

FKJI AS
fkj@ks.no

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200302

Dato: 31-01-2023

Innspill fra Legeforeningen - Styringsdokument Felles kommunal journal (versjon 0.8)

Det vises til brev fra Felles Kommunal Interim AS (FKJI) av 21. november 2022 med vedlagte foreløpig styringsdokument (versjon 0.8) "Felles Kommunal Journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge" som er sendt på innspillrunde. Legeforeningen takker for muligheten til å kommentere den foreløpige versjonen.

Legeforeningen er utålmodig og mener visjonen om én innbygger – én journal må realiseres. Behovet for bedre arbeidsverktøy i den kommunale delen av helse- og omsorgstjenesten, og for bedre samhandling innen en samlet helsetjeneste, er grundig dokumentert.

Legeforeningen vil innledningsvis påpeke at styringsdokumentet hviler på forutsetninger som fremstår uklare eller uavklarte. Våre tilbakemeldinger må derfor leses med dette forbeholdet.

Overordnede tilbakemeldinger til styringsdokumentet:

- Legeforeningen støtter målbildet. Det er behov for et løft i kommunenes elektroniske pasientjournaler. Det gjelder både funksjonalitet og deling. Det er imidlertid ulike utfordringer i forskjellige deler av den kommunale helsetjenesten.
- Legeforeningen har tidligere lagt vekt på at utvikling av Felles Kommunal Journal (FKJ) må foregå stegvis og med sterk involvering av pasient- og helsepersonellgrupper. Legeforeningen er positive til at det i styringsdokumentet legges opp til en gradvis innføring av en felles kommunal journal. På den måten reduseres gjennomføringsrisikoen med bl.a. definerte stoppunkter.
- Det er klokt å satse på flere mindre datasystemer for å knytte eksisterende datasystemer sammen, enn ett stort journalsystem som skal omfatte alt.
- Start der skoen trykker. Vi trenger en nasjonal løsning for deling av henvisninger, epikriser, laboratorie- og billedsvar, og nivå- og virksomhetsovergripende behandlingsplaner for behandling i pleie- og omsorgstjenesten, basert på kjernejournal eller tilsvarende teknologi, integrert mot EPJ.
- Legeforeningen støtter konseptet knyttet til en markeds plass for journalløsninger under visse betingelser.

Legeforeningen mener styringsdokumentet har mangler:

- Legeforeningen savner en konkret beskrivelse av de forskjellige journalsystemenes faktiske svakheter og mangler, som grunnlag for en stegvis modernisering eller utskiftning av de enkelte systemene.
- Beskrivelsen av fastlegenes hverdag er ufullstendig og har enkelte feil og mangler.



- Legeforeningen mener samhandlingsbehovene internt i kommunene er beskrevet for ambisiøst og for lite konkret.
- Legeforeningen mener at nasjonale tiltak som pågår i program digital samhandling vil løse de viktigste behovene stegvis i rett prioritert rekkefølge, og disse må prioriteres.
- Legeforeningen savner en tydeligere beskrivelse av hvordan en kommunal samhandlingsplattform skal fungere sammen med den nasjonale samhandlingsplattformen. Risikoanalysen har mangler og beskriver ikke risiko ved manglende brukervennlighet, informasjonsoverbelastning, prosessstandardisering og -endring. Personvernkonsekvenser må også analysere grundigere.
- Legeforeningen er usikker på realismen i styringsdokumentet. Finansiering av prosjektorganisasjon og konkrete utprøvinger fremstår uavklart. Den videre prosess synes usikker både med hensyn til prosjektorganisasjon, hvilke aktører som skal bidra, og på hvilken måte midlene skal hentes inn til FKJ. Dette svekker FKJs troverdighet som konsept, og gir mindre forutsigbarhet for kommuner og helsepersonell.
- Styringsdokumentet har for lav grad av relevante og presise helsefaglige analyser og forståelse. Et eksempel er **legevaktstjenesten** og **kommuneoverlegene**, som har egne behov som er mangelfullt beskrevet i styringsdokumentet.
- Deling og samhandling i delingsplattformer for helseopplysninger vil alltid være kontekstsensitiv. Et ensidig fokus på datadeling vil i motsetning til dokumentdeling, øke risikoen for en ufullstendig samhandlingsinformasjon hvor riktig kontekst ikke fremkommer.
- Pasienter og brukere i helsetjenesten må få tilgang til mer effektive og sikre IKT-løsninger uten at noen skal frykte for, eller oppleve svekket brukervennlighet. Dette må alltid være prinsippet uavhengig av eventuelle endelige fremtidige løsninger.

