



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité

Sendt kun pr. e-post

Deres ref.:

Vår ref: SAK2022001018

Dato: 14-03-2022

## **Legeforeningens innspill - høring om Riksrevisjonens undersøkelser av e-helsefeltet**

Legeforeningen takker for muligheten til å delta i Kontroll- og konstitusjonskomiteens høring 28. mars, foranlediget av Riksrevisjonens undersøkelser av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal, og anskaffelser av konsulenttjenester i Direktoratet for e-helse. Vi har funnet det riktig i tillegg å oversende en skriftlig redegjørelse.

Legeforeningen har gjennom en årrekke vært engasjert i utviklingen av elektroniske pasientjournaler og nasjonale felles komponenter for samhandling og legemiddelhåndtering. Vi har vært representert i nasjonalt e-helsestyre og i de fleste ulike råd og utvalg i den såkalte nasjonale styringsmodellen. Vi har fulgt de to konseptvalgutredningene på Én innbygger – én journal som ble levert i hhv. 2015 og 2018, og gitt innspill i den påfølgende utredningen av Akson forprosjekt.

### **Legeforeningen mener:**

- *Den nasjonale styringsmodellen for e-helse har i for liten grad bidratt til å utvikle pasientjournal- og samhandlingsløsninger.*
- *En nasjonal styringsmodell må ha søkelys på å etablere de nødvendige nasjonale standardene som muliggjør utvikling av løsninger i et konkurrerende marked. Dette vil bidra til at nødvendig innovasjon skjer der tjenestene leveres, mens nødvendige nasjonale felleskomponenter håndteres sentralt/nasjonalt.*
- *Derfor bør den nasjonale styringsmodellen omformes til en **nasjonal koordineringsmodell**, hvor pasientens og helsetjenestens behov kommer i førersetet.*
- *Ti år etter stortingsmelding 9 Én innbygger – én journal, vet vi mye om hva som har forsinket digitaliseringen av helsetjenesten. Vi har enda en gang lært at top-down styring i hovedsak*

hemmer digitaliseringen. For liten respekt for tjenestenes behov har vært en bremsekloss gjennom hele perioden.

- Allerede i 2015, da de regionale helseforetakene takket nei til å være med videre i et prosjekt med en felles journal som målbilde, burde Direktoratet for e-helse fått en stoppordre.
- Direktoratet fikk istedenfor anledning til å foreslå en felles nasjonal journal bare for kommunale helse- og omsorgsløsninger som veien videre, til tross for at man i utredningen hadde slått fast at et slikt konseptvalg ville " resultere i negativ netto nåverdi i alle grader av måloppnåelse".
- Direktoratet for e-helse har i en årrekke unnlatt å gjennomføre reelle offentlige høringsprosesser, selv ved sentrale og kostbare veivalg. Sektoren har derimot blitt involvert i ulike tid- og ressurskrevende "innspillrunder" med uklare mandat og mål for oppfølging. Dette har tappet sektoren for ressurser og fokus, og sammen med styringsmodellen bidratt til å undergrave aktørenes tillit på området.
- Legeforeningen er tilfreds med at Riksrevisjonen har gått grundig inn i de anskaffelser av konsulent-tjenester som ble gjort i forbindelse med konseptvalgutredningene og Akson forprosjekt. Riksrevisjonens funn bekrefter våre bekymringer knyttet til konsulentbruk.
- Legeforeningen vil understreke at Direktoratet under ny ledelse har tatt tydelige grep for å korrigere kurs og dialog.

## Forsøk på nasjonal styring av e-helseområdet har en lang historie

Med utgangspunkt i Meld. St. nr. 35 (1978-79) ble «Overordnet Styringsgruppe for EDB i helsevesenet» opprettet i 1981. Formålet var at «den framtidige systemutvikling legges til en felles, overordnet styringsgruppe for alle utviklingsprosjektene».

Denne nasjonale styringsmodellen ble evaluert etter åtte år. Konklusjonen var at det sektoren trengte, ikke var mer overordnet styring, men tettere samarbeid mellom de som hadde behovene og de som hadde kompetanse til å utvikle løsningene. For å sette sektoren bedre i stand til å være en aktiv og konstruktiv samarbeidspartner, etablerte man et Kompetansesenter for IT i Helsesektoren (KITH). KITH ble senere avviklet og fagfolkene innlemmet i Helsedirektoratets divisjon for e-helse, som så ble skilt ut som et eget Direktorat for e-helse.

Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* varslet nye og omfattende styringsgrep. Resultatet av dette er dessverre tydelig ti år etter stortingsmeldingen og åtte år etter etablering av ny nasjonal styringsmodell i 2014; de høye ambisjonene om ett stort, statlig styrt pasientjournalssystem har ikke latt seg realisere. Fire år etter at Direktoratet for e-helse i juli 2018 overleverte sin andre Konseptvalgutredning på e-helseområdet - [Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste](#) – er det såkalte Akson-prosjektet som dette ledet til, skrinlagt. Isteden arbeider nå KS og kommunene med et nytt forsøk på et stort nasjonalt prosjekt, "[Felles Kommunal Journal](#)" (FKJ).

