



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.: 19/586

Dato: 24.01.2019

## **Kvalitetssikring av konseptvalgutredningen av nasjonal kommunal løsning for én innbygger – én journal – Legeforeningens innspill**

Det vises til dialog om kvalitetssikring av konseptvalgutredningen av nasjonal kommunal løsning for "én innbygger – én journal", senest i møte 17.1. mellom departementet og Legeforeningen. Som lovet oversendes med dette også våre vurderinger skriftlig.

Det er i tråd med god statlig økonomistyring å gjennomføre en ekstern kvalitetssikring av store investeringsprosjekter. Holte Consulting har gjennomført en slik kvalitetssikring av konseptvalgutredningen av nasjonal kommunal løsning for "én innbygger – én journal" som Direktoratet for e-helse oversendte departementet i juli 2018.

Legeforeningen har i flere år frarådet en stor nasjonal kommunal fellesløsning som i konseptvalg 7, som Direktoratet for e-helse nå har anbefalt. Et slikt prosjekt har svært høy risiko og dessuten et svært begrenset gevinstpotensial om man lykkes. Vi er derfor tilfreds med at Holte Consulting også har kommet til at gevinstanslaget i direktoratets utredning var altfor optimistisk, og at det fortsatt hefter meget stor usikkerhet rundt den samfunnsøkonomiske analysen.

Holte Consulting anbefaler allikevel at man arbeider videre med K7, men da basert på særlig én klar forutsetning: *"For å sikre en komplett innføring i alle kommunene i alle tre helseregioner bør det etter vårt syn være en stor grad av forpliktelse før et såpass stort tiltak kan igangsettes. Vi anbefaler at det inngås en gjensidig bindende avtale med kommuner, fastleger og andre private aktører i forprosjektfasen. Samtidig bør det allerede i forprosjektfasen vurderes pålegg om obligatorisk deltakelse."*

*"Det er i K7 lagt til grunn 100 % deltakelse fra kommuner, fastleger og andre avtaleparter. En redusert deltagelse reduserer gevinstene fra tiltaket i stor grad." – "Uten bindende forpliktelser og/eller obligatorisk innføring er vi kritiske til å igangsette en så stor investering."*

*"Finansieringsmodellen som etableres i forprosjektet er avgjørende for gjennomføringen av tiltaket samt i hvilken grad man klarer å hente ut den samfunnsøkonomiske nytten av investeringen."*

Holte Consulting drøfter ikke innretningen i en finansieringsmodell. Legeforeningen leser KVV-en slik at Direktoratet for e-helse legger til grunn at anskaffelse, utvikling og drift av

den anbefalte K7-løsningen skal skje innenfor virksomhetenes egne rammer, også uten pukkelfinansiering for å håndtere tap av produktivitet/effektivitet (12% produktivitetstap over to år på tvers av alle årsverk).

Rent praktisk er det vanskelig å se hvorledes alle aktører skal være villige til – eller i posisjon til – basert på ordinære prinsipper for forsvarlig faglig og økonomisk bedriftsledelse å inngå bindende avtaler om å være med i anskaffelse, utvikling og forvaltning/drift av et produkt som inntil videre har så uklar verdi og med så høy beskrevet risiko. Legeforeningen fraråder derfor på det sterkeste en slik tilnærming.

KVU-en beskriver et unyansert bilde av at ulike helsearbeiderroller i hovedsak har de samme behovene for informasjon og funksjonalitet. Man drøfter bl.a. ikke fastlegenes særlige avhengighet av EPJ i sitt daglige arbeid. Risikobildet ser helt annerledes ut for fastlegene enn for kommunene. Usikkerhet om løsningenes evne til å gi nødvendig oversikt og arbeidsflyt vil innebære en stor grad av usikkerhet om man faktisk vil kunne klare det arbeidet man er pålagt å utføre.