Legeforeningen viser videre til løsningsforslagene i felles brev fra Fagforbundet, Legeforeningen og Den norske tannlegeforening om hvordan Akson kunne vært reddet¹.

Behov og nytte

Start der skoen trykker – det er ulike utfordringer innad i kommunene

Legeforeningen vil innledningsvis peke på noen avgjørende ulikheter i utfordringsbildet mellom kommunale omsorgstjenester og fastleger, herunder knyttet til dagens EPJ-systemer. Dette innebærer også et nyansert og ganske ulikt risikobilde fra ulike helsepersonellgruppers perspektiv. Denne variasjonen kommer for lite frem i styringsdokumentet.

Dagens ulikheter må sees som et resultat av stor variasjon i investeringsvilje gjennom de siste 30 årene. Der kommunene har unnlatt å investere i e-helse gjennom mange år, har fastlegene investert tungt, både i selve journalsystemene, men også i deres samhandlingsfunksjonalitet. Denne variasjon i investeringsvilje har gitt seg utslag i relativt store ulikheter i funksjonalitet i dagens EPJ-løsninger. Der fastlegene har brukervennlige og moderne EPJ-systemer, er kommunenes ofte utdaterte. Fastlegenes EPJ håndterer også bl.a. all tilgjengelig meldingsutveksling inkludert asynkron kommunikasjon med andre kommunale helsetjenester, de har hatt e-resept i et tiår, har kjernejournal og har digital timebestilling samt foretar e-konsultasjoner. I tillegg har fastlegene kunnskap- og beslutningsstøtte i FEST/e-resept og NEL.

¹ [Felles uttalelse om Akson 2020 \(legeforeningen.no\)](#)

Fastlegene har digital dialog med NAV, leger i spesialisthelsetjenesten og HELFO. Kommunene har i dag en relativt lang vei å gå på de ovennevnte feltene.

Dette innebærer at leger på sykehjem og andre kommunale institusjoner har betydelige utfordringer med både funksjonalitet, brukervennlighet og manglende samhandling. Disse trenger bedre journalsystemer.

Kommuneoverlegene har igjen andre utfordringer. De savner god funksjonalitet som understøtter lovlig digital kommunikasjon av personsensitive opplysninger knyttet til smittevern, smittetoppfølging, tvangsvedtak m.m. Kommuneoverlegene har behov for et EPJ-system for sitt kliniske samfunnsmedisinske arbeid, mest relevant for smittevern, tvungent psykisk helsevern, medisinsk faglig rådgivning til andre kommunale tjenester vedr. enkeltpasienter, og i noen grad folkehelse/miljørettet helsevern hva gjelder legionella.

I alle disse sakene er behov for sikker og lovlig journalføring og arkivering nødvendig, i tillegg til sikker elektronisk kommunikasjon med andre ledd i helsetjenesten. De EPJ-systemene kommunene allerede har innen pleie- og omsorg og forebyggende tjenester er like lite egnet for disse behovene som de er det for de klinikerne som i dag arbeider i disse tjenestene. Markedet for de samfunnsmedisinske tjenestene er så lite at det er liten grunn til å anta at noen aktør vil lage gode løsninger med fortløpende utvikling av ny funksjonalitet etter behov. Således er eget EPJ-system for kommuneoverlegen, lik det fastlegene i dag benytter, det som er best egnet for formålene, både klinisk og juridisk.

For fastlegene vil all nedetid være virksomhetskritisk. Fastlegene har et konstant høyt samhandlingsbehov mot helseforetak, HELFO, NAV og er avhengig av grensesnitt som fungerer 24/7. Dette er en viktig forklaring på hvorfor fastlegene har valgt å investere mye i drift og utvikling av sine digitale verktøy.

