i forhold til kommunerne, så udrulning i kommunerne vil kunne ske i 2011. Imidlertid fremgår det af referatet fra styregruppemødet den 27. oktober 2009, dvs. mere end 1 år før, Sundhedsministeriet forelagde aktstykket, at KL på mødet orienterede styregruppen om, at FMK først forventedes at være implementeret i kommunerne ultimo 2012 eller primo 2013. Som medlem af styregruppen var Sundhedsministeriet vidende herom.

Sundhedsministeriet har oplyst, at baggrunden for oplysningen i aktstykket om, at kommunerne kunne nå fristen inden udgangen af 2011, var, at det var denne frist, der fremgik af økonomiaftalen for 2010. Ministeriet har videre oplyst, at uanset at fristen var ambitiøs, blev fristen fastholdt, herunder i aktstykket, for at fastholde det politiske pres på parterne med henblik på at sikre fremdrift. Ministeriet har endelig oplyst, at fristen ultimo 2011 derfor også fremgår af aftalen mellem regeringen og kommunerne fra juni 2011 om kommunernes økonomi for 2012.

Pilotprojektet

135. For det andet fremgår det af aktstykket, at pilotprojektet havde vist, at FMK-integrationerne var anvendelige for læger mv., og at FMK kunne anvendes i de lokale elektroniske journalsystemer. Det fremgår videre, at pilotprojektet havde vist, at grundlaget for udbredelsen af FMK var tilvejebragt teknisk og indholdsmæssigt.

Vores undersøgelse viser, at pilotprojektet bl.a. konkluderede, at de daværende FMK-integrationer til praktiserende læger først ville være praktisk anvendelige, hvis de ændringer, som deltagerne i pilotprojektet anbefalede, blev gennemført. Endvidere indgik der kun læger i pilotprojektet, så konklusionerne dækkede ikke øvrigt relevant personale. SDSD orienterede i foråret 2010 styregruppen – som Sundhedsministeriet indgik i – om, at pilotprojektet ikke havde kunnet teste FMK-integrationerne i det forudsatte omfang, og om de problemer med integrationerne, som pilotprojektet havde afdækket. Videre viser vores undersøgelse, at væsentlige problemer med anvendelighed og datakvalitet af FMK først blev afdækket, da lokale FMK-integrationer blev søgt sat i fuld drift.

Konklusionen på pilotprojektet, som også blev fremlagt i styregruppen, var dog, at man forventede, at FMK kunne udrulles, hvis de anbefalede ændringer blev gennemført. Endvidere tilsluttede styregruppen sig SDSD's indstilling om ikke at gennemføre yderligere pilotprojekter.

Resultater

136. Undersøgelsen viser, at aktstykket indeholder oplysninger om forventningerne til udrulning af FMK i kommunerne i 2011, som ikke er i overensstemmelse med de oplysninger, Sundhedsministeriet var bekendt med via sin plads i FMK-programmets styregruppe. Aktstykket indeholdt endvidere oplysninger om resultatet af pilotprojektet, som Rigsrevisionens undersøgelse viser ikke var dækkende. Rigsrevisionen finder, at Sundhedsministeriet i aktstykket bl.a. burde have oplyst, at pilotprojektet ikke havde kunnet teste FMK-integrationerne i det forudsatte omfang, og om de problemer med integrationerne, som pilotprojektet havde afdækket.

Rigsrevisionen, den 10. september 2014

Lone Strøm

/Mads Nyholm Jacobsen

Bilag 1. Metode

Undersøgelsen er baseret på skriftligt materiale og redegørelser fra Sundhedsministeriet, NSI, de 5 regioner (Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden), Danske Regioner og 5 udvalgte sygehuse.