Usikkerheten vi ser i funksjonalitet og i risikobilde er kort skissert i tabellene under:

**Tabell 1: Ulikheter i funksjonalitet i dagens løsninger**

| <b>Kommunene</b>                              | <b>Fastlegene</b>  |
|---|--|
| Har utdaterte EPJ- systemer                   | Har markedets mest moderne EPJ-systemer  |
| Begrenset eller ingen meldingsutveksling      | Håndterer all tilgjengelig meldingsutveksling  |
| Håndterer ikke e-resept                       | Har hatt e-resept i ca. 10 år.   |
| Håndterer ikke e-multidose                    | Håndterer e-multidose (Plenario)   |
| Ingen eller liten digital dialog med brukerne | Har digital timebestilling, e-konsultasjon, digital prøvesvartjeneste                    |
| Ingen beslutningsstøtte                       | Kunnskaps- og beslutningsstøtte i FEST/e-resept og NEL                                   |
| Ingen eller liten kjernejournalkobling        | Kobling til kjernejournal  |
| Ingen digital dialog med NAV                  | Digital dialog med pleie- og omsorgstjenesten  |
| Ingen digital dialog med HELFO                | Digital dialog med NAV   |
|   | Digital dialog med HELFO   |
|   | Pasientrelaterte elektroniske dialogmeldinger med HF (brukes foreløpig begrenset av RHF) |

**Tabell 2: Ulikheter i risikobilde - helsepersonellens perspektiv:**

| <b>Pleie- og omsorgstjenester</b>   | <b>Fastlegene</b>  |
|---|--|
| Høy intensitet i IKT-bruk hos ledere  | Høy intensitet og kompleksitet i IKT-bruk hos både leger og medarbeidere                   |
| Middels til lav intensitet og kompleksitet i bruk hos de som er i front og møter pasientene | Grensesnitt mot all spesialisthelsetjeneste, laboratorier, HELFO og NAV, som må kjøre 24/7 |

|  |   |
|--|---|
| Høyt samhandlingsbehov internt i egen organisasjon.  | En mindre andel av pasientkontaktene medfører behov for digital kontakt med PLO   |
| Spesifikke samhandlingsbehov mot HF og fastleger   | Vedvarende høyt samhandlingsbehov mot spesialister, helseforetak, HELFO og NAV  |
| Nedetid vil for de fleste ikke føre til at arbeidet stopper  | Virksomhetskritisk - nedetid stopper arbeidet for alle i legepraksisen  |
| Mange medarbeidere har behov for lese- og skrivetilgang i den enkelte pasientjournal. Dette nødvendiggjør relativt høy grad av standardisering av arbeidsprosesser i EPJ | En lege har over tid ansvaret for den enkelte pasient og må selv kunne optimalisere visuelt grensesnitt og medisinsk innhold. Dette nødvendiggjør relativt høy grad av fleksibilitet i arbeidsprosesser i EPJ |
| Arbeidsgiver betaler og drifter IKT  | Legen selv betaler og drifter IKT innenfor sin driftsøkonomiske ramme   |

Som det fremgår av tabell 1 har fastlegenes EPJ-løsninger allerede på plass det aller meste av det kommunene savner og trenger i sine EPJ-systemer.

**Tabell 3: Investeringsvilje**

| Kommunene  | Fastlegene  |
|--|---|
| Har unnlatt å investere i e-helse gjennom mange år   | Har investert tungt i IKT i 30 år   |
| Har ikke etablert brukergrupper som kan utøve kundemakt inn mot de tre PLO-EPJ-leverandørene | Har aktive brukergrupper som utøver kundemakt inn mot leverandørene           |
|  | Finansierer samhandlingsgrensesnitt av egne inntektsmidler gjennom EPJ-løftet |
| Sysselsetter 143.000 årsverk i pleie- og omsorg (2017-tall. Kilde: SSB)                      | Sysselsetter under 10.000 helsearbeidere medarbeidere inkludert               |

Tabell 3 viser at det er noen enkle årsaker til at de kommunale EPJ-systemene er utdaterte og nesten ikke leverer samhandlingsfunksjonalitet. Legeforeningens medlemmer forstår ikke hvorfor en nødvendig utskiftning av utdaterte kommunale PLO-EPJ må tvinge frem en ikke-ønsket utskiftning av moderne allmennlege-EPJ-systemer, når dette allikevel ikke reduserer antallet tekniske kommunikasjonsgrensesnitt som må opprettholdes og utvikles for å nå det nasjonale målbildet. Man er dessuten med god grunn engstelige for at fastlegenes særskilte funksjonelle behov ikke vil bli tatt tilstrekkelig hensyn til i en felles journalplattform med en stor felles forvaltningsorganisasjon som over tid vil ha to vedvarende hovedutfordringer; for lite penger og for få utviklere til å levere utvikling av ønsket funksjonalitet inn i løsningen.