I beskrivelsen av utfordringsbildet er Legeforeningen enig i at det kan være gevinster i at journalsystemer kan innrettes slik at informasjonen som blir lagret, kan brukes av både fastlege, spesialisthelsetjeneste, hjemmesykepleie og sykehjem. Eksempler på at dette er i drift er f.eks. e-resept og snart Pasientens legemiddelliste. I nær fremtid ligger det også muligheter for synkronisering av delt "kritisk informasjon" via kjernejournal.

Begrepsmessige utfordringer

Legeforeningen mener det må ryddes i begrepsbruken i dokumentet. Begrepet «helhetlig» trenger en definisjon. Nærmere klargjøring av hvilken informasjon som bør gjøres tilgjengelig for «sammenstilling» mangler i styringsdokumentet.

Hovedkonseptet er et plattformbasert økosystem hvor helsepersonell, innbyggere, kommunene og leverandørene får tilgang til relevant pasientinformasjon der og når behovet oppstår. Tilgang til «helhetlig og korrekt pasientinformasjon» innebærer slik vi leser dokumentet, tilgang til oppsummeringer, laget for deling. Ikke tilgang til annen informasjon, som kan være kontekstsensitiv og vanskelig å finne fram i. De klassiske oppsummeringene er henvisning og epikrise.

Samhandlingsbehovene og vurderinger av nytte

Hovedankepunktene fra helsepersonell som bruker kommunenes EPJ er manglende funksjonalitet, dårlig oversikt og for tidkrevende bruk. Det handler i liten grad om at ulike kommuneinterne løsninger ikke snakker med hverandre.

Løsningsarkitektur

Muligheter og utfordringer ved konsept/målbildet (kap. 2 og 3)

Legeforeningen har ved flere anledninger pekt på at de kommunale pleie- og omsorgstjenestenes utfordringer vil kreve særskilt oppmerksomhet i årene fremover. Vi har tidligere foreslått at veien til en felles visjon nås raskest mulig gjennom et sett av virkemidler som ligger innenfor et sett av ulike konseptvalg, som beskrevet i Kvalitetssikring av konseptvalgutredningen av nasjonal kommunal løsning for en innbygger - en journal - Legeforeningens innspill (2019)²:

- Støtte kommunene i arbeidet med å lage kundefelleskap for interkommunalt samarbeid om anskaffelser, utvikling og forvaltning av journalsystemer i sykehjem, helsestasjoner og pleie.
- Modernisere meldingsstandarder.
- At det legges til rette for en moderne løsning fra forskrivning til bruk av legemidler, herunder etablering av Pasientens legemiddelliste. Dette arbeidet haster, og må ha høy prioritet.

Plattformen

Det legges i styringsdokumentet vekt på at deling av relevante helseopplysninger mellom de ulike helsetjenestene og nivåene i offentlig forvaltning er avgjørende for at helsepersonell skal kunne gi nødvendige, riktige og tilpassede tjenester som innbyggerne har behov og krav på. Data skal deles, og de skal være standardiserte, basert på åpne informasjonsmodeller og standarder.

Legeforeningen vil bemerke at det er viktig å vurdere underveis om informasjonen som deles, oppleves som nyttig og blir brukt. Videre er Legeforeningens oppfatning at datadeling kan være nyttig på noen områder, mens informasjon i et journaldokument er oftest enklere å forstå, og konteksten dataene i dokumentet tilhører er en sentral kvalitet som kommuniserer ansvarsoverføringer, hastegrader, pasientens verdier og preferanser mm med nyanseringsmuligheter som strukturerte datasett ikke kan gi.

Å frikoble data fra applikasjon kan høres moderne og smart ut. Men i helsetjenesten vil informasjon om en pasient i liten grad kunne brytes opp som uavhengige data. Pasienten presenterer i konsultasjonsøyeblikket et helt individ, med plager, diagnoser, tanker, bekymringer, behov osv. Konsultasjonen eller pasientmøtet har en samlet kontekst. Hvis man forsøker å digitalisere pasienten i form av å bryte dette bildet opp i små datasnutter vil man få store utfordringer, og ofte svekke fremfor å øke presisjon.

