



Sendt kun pr. e-post

Deres ref.:

Vår ref: SAK2019013309

Dato: 04-02-2020

Legeforeningens innspill til Akson sentralt styringsdokument v.0.8

Legeforeningen har innenfor en knapp tidsfrist ikke hatt mulighet til å gjøre en komplett gjennomgang av SSD ver 0.8, og vil samtidig vise til våre innspill gitt tidligere til ver.0.6. Vi gjør også oppmerksom på at vi ikke er blitt involvert ytterligere etter at frist for innspill til ver 0.6 utløp.

Vi ser at det fortsatt er områder med uklarheter og som behøver ytterligere prosess for å modnes i helsesektoren og IKT-bransjen. Det er vanskelig å se hva som har blitt endret siden forrige versjon 0.6 av SSD. Vi registrerer imidlertid at arkitekturen fortsatt synes uavklart.

Overordnede innspill

Det faktiske utfordringsbildet er for dårlig utredet. Samfunnsøkonomiske konsekvenser fremstår som uavklarte, og risiko er beskrevet som gjennomgående svært høy (ref. også eksternt kvalitetssikring av KV7). Det er mange år siden visjonen én innbygger – én journal ble etablert, og det er mange løsninger som understøtter målbildet som nå er realisert, som ikke var fungerende i starten. Landskapet har endret seg.

Hovedformålet med "en innbygger en journal" er at behandlere skal ha tilgang til nødvendig helseinformasjon om pasienten når han/hun trenger den. De største utfordringene i dag knytter seg til duplikater og usikkerhet rundt medikamentoversikter, og tilgang til journaldokumenter produsert utenfor egen virksomhet.

Av aktørene i helsevesenet er det for praktiske formål kun de kommunale pleie- og omsorgstjenestene som ikke har eksisterende journalsystemer som er tilpasset lokale brukerbehov, selv om det er utviklingspotensial for EPJ-løsningene i store deler av sektoren.

De faktiske manglene i dagens journalsystemer er:

- 1) løsning for autoritativ legemiddelliste (tilgang til e-resept og kjernejournal, senere Pasientens legemiddelliste, er et svar på dette)
- 2) løsning for deling av journalinformasjon (2 kjernejournal-prosjekter vil levere dette)
- 3) gi kommunale helsetjenestetilbydere tilgang til sentrale informasjonstjenester (KJ, PLL, RF) ved å utbre HelseID-løsning
- 4) oppdatering av eksisterende EPJ-løsninger for å konsumere og bidra til pkt 1 og 2 over.



Den største hindringen for å hente ut samhandlingsgevinster er at kommunene angir ikke å ha økonomi eller bestillerkompetanse til selv å oppdatere sine journalsystemer.

Samfunnsøkonomisk vil det være klart størst verdi i å fokusere på raskt å løse punkt 1 og 2. Dette vil igjen medføre klare insentiver for 4. Arbeidet med 3 kan pågå parallelt, og for hver enhet som tilknyttes vil man ha økte synergier (og arbeidet pågår allerede, ref. Arendal kommune som har tatt i bruk kjernejournal allerede.) Det vil være betydelig mer hensiktsmessig å bruke ressursene i Akson Journal til å understøtte innføring av kommunal HelseID og innkjøp/oppdateringsløsninger for kommunale EPJ-løsninger.

At man skal spørre markedet om hvordan de skal løse utfordringen virker å være feil rekkefølge og et altfor stort steg: start heller med å innføre felleskomponenter, lag plan for videreutvikling av disse og skap forutsigbarhet i markedet ved en klar plan for når journalsystemene kobler seg på. Planlegg det agilt slik at ikke alle aktører må starte samtidig. Lag insentiver som gjør det smart å være først, ikke belønne de som venter til sist. Legeforeningen tviler på at markedet vil ta på seg oppgaven med å definere norsk samhandlingsarkitektur, standarder etc og samtidig levere på det.

Det er ikke riktig å kalle felles anskaffelse av felles kommunal journal "stegvis" når det første steget er altfor stort, altfor tregt, og med stor risiko for å trå feil. Stegvis, slik Legeforeningen og KS var enig om våren 2019, betyr stegvis anskaffelse av mindre komponenter som gir gevinst med en gang de tas i bruk, for de aktørene som tar dem i bruk.

Det er fortsatt ingen som kan sannsynliggjøre at det faktisk er nyttig å samle vidt forskjellige pasienter og helsepersonell i samme database. Et relevant eksempel er timebok. Hvilken teknisk, funksjonell, driftsmessig fordel får man av en felles timebok for helsestasjon, sykehjem, fastlegekontor, hjemmetjenester og legevakt? Hvilken funksjonell ulempe vil man få? Hva med tekniske, driftsmessige, forvaltningsmessige ulemper? Alle disse tjenestetypene har forskjellige pasienter, regelverk, funksjonelle behov etc.