Det skriftlige materiale omfatter bl.a. programgrundlaget for FMK. Vi forstår programgrundlaget på følgende måde: Forberedelserne til et program udgør programgrundlaget. Organiseringen af programmet og programgrundlaget udgør tilsammen programmets rammer. Programmet gennemføres på baggrund af rammerne. Vores forståelse af rammerne svarer i den fællesstatslige programmodel til de 2 faser "identificering" og "præcisering", der ligger forud for fasen "ledelse af programbølger", hvor programmet gennemføres. NSI har oplyst, at programgrundlaget for FMK udgøres af følgende dokumenter:

- businesscase af 8. juni 2009
- endelig ansøgning til ABT-fonden for første del af bevillingen
- faseindeltd programtidsplan af 30. oktober 2009
- budget af 30. oktober 2009
- oversigt over delprojekter og milepæle af 4. december 2009.

Herudover omfatter det skriftlige materiale i undersøgelsen bl.a. aktstykker, interne programdokumenter, rapporter til styregrupper og bestyrelser, referater af styregruppe- og bestyrelsesmøder samt samarbejdsaftaler mellem NSI og regionerne.

Derudover indgår lovgivning og vejledninger i undersøgelsen, herunder regler for bevillinger fra ABT-fonden samt "Vejledning om risikovurdering af IT-projekter" (udateret) og "Vejledning om risikostyring og anvendelse af risikoregisteret" (august 2013), der hører til den fællesstatslige it- og projektmodel.

Vi har desuden holdt interviews/møder med Sundhedsministeriet, NSI og de 5 regioner for at stille opfølgende og uddybende spørgsmål til redegørelserne og det skriftlige materiale.

Vi har besøgt ét sygehus i hver af de 5 regioner for at stille opfølgende og uddybende spørgsmål. Sygehuse er tilfældigt udvalgt ved lodtrækning ud af en pulje for hver region, hvor de største og de mindste sygehuse er udeladt i samråd med Danske Regioner. Det skyldes, at problemstillingerne omkring implementeringen af FMK kan være særlige for henholdsvis de mindste og de største sygehuse. Region Nordjylland indgik derfor ikke i lodtrækningen, da kun ét sygehus i regionen blev vurderet at have den rette størrelse til at indgå i undersøgelsen.

Desuden har vi besøgt et sygehus og en praktiserende læge for at se, hvordan FMK bruges i praksis.

