

Hvordan kan egovernmentperspektivet gi bedre datakvalitet i Norsk pasientregister

SOS6510 eGovernment - omstilling av offentlig sektor ved hjelp av IKT -
NTNU vår 2013

Denne oppgaven er utført selvstendig av deltakerne i gruppen. Gruppen står solidarisk sammen om innholdet i oppgaven. Gruppen har bestått av:

Unn Elisabeth Huse og Robert Nystuen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og problemstilling	3
2	Avgrensing	5
3	Teoretisk rammeverk	6
3.1	ITPOSMO	7
3.2	CIPSODA	9
3.3	Datakvalitet	10
3.4	Motivasjon	11
3.4.1	Kunnskapsarbeidere og motivasjon	13
4	Case / dagens situasjon	15
4.1	Organisering av spesialisthelsetjenesten og helseregistre	15
4.2	Norsk pasientregister og helseforetakene	15
4.3	Om Norsk pasientregister	16
4.3.1	Norsk pasientregister – et nøkkelregister	17
4.3.2	Om datakvalitet i Norsk pasientregister	18
4.4	Om et helseforetak	19
4.4.1	Arbeidsprosesser knyttet til registrering og rapportering	20
5	Analysedel	23
5.1	CARTA-analyse	23
5.1.1	Completeness	23
5.1.2	Accuracy	23
5.1.3	Relevance	24
5.1.4	Timeliness	24
5.1.5	Appropriateness of presentation	25
5.2	Drøfting av resultater	25
5.2.1	Mulige tiltak	26
6	Konklusjon	30

Figurliste

Figur 1 - Full modell av egovernment-informasjonssystemer (Heeks, 2011 s.5)	7
Figur 2 - CIPSODA modell application	9
Figur 3 - A soft perspective on data quality (Heeks, 2011, s. 82)	11
Figur 4 - Kunnskapsarbeidets dilemma	13
Figur 5 - Lokal presentasjon av styringsdata	19
Figur 7 - Prosess for registrering og innrapportering fra helseforetak til NPR	20
Figur 8 - Ny prosess med direkte datafangst	27

1 Innledning og problemstilling

Kravene til offentlig sektor blir stadig større. Dette skyldes blant annet innbyggernes ønske om mer innflytelse og frihet i valg av offentlige tjenesteprodusenter (Sørensen, 2013). Krav om økt transparens er en driver for økt registrering og rapportering av data. Dette innebærer igjen at registre med god datakvalitet blir stadig viktigere for at offentlig sektor skal kunne utøve sin funksjon.

Det finnes imidlertid mange eksempler på manglende datakvalitet i offentlig registre. Ikke minst gjelder dette innen helsesektoren. Uten komplette og korrekte data er det vanskelig å fatte gode beslutninger og brukervalg. I en situasjon hvor data etterspørres i økende grad er dette et viktig tema og bør tillegges vekt i egovernment-prosjekter. Følgende sitat kan betraktes som et bilde på den utfordringen offentlig sektor står ovenfor: «*There is really no such thing as objective data in the public sector. All data has been shaped by those who provide, shape and handle it*» (Heeks, 2011, s. 83). Kan dette også være en av forklaringene til at de fleste egovernment initiativ eller prosjekter feiler (Heeks, 2011)?

God datakvalitet er på samme tid både spesielt viktig og spesielt utfordrende innen helsesektoren. Her finner vi store og delvis gamle datasystemer, mange aktører, varierende kompetanse og store datasett. God datakvalitet er helt avgjørende for at helseregistrene kan fylle sine formål. Dårlig datakvalitet kan i verste fall gi feil forskningsresultater, feil prioritering og ramme pasienttilbudet. Data som registreres i helsesektoren skal primært brukes til å understøtte helsehjelp. Forskning, kvalitetssikring, styring og administrasjon kan betegnes som sekundærbruk av opplysningene. Sekundærbruk av disse opplysningene vil sannsynligvis øke fremover, ikke minst siden innbyggerne i tråd med Sørensen (Sørensen, 2013) har økte forventinger til informasjon om kvalitet og muligheter til medvirkning i egen behandling.

Denne oppgaven tar for seg hvordan et helhetlig egovernment-perspektiv og økt nytteverdi for de som avgir data, kan gi økt datakvalitet i Norges største helseregister. Temaet er svært aktuelt ikke minst i relasjon til [Stortingsmelding 9 \(2012-2013\) «Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren»](#) (Én innbygger - én journal, 2012) hvor det sies:

«Regjeringen har som mål at innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene.»

Sammenstilling av oppdaterte data med høy kvalitet skal gjøre det mulig å følge utviklingen i helsetilstanden til befolkningen, gjøre systematiske vurderinger av tjenestetilbudet, og være grunnlag for styring, kvalitetsforbedring og forskning.»

(Én innbygger - én journal, 2012)

Dette er en ambisiøs målsetning på mange områder. I Norge har vi i dag 15 sentrale helseregistre og ca 200 kvalitetsregistre, hvorav 33 har status som nasjonale kvalitetsregistre. Alle disse er avhengig av registrering og rapportering fra helsetjenesten for å fylle sine formål.

Det er åpenbart et potensiale for å effektivisere rapporteringen til helseregistrene ved økt standardisering, gjenbruk av data og vurdering av arbeidsprosesser og -former. På den andre siden kan altså ikke målsetningen med helseregistrene oppnås uten høy datakvalitet. Høy datakvalitet betinges av at helsepersonell og helseforetak opplever helseregistrene som nyttige for egen virksomhet. Det er altså et gjensidig avhengighetsforhold mellom helsepersonell, helseinstitusjoner og helseregistre.

For at de politiske målsetningene i [Stortingsmelding 9 \(2012-2013\)](#) skal kunne realiseres er det mange forhold som må adresseres, de fleste av dem er langt mer komplekse enn å automatisere eksisterende rapportering. Selv om vi har mange gode helseregistre i Norge er datakvalitet et tema som stadig diskuteres. Vi vil vise at det er nødvendig å anerkjenne egovernmentssystemer som åpne sosiotekniske system for at stortingsmeldingens «krav» om høy kvalitet i data kan oppfylles. Konteksten er kompleks med et sammensatt aktørbilde og datakvalitet kan ikke «beslattes», men må tvert imot følges opp med en hybrid tilnærming hvor «myke» og «harde» tiltak kombineres.

Vi vil i besvarelsen først ta for oss relevant teori med vekt på egovernment-informasjonsystemer og motivasjonsteorier. Deretter vil vi presentere casen vår som viser eksempler på hvordan motivasjon påvirker datakvalitet ved rapportering fra helseforetak til helseregistre.

Vi har valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan egovernmentperspektivet gi bedre datakvalitet i Norsk pasientregister?

2 Avgrensing

Vi er ansatt i henholdsvis Helsedirektoratet og Vestre Viken helseforetak. Vår situasjonsbeskrivelse er ikke nødvendigvis hverken helt objektiv eller dekkende for de to virksomhetene. Omtalen av prosessene i Vestre Viken og Norsk pasientregister kan ikke uten videre overføres til andre helseforetak og helseregistre.

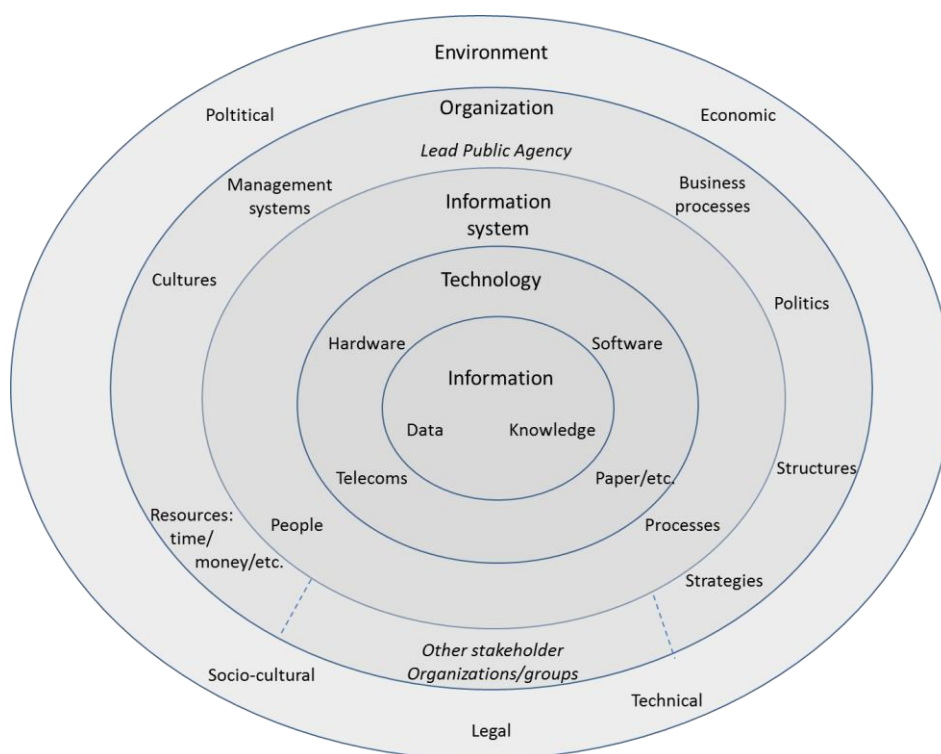
Av hensyn til oppgavens omfang har vi ikke gått inn på utfordringer hverken knyttet til standardisering av prosesser og teknologi, effektivisering eller samordning av helseregistre selv om dette er forhold som er sterkt relatert til utfordringene knyttet til registrering, rapportering og datakvalitet.

