



Sendt kun pr. e-post

Deres ref.:

Vår ref.: SAK2019013309

Dato: 3.1.2020

## **Legeforeningens innspill til Akson sentralt styringsdokument versjon 0.6**

Under følger våre innspill til SSD versjon 0.6. Oppsummert mener Legeforeningen følgende:

- Tiltaket må deles opp i mindre anskaffelser pr. tjenesteområde for å kunne lykkes.
- Planen løser ikke behovene for modernisering av EPJ i pleie- og omsorgstjeneste på kort sikt. Man bør derfor heller lage en plan som gir fortløpende IKT-fornyng, ikke kun i perioden 2025-30, som er fem til ti år frem i tid.
- Behovet for medisinsk og helsefaglig kompetanse og kapasitet i prosjektet er for lite vektlagt. Det vil være kritisk i planleggingen og gjennomføringen med tilstrekkelig erfaring og kapasitet som representerer ulike fagområder og geodemografiske ulikheter i behov.
- Det er uholdbart at Akson ikke har konkrete tiltak for å få bedre samhandlingsløsninger i drift i perioden 2020-2030. Nye utredninger er ikke tilstrekkelig. Det trengs systemer som er i drift og i kontinuerlig forbedring. Legeforeningens vurdering er at et Akson hovedprosjekt uten konkrete tiltak for å få bedre samhandlingsløsninger i drift ligger utenfor K7.

### **1.2 Gjennomføringsstrategi – side 7**

Det er beskrevet at man for å redusere risiko deler opp tiltaket i mindre deler. Fortsatt er én felles journal for alle tjenesteområder i kommunene beskrevet, som er ett kjempestort tiltak. Dette må deles opp ytterligere i mindre prosjekter, som vil kreve ulike gjennomføringsstrategier – og leverandører- for å kunne lykkes.

Direktoratet for e-helse fremhever at Akson er et digitalt løft, ikke et rent IKT-prosjekt. Akkurat det kunne ha vært tydeligere i dokumentet. Et helhetlig endringsprosjekt inkluderer endringsledelse, kommunikasjon, tilpasning av prosesser, osv. – og ikke minst igangsetting av dette på et tidlig tidspunkt. Dette er stort og komplekst, favner mange og vil medføre store prosessendringer. Muligheten for å lykkes vil øke dersom dette håndteres som et helhetlig endringsprosjekt, hvor nye journalløsninger må understøtte prosessendringer, ikke tvinge dem frem.

Vi savner tiltak for å redusere gjennomføringsrisiko (det er behov for at faser og stoppunkter defineres). Det er mulig at dette kommer under håndtering av usikkerhetslementer i kapitlet "Strategi for styring av usikkerhet" (som skal komme). Hva er i så fall de identifiserte risikoforholdene?

Generelt er planen preget av storprosjektambisjoner og for lang tidshorisont. Helsetjenesten kan ikke vente på forbedringer av EPJ og samhandling til perioden 2025 til 2030.



Derfor må vi rigge oss – med utgangspunkt i en pragmatisk forståelse av K7 - slik at realisering av én innbygger – én journal, skjer gjennom en plan der nasjonale felleskomponenter samt journalløsninger for spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester videreutvikles med utgangspunkt i anerkjente tekniske standarder og åpne grensesnitt.

EPJ-systemer i kommunene bør skiftes ut eller videreutvikles i tråd med felles plan og tiltak for realisering av Akson journal. Dette må være basert på vurderinger av det enkelte journalsystems helsefaglige og tekniske egnethet for å støtte helsepersonell i utøvelsen av helsehjelp og etablere bedre samhandling. Realisering av Akson og helhetlig samhandling vil best skje i et økosystem hvor eiere av helsevirksomheter selv velger EPJ-leverandører som leverer på anerkjente tekniske standarder og grensesnitt. Gjennomføring av et Akson hovedprosjekt hvor nye samhandlingsløsninger legges inn i et sidespor med enda en konseptvalgutredning svarer ikke ut helsetjenestens behov for bedre samhandling på tvers av virksomheter og nivåer.

### 1.2.1 Samhandling:

Det er som allerede nevnt krevende at avleggeren til visjonen én innbygger – én journal foreslås ikke lenger å skulle implementere ny kjørende kode på samhandling – den utfordringen som utløste stortingsmeldingen og senere Akson-utredningen. Man er da i realiteten utenfor K7.

Vi er uenig at det ikke er mulig å estimere detaljert hva samhandlingsløsningene skal være nå, men at man må vente til perioden 2023-7 når "steg 2" skal utredes. Det er gjort et godt arbeid i helsefaglig arbeidsspor i forprosjektet, og anbefalingene derfra er meget klare. Hvorfor tas ikke de anbefalingene inn i hovedprosjektet?