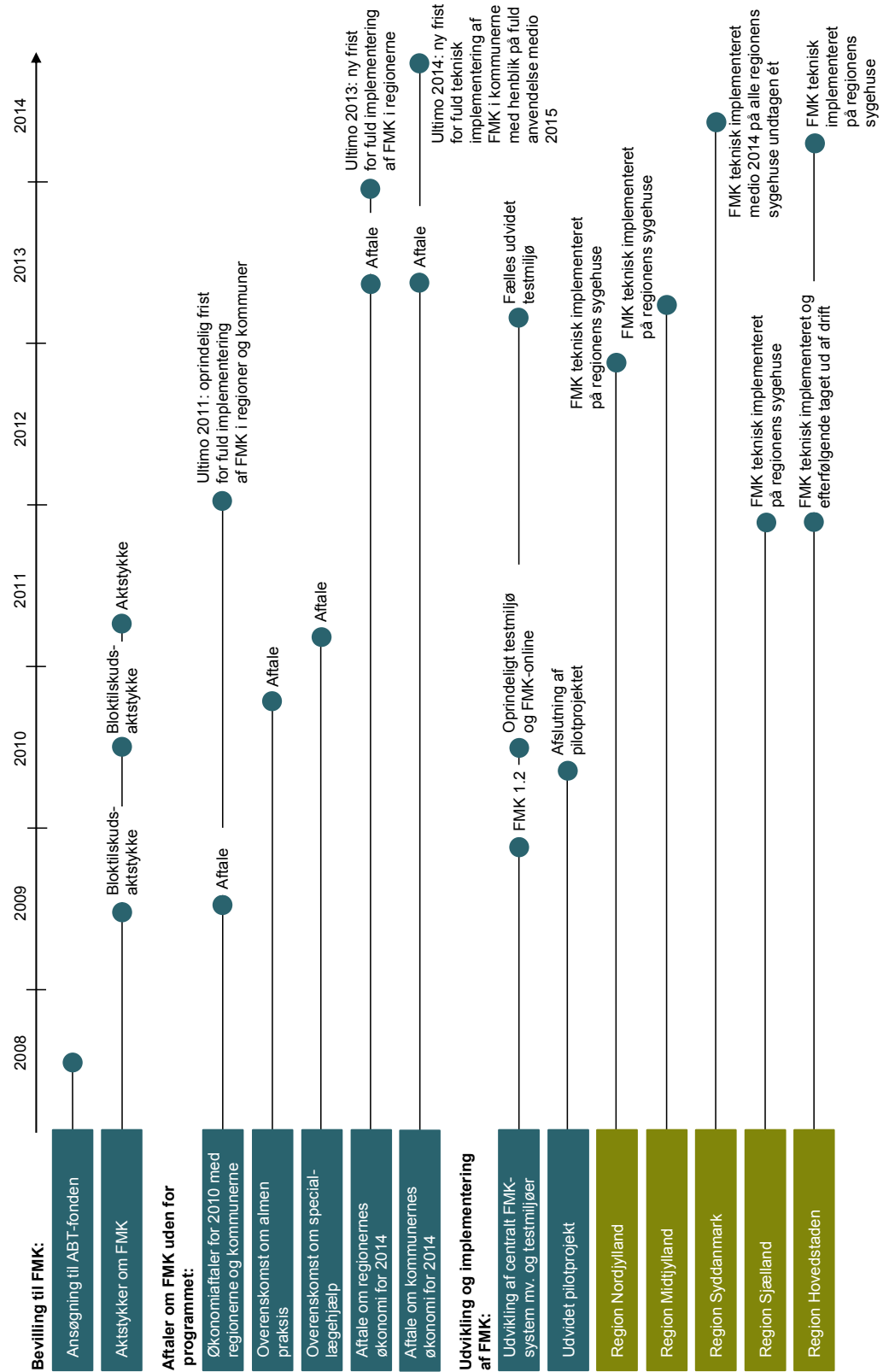
Vi har i undersøgelsen gjort brug af tal for anvendelsen af FMK, som regionerne har opgjort og indberettet til NSI. Der har i forbindelse med undersøgelsen vist sig at være usikkerhed om tallene og opgørelsesmetoderne. Vi har derfor søgt at få klarhed herom via en redegørelse fra NSI, herunder om tallene for anvendelse ultimo 2011 og ultimo 2013 er sammenlignelige. NSI har oplyst, at der ikke er sammenlignelige opgørelser af anvendelsen af FMK på sygehuse ultimo 2011 og ultimo 2013, da anvendelsen er opgjort forskelligt i 2011 og 2013. I 2011 opgjorde NSI kun, hvor mange af de forventede brugere der i løbet af en uge havde foretaget opslag på FMK, men ikke anvendelsesgraden, som er opgjort i 2013 og 2014. NSI har oplyst, at anvendelsen hos de praktiserende læger opgøres som andelen af læger, der har foretaget ét opslag på FMK inden for 4 uger og derved kan betegnes som aktive på FMK. NSI har videre oplyst, at når praktiserende læger defineres som inaktive, kan det betyde, at lægen ikke har benyttet sit lægepraksissystem, fx på grund af ferie eller sygdom, at lægen ikke har benyttet den version af lægepraksissystemet, som integrerer til FMK, eller at lægen har benyttet FMK-online.

Vi har som led i undersøgelsen inddraget 2 eksterne eksperter i it-projektstyring for at kvalificere vores revision af programstyringen. Eksperterne er professor Finn Kensing, Københavns Universitet, og Allan Pedersen, konsulentchef og partner i EPM Group. Rigsrevisionen har desuden hørt Digitaliseringsstyrelsen i forhold til formål og principper for den fællesstatslige programmodel og Rigsrevisionens anbefalinger.