I drøfting av datakvalitet i NPR har vi av samme årsak valgt å avgrense til data fra somatiske sykehus.

3 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi ta for oss teori som er relevant for problemstillingen.

Det finnes flere forståelser av begrepet egovernment. Vi legger til grunn Heeks definisjon av egovernment som bruk av informasjonssystemer i offentlige virksomheter, det vil si ikke avgrenset til internett (Heeks, 2011). I kurset SOS6510 ble egovernment beskrevet som hvordan en kan utnytte IKT til å skape en mer effektiv og bedre fungerende offentlig sektor, som også gir et bedre tjenestetilbud til berørte parter. Heeks (the University of Manchester's Institute for Development Policy and Management, 2008) beskriver tre domener eller områder for egovernment. Det første virkeområdet er «eAdministration» som i hovedsak handler om forbedring av interne prosesser. Dernest kommer «eCitizens» og «eServices», dette området dekker videreutvikling av tjenester, økt transparens og dialog med innbyggerne. Det siste domenet er «eSociety», som kan forstås som de eksterne relasjonene til andre etater samt kommersielle og ikke-kommersielle organisasjoner. Denne forståelsen tydeliggjør at egovernment prosjekter ikke bare kan gi teknologiske utfordringer, men også utfordringer på det politiske plan samt utfordringer som har med endrede arbeidsprosesser og organisatoriske endringer å gjøre. For å forstå egovernment, er det nødvendig å ikke bare forstå hvilke muligheter IT gir, men samtidig forstå hvordan informasjonssystemene fungerer i samvirke med organisasjoner og samfunnet forøvrig. I dette perspektivet blir informasjonssystemene å forstå som åpne sosiotekniske system (Klev & Levin, 2009) med «myke» og «harde» aspekter som må ivaretas. En forutsetning for å forstå egovernment-systemer er altså å se informasjonssystemet i den konteksten det skal fungere i. Figuren nedenfor illustrerer hvordan politikk, regelverk, teknologi, kultur, økonomi med mer i sum utgjør en kompleks «ramme» for egovernmentprosjekter.



Figur 1 - Full modell av government-informasjonssystemer (Heeks, 2011 s.5)

Vårt perspektiv er i tråd med Heeks, at god ledelse av egovernmentssystemer ofte best ivaretas gjennom en «hybrid» eller balansert tilnærming som anerkjenner egovernmentssystemer som sosiotekniske system. Det vil si en tilnærming som ikke utelukkende ser organisasjon og individer som utelukkende rasjonelle og som kan styres maskinmessig, men inkluderer den menneskelige faktorens betydning for adferd.

For å forstå og beskrive kompleksiteten vil vi støtte oss på ulike teoretiske modeller for informasjonssystemer i ett egovernment-perspektiv. Vi vil her først komme inn på innholdet i 3 sjekklister for henholdsvis et strukturelt perspektiv (ITPOSMO), prosessorientert perspektiv (CIPSODA) og vurdering av datakvalitet (CARTA). Disse sjekklisene vil vi benytte i vår drøfting av casens informasjonssystem. Vi vil i teoridelen også inkludere motivasjonsteorier. Dette vil vi deretter benytte for å belyse relasjonen mellom motivasjon og datakvalitet i informasjonssystemer.

3.1 ITPOSMO

ITPOSMO er utviklet av Heeks (2011). Dette er en sjekkliste for følgende viktige faktorer for egovernmentprosjekter: informasjon, teknologi, prosesser, mål og verdier (objectives and

values), bemanning og kompetanse(staffing and skills), ledelsessystemer og struktur (management systems and structures), andre ressurser (other resources). Sjekklisten kan i noen tilfeller utvides med et punkt til som omtales som «outside the world». Dette omhandler faktorer som har betydning for relevante interessenter; politikk, økonomi, sosiokulturelle, teknologiske samt juridiske betingelser.

Vi ser at denne listen er nyttig for å identifisere områder som er sentrale for å lykkes i arbeid med egovernment. For vår problemstilling ser vi det som spesielt viktig å se på informasjon, prosesser samt mål og verdier (objectives and values).

I-Informasjon

Dette dekker både konkrete dataelementer i det digitale systemet som forvalter data, og den mer uformelle informasjonen som benyttes av organisasjonens medlemmer til kompetansebygging, læring og beslutning. Et sentralt tema her vil være hvilken kvalitet er det i dataene og informasjonen som er i systemet.

P - Prosesser

Prosessområdet omhandler aktiviteter som utføres av relevante interessenter i det området hvor informasjonssystemet opererer. Dette kan være både informasjons- og forretningsorienterte prosesser (Heeks, 2011). Dette er interessant å relatere til Idens prosessperspektiv (Iden, 2011). Her innebærer prosess-perspektivet at fokus er rettet mot kundene, kundenes behov og de prosessene som produserer de produktene og tjenestene som tilbys. Han sier også at det betyr at prosessene og samspillet mellom dem videreutvikles kontinuerlig på grunnlag av pålitelig og faktabasert informasjon. Av dette forstår vi at å kartlegge og visualisere prosesser som foregår både innen og utenfor et system på det området det omhandler er essensielt for å kunne etablere nye systemer, samt forbedre og videreutvikle etablerte informasjonssystemer.

O - Mål og verdier (Objectives and values)

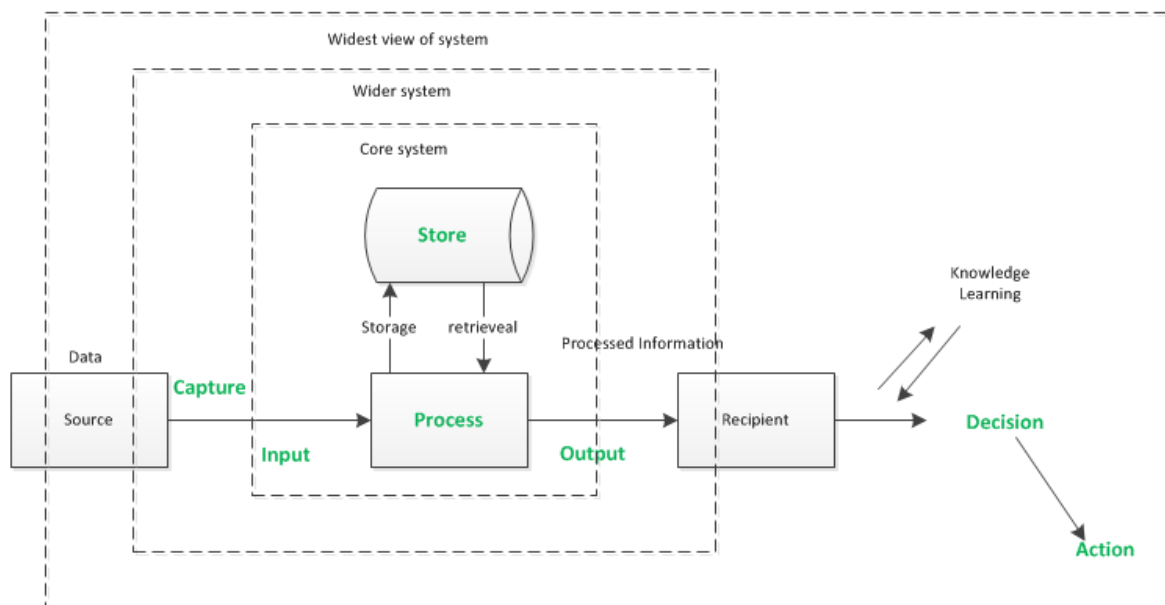
Mål og verdier favner ikke bare de offisielle og uttrykte målsetninger, men også personlige mål og organisatoriske spillsituasjoner. Dette området omtales derfor av Heeks (2011) som ofte den viktigste dimensjonen. Normer og verdier beskrives av Edgar Schein (Clegg, Kornberger, & Pitsis, 2008) som det som former de grunnleggende antagelsene eller organisasjonens virkelighetsoppfatning.

Ved innføring av egovernment-systemer ser vi altså at det blant annet er viktig å kartlegge og beskrive informasjons- og forretningsprosesser innenfor den sektor/målgruppe som berøres.

Det er også viktig å identifisere potensielle gevinster for brukere og effekt på vedtatte strategier i virksomhetene. I tillegg må man være bevisst ikke-artikulerte målsetninger og verdier. Disse vil kunne gi adferd som ikke nødvendigvis synes rasjonell ut fra formelle virksomhetsstrategier og mål. For eksempel kan den formelle målsetningen om effektivisering av offentlig virksomhet kunne komme i konflikt med personlige mål om å beskytte eller videreutvikle egne oppgaver.