Akson budsjetterer bare til steg 1 i samhandlingsløsningen. Dersom prosjektet stanser der, har man i prinsippet ikke økt samhandling med spesialisthelsetjenesten og kommunen, bare på tvers i kommunen. Det er lite og kanskje til og med kritisk når så mange år har gått med til utredning.

Steg 1 forutsetter steg"0" med komponenter det skal bygges videre på. Prosjektet har dermed økt risiko for kostnadssprekker og forsinkelse som følge av avhengigheter, noe som vi ikke ser er tydelig kommunisert.

Innspill på spesifikke punkter

1.5.3.1

"Felles språk" : Det er begrenset behov for semantisk interoperabilitet for å oppfylle de viktigste samhandlingsbehovene og hente ut de viktigste gevinstene. For legemiddelfeltet er informasjonen allerede kodet i etablerte informasjonsmodeller, og for deling av oppsummerende dokumenter kreves kun noen få klasser for dokumenttyper. Det er ingen grunn til å forutsette komplett EIF-



modell for å få til funksjonell samhandling som dekker 95% av behovene (det er fortsatt mennesker som er avsendere og mottakere av informasjonen i overskuelig framtid).

"Innsyn i journal": Det er to ulike prosjekter for KJ her: 1) prosjekt for dokumentinnsyn KJ gir leger og psykologer innsyn i (de fleste) dokumenter på tvers av HF. 2) dokumentdeling pilotes i HSØ vinter 20, der vil epikriser, henvisninger og polikliniske notater gjøres tilgjengelig for alle med KJ-tilgang (etter testing, selvsagt). Forventet rask utbredelse nasjonalt da dette er en svært enkel og billig løsning å etablere.

Seksjon 2.1.1.1

Tabell 8

A.B1 - Risiko for manglende tillit er svært stor. Ref innlegg fra IT-bransjen, Oslo kommune, Legeforeningen mfl.

Tabell 9

E.B2 - Manglende tillit fører til forsinkelser: Stor

E.G2: - Alle innkjøps og innføringsprosjekter i helsevesenet tyder på at denne risikoen er stor eller svært stor

Tabell 10

I.C1 - Stor sannsynlighet for at det blir vanskelig å rekruttere nye kommuner.

I.C2 - Stor sannsynlighet for at fastleger ikke ønsker å bytte EPJ. De store leverandørene kommer til å tilby tilgang til sentrale tjenester som KJ, PLL og dermed er det ikke behov

I.C4 - svært stor - kommunene har veldig ulike forutsetninger avh av størrelse og økonomi

Risikoanalyse: vi kan ikke finne at man har vurdert risiko ved konvertering/migrering av data fra eksisterende løsninger. Konvertering av data fra eksisterende EPJ må gjøres slik at både fritekst og strukturerte data fra journalsystemer kan gjenfinnes og gjenbrukes i nye journalsystemer. Det er også et åpenbart behov for at virksomheter skal kunne melde seg ut av Akson journal og få med sine data ut på et format som egner seg for import i andre journalsystemer.

Vi kan ikke finne noe om risiko vedrørende sviktende leverandørmarked i anskaffelses- og innføringsfasen. Hva skjer hvis dagens leverandører i 2021 beslutter "end-of-life" i 2024 for sine systemer? Hva skjer med kostnader hvis leverandørene ikke blir en del av Akson? Perioden fra 2020 til 2030 er veldig lang, og mye kan skje med leverandørene i perioden. Risikoen må beskrives og håndteres.

Kapittel 2.1.2

"Nyttevirkninger": Både det faktiske utfordringsbildet, konsekvensanalyser og betraktninger rundt kost/nytte er særdeles mangelfulle og gjør det umulig å ta stilling til videre framdrift i prosjektet.

"Beslutningsstøtte": nytte og risiko av dette lar seg ikke beregne, og punktet bør slettes. Merk at det ikke finnes studier som støtter en bred innføring av beslutningsstøtte/CDS internasjonalt. Kostnaden virker derfor høyere enn nytten. På lang sikt bør man legge til rette for beslutningsstøtte, men det må være sekundært til et godt arbeidsverktøy.



Kap 2.1.5

Gevinstene ligger ikke i at alle bruker samme SYSTEM, men i at alle har tilgang til samme/nødvendige data. Ved å bygge opp felles tjenester som dekker de faktiske behovene (legemiddelliste og dokumentdeling) eliminerer man behovet for et felles system - og reduserer kostnaden og risikoen i hele Akson-prosjektet.

Kap 2.1.5.1

Legeforeningen er bekymret for at det fremstår nokså åpenbart at det finnes en langsiktig plan om at journalløsningen skal bli obligatorisk for alle, inkl. fastlegene. jmf. utdraget under.

"Juridiske virkemidler

En rettslig vurdering gjennomført av Kluge Advokatfirma viser at det er mulig innenfor rammen av EØS-regelverket å pålegge både kommuner og fastleger utenfor Midt-Norge å ta i bruk den felles kommunale journalløsningen. Helse- og omsorgsdepartementet har i føringer for forprosjekt sagt at det ikke er aktuelt med et slikt lovpålegg for hverken kommuner eller fastleger i innledende faser av tiltaket."