Endelig indgår resultater fra Rigsrevisionens rapport "It-revision af det Fælles Medicinkort hos National Sundheds-it (NSI) 2014" fra maj 2014. Rapporten dækker en samlet revision af FMK, mens kun udvalgte resultater indgår i beretningen. It-revisionen er udført i perioden januar-februar 2014.

Billag 2. Tidslinje for FMK-programmet

Nedenstående figur viser en tidslinje for FMK-programmet.



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra Sundhedsministeriet og regionerne.

Bilag 3. NSI's opgørelser af teknisk implementering og anvendelse af FMK

Nedenstående tabel viser graden af teknisk implementering af FMK og anvendelsesgraden af FMK på landsplan ultimo 2011, ultimo 2013 og juni 2014 som opgjort af NSI. NSI har oplyst, at der ikke er sammenlignelige opgørelser af anvendelsen af FMK på sygehusene ultimo 2011. Tabellen viser derfor ikke tal for sygehusenes anvendelsesgrad ultimo 2011.

		December 2011	December 2013	Juni 2014
Sygehuse	Teknisk implementering	59 %	52 %	98 %
	Anvendelsesgrad	-	24 %	63 %
Alment praktiserende læger	Teknisk implementering	5 %	67 %	94 %
	Anvendelsesgrad	5 %	64 %	88 %
Praktiserende speciallæger	Teknisk implementering	0 %	49 %	75 %
	Anvendelsesgrad	0 %	45 %	72 %

Kilde: Sundhedsministeriet.

Bilag 4. Ordliste

Afstemning af medicinkort på sygehuse	Afstemning af en borgers medicinkort omfatter, at listen over borgerens medicin opdateres, så den afspejler borgerens aktuelle og planlagte medicinske behandling. Når en læge eller andet sundhedspersonale på sygehuset har opdateret medicinkortet, markeres dette ved at trykke på knappen "Afstem" i FMK. For at medicinkortet er aktuelt, skal det afstemmes rettidigt, dvs. at lægen eller andet relevant sundhedspersonale skal have trykket på "Afstem" døgnet inden, patienten udskrives, eller højst 2 timer efter.
Ambulatorium	Et ambulatorium på et sygehus er et undersøgelses- og behandlingssted for patienter, som ikke er indlagt.
Anvendelsesgrad	Anvendelsesgraden på sygehusene er målt som andelen af indlagte patienter, der får afstemt deres medicinkort, når de bliver udskrevet. Anvendelsesgraden hos de praktiserende læger er målt som andelen af læger, der har foretaget mindst ét opslag i FMK inden for 4 uger. Et samlet tal for anvendelsesgraden for alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger vil ifølge NSI ikke være retvisende. De 2 grupper er derfor opgjort separat. Se yderligere i bilag 1.
Bonnerup-rapporten	Bonnerup-rapporten ("Erfaringer fra statslige IT-projekter – hvordan gør man det bedre") fra 2001 blev udarbejdet af en arbejdsgruppe under Teknologirådet under ledelse af Erik Bonnerup og indeholder en række anbefalinger til offentlige it-projekter.
Brugervenlighedstest	I en brugervenlighedstest testes ifølge Digitaliseringsstyrelsen brugergrænsefladen med bagvedliggende funktionalitet sammen med en repræsentativ gruppe af brugere. Brugervenlighedstests gennemføres, før den digitale løsning sættes i drift.
Businesscase	Ifølge den fællesstatslige projekt- og programmodel er businesscasen det fundament, hvorpå ledelsen baserer sin beslutning om at gennemføre eller stoppe programmet. Businesscasen beskriver programmets gevinster, udgifter og risici. Formålet med businesscasen er at beregne konsekvenserne af den planlagte investering. Businesscasen beregner de samlede økonomiske og ikke-økonomiske konsekvenser af en potentiel investering. Den bygger på en analyse og opgørelse af, hvilken forandring man ønsker, og hvordan den opnås. Businesscasen viser helt overordnet, hvad forskellen er mellem at gennemføre programmet og at fortsætte uden, når der tages højde for risici. Ifølge den fællesstatslige projekt- og programmodel er der behov for at opdatere businesscasen i løbet af programmet, i takt med at viden øges, og usikkerhederne mindskes.
Certificeringskrav	Kriterier, som en løsning skal opfylde for at bestå en certificeringstest og dermed blive godkendt (certificeret) til at gå i drift.
Certificeringstest	I en certificeringstest afprøves, om en it-løsning opfylder de fastsatte certificeringskrav. For så vidt angår FMK testes NSI, om de lokale FMK-integrationer opfylder en række godkendelseskriterier. Testen skal bestås, før integrationen mellem det lokale system og det centrale FMK-system må sættes i drift.
Delegere	Se "Lægens medhjælp".
Den fællesstatslige programmodel	Programmodellen er udarbejdet af Digitaliseringsstyrelsen i 2013 og fastlægger krav og anbefalinger til styring af statslige programmer.
End-to-end-test	I en end-to-end test afprøves, om dataoverføres korrekt, når de overføres fra ét system til et andet. For så vidt angår FMK afprøves i en end-to-end-test, om data overføres korrekt mellem én lokal FMK-integration og FMK-online. I en udvidet end-to-end-test afprøves, om data overføres korrekt mellem 2 forskellige lokale FMK-integrationer via det centrale FMK-system.
EPJ-system	It-system, som anvendes lokalt på regionernes sygehuse. EPJ-systemer spænder fra at omfatte digitalisering af traditionelle papirjournaler til mere avancerede systemer, som også skal understøtte kvalitetsudvikling, klinisk forskning, ledelse og planlægning.