3.2 CIPSODA

For å få et helhetsperspektiv på et informasjonssystem kan det være fornuftig å supplere ITPOSMO-sjekklisten med en mer prosessorientert metodikk. En modell (Heeks, 2011) som benyttes til dette beskriver datafangst (capture), Input, prosess (process), database (store), output, beslutning (decision) og iverksettelse (action). Modellen har fått navnet CIPSODA. Man kan se for seg at man innhenter data for deretter å registrere inn i systemet hvor det prosesseres ut fra definerte kalkuleringer, klassifikasjoner, utvalg og så videre. Dataene lagres strukturert og samlet i en database. Fra denne databasen kan data tilrettelegges som grunnlag for analyser og beslutninger.



Figur 2 - CIPSODA modell application

I modellen fremkommer det at dersom dataoutput fremstår som nyttig nok vil det kunne

danne grunnlag for beslutningstaking for brukeren. I et egovernment perspektiv er det decision og action elementene som bringer nytte til det offentlige. (Heeks, 2011)

3.3 Datakvalitet

En premiss for et velfungerende informasjonssystem er at informasjonen er komplett og korrekt, med andre ord datakvaliteten må være god. Dette er imidlertid ikke alltid tilfelle. Tvert imot, følge Milner (2000) har de fleste egovernment-systemer problemer med datakvalitet, til dels så alvorlige problemer at det kan true det offentliges funksjon (Heeks, 2011). For å si noe om hvorvidt datakvaliteten er god eller dårlig må man ha en bred eller helhetlig tilnærming. Det hjelper for eksempel lite om samtlige registrerte opplysninger i et informasjonssystem er korrekte, dersom registreringer mangler for deler av materialet. Tilsvarende er det ikke alltid at det som er registrert gjenspeiler de faktiske forhold selv om kodeverdier er gyldige og materialet komplett. Datakvalitet må altså betraktes som et produkt av flere forhold.

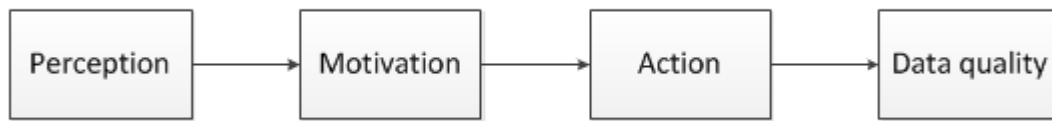
CARTA (Heeks, 2011) er en sjekklister som kan benyttes for å måle datakvalitet. Sjekklisten beskriver fem indikatorer; completeness, accuracy, relevance, timeliness og appropriateness of presentation. I vår oversettelse omhandler de fem indikatorene følgende forhold:

- Er data komplette?
- Er data valide og reliable?
- Er data etterspurte og nødvendige?
- Er data tilgjengelig til ønsket tid?
- Er data tilgjengelig og forståelig for bruker?

I analysedelen av oppgaven vil vi benytte CARTA i vår drøfting av datakvalitet i casens informasjonssystem.

For å belyse årsakene til at problemer med datakvalitet oppstår, er det interessant å benytte supplerende analysemodeller. The Data Warehousing institute (2002) hevder at 80 % av alle feil oppstår i de deler av databehandlingsprosessen hvor mennesker er involvert (Heeks, 2011). CIPSODA er som vi har vist ovenfor, en prosessorientert analysemodell og kan supplere CARTA for å få økt forståelse av mulige problemer med datakvalitet. I hvert av prosessstrinnene vil menneskelige vurderinger påvirke handlinger og dermed endelig datakvalitet i informasjonssystemet. Følgende modell (Heeks, 2011) viser hvordan den

enkeltes forståelse av hvordan data brukes påvirker individuell motivasjon og handlinger, som igjen har betydning for datakvalitet.



Figur 3 - A soft perspective on data quality (Heeks, 2011, s. 82)

Kvalitetsbrister kan likevel oppstå i alle trinn i prosessen med databehandling og årsakene til slike (Heeks, 2011) kan grupperes til enten tekniske eller menneskelige faktorer.

Når det gjelder tekniske faktorer som forklaring til datakvalitetsutfordringer, inkluderes blant annet programtekniske mangler, feil på sentralt utstyr, brann og fuktskader. I tillegg kommer kriminelle handlinger (hacking) som på tilsvarende måte kan medføre utilgjengelighet, tap av data, feil i data og redusert tillit til det offentlige. Selv om Heeks omtaler denne kategorien som «hard» eller teknisk, trekker han frem at det også i denne kategorien nødvendigvis må inngå menneskelige elementer som bidrar til å forklare hvordan de tekniske feilene kan skje.

Vi vil i det videre fokusere på «myke» eller menneskelige aspekter knyttet til datakvalitet. Spesielt vil vi ta for oss hvordan oppfatningen av hvordan data anvendes (eller ikke) kan påvirke motivasjon. Når data oppleves som uviktige eller antas ikke brukt, har det betydning for motivasjon for registrering/ rapportering. Tilsvarende vil informasjonssystemer som potensielt kan gi «straff» eller «belønning» for individet/ organisasjonen motivere for en resultatoptimerende adferd for aktørene. Vi vil derfor også inkludere sentrale motivasjonsteorier i denne delen av oppgaven. I analysedelen vil vi deretter drøfte aktørens roller og kjennskap til anvendelse av data i lys av disse teoriene.

3.4 Motivasjon

I denne oppgaven ønsker vi altså å se på nærmere på hvordan motivasjon for registrering kan påvirke datakvaliteten i informasjonssystemet. En vanlig forståelse av motivasjon er ”en indre psykologisk prosess i det enkelte individ som skaper en drivkraft som får oss til å handle, som gir retning for handlingen og opprettholder og forsterker handlingen” (Jacobsen og Thorsvik (2007)). Både personlige behov, og mellommenneskelige forhold / sosial

tilknytning har betydning for denne indre psykologiske prosessen.

Det finnes et mangfold av teorier om motivasjon. Det er interessant å se nærmere på de to hovedgrupperingene som representeres gjennom behovsteorier og forventningsteorier. Vi ser først på *behovsteori* som tradisjonelt har stått svært sentralt i organisasjonsteorien. Selv om Maslow er kritisert av flere, er Maslows behovspyramide sannsynligvis den motivasjonsteorien som er mest kjent blant folk flest. Denne gruppen av motivasjonsteorier gir to viktige poeng. For det første at mennesker motiveres når de ser muligheter til å få ivarett sine behov. Ulike mennesker har ulike behov og preferanser. Dette betyr altså at det som motiverer en person, ikke nødvendigvis motiverer andre. Det andre hovedpoenget er at det går en skillelinje mellom motivasjon knyttet til henholdsvis indre og ytre forhold. *Forventningsteori* kan betraktes som et supplement til behovsteorien ved at det i tillegg til et behov også må finnes en forventning om at det er mulig å nå målet (instrumentalitet) samtidig som det å nå målet må betraktes som verdifullt (valens).

Frederick Herzberg (Jacobsen og Thorsvik (2007)) har vært en viktig bidragsyter for økt kunnskap om hvilke virkemidler som kan benyttes for å skape motivasjon. Han har tre hovedpoenger. For det første er det noen forhold som skaper trivsel (motivasjonsfaktorer) og andre forhold som ligger til grunn ved mistriksel (hygienefaktorer). Dernest peker han på at det selv om forhold som skaper mistriksel korrigeres, så er ikke det tilstrekkelig for å skape motivasjon. Det siste poenget er at det kun er kjennetegn ved arbeidet som kan skape trivsel og motivasjon. Sett i vårt perspektiv (effekten av motivasjon på datakvalitet) er det interessant å se at prestasjon, selvtilfredshet og anerkjennelse fra andre ved godt utført arbeid finnes blant motivasjonsfaktorene. Dette vil vi komme tilbake til i analysedelen. Herzberg peker videre på at ytre belønninger som for eksempel lønn ikke er en motivasjonsfaktor, men en hygienefaktor. Selv om Hertzberg har fått kritikk både for metode og resultater er det flere analyser som understøtter hans syn om at det er de indre forholdene som er viktigst når det gjelder effekt på og varighet av motivasjon. Relatert til vår problemstilling kan en tenke at dersom økonomisk belønning og eller straff skal ha betydning på motivasjon for korrekt og komplett registrering over tid, må de økonomiske virkemidlene sannsynligvis etableres som varige virkemidler.

Forventningsteorien løfter på sin side frem nødvendigheten av at målene fremstår som realistiske med et for medarbeideren verdifullt resultat. Behovsteorien forteller at det er ulike forhold som motiverer ulike personer, det vil si det er ulikt hva vi opplever som verdifullt.

Dette indikerer at forankring av formål med registrering og kunnskap om nytteverdi av informasjonssystemet hos medarbeiderne er viktig for å skape motivasjon for korrekt og komplett registrering.