Videre er medisinen slik at det ikke finnes kun én måte å møte pasienten på. Avhengig av situasjon, lokalisasjon (by vs grisevold), pasientens bakgrunn, kapasitet og ønsker m.m. vil man kunne dokumentere forskjellig informasjon. Journalsystemer må kunne støtte slik variasjon mellom pasientene.

Hensikten med å utrede mulighet for å samle data i en plattform synes bl.a. å være å gi mulighet til å kunne ha et marked for helsedata. Dette kan gi muligheter for forskning og innovasjon. Samtidig vil vi påpeke at det er nødvendig at slik datafangst ikke gir merarbeid eller stjeler tid og

² Legeforeningen 2019. [Kvalitetssikring av konseptvalgutredningen av nasjonal kommunal løsning for en innbygger en journal legeforeningens innspill.pdf](#)

ressurser fra helsepersonell. Et annet moment som kan være problematisk er at datalagring i en sentral database gir økt risiko for at data misbrukes og/eller at personvernet brytes.

Vi vil uansett fremheve at behovene for slik datafangst og sammenstilling av data må vurderes i sammenheng med andre større nasjonale prosjekter med til dels samme formål. Eksempelvis er store mengder data fra den kommunale helsetjenesten tenkt samlet i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som igjen skal kunne levere data for videre sammenstillinger og behandling i Helseanalyseplattformen. Før det initieres nye prosjekter som vil innebære økt fangst og ytterligere behandling av helsedata må det vurderes kritisk om behovene kan løses gjennom allerede eksisterende løsninger/løsninger som allerede er under utvikling.

Det skisseres videre at man ønsker gjenbruk av etablerte løsningsmønstre. Et eksempel er Pasientens prøvesvar og Velferdsteknologisk knutepunkt. Her foreslås lagret kopi av innholdet fra utvalgte elektroniske meldinger, meldinger som til vanlig sendes mellom ulike aktører i den kommunale helse- og omsorgstjeneste i et hendelseslager, slik at det også kan deles med øvrige deler av kommunens tjenestetilbydere ved behov. Legeforeningen støtter løsningen valgt for "Pasientens prøvesvar".

Det virker allikevel ikke naturlig å lage en særkommunal plattform ved siden av de nasjonale løsningene. Begrunnelsen for valget virker svak, da det kun er begrunnet med "at dagens samhandlingsløsninger har begrensede virkeområder", ergo mangler lovhjemmel. Legeforeningen kan ikke forstå at dette er et problem. Samhandlingsløsningene er laget for det de brukes til, og fungerer til dette. Akkurat nå pågår et arbeid for å endre lovhjemmelen for å utvide kjernejournal med prøvesvar. Lover kan endres hvis behovet er godt beskrevet.

Videre beskrives at plattformen skal ha en lang rekke egenskaper eller "evner". Etter Legeforeningens oppfatning går man her langt i å skissere et komplett system inkludert brukerflate, når plattformen skal ha sammenstillingsevne, samhandlingsevne, "relevansstyring" og beslutningsstøtte. Dette er funksjonalitet som krever en betydelig grad av logikk, og som i dag ikke er særlig utviklet i elektronisk pasientjournalssystemer. Beskrives her egentlig det samme som i de tidligere Akson-utredningene?

Når det gjelder plattformens semantiske samhandlingsevne viser vi til høringsuttalelser om Snomed CT³.

Nærmere om juridiske rammer for deling av informasjon (s. 20-21)

Dersom man ønsker samarbeid mellom mange kommuner og/eller helseforetak, blir det svært krevende fordi lovverket fordrer at hvert juridiske subjekt (eks. kommunene, fastlege, m.m.) etablerer bilaterale avtaler. Så langt vi har bragt på det rene vurderte Helseplattformen å etablere en løsning basert på samarbeid etter pasientjournalloven §9 og §19, men fant at det ble for komplisert. For å sikre felles løsning i Midt-Norge valgte Helse- og omsorgsdepartementet i stedet å gjøre et enkeltvedtak iht. pasientjournallovens §9 andre ledd, som ble godkjent av Stortinget og som hjemler informasjonsdelingen mellom de ulike deltagerne, kommuner, helseforetak og andre. Det er imidlertid krevende å se at en løsning basert på enkeltvedtak skulle være hensiktsmessig for bortimot alle landets kommuner.