Holte Consulting skriver videre om avhengigheter: *"Utformingen av finansieringsmodellen og mandatet for den nasjonale tjenesteleverandøren (håndteres i NEO-programmet) er to viktige forhold som bør være på plass før endelig beslutning om hvor ansvaret bør ligge for gjennomføringsfasen tas."*

Dette er viktige poeng. Legeforeningen er på samme måte som KS og de regionale helseforetakene ikke positivt innstilt til en samfinansieringsmodell hvor våre medlemmer ved

rammeuttrekk finansierer programvare hvor verken kvalitet, pris eller leveringstidspunkt er avklart.

Videre fra Holte Consulting: *"Antallet prosjekter som direkte eller indirekte har en sammenheng med EPJ/PAS er så stort at dette etter vår vurdering innebærer en meget høy risiko i gjennomføringen av tiltaket."*

Legeforeningen deler denne bekymringen, og vil i tillegg løfte frem en åpenbar nedside av en felles nasjonal løsning, nemlig monopolisering og manglende innovasjon. Holte Consulting peker også på denne risikoen, som også kan innebære at vi relativt tidlig i utviklingsløpet mister deler av dagens leverandører og derved også akkumulert løsningskompetanse. Selv med en gjennomføring etter plan vil K7 ikke være ferdig breddet før om 11 år – i 2030. Sannsynligheten for at nåværende leverandører som ikke når frem i en nasjonal anskaffelsesprosess vil avvikle support av dagens systemer, er en reell og stor trussel mot forsvarlig drift i mange virksomheter. Legeforeningens vurdering er at denne risikoen er så vidt høy og har så store konsekvenser at forsøk på å gjennomføre en anskaffelse fra en eller noen meget få leverandører medfører en uakseptabel risiko.

Holte Consulting har i tabellen nedenfor angitt en fordeling av nåverdi nettonytte (rapportens side 6).

| Konsept  | 0        | 1        | 4        | 7        |
|--|----------|----------|----------|----------|
| <b>Nåverdi nettonytte<br/>(millioner 2018-kroner, ingen realprisvekst)</b>   | -        | 1 390    | 3 982    | 14 439   |
| Innbyggeres nytte av bedre helse   |          | +        | ++       | ++++     |
| Innbyggeres nytte av økt kvalitet og effektivitet og bedret informasjonstilgang og ivaretagelse av personvernrettigheter |          | 0        | ++       | +++ (+)  |
| Økt effektivitet for spesialisthelsetjenesten  |          | +        | +        | +++      |
| Økt informasjonssikkerhet  |          | +        | ++       | ++       |
| Bedret og mer effektiv datatilgang for styring, utviklingsarbeid og tjenesteinnovasjon, statistikk og forskning          |          | 0        | +        | +++      |
| <b>Rangering</b>   | <b>4</b> | <b>3</b> | <b>2</b> | <b>1</b> |

Som man ser, er nytte for de tjenesteutøvende virksomhetene ikke med i tabellen. Vi oppfatter at Holte Consulting derved anser at løsningen ikke vil medføre muligheter for driftsmessige innsparinger. Nytt for innbyggerne er det rimelig å score høyt hvis en antar at løsningen vil virke som ønsket, men bare da. Antagelsen om en effektiv og sikker løsning er ikke fundert i konkrete erfaringer fra andre land (fordi ingen har laget en slik løsning tidligere). Det er heller ikke på annet vis sannsynliggjort at nytte for innbyggerne i særlig grad vil inntreffe.

Holte Consulting skriver: *"Redusert tidsbruk for helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten og realøkonomiske besparelser ved unngåtte feil er prissatte virkninger som i stor grad bidrar til å gi en positiv netto nåverdi. I KVU er det ikke gjennomført en tidsbruksundersøkelse for dagens situasjon som ligger til grunn for vurderinger av tidsbesparelser."*



Legeforeningen er tilfreds med at Holte Consulting deler vårt syn på at det ikke foreligger erfaringer eller dokumentasjon som gir grunnlag for å fastsette en gevinst av mulige tidsbruksbesparelser.