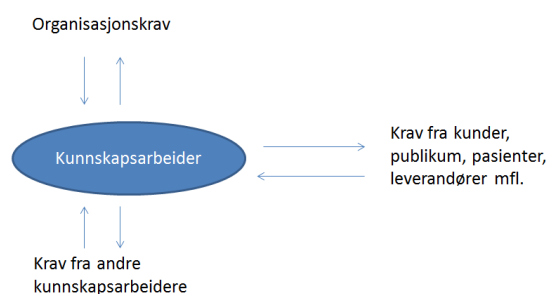
3.4.1 Kunnskapsarbeidere og motivasjon

Helseforetak er organisasjoner som er avhengig av mange forskjellige profesjoner for å kunne produsere og levere helsetjenester. Konsulenter, leger, sykepleiere og prosjektledere er eksempler på dette og kalles kunnskapsarbeidere som inngår i kunnskapsorganisering (Ekman, 2004). Som vi vil vise i casen består hverdagen i foretakene ofte av svært mange krav fra myndigheter og rapporteringsbehov til eierne. På motsatt side stilles det krav fra pasienter og brukere av helsetjenestene. Det er krav fra samhandlende aktører som kommuner, fastleger og andre spesialisthelsetjeneste tilbydere. I tillegg til dette kommer krav fra organisasjonens målsettinger og ens individuelle mål. Sett opp i mot krav til kvalitativ og god pasientbehandling (les tid til pasienten), beskrives kravet til rapportering for mellomledere og utførende personell som svært stort.

«Med kunnskap følger makt over arbeidet og stor handlefrihet i den daglige dont. (Ekman, 2004, s. 13)» Dette preger legeprofesjonen i sin utøvelse og organisering. Den enkelte lege står ansvarlig for å gjøre riktig vurdering av pasientens helsetilstand og behandling. Ved feil eller avvik er det den enkelte lege som stilles til ansvar. Helsetilsynet overvåker og stiller krav til utøvelsen av helsetilbudet, og kan inndra eksempelvis legelisens ved alvorlige hendelser.

Ekman(2004) omtaler dette som motstridende krav, og illustrere dette i følgende figur:

Kunnskapsarbeidets dilemma



Figur 4 - Kunnskapsarbeidets dilemma

Hver dag stiller pasienter, pårørende og kolleger krav til leger og sykepleiere som ofte skiller

seg fra organisasjonskravene. I de daglige dilemmaene lener kunnskapsarbeiderne seg på hverandre for å vurdere hvordan man best prioriterer blant kravstillerne. For å beskrive hvordan dette skjer sier Ekman følgende: « I småpratet formes det kompasset som lar kunnskapsarbeideren navigere gjennom et arbeid fylt av krav.» (Ekman, 2004, s. 62)

4 Case / dagens situasjon

Vi vil her beskrive vårt case som tar utgangspunkt i Norsk pasientregister og et helseforetak for å beskrive situasjonen rundt prosesser knytte til registrering og rapportering.

4.1 Organisering av spesialisthelsetjenesten og helseregistre

Spesialisthelsetjenesten og sentrale helseregistre er organisert i separate linjer under Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD benytter i stadig økende grad mål- og resultatstyring i sin oppfølging.

Spesialisthelsetjenesten består av 4 helseregioner organisert som regionale helseforetak (RHF). Regionene består til sammen av 24 helseforetak (HF), i tillegg er det sykehusapotek og sykehus med driftsavtaler med den enkelte region. HOD gir oppdrag til RHFene gjennom oppdragsdokumentet. RHF styrer gjennom oppdragsdokument til helseforetakstyrene som organiserer ett eller flere sykehus.

De sentrale helseregistrene er hjemlet i helseregisterloven. Disse er landsdekkende og helsepersonell har meldeplikt til dem. I tillegg har også de respektive virksomhetene som driver pasientbehandling plikt til å sikre at det finnes rutiner slik at registrering og rapportering til de sentrale helseregistrene finner sted. Registrene har egne forskrifter som beskriver hvilke data registrene kan inneholde og hvordan data kan brukes. Eksempler på sentrale helseregistre er Vaksinasjonsregisteret (SYSVAK), Hjerte- og karregisteret, Krefregisteret og Norsk pasientregister (NPR). De sentrale registrene brukes i første rekke til helseovervåking i form av helsestatistikk og beredskap, kvalitetsforbedring av helsetjenester, forskning, administrasjon og styring. Ansvar for de sentrale helseregistrene er fordelt på Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Helsedirektoratet, Forsvaret og Helse Sør-Øst RHF (Krefregisteret).

4.2 Norsk pasientregister og helseforetakene

Ofte forbindes helseregistrene primært med forskning og kunnskapsutvikling, men data fra helseregistre benyttes også i styringsdialogen med HOD og i relasjonen RHF - egne HF. Det viktigste registeret i denne sammenheng er Norsk pasientregister. HOD stiller gjennom årlige

oppdragsbrev krav til spesialisthelsetjenesten. Det stilles for eksempel krav om reduserte ventetider, nivå for aktivitetsutvikling (blant annet DRG-poeng og liggedager) og økt kvalitet målt gjennom nasjonale kvalitetsindikatorer. Dette er opplysninger som i all hovedsak hentes fra Norsk pasientregister.

Relasjonen mellom helseforetaksstrukturen og Norsk pasientregister kan betraktes som et gjensidig avhengighetsforhold. På den ene siden er registeret prisgitt det arbeidet som gjøres lokalt i foretakene for å få komplette data med god kvalitet, på den andre siden er foretakene avhengig av gode tilbakemeldinger og oversikter fra NPR som grunnlag for egen styring og måloppnåelse. Dette avhengighetsforholdet kan også leses av merknader til NPR-forskriften. *"Norsk pasientregister må gi de data som skal til for styring av alle aspekter av de regionale helseforetakenes ansvarsfelt."* (Norsk pasientregisterforskriften, 2007). Rapportering til NPR har derfor fått høy prioritet fra ledelsesnivå i RHFene.

De senere årene er regelverket for pasientrettigheter utvidet. Blant annet er det tatt inn krav om at det skal settes en frist for hvor lenge det forsvarlig at pasienten kan vente på helsehjelp, dersom pasienten ikke får behandling innen fristen omtales dette som [fristbrudd](#) (Fristbrudd - regjeringen.no, 2010) og behandlingsstedet er ansvarlig for å skaffe pasienten annet tilbud.

Data rapporteres per i dag inn en gang per måned. Månedlige data betegnes som foreløpige tall og brukes blant annet til nasjonal og regional ventelistestatistikk, gjestepasientoppgjør (mellom helseforetakene) og til styringsdataleveranser til RHF. Tre ganger per år er data gjenstand for grundigere kvalitetskontroll. Her gis det detaljerte tilbakemeldinger på logiske feil og mangler samt volumoversikter på nøkkeltall, og det er vanlig at data rapporteres på nytt etter at en del av de påpekte manglene er korrigert. En ytterligere utvidet kvalitetssikring gjennomføres årlig, her "vaskes" data for eksempel mot Folkeregisteret.

4.3 Om Norsk pasientregister

Norsk pasientregister (NPR) ble etablert i 1997 i forbindelse med at det ble innført innsatsstyrt (aktivitetsbasert) finansiering av norske sykehus. Data om aktiviteten måtte dermed samles inn. Registeret skulle ha rolle som nasjonal serviceorganisasjon og eksistensgrunnlaget var knyttet til å levere sentrale styringsdata. Miljøet fikk raskt nye oppgaver og registeret omfattet etter hvert store deler av spesialisthelsetjenesten. I 2007 ble helseregisterloven endret og hjemlet NPR som et personidentifiserbart helseregister. Norsk

pasientregister ble samme år en del av Helsedirektoratet. Registeret betraktes som svært sensitivt blant annet på grunn av størrelsen og det er etablert et strengt regelverk for å ivareta personvern og sikkerhet. Forskrift ga også en rekke formkrav som må oppfylles før data kan utleveres og åpnet for fakturering av søkere for medgått tid ved utleveringer. Helsepersonell og helseforetak er gjennom lov og forskrift pålagt å rapportere til NPR. Flere har gitt uttrykk for at det oppleves paradoksalt å måtte søke om å få «sine» data og ikke minst at dette kan utløse en kostnad.

Norsk pasientregister er i dag primærkilde til styringsdata for spesialisthelsetjenesten og er landets største helseregister målt i antall utleveringer. Data fra NPR er sentrale for å følge opp en lang rekke helsepolitiske målsetninger i tillegg til styring og administrasjon av tjenesten. Registeret brukes blant annet til nasjonal ventelistestatistikk, oppfølging av pasientrettigheter, finansiering av sykehus, kommunal medfinansiering og som mål på kvalitet i pasientbehandlingen (nasjonale kvalitetsindikatorer). Videre er registeret viktig for å følge opp effekter av samhandlingsreformen, analyser av effektivitetsutvikling og prioriteringer i tjenesten. I tillegg brukes registeret i stadig større grad til forskning og kvalitetssikring av andre registre.

Tertial- og årsdata brukes i nasjonal og internasjonal statistikk, kvalitetsindikatorer, finansiering og til en lang rekke forsknings- og analyseprosjekter.

4.3.1 Norsk pasientregister – et nøkkelregister

De sentrale helseregistrene har delvis ulike formål og varierende innhold. Imidlertid er det delvis overlapp mellom innhold og de fleste registrene har derfor hjemmel til å sammenstille med andre sentrale helseregistre for kvalitetssikring. Norsk pasientregister har i tillegg som en del av sitt formål å kunne være grunnlag både for etablering og kvalitetssikring av kvalitetsregistre. Siden NPR inneholder opplysninger om all pasientbehandling og ikke er avgrenset til enkelte pasientgrupper er registeret spesielt egnet til dette formålet.