Kap 2.3.4

Legeforeningen mener bildet som tegnes av få, store leverandører ikke er korrekt for primærhelsetjenesten. Det virker som om Akson-programmet her analyserer sykehus-systemer, noe Akson ikke lenger omfatter. Dette stemmer med referansebesøkene som ble gjort i prosjektet høsten 2019, der man besøkte organisasjoner som i innførte systemer for spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten er bildet annerledes. For fastleger er det også betydelige investeringer hos nye private leverandører i disse dager. Dette betyr at markedet selv vil løse utfordringene over tid for fastleger og legevakter hvis ikke Akson vil endre premissene.

Kap 2.3.5

Det er vanskelig å forstå begrunnelsen for anskaffelsesstrategi. Aktørene har helt ulike behov. Arkitekturplanene (pr 29 januar 2020) legger vekt på åpenhet og endringsevne, og tydelig skille mellom data og applikasjoner. Det er god grunn til å mene at den totale risikoen i prosjektet blir mindre ved å gjøre mindre, separate anskaffelser - spesielt siden anskaffelse blir mindre og mindre viktig ved suksessiv utbyggelse av sentrale tjenester. Anbefalingen av "alternativ B" er ikke velbegrunnet og er ikke i takt med arkitekturplanene. Alternativ C begrenser seg dessverre til for få anskaffelsesprosesser; man bør sørge for å ha fleksibilitet til å anskaffe det man trenger, når man trenger det. En innelåsing av markedet ved å anskaffe kun en nasjonal felles løsning for et tjenesteområde vil føre til stagnasjon. Alternativ A bør legges bort da det er urealistisk og altfor høy risiko.

Dokument "overordnet arkitekturbeskrivelse"

Legeforeningen fortolker dokumentet som en dreining mot felles tjenesteleveranser, som er positivt. Vi mener gevinstene ligger i å tilby noen sentrale tjenester, ikke i innkjøp av et nytt produkt. Ved å fokusere på tjenestene reduseres risikoen i Akson betraktelig (og behovet for Akson Journal blir mye mindre/ikke eksisterende). Da har man spart store utgifter.



Hovedbekymring er fortsatt tilnærmingen: det er fortsatt anført en applikasjon som heter "felles kommunal journal". Hvis man går videre med en stor anskaffelse, så vil den applikasjonen dominere anskaffelse og innføring. Fjern den applikasjonen og erstatt med kun "tjenestespesifikke journaler" og vi er veldig nærmere det som er reell stegvis tilnærming. Se spesielt figur 4.

Det nye dokumentet fra samarbeidet med KS forstås veldig annerledes enn det som er beskrevet i SSD. Her må man være tydelig på hva som er gjeldende plan, og alt må skrives inn i SSD som er tenkt brukt.

Side 3, avsnitt 1

Kulepunkt "Tjenester som støtter semantisk samhandlingsevne, slik som felles kodeverk og terminologi": Dette er mindre eller lite viktig for å løse de primære samhandlingsbehovene. Reelt sett er "behovet" mest for å understøtte Helseplattformens kobling til de øvrige RHF. Dette er en ekstra kostnad og risikodriver knyttet til Helseplattform-innføringen, men marginalt reelt behov fra utøvende enheter i helsetjenesten utenfor Helse Midt.

Avsnitt 2:

De savnes kost/nytte-beregninger for bruk av SNOMED. Evidensgrunnlag for nytteverdi er fraværende. Anbefaler å holde aktiviteten her på et minimumsnivå.

Figur 3.

Figuren viser at "felles kommunal journal" bare vil replikere eksisterende funksjonalitet i eksisterende løsninger og i praksis bli enda en "frontend" til samhandlingstjenester. Er det formålstjenlig å bygge/kjøpe enda et journalsystem som ikke beviselig er bedre enn eksisterende løsninger?

Side 6, avsnitt 2:

Igjen: Litt lite tro på nytteverdien av stor satsning på semantiske ressurser for helsetjenestens primære formål og for å hente ut de faktiske gevinstene av samhandling - dette kan evt. utprøves suksessivt på små områder ut fra tydelige kliniske behov.

Side 7

"felles grunnmur"

Reseptformidler/e-Resept og PLL bør vel nevnes som kjernekomponenter her?

"Plattformtilnærming" / "Helhetlig forvaltning":

I den grad man ender med et innkjøp, må det eksplisitt komme fram at det ikke må anskaffes enda en "silo", og at innføringen må være fullstendig reversibel. Alle data som konsumeres og produseres av systemet bør være tilgjengelige via API.

Tidsplanen for innkjøp er vanskelig å forstå - man må ha klargjort de felles tjenestene før man starter innkjøp av evt. Akson journal. Vi står altså ovenfor en rekkefølgeutfordring, der planen skissert ser ut til å starte i feil ende.

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)