En annen kjent juridisk problemstilling som i dag gir store diskusjoner er spørsmålet om tilgangsstyring basert på "tjenstlig behov" – og hva som skal legges i dette begrepet. En eventuell

³ Legeforeningen 2020. [Innspillsrunde retningslinje vedrørende Snomed CT i Norge](#)

kommunal plattform med enorme mengder sensitive data som et stort antall personer i kommunene potensielt har tilgang til, vil forutsette særlig klare grenseoppganger og logg-overvåkning.

Markedsplassen

Markedsplassen beskrives som en arena som skal bidra til større grad av samordning og samarbeid mellom leverandører og kommunene i økosystemet. Det legges videre vekt på at markedsplassen skal være basert på frivillighet og at den skal være en innovasjonsarena for kommuner, organisasjoner og leverandører. Markedsplassen skal også inkludere mulighet for testing og utprøving av nye løsninger. Det skal videre etableres en "sandkasse", som en felles utprøvsarena der applikasjonsleverandører kan gjennomføre smidig utvikling.

Legeforeningen mener konseptet med markedsplassen er interessant. Formålet er å legge til rette for en "bottom up"- tilnærming basert på frivillighet, noe vi støtter. Vi er imidlertid mer usikre på i hvilken grad ordningen vil bidra til forbedringer basert på faktiske behov i den enkelte kommune. Styringsdokumentet presiserer at målet er at det skal gjennomføres "felles anskaffelser" så langt det er ønskelig og hensiktsmessig, men at dette arbeidet ikke er fullført. Det redegjøres om *oppdatering* av plan for markedsplassen. Et viktig tiltak i en eventuell oppdatering av plan for markedsplassen vil være å sikre at ikke ordningen bidrar å styrke allerede etablerte skjevheter i kommunenes EPJ-løsninger. Vi må ikke ende i en situasjon der store kommuner, eller kommuner med etablerte fagmiljøer og godt interkommunalt samarbeid, drar uforholdsmessig stor nytte av markedsplassen. Det må sikres strukturer som ivaretar kommuner med store utviklingsbehov.

Videre er det uklart hvorvidt markedsplassen faktisk kan fasilitere gode prosesser med å lage kravspesifikasjoner slik at funksjonalitet og brukergrensesnitt i dagens løsninger kan moderniseres.

Gjennomføringsstrategi

Markedsplassen - Endringer i kommunene må gjøres gjennom gradvise endringer og være drevet av kliniske behov

Det savnes derfor en analyse av de enkelte eksisterende journalsystemenes egenskaper, som en del av kartleggingen av dagens situasjon.

Legeforeningen har ved flere anledninger gitt uttrykk for at behov, teknologi og finansiering må spille sammen i kommunale journalløsninger og anskaffelsesprosesser. Legeforeningen har vært opptatt av at dette krever insentivordninger som kan være både av økonomisk karakter, bistand med kompetanse, eller tilpasning av lov- og regelverk for å understøtte en ønsket utvikling, osv.

Legeforeningen mener dagens EPJ-løsninger i kommunale helse- og omsorgstjenester bør skiftes ut eller videreutvikles basert på vurderinger av det enkelte systems helsefaglige og tekniske egnethet for å støtte helsepersonell, bedre utøvelsen av helsehjelp og etablere god samhandling i en økosystemmodell. Legeforeningen mener at systemene må moderniseres eller skiftes ut tjenesteområde for tjenesteområde (som sykehjem, hjemmebaserte tjenester, skolehelsetjenesten, mm).

Store utfordringer for sykehjemslegene er og har lenge vært mangel på helt grunnleggende brukervennlighet, og også manglende informasjonsutveksling med nasjonale samhandlingskomponenter. Fra våre medlemmer hører vi at det oppleves at mange av

journalssystemene som i dag benyttes i alders- og sykehjem mangler nødvendige funksjoner for å understøtte det kliniske arbeidet. Legeforeningen mistenker at noen av samhandlingsbehovene som beskrives også skyldes at journalssystemene har særdeles dårlig brukervennlighet, slik at det lille som finnes, er vanskelig tilgjengelig.