FMK-integration	En lokal integration i et lokalt system på fx sygehuse (EPJ-systemer) eller hos praktiserende læger (LPS-systemer), der gør det muligt at hente data fra og aflevere data til den centrale FMK-database, så data ses i de lokale systemer, uden at personalet skal logge på et separat FMK-system.
FMK-online	Hjemmesiden www.fmk-online.dk , hvor borgere kan få adgang til egne medicinoplysninger i FMK, og hvor relevant sundhedspersonale kan få adgang til medicinoplysninger i FMK for patienter, de har i aktuel behandling, hvis personalet ikke har adgang til FMK via en lokal integration.
FMK-programmet	Udviklingen og implementeringen af FMK er organiseret som et program. Et program er ifølge den fællesstatslige programmodel en midlertidig organisationsstruktur, der er oprettet for at koordinere og styre en gruppe gensidigt afhængige projekter og aktiviteter, der skal skabe en forandring. Måden, et program styres på, minder om styring af projekter.
Fritekst	Fritekst betyder, at data ikke overføres automatisk mellem integrationer. Problemet kan fx opstå, hvis én integration opgiver tidspunkter, hvor medicin skal tages, som morgen, middag, aften, mens en anden integration bruger klokkeslæt. Hvis integrationerne ikke er udviklet til at kunne foretage denne "oversættelse" automatisk, skal sundhedspersonalet selv gøre det manuelt.
Fælles Medicinkort (FMK)	Den digitale løsning FMK består af en central database, der indeholder alle borgeres medicinoplysninger. Sundhedspersonale, der håndterer medicin, skal kunne få adgang til disse oplysninger på tværs af sektorer. For at undgå, at personalet skal logge på et separat FMK-system, fungerer FMK teknisk set sådan, at personalet har adgang til FMK-data i de lokale journalsystemer, som de i forvejen anvender, fx regionernes EPJ-systemer. Hvert af disse systemer har indbygget en lokal FMK-integration, som kan hente og aflevere data i den centrale FMK-database.
Gevinster	Gevinster er de samlede økonomiske og ikke-økonomiske positive konsekvenser af en investering eller et program/projekt.
Implementering	Se "Organisatorisk implementering" og "Teknisk implementering".
It-sikkerhed	En virksomheds beskyttelse af systemer og datas fortrolighed, integritet og tilgængelighed. For FMK vedrører it-sikkerhed dels hensynet til borgernes ret til privatliv, dels at FMK kan fungere korrekt og i døgndrift.
Klinisk egnethed	Klinisk egnethed handler om, hvorvidt FMK er et anvendeligt redskab til at understøtte sundhedspersonalets arbejde med medicinering.
Kvalitet	For så vidt angår FMK forstår vi i denne beretning kvalitet som, at FMK understøtter sundhedspersonalets arbejde, hvor oplysninger om patienternes medicinering indgår, ved at alle forudsatte brugere er tilsluttet, og relevante brugere altid har nem adgang til medicinkort, der indeholder korrekte og opdaterede medicinoplysninger.
LPS-system	Et lægepraksissystem er et it-system, som anvendes lokalt af praktiserende læger.
Lægens medhjælp	Autoriserede sundhedspersoner kan delegeres deres opgaver til en medhjælp, fx for at sikre effektiv opgavevaretagelse. Således kan en læge delegeres opgaven med at justere fx en diabetespatients medicin til en sygeplejerske i et ambulatorium. I sådanne situationer handler sygeplejersken som lægens medhjælp. Retten til at udstede recepter kan ikke delegeres. For så vidt angår adgang til FMK som lægens medhjælp kan både personer, der selv har en autorisation, og personer uden autorisation, fx lægesekretærer, få adgang til FMK som lægens medhjælp. Når brugeren er logget på som lægens medhjælp, har brugeren adgang til de samme funktioner som læger i FMK, dog ikke oprettelse af recepter. En bruger kan få adgang til FMK som lægens medhjælp enten ved at være registreret i det centrale FMK som lægens medhjælp eller via trustløsningen.