Vi ser med interesse at K7 etter Holte Consultings vurdering gir en særlig høy grad av nytte for spesialisthelsetjenesten, som jo ikke er en del av løsningen og som vil måtte kommunisere digitalt med kommunale helse- og omsorgstjenester på omtrent samme vis uavhengig av konseptvalg. Man kan spekulere i om dette skyldes en antagelse om at spesialisthelsetjenesten gjennom K7 får en styrket mulighet til å overføre oppgaver til en mer digitalt sammenhengende kommunal helsetjeneste. Vi lytter gjerne til departementets forståelse av dette.

Holte Consulting skriver følgende (side 8): *"Vi mener at det er nødvendig med en aktiv eierstyring for å sikre en vellykket gjennomføring av tiltaket og en varig endring. For å sikre dette må programmet inngå i sektorens styringslinje, samt koordineres med øvrige initiativer. Programmet må også sikres nødvendig gjennomføringskraft og balansere nasjonale interesser og eierskap og forankring og eierskap hos de kommunale og næringsdrivende aktørene."*

Legeforeningen er usikker på hvilken styringslinje man peker på. Fra staten til kommunene og videre til næringsdrivende kontraktsparter – og i så fall med hvilke hjemler er styringen tenkt utøvet?

På side 33 i rapporten skriver Holte Consulting følgende: *"Vi mener at prosjektet burde tatt med de konseptene som oppfyller kravene best og sett bort fra grupperingen. I tillegg til å vurdere konseptalternativene opp mot kravene, vurderes gjennomføringsrisiko og kostnader for konseptalternativene. Vi mener at det blir en skjevhet ved bare å vurdere kostnader uten å vurdere nytte på samme måte siden nytte kan veie opp for høyere kostnader i et konsept".* *"Vi savner en drøfting av et konsept som bedre dekker kombinasjonen av ganske lav grad av konsolidering og ganske høy / høy grad av samhandling. Dersom prosjektet hadde beskrevet et optimalisert K1 og en bedre samhandlingsløsning i K4, ville man hatt tre mer sammenlignbare konseptalternativer."*

Dette er i tråd med de innspill Legeforeningen har gitt til KVVU-en. Man synes ikke å ha villet beskrive reelle konseptalternativer som kunne utfordre den intuitive nytten av en fellesløsning som K7, gitt organisering og allerede eksisterende IKT-løsninger i vår helsetjeneste.

Helse Vest, Nord og Sør-Øst RHF la i november 2018 frem "FELLES PLAN – 2018 - Neste generasjon PAS/EPJ". Man skriver her bl.a. (side 15): *"Det må forutsettes at Direktoratet for e-helse legger til grunn i de ulike konseptutredninger, utvikling og gjenbruk av internasjonale standarder som i sin form i størst mulig grad kan gjenbrukes uavhengig av valgt konsept. De tre helseregionene mener sektoren uansett vil stå foran en lengre transformasjonsfase som vil inneholde utvikling av ulike samhandlingsløsninger som i dag muligens er i for stor grad isolert til beskrivelsen av ulike konsepter."*

Vi oppfatter dette som en oppsummering av tydelig kritikk mot den pågående KVVU-prosessen.

### **Særlig om konvertering/migrering av data fra gamle EPJ til ny løsning i K7**

Legeforeningen vil særskilt nevne konvertering av data fra journalsystemer som fases ut. Dette berøres ikke av Holte Consulting, og er ikke beskrevet i detalj i KVVU-en. I den

Samfunnsøkonomiske analysen er samtlige økonomiske beregninger av konvertering/migrering slik at det er ikke er mulig for oss å vurdere kostnadsbildet. Det er imidlertid avklart i dialog med Direktoratet for e-helse at man ikke ønsker å konvertere data fra dagens EPJ-er som levende data med full funksjonalitet over i ny løsning, fordi dette er både teknisk og juridisk krevende og kostnadsdrivende. Det fremgår: *"Et alternativ til omfattende konvertering er kun å konvertere kritisk informasjon fra kjernejournal samt informasjon fra de pasientadministrative systemene. Dette er strukturert informasjon som i stor grad har høy kvalitet. Ustrukturerte data som journal fra allmennlegesystemene kan konverteres over i et varig format som for eks. PDF og lagres i et felles system slik at informasjonen er tilgjengelig for oppslag."*