Innfasingsbeslutninger må gjøres basert på lokale prioriteringer og faglige behov, slik at gevinster raskt kan realiseres. IKT-baserte verktøy må vurderes etter prinsippene om «beste praksis» på lik linje med andre verktøy som helsetjenesten benytter, evalueres på lik linje med andre metoder, og – ikke minst – prioriteres i forhold til annen bruk av knappe ressurser. Denne prioriteringen må skje ute i tjenesten. Det er viktig å evaluere underveis for å avdekke om det er behov for å justere eller avslutte prosjektet. Det er fornuftig å ha en tidsbegrenset utprøving slik at man kan gå videre med det som fungerer og avslutte det som ikke fungerer.

Legeforeningen kan ikke se at beskrivelsen av gjennomføringsstrategi er konkret på hvordan "markedsplassen" vil løse disse utfordringene.

Plattformen - endringer må ivareta kliniske behov

Hovedankepunktene fra helsepersonell som bruker kommunenes EPJ er manglende funksjonalitet, dårlig oversikt og for tidkrevende bruk. Det handler i liten grad om at ulike kommuneinterne løsninger ikke snakker med hverandre. Måten journalssystemene er bygget opp på gir innelåsing og gjør utvikling omstendelig. Det viktigste behovet er å få raskere forbedrede arbeidsflater for de oppgavene helsepersonell gjennomfører hyppigst. For forbedret samhandling vil e-resept og tilgang til nasjonal kjernejournal, med kommende løsning for lab-svar og radiologisvar være helt sentralt.

FKJI foreslår at første delprosjekt for samhandling skal være en oversikt over kommunale tjenester pasienten mottar. Legeforeningen vil bemerke at nasjonal kjernejournal allerede har hjemmel for slik informasjon, jf. §4, samtykkebasert "avtalte behandlings- og omsorgstiltak". Gjenbruk av løsningsmønster fra "pasientens prøvesvar" kan være en mulighet for rask gjennomføring. Uansett arkitektur er dette informasjon som er etterspurt i spesialisthelsetjenesten, og bør derfor etableres som en nasjonal samhandlingskomponent.

Videre ønsker FKJI å starte utprøving av innsamling av diagnosekoder/tidligere sykdommer. Legeforeningen mener dette er et meget viktig informasjonselement og støtter et slikt initiativ. Dette er imidlertid også et informasjonselement som bør være en nasjonal samhandlingskomponent. Kjernejournal har ikke hjemmel i dag for å vise slik informasjon. Dette er derfor mest et spørsmål om å etablere den nødvendige lovhjemmelen, slik det gjøres for "pasientens prøvesvar", hvor det er et lovforslag på høring i disse dager.

Neste forslag til stegvis gjennomføring er å starte anskaffelse av en felles plattform. Dette er ganske lite beskrevet. Legeforeningen mener dette ikke bør være et nødvendig tiltak. Nasjonale samhandlingskomponenter som kjernejournal, meldingsutveksling, e-resept/PLL, m.m. har i dag de tekniske mulighetene på plass allerede. Det er manglende lovhjemler og manglende finansiering som er de reelle hindringene, og har vært det i mer enn 10 år. Helsetjenesten behøver ikke nødvendigvis flere tekniske plattformer, men å realisere verdi på dem som allerede er i drift.

Det er også viktig å være klar over at den samlede helsetjenesten har laget en felles prioritering av en rekke samhandlingstiltak i "Program digital samhandling" som ledes av Direktoratet for e-helse. Legeforeningen er av den oppfatning, at en slik konsensusbasert prioritering er eneste

mulige vei til rask realisering av samhandlingsprosjekter, forutsatt tilstrekkelig statlig finansiering. Nye behov må derfor inn i samme prioriteringsliste, som gjennomføres stegvis.

Til spørsmålet om hvilke muligheter det kan være ved den foreslåtte gjennomføringsstrategien, mener Legeforeningen at små delprosjekter fremstår godt egnet for å redusere risikoen for at resultatet blir dyre og dårlige løsninger. Disse må sees i et nasjonalt perspektiv for hele helsetjenesten.