Lægepraksis	Se "Praktiserende læger".
Løse recepter	Recepter i FMK, som ikke er knyttet til en lægemiddelordination.
MedCom	MedCom blev etableret i 1994 som en fællesoffentlig nonprofitorganisation, der faciliterer samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer om projekter vedrørende digital kommunikation i den danske sundhedssektor. Parterne bag MedCom udgøres i dag af Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL.
Medicinfstemning	Se "Afstemning af medicinkort på sygehuse".
Medicinkort	Se "Fælles Medicinkort".
MSP-modellen	MSP-modellen (Managing Successful Programmes) er udviklet i Storbritannien til styring af programmer.
NSI (National Sundheds-it)	NSI er en rent statslig institution, der indgår i Sundhedsministeriets koncern. NSI har ansvaret for at udmønte tværgående digitaliseringsinitiativer og har siden 2010 været programansvarlig for FMK. NSI overtog ansvaret for FMK fra Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD), da SDSD blev nedlagt i 2010, og NSI oprettet.
Oprydning i medicinkort	I FMK viser borgernes medicinkort automatisk recepter og udleveringer på apoteket de seneste 2 år. Disse recepter fremtræder dog som såkaldt løse recepter/udleveringer, dvs. at de ikke er knyttet til en ordination. En ordination viser årsagen til, at lægen har givet medicinen, hvor længe den skal gives osv. Oprydningen indebærer, at en læge aktivt skal knytte løse recepter til lægemiddelordinationer og sikre, at den samme medicin ikke optræder flere gange i en borgers medicinkort – de såkaldte dobbeltregistreringer.
Ordination	En handling, hvor en læge eller en tandlæge foreskriver et lægemiddel, en undersøgelse eller en behandling til en patient.
Organisatorisk implementering	Med organisatorisk implementering af FMK menes, at FMK anvendes som tiltænkt i forbindelse med medicinsk behandling.
Pilotprojekt	I et pilotprojekt testes en digital løsnings tekniske og/eller praktiske anvendelighed i mindre skala, før den digitale løsning sættes i fuld drift. Et pilotprojekt er god praksis, bl.a. for at formindske risikoen for manglende anvendelighed.
Praktiserende læger	I beretningen omfatter praktiserende læger både alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, medmindre andet fremgår.
Pris	For så vidt angår FMK forstår vi med pris parternes samlede omkostninger til udvikling, implementering og drift af FMK centralt og lokalt, dvs. ikke kun bevillingen fra ABT-fonden, samt gevinsterne ved systemet.
Program	Et program er ifølge den fællesstatslige programmodel en midlertidig organisationsstruktur, der er oprettet for at koordinere og styre en gruppe gensidigt afhængige projekter og aktiviteter, som skal skabe en forandring. Måden, et program styres på, minder på mange måder om styring af projekter.
Programbestyrelse	Ifølge programmodellen udgør programbestyrelsen det øverste ledelsesniveau inden for programmets rammer og skal bl.a. sikre de strategiske og organisatoriske rammer for programmet. Medlemmerne bør komme fra de deltagende parter øverste ledelse (dvs. direktionsniveau). For tværmyndighedsprogrammer bør programbestyrelsen ifølge den fællesstatslige programmodel etableres med deltagelse fra hver af de myndigheder, der betaler for/bidrager til programmets realisering og skal høste gevinster. I tværoffentlige programmer kan myndighederne overveje at anvende allerede etablerede nationale, statslige og regionale organer som programbestyrelse for at sikre sammenhæng med øvrige strategiske tiltag og for at udnytte allerede etablerede tværoffentlige beslutningsstrukturer.