Nasjonalt helseregisterprosjekt er oppfølgingen av Regjeringens tiårige strategi for modernisering og samordning av de nasjonale helseregistrene (Gode helseregistre - bedre helse, 2009) Formålet er bedre utnyttelse, bedre kvalitet og enda sikrere håndtering av data i de sentrale helseregistrene og de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Ett viktig tiltak i dette prosjektet er definering av såkalte nøkkelregistre som kan bidra ikke bare til å

kvalitetssikre, men å fylle nye registre med innhold. Norsk pasientregister er sammen med Reseptregisteret, Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret pekt på som nøkkelregister. Så langt er det etablert ett nytt sentralt helseregister (Hjerte- og karregisteret) etter denne modellen. For tur står nasjonal kjernejournal som også skal få data fra NPR fremfor å hente tilsvarende fra tjenesten.

4.3.2 Om datakvalitet i Norsk pasientregister

Selv om rapportering til de sentrale helseregistrene er lovpålagt innebærer ikke det at rapporteringen nødvendigvis skjer i tråd med pålegg. Mange av helseregistrene sliter med å få inn komplette data på tid og i riktig form.

Siden NPR benyttes som grunnlag for finansiering og styring av tjenesten har rapporteringen som nevnt fått høy prioritet fra foretakene. Det er dedikert ressurser som kontroller og følger opp data med betydning for økonomisk refusjon og måloppnåelse. I et kvalitetsperspektiv har dette både positive og negative sider. På den ene siden blir all behandling rapportert, men rapporteres det riktig? Denne problemstillingen er i tråd med Levitt og Dubners (Sørensen, 2013) drøfting om juks med resultatrapportering. Spørsmålet om datakvalitet i NPR har også vært drøftet ved flere anledninger. Blant annet har Riksrevisjonen ved flere anledninger stilt spørsmål ved om det «trikses» det med registrering for å få økte utbetalinger. I den senere tid har det også vært debattert registrering av ventelistedata. Stimulerer departementets målstyring til kreativitet i registrering for å unngå negativ oppmerksomhet knyttet til lange ventetider eller høye fristbruddtall?

Kontroll og beregninger i NPR gjøres ut fra nasjonale definisjoner og det er vektlagt å gjøre materialet mest mulig sammenlignbart på tvers av år og foretak. Helseforetakene har historisk forsøkt å gjenskape disse beregningene og produsere styringsdata lokalt uten å vente på rapportene fra NPR. Ved feil eller mangler i data har de ofte forsøkt å ta høyde for dette i sin beregning. Det oppsto på et tidspunkt en situasjon hvor flere foretak var mindre interessert i kvalitet i det som ble rapportert nasjonalt, siden de mente å ha de riktige tallene lokalt. Etter HOD presiserte at det var tallene fra NPR som var grunnlag i mål- og resultatstyring, har fokuset på kvalitet gjenoppstått. En viktig faktor var at det ble etablert styringsdataleveranser til RHF månedlig, som disse igjen bruker i sin oppfølging av helseforetakene. I styringsdialogen aksepteres altså ikke lenger lokalt beregnede indikatorer, selv om disse

åpenbart er nødvendig i løpende oppfølging lokalt.

4.4 Om et helseforetak

Vestre Viken helseforetak er organisert som en del av Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Det er totalt 10 foretak i regionen. Det er i tillegg 5 private sykehus med driftsavtaler med Helse Sør-Øst. Regionen sørger for spesialisthelsetjenester til 2,7 millioner mennesker, det arbeider til sammen 70.000 medarbeidere i helseforetakene, samlet budsjett er om lag 60 milliarder kroner hvor ca.7 milliarder er Vestre Viken andel. Helseforetakets befolkningsgrunnlag er på om lag 450 000 innbyggere i Buskerud fylke og kommunene Asker og Bærum i Akershus fylke.

Helseforetaket er et selvstendig rettssubjekt, som omfattes av et omfattende lovverk med tilhørende forskrifter, policier og normer. Foretaket er ansvarlig for å ha internkontrollsystemer som ivaretar systematisk kontroll og oppfølging av tiltak, herunder å sikre rapportering til sentrale helseregistre.

I tillegg til alle rapporteringskrav til myndighetene på aktivitet og kvalitet, så er det tilsynsordninger som også krever rapportering og ledelsesfokus i foretakene. Totalt kan det dreie seg om 16 eksterne tilsynsmyndigheter som må følges opp i ulik grad etter varslede tilsyn for et helseforetak. Til RHFet alene skal det rapporteres på mer 100 indikatorer årlig.

VVHF Styringsindikatorer

Epikrise
Antall utskrivninger
Antall epikriser innen 7 dager
Antall epikriser sendt/gitt på utskrivningsdagen
Andel epikriser sendt innen 7 dager
Andel epikriser sendt/gitt på utskrivningsdagen

Fristbrudd (Pasienter med rett til prioritert helsehjelp)
Antall pasienter med frist i perioden (gml def)
Antall fristbrudd i perioden (gml def)
Andel fristbrudd for rettighetspasienter i perioden (gml de
Antall fristbrudd for rettighetspasienter totalt
Antall fristbrudd ordinært avvirket i perioden (ny def)
Antall rettighetspasienter tatt til behandling i perioden (ny
Andel fristbrudd avvirket i perioden (ny def)

Henvisninger - mottatte
Antall henvisninger mottatt i perioden (siste mnd)
Antall henvisninger mottatt i perioden (forrige mnd)
Antall henvisninger ikke vurdert
Antall henvisninger vurdert innen 3 dager
Antall henvisninger vurdert innen 10 dager
Antall henvisninger vurdert innen 30 dager
Andel henvisninger vurdert innen 3 dager
Andel henvisninger vurdert innen 10 dager
Andel henvisninger vurdert innen 30 dager
Totalt antall vurderingsdager i perioden (siste mnd)
Gjennomsnittstid (antall dager) fra mottak av henvising i

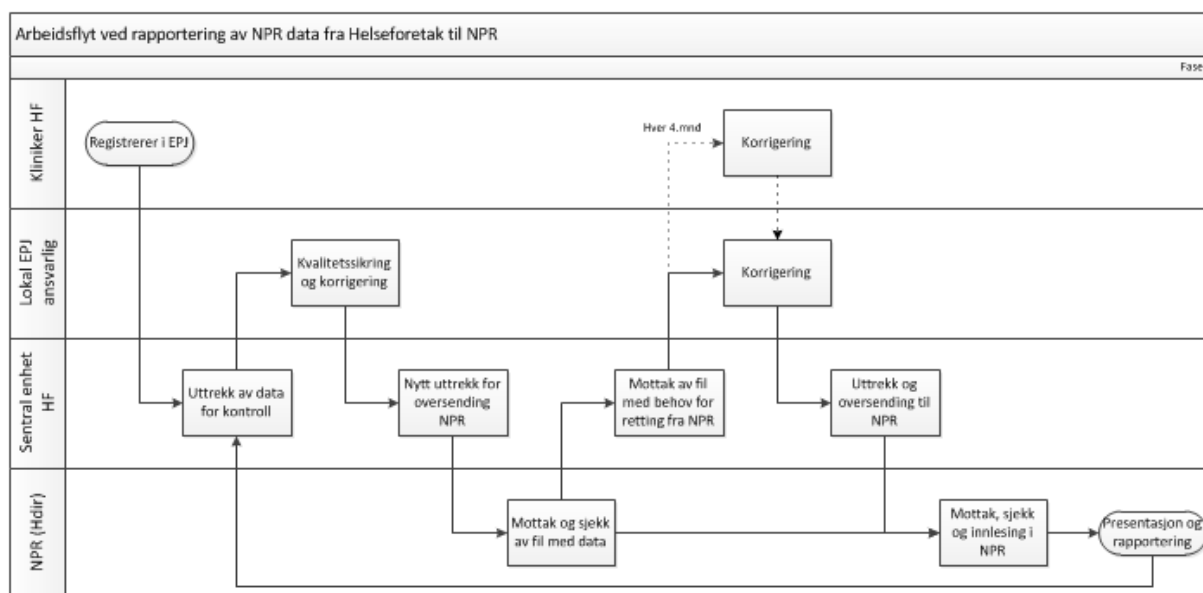
Henvisninger - prioritering

Figur 5 - Lokal presentasjon av styringsdata

Vestre Viken har innarbeidet kultur og rutiner for presentasjon av styringsdata på intranettet, se figur 5. Det presenteres styringsdata for foregående år som med aktivitetsrapporter (DRG, DRG-indeks, antall liggedager/gjennomsnittlig liggetid), fristbruddrapporter, styringsindikatorer, vaktplan, økonomirapporter, smittevern, beleggsrapporter. Ventetidene legges også ut med en kobling til Fritt Sykehusvalg (<http://www.frittsykehusvalg.no/start/>)

4.4.1 Arbeidsprosesser knyttet til registrering og rapportering

Det er flere aktørgrupper involvert i registrering og rapportering mellom foretak og NPR. En overordnet skisse på prosess for registrering og innrapportering til NPR kan visualiseres i følgende figur:



Figur 6 - Prosess for registrering og innrapportering fra helseforetak til NPR

Registrering av data starter når pasienten legges inn på sykehus, eller møter opp til poliklinikk. Dette er administrativ informasjon som opprettelse av ny pasient med kontaktinformasjon, eller oppdatering av data fra tidligere opphold. Denne administrative registreringen gjøres av kontorfaglig, sykepleier eller laboratorieansatte. Prosessen for klinikerer starter når lege oppsøker inneliggende pasient ved visitt eller tilsyn på avdeling, eller når pasienten tas inn på konsultasjonsrom på poliklinikken. På avdelingen og/eller klinikken følges det opp daglige og ukentlige rapporter på aktivitet og styringsdata (figur 5). Dette er rapporter/uttrekk som gjøres av lokal EPJ ansvarlig. Rapportene bestilles i

rapportgenerator i EPJ systemet. Lokal EPJ ansvarlig har som oftest en stabsrolle og har helsefaglig bakgrunn. Denne rollen følger opp rutiner og prosedyrer som skal bidra til bedre kvalitet i uttrekkene. Lokalt gjøres det uttrekk og oppfølging av flere parameter enn det som skal til NPR. Dette er oppfølging av arbeidsflyt, slik at oppgaver ikke blir liggende for lenge i systemet. Eksempler på dette er; signering av svar på prøver, usendte dokumenter og åpne dokumenter. Kontrollrapporter som skal gi informasjon om at det er kontroll på oppgavene er vesentlig for helseforetaket etter fokus på forbedringsbehov på [pasientadministrative rutiner i helseforetak](#). (Helsetilsynet, 2011) Sentral enhet i helseforetaket trekker ut og følger opp rapporter, gjennom presentasjon av informasjon av data i en kubefunksjon på Intranettet. Kubefunksjonaliteten gjør at man kan velge ut organisasjonsnivåer (foretaket, klinikk, avdeling eller seksjon) å se data på. Sentral enhet som sender oppdatert uttrekk til NPR, er en stabsenhet organisert i administrasjonen for foretaket under økonomidirektør. NPR gjør en kontroll på om datafilen er lesbar og at all informasjon er med for optimal innlesing. Filen leses så inn for presentasjon og rapportering. Hvert kvartal gjøres en større jobb for å sikre datakvaliteten. Da går det en ekstra runde helt tilbake til lokal EPJ ansvarlig og kliniker for kontroll og korrigerings.

I denne prosessen opplever den sentrale enheten i foretaket tregheter og/eller problemer internt med tilganger til datakilder (databaser) for bruk til analyse av virksomheten. Man får uttrekk på bestilling fra driftsleverandøren på IKT, men det er ikke kontinuerlig oppdatering på uttrekk fra pasientjournal og uttrekkene kan komme for sent. Det er usikkerhet om det er kapasitet, kompetanse eller usikkerhet i forhold til eierskap til data som er årsaken.

Bestillingsrutinen mellom databehandler og databehandleransvarlig er beskrevet i avtaleform, men kan synes manglende operasjonalisert og prioritert i behov for kontinuerlig tilgang til data i virksomhetsstyring. Beskrivelse av behov for data til optimal analyse er et ansvar som ligger til foretaket (bestillerkompetanse), men det må være en leveransekompetanse hos driftsleverandør som leverer uttrekk og forstår viktighetene av respons og datasett levert. Kompetansen er til stede hos leverandør, men ansees som en knapphetsressurs fra den sentrale enheten som bestiller. Automatisk uttrekk av spesifiserte datasett er ønsket og bestilt, men en utfordring i dette for leverandør er mangel på optimal systemarkitektur og kapasitet som tilfredsstillende behovene for den sentrale enheten i foretaket

For brukerne og klinikerne oppleves ofte kvalitetssikring og registrering av data som ekstraarbeid. Når man spør hvorfor det oppleves slik, så er svarene gjerne at det oppleves som

merarbeid eller at dataene allerede er registrert ett sted, hvorfor er det nødvendig å registrere flere steder? En annen vinkling på svarene er følgende: det er kun ledelse og politikere som krever informasjonen, og tiden det tar å registrere etter «administrative» kravene fjerner tid og fokus som burde vært benyttet til pasientbehandling. Flere klinikere oppfatter at det å dokumentere pasientbehandling ikke er en del av pasientbehandling, men som krevende «kontorarbeid».

I den delen av prosessene som gjentar seg tertialvis (hver 4.mnd) i [figur 5](#), benytter avdelingene som er ansvarlig for data som rapporteres inn vesentlig med ressurser til kvalitetssikring og korrigerings. Det er satt av spesifikke «kode-kontrollere» (klinikere) som sikrer datakvalitet i rapporteringen til NPR. Etter gjennomgang av rutiner ved en avdeling, har man nå gått mer bort fra denne kontrollfunksjonen. Resultatet ble ved endringen dårligere ved første rapportering, men har siden bedret seg. Det betyr at ressursbruk til kvalitetssikring har gått noe ned da klinikerne selv registrerer mer optimalt når datafangsten gjennomføres ved konsultasjon. Dette skyldes hyppigere presentasjon og oppfølging av data, samt fokus på rutiner og prosess. En annen viktig faktor er at foretaket har etablert ledelsesfokus på oppfølging og registreringspraksis av data i klinikk og avdeling.

5 Analysedel

Innledningsvis vil vi analysere datakvalitet i NPR ved hjelp av CARTA-modellen. Deretter vil vi benytte resultatene i drøfting av mulige årsaker og tiltak for forbedring.

5.1 CARTA-analyse

Som nevnt i teoridelen, beskriver sjekklisten fem indikatorer for kvalitet. Vi benytter her de engelske navnene på indikatorene for å bevare referansen til begrepet CARTA.

5.1.1 Completeness

Data i Norsk pasientregister skal i utgangspunktet dekke hele spesialisthelsetjenesten. Det er noen av de små private enhetene som ikke rapporterer komplette data, men dette har et lite volum. Fra helseforetakene skal all aktivitet være rapportert. Det betyr imidlertid ikke at alle opplysninger om hver enkel pasient/ opphold nødvendigvis er rapportert. Med vår avgrensning av oppgaven er likevel registeret å betrakte som komplett ut fra sitt formål. For foretaket er data fra NPR likevel ikke komplette som styringsdata. Det trengs data fra flere kilder for å måle ressursbruk, kostnader og kvalitet.

5.1.2 Accuracy

Etter at data er mottatt i NPR gjøres det en rekke kvalitetskontroller. Resultatet av disse tilbakemeldes til det enkelte helseforetak sammen med en del nøkkeltall for aktivitet. Der hvor kontroll har avdekket enten åpenbare feil eller forhold som kan være mistenkes for å være feil, bes foretaket kontrollere og eventuelt korrigere før ny rapportering. Det er stor variasjon i hvordan fagmiljøene forholder seg til disse tilbakemeldingene. Der det er forhold som kan ha betydning for økonomisk refusjon er det rask respons. Tilsvarende har miljøene stor oppmerksomhet på styringsindikatorer som fristbrudd og ventetider. Vi har allerede beskrevet at spørsmålet om økonomisk motivert koding, eller såkalt «oppkoding» av diagnoser er reist. Både Riksrevisjonen og Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har adressert dette og tiltak er iverksatt. Også for styringsindikatorene er det utfordringer. Et eksempel er en reportasje om [Riksrevisjonen i Aftenposten](#) november 2012 hvor det hevdes man jukser

med ventelistene for å unngå såkalte fristbrudd - og dermed spare penger (Riksrevisjonen: Sykehusene trikser med ventelister, 2012). Disse problemstillingene «farger» spesielt klinikernes tiltro til data fra NPR. Dette vil vi komme tilbake til under drøfting av tiltak.

Det er også en utfordring at når nye oppdrag og forskrifter gir nye krav som det skal rapporteres på, medfører dette nye datasett som skal trekkes ut fra samme system som før. Hvilket utfordrer på om innholdet i de nye datasettene er valide og reliable opp mot ønsket bestilling og resultat.

5.1.3 Relevance

eGovernmentmodellen (figur 1) i teoridelen viser at det er interessenter eller aktører i mange lag som må inkluderes i vurderinger av relevans.

Norsk pasientregister blir av flere omtalt som Norges viktigste helseregister. Tall fra registeret er grunnlag for prioriteringer i Statsbudsjettet og er omfattet av stor politisk interesse. Også den sentrale helseforvaltning oppfatter NPR som svært relevant siden de bruker NPR-data i egen oppgaveutførelse. RHF og HF blir, som vi har vist, styrt fra eier på bakgrunn av NPR-tall. Vi kan altså konkludere med at NPR-data er relevante i virksomhetsstyringsperspektivet, dvs dette er viktige data for administrasjon og ledelse. Men hvordan betrakter klinikerne eller kompetanse arbeiderne dette?

Opplysningene som rapporteres til NPR er lite omfattende når det gjelder opplysninger av medisinsk karakter. De nye opplysningene som har kommet inn de senere årene er direkte forårsaket av nye regelverk og pålegg som skal følges opp. Fokuset på økonomi og styringsindikatorer gir klinikerne en opplevelse av NPR som et register for økonomer og administrasjon. Med andre ord kan vi si at registeret ikke oppleves særlig relevant for klinisk praksis.