Mulige utfordringer ved den foreslåtte gjennomføringsstrategien er etter Legeforeningens syn at når den økonomiske risikoen reduseres ved at man begrenser hva et delprosjekt kan koste, lukker man samtidig døren for bedre løsninger, som er mer omfattende. Alle endringer tar tid. Dersom utprøvingstiden blir for kort, er det en risiko for at man ikke får tid til å oppdage alle mulige fordeler.

Det er viktig at gjennomføringsstrategien ikke stilles opp slik at det medfører forsinkelse av utrulling og implementering av allerede vedtatte/oppstartede og fungerende løsninger. Fra legenes side er det ønskelig med tidlig klinikerinvolvering hvor også allmennleger/sykehjemsleger/fastleger involveres, og at det budsjetteres med dekning av slikt arbeid. Erfaringene fra Covid-19 pandemien er også viktige. En videre utvikling av EPJ porteføljen i kommunene må derfor ivareta kommuneoverlegenes grunnleggende behov. EPJ for deres formål må ivareta og understøtte lovlig digital kommunikasjon over helsenettet av personsensitive opplysninger knyttet til smittevern, smitteoppsporing, tvangsvedtak m.m.

Rammebetingelser og avhengigheter (kap. 5, s.26)

Det vises til at Direktoratet for e-helse i 2022 fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede innholdet i en helseteknologiordning i samarbeid med Helsedirektoratet og KS, og det forventes at ordningen vil utgjøre en viktig ramme og potensiell finansieringskilde for prosjektets utprøvningsprosjekt i gjennomføringsfasen. Legeforeningen har nylig kommentert utkast til utredning.

Legeforeningen støtter ordningen forutsatt at alle aktører, også fastlegene kan ta del i den. Basert på erfaringene fra de siste 10 års reformforsøk innen e-helse mener Legeforeningen videre det vil være hensiktsmessig å velge en forsiktig og trinnvis tilnærming i en tilskuddsordning for helseteknologiordningen⁴.

Styring og organisering (kap. 7)

Styringsdokumentet redegjør for vurdering av samarbeidsmodeller med Norsk helsenett. Det vises til utredningsarbeidet våren 2022, herunder manglende støtte til et felleseid selskap i regjeringens forslag til statsbudsjett for 2023. Det ble derfor i løpet av sommeren 2022 utarbeidet en ny modell hvor NHN leverer felles nasjonal programvareinfrastruktur og helserelaterte nasjonale plattformtjenester for å ivareta kommunenes behov. Denne løsningen virker logisk, og plasserer mest arbeid hos NHN. Risikovurderingene tar i liten grad med forholdet til andre journalieiere, som fastleger og avtalefysioterapeuter. Legeforeningen antar det må utredes om det uansett må gjennomføres en offentlig anbudsprosess før en slik modell eventuelt kan velges.

⁴ Legeforeningen 2022. [Innspill til Direktoratet for e-helse - Ny helseteknologiordning](#)

Finansiering og samfunnsøkonomiske betraktninger (kap. 10)

Det vises til side 63 i styringsdokumentet. Utprøvningsperioden planlegges gjennomført fra og med andre halvår 2023 og ut 2024. Det legges vekt på at finansiering må sikres gjennom en eller ulike kombinasjoner av flere kilder, tilpasset det enkelte prosjekt. Den første utprøvningsperioden forventes finansiert av deltagende aktører, først og fremst kommunene. Det kan også søkes ulike former for offentlig finansiering (fra 2024 også Helseteknologiordningen), og man kan se for seg modeller for deltagerfinansiering basert på målsetting om innovasjon og utvikling, eller i en forventning om fremtidig avkastning. Det betyr at leverandør eller NHN, dersom ønskelig, kan bidra med finansiering gjennom etablering av tjenestepriismodell.

Legeforeningen vil anføre at beskrivelsen av prosjektorganisasjon fremstår som svært uavklart. Det vises til at det må foreligge avtaleverk om omforente fordelingsnøkler, eller at det "alternativt kan finansieres via andre offentlige finansieringskilder".