Programmejer	Ifølge den fællesstatslige programmodel er programejeren formand for styregruppen og har ansvaret for, at programmet når sine mål på tværs af de deltagende organisationer. For tværmyndighedsprogrammer bør formanden for programstyregruppen som udgangspunkt udpeges fra det myndighedsområde, der har den største aktie/risiko i programmet. Ved aktie/risiko forstås omfang af bidrag (både resurse-mæssigt og økonomisk) og behov for resultater (såvel politiske, procesmæssige, organisatoriske som økonomiske resultater).
Programgrundlag	Vi forstår programgrundlag på følgende måde i beretningen: Forberedelserne til et program udgør programgrundlaget. Organiseringen af programmet og programgrundlaget udgør tilsammen programmets rammer. Programmet gennemføres på baggrund af rammerne. Rammerne svarer i den fællesstatslige programmodel til de 2 faser "identificering" og "præcisering", der ligger forud for fasen "ledelse af programbølger", hvor programmet gennemføres. For så vidt angår FMK har NSI oplyst, at programgrundlaget udgøres af følgende dokumenter: <ul style="list-style-type: none"> • businesscase af 8. juni 2009 • endelig ansøgning til ABT-fonden for første del af bevillingen • faseindeltd programtidsplan af 30. oktober 2009 • budget af 30. oktober 2009 • oversigt over delprojekter og milepæle af 4. december 2009.
Programledelse	Ifølge den fællesstatslige programmodel skal en programleder varetage den daglige ledelse af programmet inden for de rammer, som styregruppen har fastsat. For at sikre balance i ledelsen af tværmyndighedsprogrammer anbefaler modellen, at det bør overvejes at udpege en programleder, der kommer fra en anden organisation end formanden for styregruppen. Der kan være behov for at udpege flere programledere – én fra hvert myndighedsområde. Dette kan være relevant, for at programlederne kan spænde over det samlede omfang af programmet.
Programstyregruppe	Ifølge den fællesstatslige programmodel har styregruppen til opgave at lede det samlede program inden for de rammer, der er fastsat uden for programmets regi, fx i politiske aftaler, og af bestyrelsen. Når der er tale om programmer, der går på tværs af myndigheder, bør deltagerne udpeges blandt koncernledelsen. Endvidere bør det overvejes at lade én region repræsentere de øvrige regioner, ligesom KL kan repræsentere kommunerne.
Rammer	Vi forstår rammer på følgende måde i beretningen: Organiseringen af programmet og programgrundlaget udgør tilsammen programmets rammer. Programmet gennemføres på baggrund af rammerne. Rammerne svarer i den fællesstatslige programmodel til de 2 faser "identificering" og "præcisering", der ligger forud for fasen "ledelse af programbølger", hvor programmet gennemføres.
Regionernes Lønnings- og Takstnævn	Regionernes Lønnings- og Takstnævn har til opgave at aftale eller fastsætte løn- og øvrige ansættelsesvilkår for ansatte i regionerne og forhandle overenskomster for praksis-sektoren. De 5 regioner indstiller hver ét medlem, KL 2 medlemmer, og staten 2 medlemmer.
Review	Ifølge den fællesstatslige programmodel skal programlederen sikre, at der løbende foretages review af, at programmet fortsat er på rette spor. Review kan foretages både på projektniveau (er leverancerne tilfredsstillende), på bølgeniveau (opnås den ønskede forandring og gevinstrealisering) og på programniveau (er fremtidsmodellen fortsat strategisk relevant, og ser programmet som helhed ud til at kunne realisere den). I gang-sætning, koordinering og styring af disse reviews er en løbende opgave for programledelsen. Det anbefales at lade personer, som er eksterne i forhold til programmet (fx en intern audit-funktion), gennemføre reviews for at sikre et neutralt review.