Følgende tiltak må gjennomføres innen samhandling, og dagens pågående prosjekter må finansieres via Akson – stegvis og med mulighet for endring når den utøvende helsetjenestens behov endres. Følgende tiltak bør planlegges for, og kostnader pr tiltak må holdes nede for å unngå nye forsinkende, fordyrende og byråkratiserende KVVU-er. En realistisk plan kan være:

*2020-21 Dokumentinnsyn i KJ*

*2020 Dialogmelding i hele helsetjenesten*

*2020-22 PLL og e-multidose*

*2021-22 Timebok på tvers via KJ (les) (gjenbruke grensesnitt fra helsenorge.no)?*

*2022-23 Lab-svar og radiologisvar i KJ (federert eller sentralisert lagring?)*

*2023 Problemliste via KJ*

*2024 Medisinsk plan via KJ (dokumenttype? basert på IPS – international patient summary?)*

*2025 Dokumentinnsyn KJ utvides med journalnotater*

Det er uklart hva som er ambisjonen for hva kommunene skal gjøre med eksisterende løsninger for samhandling i perioden 2020-25 (mens man venter på anskaffelse og utvikling Akson journal) og i perioden 2025-30 (mens man venter på implementering av Akson journal). Det må beskrives tydelig hvordan alle kommunale tjenesteområder kobler seg på eksisterende samhandlingsløsninger i disse ti årene, inkludert forbedrede versjoner, og samtidig vedlikeholder sine EPJ selv om de kanskje skal byttes på lengre sikt gjennom Akson journalprosjektet.



### 1.2.1 Journalløsning

Journalløsningen bør ikke anskaffes samlet, men anskaffelsen må deles opp basert på tjenesteområder. Samhandlingsfunksjonalitet man etterspør må tilpasses gjeldende plan for andre samhandlingsløsninger. For hvert tjenesteområde man anskaffer bør det være mulig å både anskaffe utviklings- eller ferdig software. For enkelte områder vil det være behov for små endringer i eksisterende skybaserte EPJ (fastlege/legevakt) for å tilpasse dem til andre tjenesteområder, eksempel helsestasjon. På den måten vil man også kunne redusere eller helt unngå de ellers nærmest uoverstigelige utfordringer som er knyttet til migrering av data. Det vil være fornuftig å la forskjellige regionale samarbeidsarenaer få ansvar for anskaffelse og pilot av forskjellige tjenesteområder.

For eksempel kunne Agder ta sykehjems-EPJ mens Hordaland tar helsestasjon. Disse tjenesteområdene vil kreve forskjellige fagfolk, og forskjellig tilnærming til krav og løsning. Implementering bør skje parallelt for å øke total hastighet i prosjektet.

Det er viktig at den faktiske arkitekturen for Akson journal beskrives helt konkret.

Vi kjenner ikke igjen at *"Prosjektet har med innspill fra kommunesektoren vurdert at det ikke er hensiktsmessig å gå for langt i å anbefale en innføringsstrategi i forprosjektet,..."*.

Både Legeforeningen og andre har spesifikt gitt innspill om at innføringsstrategi må gjøres helt klinkende klar, og at resten av forprosjektet tilpasser seg dette. Innføringsstrategien bør skje som beskrevet i forrige avsnitt, dvs. uavhengig anskaffelse av egnede journalsystem for hvert enkelt tjenesteområde.

1.2.3.3 side 15 Kontroll-/beslutningspunkter: Det må sikres gode prosesser for at kritiske beslutninger tas på riktig tidspunkt og på riktig grunnlag.

1.2.3.5 Det er ikke rett å si at *"Gevinstene kommer ikke ved innføring av et nytt system, de kommer ved endringer i kultur, adferd, holdning og tjenester."* All erfaring tilsier at gode systemer som løser det man har planlagt å løse gir umiddelbare gevinster hvis formål, brukervennlighet og ambisjonsnivå er avstemt.

Spesielt har pleie- og omsorgstjenesten systemer med vanskelige brukergrensesnitt og uten viktig funksjonalitet som e-resept. Umiddelbar forbedring av et slikt system vil gi umiddelbar gevinst av tidsbesparelse og brukertilfredshet, og styrket pasientsikkerhet. Man trenger ikke "endre kultur, adferd og holdning" for å realisere slik forbedring. Derimot registrerer vi at "kultur, adferd og holdning" faktisk bidrar til å varsle når et IKT-system ikke har tilfredsstillende kvalitet.