Etter Legeforeningens vurdering viser dette at utredningen ikke har tatt inn over seg flere sentrale poeng:

- Tilgang til longitudinelle data om den enkelte pasient er en sentral søyle i allmennmedisinsk arbeid.
- Tap av tilgang til slike data, herunder søk, grafisk visning, kopiering og gjenbruk av tekstelementer er grunnleggende for å opprettholde pasientsikkerhet og effektivitet i allmennlegetjenesten.
- Allmennlegejournalene inneholder i dag i stor grad grafisk og tabellarisk strukturert informasjon og all fritekst er søkbar. Dette er funksjonalitet som er bygget opp gjennom mange tiår, men som virker å være ukjent for, eller ignoreres av, Direktoratet for e-helse.
- Allmennlege-EPJ-markedet er dynamisk, og leverandørene har konkurrert om markedsandeler ved å tilby full konvertering av data mellom systemer. Dette har ført til at det i dag er relativt lav byttekostnad og at fastleger kan velge den beste løsningen i et konkurrerende marked med liten risiko for tap av data eller funksjonalitet ved overgang til ny leverandør.
- For Legeforeningen er unnlattelse av konvertering til fullt funksjonelle gamle data i samme grensesnitt som aggregering av data i en ny løsning en absolutt show-stopper uansett valg av konsept, og vi er overrasket over at dette i det hele tatt er et tema som må problematiseres.

### **Oppsummert:**

Legeforeningen er utålmodig og mener at visjonen om én innbygger – én journal snarest må realiseres innenfor en realistisk plan som utvikler dagens systemer slik at viktig helseinformasjon om den enkelte pasient alltid og enkelt kan hentes fra nasjonale delingsplattformer.

Det er nå seks år siden stortingsmeldingen om én innbygger – én journal ble offentliggjort, men det er ennå ikke tatt overordnede strategiske valg som bringer oss fremover. Vi mener det er god grunn til å frykte at det konseptvalget som Direktoratet for e-helse nå anbefaler, ligger minst like langt utenfor det pragmatiske og politiske handlingsrom som direktoratets forrige anbefaling til løsning, som var basert på den konseptvalgutredningen som ble presentert i 2015.

Direktoratet for e-helse har denne gangen anbefalt én nasjonal løsning for alle kommunale helse- og omsorgstjenester inkludert fastlegene og fysioterapeutene uten at de regionale helseforetakene skal være med verken på kort eller lang sikt. Løsningen skal kun utveksle "utvalgt informasjon" med spesialisthelsetjenesten. Det vil for eksempel ikke bli mulig å etablere felles behandlingsplaner mellom kommuner og helseforetak inne i den anbefalte

løsningen, og all kommunikasjon mellom spesialist og kommunale tjenester inklusive fastlegene må fortsatt skje basert på dagens meldingsutvekslingsstandarder.

Legeforeningen anbefaler fortsatt å forbedre og ta ut potensialet med utgangspunkt i dagens løsninger og plattformer samtidig som Helse Midt-Norge med Helseplattformen nå prøver ut en løsning for hele helsetjenesten. Ved siden av en disruptiv utprøvningsstrategi i en region bør resten av helsetjenesten arbeide med en evolusjonær tilnærming som de tre andre helseregionene de facto har besluttet som sine IKT-strategier.

Legeforeningen opplever et tungt ansvar for å medvirke til at helsetjenesten har moderne IKT-løsninger som understøtter kvalitet og helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene. Vi vet at både de regionale helseforetak og kommunene er opptatt av det samme, og at vi må gjøre de kloke valgene nå for å komme dit så raskt vi kan. Forslaget om en stor nasjonal kommunal felles journalløsning uten spesialisthelsetjenesten vil ikke bringe oss til vårt felles mål.