Det vises videre til side 72 i dokumentet: "*Analysen fra Akson viser at løsningen over en 15-års periode vil gi et samfunnsøkonomisk overskudd. I tillegg til de prissatte virkningene som inngår i analysen, pekes det også på en rekke ikke-prissatte virkninger av betydelig karakter. Som det står beskrevet ytterligere nedenfor, er det forventet at løsningen som nå beskrives vil kunne bidra til mange av de samme nytteeffektene. Samtidig er det blant annet på basis av tilnærmingen med stegvis utvikling og gradvis innføring forventet at de totale kostnadene vil ligge på et lavere nivå. Følgelig er det også grunn til å anta at den beskrevne tilnærmingen vil gi et samfunnsøkonomisk overskudd.*"

Legeforeningen er tvilende til de ovennevnte antagelsene, og vi er usikre på om løsningen med felles kommunal journal vil gi samfunnsøkonomiske gevinster. Vi vil også påpeke at den samfunnsøkonomiske analysen i Akson SSD var skjemet av omfattende unntak fra offentlighet, ingen baselinedata om nå-situasjon og åpenbare feil i anslagene av kostnadsreduksjon som følge av i stor grad spekulative anslag for reduksjon kostnader knyttet til unngåelse av pasientskader. Dersom løsningen gir samfunnsøkonomiske gevinster, mener Legeforeningen de sannsynligvis vil bli mindre enn estimert. Henvisningene til teoretiske nyttegevinster ved Akson fremstår ikke relevante, siden Akson ikke ble realisert⁵.

Nærmere om leverandørmarkedet

Legeforeningen mener det bør være et dynamisk marked for EPJ-løsninger for fastleger. Legeforeningen har over tid pekt på bekymringer knyttet til monopolistiske trender på leverandørsiden. Dagens system med flere leverandører for fastlegene fungerer i så måte hensiktsmessig. Det er i dag relativt lav byttekostnad, og fastleger kan selv velge den beste løsningen i et konkurrerende marked. En ytterligere fordel er at dette kan gjøres med liten risiko for tap av data eller funksjonalitet i overgangen til ny leverandør.

Legeforeningen viser videre til innspill til Helseteknologiordningen til Direktoratet for e-helse i 2022⁶. Effektiviseringsgevinsten ved felles innkjøpsprosesser fremstår optimistisk. Legeforeningen er også usikre på hvilke effekter en slik ordning vil ha på leverandørmarkedet. Felles innkjøpsprosesser vil f.eks. kunne favorisere noen få og store leverandører. Dette vil være

⁵ Legeforeningen 2019. [Kvalitetssikring av konseptvalgutredningen av nasjonal kommunal løsning for en innbygger en journal](#)

⁶ Legeforeningen 2022. [Innspill til Direktoratet for e-helse - Ny helseteknologiordning](#)

til hinder for et konkurrerende marked med rom for innovative og nyskapende løsninger og bred reel konkurranse.

Risikoanalysen

Legeforeningen vil påpeke at det er en stor andel av høy (rød) risiko i analysen. Det savnes en vurdering av om dette er et akseptabelt nivå og hvilke andre konsepter som kunne hatt lavere risiko.

Det mangler helt en vurdering av risiko knyttet til overflod av informasjon til helsepersonell.

Det mangler også vurderinger av risiko for manglende samordning av prosesser og endret oppgavefordeling.

En vesentlig svakhet er at det ikke finnes vurderinger av risiko ved dårlig brukervennlighet, hverken knyttet til feil eller tidstap.

Avsluttende kommentar

Felles kommunal journal slik det er beskrevet vil innebære en digital transformasjon som favner mye videre enn et rent IKT-prosjekt. Først og fremst opplever Legeforeningen at forslaget skisserer et infrastruktur-prosjekt, og der faktiske resultater i klinikken, og hvordan man oppnår dem, er lite beskrevet. Det er avgjørende at helsepersonells behov blir satt i fokus og at grundige behovsanalyser blir gjort førende for hvert ledd av prosjektet. Erfaringer og resultater med innføring av Helseplattformen/EPIC i Helse Midt-Norge må følges nøye av prosjektet med formål læring og forbedring i prosjektet.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen
fagdirektør

Gorm Hoel
spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)