1.2.3.5.3 Syklisk gjennomføringsstrategi: Modellen må tilpasses den faktiske arkitekturen for løsningen, og foregå mer i parallell for å spare tid.

1.2.4.1 Konseptvalgutredninger er fordyrende og forsinkende prosesser. Det er kritisk at man i SSD gjør det tydelig at alle delprosjekter må krympes og deles opp, slik at man i størst mulig grad unngår å måtte gjennomføre KVUer for å få til ny kjørende IKT-løsninger i helsetjenesten. Vi kan heller ikke forstå at dagens løsninger faktisk krever dette så lenge det er snakk om tiltak som må gjennomføres



og finansieres av mange virksomheter som hver for seg vil ha kostnader langt under grenseverdi på 300 millioner kroner, og hvor det ikke er staten men kommunene som må ta kostnadene.

### **1.3 Kontraktstrategi – side 27**

Her savner vi hvilke avtaler som må inngås mellom partene i tiltaket/prosjektet, og hva som er de kritiske prinsippene og mekanismene som bør inn et slikt avtaleverk.

1.3.2.3 Vi forstår ikke hvorfor det er relevant å nevne at Allscripts, et amerikansk firma som ikke har kunder i Norge, investerte mye penger i å utvikle sitt EPJ. Oversikten har samtidig utelatt norske firmaer som har investert betydelige midler i å utvikle nye EPJ, som for eks. Først WebMed og PriDok. Det samme gjelder Aspit og PasientSky, der sistnevnte har både System X og nytt PasientSky journalsystem.

### **1.4 Helsefaglig standardisering, organisering og ansvarsdeling – side 40**

Side 41: Direktoratet foreslår et nytt nasjonalt organ; Områdeutvalg for digital samhandling. Hensikten er at sektoren skal bidra til å definere strategisk retning for området, prioritere tiltak og bidra til effektiv innføring av tiltak. Det blir nå fire nivåer i den rådgivende strukturen, pluss Direktoratet for e-helse sin ledergruppe. Dette er for mange nivåer og en for byråkratisk organisering som vil forsinke viktig IKT-utvikling. E-helsestyret og områdestyrer bør for øvrig ikke benevnes som "styrer", men som "råd/utvalg" i tråd med deres rådgivende rolle.

Områdeutvalgsmodellen skaper nye spørsmål. Hvorledes skal for eksempel sakene fordeles mellom et slikt Områdeutvalg og NUIT, som er ansvarlig for å innstille til årlige prioriteringer?

#### **1.4.2.3 og 1.4.2.7 - Side 45/53 Helsefaglig standardisering:**

Hovedansvaret for beslutninger knyttet til dette er foreslått lagt til en egen faggruppe (s. 44), men det fremgår at det ikke er satt opp et eget prosjekt for helsefag, men at disse ressursene inngår i hovedsak i journalprosjektet (s. 53). Deretter beskrives Helseplattformens modell med fagnettverk. Arbeidet med helsefaglig standardisering bør løftes og konkretiseres nå, slik at faginvolvering sikres. På side 57 under Interessenthåndtering og involvering står det slik: "involvering av brukerne er et vesentlig suksesskriterium for denne type tiltak".

Vi ser ikke at stordriftsulemper innen helsefaglig involvering er beskrevet i SSD. Helsefaglige gjennomsnittsperspektiver på IKT-funksjonalitet gir ikke den enkelte helsearbeider de riktige verktøyene for sine konkrete oppgaver. Dette er til fulle vist i den danske Sundhedsplattformen, hvor helsefaglig standardisering på et for aggregert nivå ikke har klart å møte de faktiske behovene i helsetjenesten og derfor har bidratt til betydelig redusert effektivitet og produktivitet, og sannsynligvis også svekket pasientsikkerhet.

#### **Generelt:**

Styringsmodell/beslutningsstruktur i gjennomføringsfase: En av fordelene med trinnvis gjennomføring er at økonomiske tap kan begrenses ved brudd på forutsetninger, og at u hensiktsmessig funksjonalitet identifiseres tidlig og endres raskere. Hvordan legges en slik prosess



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

opp slik at alternative strategier kan iverksettes om nødvendig? Vi antar at dette skal beskrives senere (i kapitlet Strategi for styring og usikkerhet).

Vi mener at behovet for medisinsk- og helsefaglig kompetanse og kapasitet er for lite vektlagt. Det vil være kritisk i planleggingen og gjennomføringen med tilstrekkelig erfaring og kapasitet som representerer ulike fagområder og geodemografiske ulikheter i behov.

Med vennlig hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
Generalsekretær

Kari Jussie Lønning  
Fagdirektør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)