Holte Consulting har etter vår vurdering redegjort godt for at K7 er et så risikabelt prosjekt med så store uavklarte utfordringer og avhengigheter at dette prosjektet nå bør skrinlegges uten videre utredning, og at et forprosjekt for "én innbygger – én journal" må arbeide basert på nøkterne og omforente prioriteringer av hvilken funksjonalitet som haster mest å få på plass for å skape en mer sanhandlende, sikker og effektiv helsetjeneste. I dette arbeidet må det kliniske perspektiv være førende og det IKT-tekniske være fasiliterende, ikke definerende.

Legeforeningen mener som de regionale helseforetakene at den realistiske veien videre for Norge må gå gjennom en forsert utvikling med utgangspunkt i dagens plattformer. De kommunale pleie- og omsorgstjenestenes utfordringer vil kreve særskilt oppmerksomhet. Legeforeningen beklager for så vidt at vi ikke kan ta ett stort og djervt skritt over i en helt ny digital helseplattform for hele Norge, noe det dessverre ikke på noen måte ligger til rette for. Vi foreslår derfor å nå mest mulig av vår felles visjon raskest mulig gjennom et sett av virkemidler som ligger innenfor en kombinasjon av ulike konseptvalg:

- Støtte kommunene i arbeid med å lage kundefelleskap for interkommunalt samarbeid om anskaffelser, utvikling og forvaltning av journalsystemer i sykehjem, helsestasjoner og pleie.
- Be Stortinget om et endret regelverk som legger til rette for en moderne og enhetlig løsning fra forskrivning til bruk av legemidler, herunder etablering av "Pasientens Legemiddelliste".
- Sørge for gjennomgående digital legemiddelhåndtering i og på tvers av tjenestene.
- Modernisere meldingsstandarder.
- Etablere en nasjonal løsning for deling av henvisninger, epikriser, laboratorie- og billedsvar, og nivå- og virksomhetsovergrepene behandlingsplaner for behandling i pleie- og omsorgstjenesten, basert på kjernejournal eller tilsvarende teknologi, integrert mot EPJ.
- Implementere elektronisk dialog mellom leger i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Understøtte teknisk og ressursmessig overgang fra små lokale intranett til webhosting/skyløsninger for alle små helsevirksomheter i kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Incentivere og ferdigstille digital pasientkommunikasjon og timebestilling via pasientportaler.

- Sørge for en finansiering som sikrer helhetlige løsninger i HelseNorge-portalen uavhengig av forvaltningsnivå. Slik det nå er, er det parten som finansierer som definerer behov. Fra pasientens ståsted er helsevesenet et hele - som omfatter både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

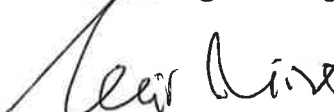
Legeforeningen vil arbeide for at en slik trinnvis utviklingsstrategi involverer klinisk personell og har tilstrekkelig tempo og kvalitet. Målet må være at:

- Alle aktørene får tilgang til mer effektive og sikre IKT-løsninger uten at noen skal frykte for, eller faktisk oppleve, svekket funksjonalitet i sin brukerflate.
- Nye verktøy må understøtte kliniske behov og forenkle klinikernes arbeid.
- Man treffer en riktig balanse mellom behovene knyttet til medisinsk behandling og undersøkelse, og samhandling.
- Systemutvikling så langt som mulig tilrettelegger for avansert klinisk beslutningsstøtte, kunstig intelligens og registeruttrekk
- For høye ambisjoner om avansert klinisk beslutningsstøtte, kunstig intelligens og registeruttrekk ikke blir et hinder i seg selv for å nå et mål om moderne, bedre integrerte journalløsninger som kan gi sikrere og mer effektiv pasientbehandling.
- Vi får mer felles driftsløsninger og innebygget informasjonssikkerhet i dagens EPJ-løsninger, som ivaretar både små og store virksomheters behov og forenkler drift av meldingsutveksling, versjonsoppdateringer, m.m.

Hvis man lykkes med en strategi som beskrevet over, vil mange av ambisjonene for én innbygger - én journal" være svart ut, med en pragmatisk vertikal integrasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Vi ser frem til et fortsatt godt samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse i arbeidet med å nå våre felles mål.

Med hilsen  
Den norske legeforening



Geir Riise  
Generalsekretær



Bjarne Riis Strøm  
Fagdirektør