Risiko	Ifølge den fællesstatslige it-projekt-/programmodel er en risiko en mulig hændelse, der – hvis den indtræffer – vil påvirke opfyldelsen af programmets mål. Når en risiko indtræffer, skal den ikke længere betegnes som en risiko, men som en hændelse. Denne skal håndteres i regi af programmet.
Risikoregister	God risikostyring forudsætter ifølge den fællesstatslige it-projekt-/programmodel, at programledelsen sikrer en samlet oversigt over programmets risici i et risikoregister. Risici identificeres og estimeres i risikoregistret. Risikoregistret opdateres løbende, fx når en risiko ændres, eller der identificeres nye risici.
Risikostyring	Risikostyring er ifølge fællesstatslige it-projekt-/programmodel en samlebetegnelse for de aktiviteter, der kræves for at identificere og kontrollere et programs eksponering for risici – positive som negative – der kan indvirke på programmets evne til at nå sine mål. Programledelsen skal systematisk og løbende vurdere risicienes sandsynlighed og konsekvens og opstille planer for håndtering af de enkelte risici. Endvidere skal risikostyringen ledelsesforankres ved, at programmet rapporterer status for risici til styregruppen, så gruppen ledelsesmæssigt kan forholde sig hertil og sikre, at risici håndteres korrekt.
SDSD (Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark)	SDSD var programansvarlig for FMK frem til nedlæggelsen af SDSD i 2010. SDSD var finansieret af staten, regionerne og kommunerne.
Teknisk implementering	Teknisk implementering af FMK indebærer, at der er adgang til FMK via et lokalt system, fx EPJ.
Testmiljø	I et it-systems testmiljø foretages test af data, fx end-to-end-test.
Tid	For så vidt angår FMK forstår vi i beretningen tid som overholdelse af de 2 frister ultimo 2011 og ultimo 2013.
Trustløsning	I forhold til FMK kan en række faggrupper, som ikke har egen autorisation, få adgang via den såkaldte trustløsning. Det drejer sig om fx farmaceuter og farmakonomer, som regionernes lokale brugeradministration allerede har registret som medhjælp for fx en læge. Disse grupper kan få adgang til FMK ved, at NSI stoler på regionernes brugerautentifikation. Trustløsningen indebærer, at regionerne selv administrerer de ansattes adgang til FMK, frem for at NSI administrerer adgangen, som det er tilfældet for personale med en sundhedsautorisation.
Uddannelsesmiljø	Et it-systems uddannelsesmiljø anvendes til at undervise brugerne i at anvende systemet. I uddannelsesmiljøet anvendes testdata i undervisningen frem for rigtige data.