5.1.4 Timeliness

Foretakene rapporter til RHF, som rapporterer status videre til HOD månedlig med en større tertialrapportering. Som vi har omtalt har foretaket behov for hyppigere oppdatert og mer omfattende styringsinformasjon. Dette innebærer at virksomheten må bruke egne lokale data i daglig virksomhetsstyring siden NPR-data ikke foreligger fortløpende oppdatert. Dette kan

betraktes som å redusere verdien av registeret på dette nivået.

5.1.5 Appropriateness of presentation

Det er som nevnt et strengt regelverk for tilgang til opplysningene fra NPR. Det innebærer for eksempel at data må utleveres etter søknad. Det er nå etablert et system med samlebestillinger for alle RHFene, slik at det på egne nettsider gjøres tilgjengelig et standardisert og anonymisert datasett for nedlasting. Dette forenkler søknadsprosessen, men det er for noen aktører fortsatt krevende å laste inn data i egne systemer pga brannmurer og andre sikkerhetstiltak. De regionale helseforetakene har i samarbeid med NPR utviklet en modell for presentasjon av disse dataene koblet med andre kilder som befolkningstall fra SSB, kommunestruktur og opptaksområder for helseforetak. Denne modellen er imidlertid utviklet fra et overordnet styringsperspektiv og i mindre grad ett lokalt perspektiv. Det kliniske perspektivet er ikke vurdert i denne modellen.

Fra det lokale perspektivet er det utfordringer med å gjenbruke presentasjonene som kommer fra NPR. Rapportene og tallene kan oppleves som vanskelig å lese/tolke og kan kreve analyse eller statistikk kompetanse.

Som omtalt tidligere så presenteres styringsinformasjon på Intranett og Internett i Vestre Viken. Slik det ser ut nå så er det kun på ventetider at tall direkte fra NPR benyttes til presentasjon videre, ellers benyttes tall direkte fra egne systemer til presentasjon av styringsindikatorer.

5.2 Drøfting av resultater

Økte krav om transparens og mulighet for brukervalg, kombinert med økt mål- og resultatstyring øker registreringsbyrden lokalt. Vår CARTA-analyse underbygger inntrykket av at det er utfordringer knyttet til datakvalitet og det kan synes som både det kliniske og det lokale perspektivet i for liten grad har vært vektlagt. Selv om «harde» virkemidler kan benyttes for å få gjennomført økt rapportering, kan ikke «harde» virkemidler alene benyttes for å få god datakvalitet.

I følge Heeks (Heeks, 2011) er det fire områder som bør adresseres i spørsmål om god datakvalitet. Dette handler før det første om at det må finnes en bruker, dvs at data må være

etterspurt. Derneft peker Heeks på sammenslåing av aktørroller i tråd med «prosumers»-tankegangen. Det tredje området handler om å gjøre de som registrerer til brukere av data. Til sist løfter Heeks frem betydning av å gi tilbakemelding, for eksempel via publisering av kvalitetsresultater. Vi vil her primært ta for oss relevans for de ulike brukergruppene i tillegg til å drøfte hvordan de som registrerer kan utnytte informasjonssystemet.

I vår case oppleves dataene absolutt relevante, dette er Norges mest brukte helseregister. Samtidig er det interessant å merke seg at graden av etterspørsel varierer med brukergruppene. Klinikerne som registrerer medisinske data er den brukergruppen som i minst grad etterspør de samme dataene. Derneft er det lokal administrasjon som til en viss grad kan bruke egne data som substitutter. Betydningen av etterspørsel underbygges når vi inkluderer motivasjonsteorier. Som omtalt i teoridelen er prestasjon, selvtilfredshet og anerkjennelse noen av Hertzbergs motivasjonsfaktorer. NPR-data er svært relevant for det som administrasjon og ledelse blir målt på, følgelig vil mange i disse brukergruppene oppleve motivasjon for registrering og rapportering. Klinikerne derimot opplever ikke registreringen som særlig viktig i klinisk sammenheng, men som noe som må gjøres for å tilfredsstille administrasjon og ledelse. Vi ser at dette samsvarer med manglende valens i forventningsteorien. Siden god datakvalitet i NPR ikke betraktes som viktig i klinikerens daglige «virke», har klinikerne følgelig heller ikke særlig motivasjon for å arbeide for gode og nøyaktige registreringer. Sagt på en annen måte, i kunnskapsarbeidets dilemma er det viktigere for klinikerne å få anerkjennelse fra kollegaer enn å få administrasjonens anerkjennelse for god registrering. Vi ser også av casen at det på ett tidspunkt oppsto en situasjon hvor lokalt fokus på kvalitet i NPR avtok i takt med at de utviklet lokale løsninger for å beregne styringsdata. Dette hadde en «smitteeffekt» på kvaliteten i blant annet nasjonal statistikk og situasjonen var i ferd med å utvikle seg i tråd med Heeks «vicious circle» (Heeks, 2011, s. 84), før HOD grep inn og påla foretakene å bruke NPR-tallene i styringsdialogen.

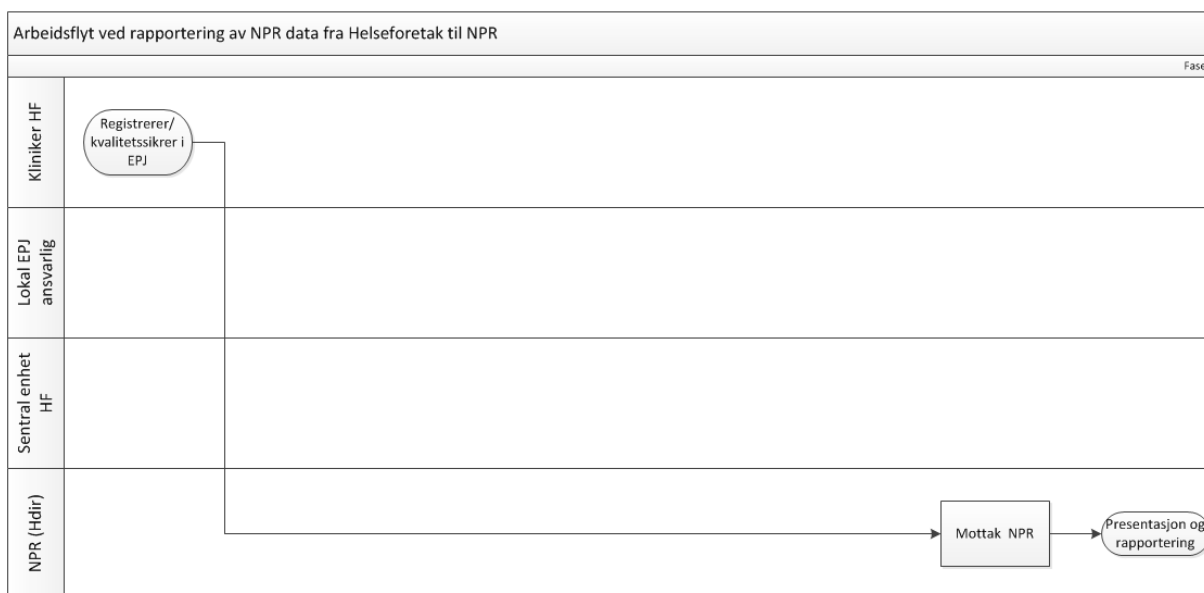
5.2.1 Mulige tiltak

Krav til opplysninger om helsetjenestens kvalitet og effektivitet kan neppe forventes å avta. I det følgende vil vi på bakgrunn av analyseresultatene benytte relevante deler av sjekklisene ITPOSMO og CIPSODA for å drøfte noen mulige forbedringstiltak.

Når vi vurderer informasjoninnholdet (ITPOSMO), ser vi at registeret inneholder relativt lite

klinisk informasjon. Regjeringen har som tidligere omtalt, målsetning om at rapporteringen til helseregistrene skal skje som en integrert del av arbeidsprosessene. Dette er et viktig signal både med tanke på nye muligheter for innhold og nye arbeidsprosesser. Man kan se for seg at det slik kan bli mulig å få en større bredde i datasettet slik at dette blir mer relevant for klinikerne. Det er sannsynligvis også mulig å øke verdien av informasjonen i NPR for klinikerne, ved å tilrettelegge tilbakemeldinger og statistikker for denne brukergruppen. Med andre ord, utvikle klinisk relevante oversikter som kan danne grunnlag for vurdering og sammenligning av egen praksis med andre og slik bidra til læring.

I forhold til å redusere rapporteringsbyrden lokalt og legge til rette for økt anvendelse av NPR-data til styringsformål, ser vi at det bør vurderes noen tiltak både knyttet til teknologiområdet (ITPOSMO) og prosessområdet (ITPOSMO). Med integrering i arbeidsprosesser kan rapportering skje automatisert gjennom direkte datafangst slik at flere av dagens arbeidsprosesser kan utgå.



Figur 7 - Ny prosess med direkte datafangst

En slik omlegging kan legge til rette for et løpende oppdatert NPR. Det vil si at foretakene fortløpende kan få tilbake «autoriserte» styringsdata som supplement til lokale datakilder. Slik kan registeret gi foretakene en opplevd merverdi både gjennom rapporter og ved at data kan gjenbrukes til oppfølging på mikronivå i pasientbehandlingen. Dersom denne oppfølgingen på mikronivå imidlertid virkelig skal bidra til eierskap til dataene, må det være mulig med tilbakelæring for klinikere. Med tilbakelæring mener vi at en kliniker kan få informasjon om

tiltak og vurderinger gjort i initial fase på en viderehenvist pasient var god eller har rom for bedring. I dag er det svært vanskelig, eller umulig å få tilbakemelding om hvordan det går med pasienter du har tilsyn til som vakthavende, men ikke har behandlingsansvar for. Vi har allerede pekt på at registeret inneholder relativt lite medisinske opplysninger. En justering av de juridiske rammene slik at registeret kan inneholde noe mer klinisk informasjon, vil øke relevansen for klinikerne. Det blir da interessant å se at tilbakelæringen som klinikere etterlyser i systemene, kan overføres til CIPSODA (figur 2) i knowledge/learning input før decision og action. Dette ser vi kan beskrives som informasjonssystemets mulighet til å legge til rette for kunnskapsarbeidernes behov for utvikling og oppfølging av egenkompetanse. Som igjen vil føre til at det blir brukere av data, brukere tar eierskap til data og datakvalitet vil kunne bedres. Dette harmonerer også med Heeks (Heeks, 2011), som beskriver at det er nettopp decision og action elementene som bringer nytte til det offentlige.

Et viktig poeng ved en slik «re-designing» av arbeidsprosessene er at et løpende oppdatert NPR også kan være svært nyttig for innbyggerne og andre etater. NPRs nøkkelregisterfunksjon som vi har omtalt tidligere, legger til rette for at også de andre sentrale helseregistrene gjennom NPR da kan få tilsvarende oppdaterte data med svært liten ressursbruk. I tillegg til betydning for forskning, vil dette gi viktige nye muligheter for helseovervåkning og beredskap. For eksempel vil man ved en pandemisituasjon kunne følge utviklingen i befolkningen gjennom daglige oversikter over nye sykehusinnleggelse, dødsfall osv. Siden NPR også inneholder data om skader og ulykker (inkl. skadested), kan Vegvesenet og Arbeidstilsynet tilsvarende raskt få oppdaterte statistikker ved anlegg, veikryss etc. Tiltaket gir også muligheter for utvikling av nye innbyggertjenester. For eksempel kan et løpende oppdatert NPR danne grunnlag for en oppslagstjeneste for pasienter. Her kan de få oversikt over hvilken frist for behandling som er satt, kvalitetssikre egne opplysninger og slik gjøre det lettere for pasienter å ta aktivt del og påvirke videre behandling og oppfølging. Vi ser altså at mens vi så langt har holdt oss innenfor Heeks «eAdministration», åpner tiltaket for ringvirkninger innen «eSociety» i tillegg til «eCitizens» og «eServices». Dersom disse nye mulighetene skal kunne utnyttes må det imidlertid tenkes helhetlig på tvers av etater og departementer. Dette er etter vårt syn et eksempel på betydningen av at tiltak bør vurderes i en videre kontekst enn det som ofte har vært gjort i det offentlige.

Vi ser at samtlige av tiltakene vi har skissert ovenfor understøtter Heeks tiltaksområder for bedret datakvalitet, gjennom at registerets relevans vil øke for flere brukergrupper og at

tidlige interessenter får rolle som brukere av data.

6 Konklusjon

Gode grunnlagsdata og registre blir stadig viktigere i en offentlig sektor som skal effektiviseres og gjøres mer transparent. Datakvalitet i offentlige systemer påvirkes av en rekke aspekter i en kompleks kontekst. Denne oppgaven hviler tungt på Heeks modell for egovernment, som beskriver informasjonssystemer som åpne sosiotekniske system. Vi har tatt for oss hvordan dette perspektivet ikke bare kan bidra til å forklare utfordringer med datakvalitet, men også til å identifisere tiltak.

Vår problemstilling var formulert som: *Hvordan kan egovernmentperspektivet gi bedre datakvalitet i Norsk pasientregister.*

Vi har benyttet CARTA som fundament for analysen av datakvalitet. Deretter er aktuelle deler av sjekklister ITOSMO og CIPSODA brukt i drøftingsdelen. Med CARTAs tilnærming til kvalitetsbegrepet har aktørene fått fokus i oppgaven. Vi har trukket inn motivasjonsteorier og vist at aktørenes vurdering av nytteverdi av registeret påvirker registrering. Med andre ord, opplevd relevans påvirker datakvalitet. Dette harmonerer med en annen av Heeks modeller, nemlig «soft perspective on data quality» (figur 3).

I casen vår benyttes registerdata både til finansiering og mål- og resultatstyring. Det er altså sterke incentiver knyttet til rapportering til NPR. Helseforetaket i casen har derfor brukt mye ressurser for å kontrollere og korrigere klinikernes registreringer for å sikre at foretaket ikke går glipp av inntekter eller kommet uheldig ut i målinger. Ett interessant funn er at når kontrollmekanismene reduseres, kvalitet på den enkeltes registreringer synliggjøres og lokal ledelse ved handling viser at registrering har betydning, så øker kvaliteten i klinikernes registreringer. Det vil si at i dette tilfellet oppnås mer korrekte data og redusert ressursbruk ved å erstatte et «hardt» tiltak med mykere organisatoriske og menneskelige tiltak. Dette er i tråd med vårt utgangspunkt om at datakvalitet ikke kan besluttes, men bare oppnås gjennom en hybrid tilnærming med «harde» og «myke» tiltak.

I drøftingen av mulige tiltak for økt datakvalitet, går behovet for å gjøre registeret mer relevant for klinikerne igjen som en rød tråd. Utvikling av innhold og klinisk relevante tilbakemeldinger vil være viktig for å øke betydningen av NPR for de som registrerer. Et supplerende tiltak vil være å etablere nye og automatiserte arbeidsprosesser slik at registeret kan bli løpende oppdatert. Dette tiltaket er særdeles interessant siden det også gir et stort

potensiale for gevinster hos andre offentlige etater. Dette handler både om gjenbruk av data, men også at oppdateringsfrekvens skaper nye anvendelsesområder. Ikke minst er det interessant hvilket potensiale dette gir for utvikling av nye innbyggertjenester. Dette kan igjen gi bedre datakvalitet ved at innbyggerne selv kan kontrollere deler av registreringene. Nok en gang understrekes betydningen av helhetlig perspektiv for å utvikle gode informasjons-systemer med god kvalitet i data.

Vår konklusjon på problemstillingen blir følgelig at det er nettopp det brede perspektivet fra sosioteknisk systemtenking som vil være utslagsgivende for å oppnå god datakvalitet. Ofte tenkes for snevert med tanke på interessenter og virkemiddelbruk. Kun i et åpent systemperspektiv med hybrid tilnærming, vil regjeringens krav: *«Sammenstilling av oppdaterte data med høy kvalitet skal gjøre det mulig å følge utviklingen i helsetilstanden til befolkningen, gjøre systematiske vurderinger av tjenestetilbudet, og være grunnlag for styring, kvalitetsforbedring og forskning.»* kunne oppfylles.

Referanser

Norsk pasientregisterforskriften. (2007). Hentet fra Lovdata.

Gode helseregistre - bedre helse. (2009, 12). Hentet 04 24, 2013 fra Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinsk kvalitetsregistre 2010-2020: <http://www.fhi.no/dav/b948702828.pdf>

Fristbrudd - regjeringen.no. (2010, 9 20). Hentet 4 24, 2013 fra www.regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Fristbrudd.pdf>

Digitaliseringsrundskrivet. (2012, 10 12). Hentet 04 21, 2013 fra webområde for regjeringen: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/rundskriv/2012/digitaliseringsrundskrivet.html?id=706462>

Én innbygger - én journal. (2012, 11 30). Hentet 04 21, 2013 fra Webområde for helse og omsorgsdepartementet: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-9-20122013.html?id=708609>

Riksrevisjonen: Sykehusene trikser med ventelister. (2012, 11 27). Hentet 4 21, 2013 fra Aftenposten.no: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Riksrevisjonen-Sykehusene-trikser-med-ventelister-7056323.html#.UXPjRLQ4WUk>

Clegg, S., Kornberger, M., & Pitsis, T. (2008). *Managing & Organizations*. London: SAGE Publications Ltd.

Ekman, G. (2004). *Fra prat til resultat - om lederskap i hverdagen*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Flak, L. S. (2012). *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Heeks, R. (2011). *Implementing and managing eGovernment - An international text*. London: Sage publications Ltd.

Helsetilsynet. (2011, 6 1). *Svikt-pasientadministrative-systemer*. Hentet 04 24, 2013 fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2011/Svikt-pasientadministrative-systemer-elektronisk-pasientjournaler-ved-flere-av-landets-helseforetak/>

- Iden, J. (2011). *Prosessutvikling - Håndbok i modellering og analyse av prosesser*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Klev, R., & Levin, M. (2009). *Forandring som praksis: endringsledelse gjennom læring og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sørensen, R. J. (2013). *En effektiv offentlig sektor - Organisering, styring og ledelse i stat og kommune*. Oslo: Universitetsforlaget.
- the University of Manchester's Institute for Development Policy and Management. (2008, Oktober 19). *eGovernment for Development Information Exchange*. Hentet April 21, 2013 fra <http://www.egov4dev.org/success/definitions.shtml>