Det er for tidlig å si om FKJ-prosjektet vil klare å levere meningsfylt funksjonalitet innenfor et politisk og pragmatisk mulighetsrom. Legeforeningen bidrar aktivt i prosjektet, hvor vi registrerer at man

fortsatt er i en tidlig konseptavklaringsfase. Det viktigste for FKJ-prosjektet nå er at statlige midler til utvikling bevilget over statsbudsjettet, ikke bindes opp til forpliktelser til anskaffelse fra et stort antall kommuner samtidig (kommuner svarende til 55% av landets befolkning utenfor Midt-Norge). Et slikt vilkår vil styre FKJ bort fra en ekte stegvis tilnærming og i retning av et nytt Akson-lignende nasjonalt e-helseprosjekt, med stor risiko for å mislykkes.

Forsøk på sterk statlig styring gjennom mer enn 30 år, har vist svært lav evne til å levere forbedrede IKT-løsninger for pasientene og helse- og omsorgstjenestene. Norge er ikke alene om dette, for eks. opplevde Storbritannia en lignende kollaps av sitt store nasjonale e-helseprosjekt<sup>1</sup> (National Program for IT – «NP-FIT») allerede i 2011. Slike erfaringer syntes imidlertid ikke å påvirke ambisjoner og løsningsforslag i Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* da den ble publisert ett år etter, 30. november 2012.

Legeforeningen er derfor glad for at en samlet opposisjon i 2020 sørget for at forslaget til ny e-hesellov ble trukket tilbake av den daværende regjering. En lovfesting av en dysfunksjonell og ineffektiv nasjonal styringsmodell ville ha vært et alvorlig feilgrep.

Ti år etter stortingsmelding 9 *Én innbygger – én journal* vet vi mye om hva som har forsinket digitaliseringen av helsetjenesten. Vi har enda en gang lært at top-down styring i hovedsak hemmer digitaliseringen. For liten respekt for at det må tas utgangspunkt i tjenestenes behov, har vært en bremsekloss gjennom hele perioden.

Derneft har Direktoratet for e-helse under sin tidligere leder ofte fremstilt den desentrale organiseringen av våre helse- og omsorgstjenester som et problem, og ikke som et premiss. Det har bidratt til at to påfølgende konseptvalgutredninger av nasjonale pasientjournalløsninger falt utenfor det pragmatiske og politiske mulighetsrom som kreves i *Statens prosjektmodell*<sup>2</sup>. Allerede i 2015, da de regionale helseforetakene takket nei til å være med på en prosjekt med en felles journal som målbidde, burde Direktoratet for e-helse fått en stoppordre. Direktoratet fikk istedenfor anledning til å foreslå en felles nasjonal journal bare for kommunale helse- og omsorgsløsninger som veien videre, til tross for at man i utredningen allerede hadde slått fast at et slikt konseptvalg ville "*resultere i negativ netto nåverdi i alle grader av måloppnåelse*"<sup>3</sup>.

Legeforeningen har også registrert at Direktoratet for e-helse, under sin tidligere leder, over tid omtalte norske e-hesleleverandører på måter som må ha gitt dem et inntrykk av at det ikke ville være behov for dem i en nokså nær fremtid. Det er ikke vanskelig å forstå hva dette må ha betydd for investerings- og utviklingsvilje hos leverandørene.

---

<sup>1</sup> Making IT Work: Harnessing the Power of Health Information Technology to Improve Care in England Report of the National Advisory Group on Health Information Technology in England. The National Health Service 2016.

<sup>2</sup> Rundskriv R-108/19; Statens prosjektmodell - Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten. Mars 2019.

<sup>3</sup> Konseptvalgutredning én innbygger -én journal versjon 0.99, Direktoratet for e-helse 2015)

## Hva gikk galt i Akson forprosjektet?

Legeforeningen opplevde tidlig i utredningen av Akson at de vanskelige spørsmålene ikke ble besvart, men ble forsøkt parkert som "innspill man vil ta stilling til". Tydelig kritikk mot utredningen fra sektoren ble avvist som ikke relevante, og ble parkert som "dette er ikke endelig, vi har ikke konkludert". Dette fraværet av nødvendig debatt og faglig argumentasjon gjorde, etter Legeforeningens syn, at Akson forprosjektet hele tiden beveget seg utenfor det politiske og pragmatiske handlingsrom.

Diskusjonen i Akson-utredningen var alt for lenge på målbildenivå, mens den konkrete anskaffelsesstrategien og IT-arkitekturen som Direktoratet for e-helse styrte mot først ble synlig for alle det siste året (2019). Da krasjet også prosjektet ganske raskt. Man tapte derved mange år ved å unnlate å diskutere helt sentrale veivalg i et tidlig nok stadium. Når ekstern kvalitetssikrer i sin [EKS2 rapport av Akson forprosjekt åpenbart](#) la til grunn at amerikanske EPIC® ville bli valgt som nasjonal leverandør av én totalløsning<sup>4</sup>, er det en sterk indikasjon på at Direktoratet hadde tatt en beslutning som man ikke ønsket at skulle utfordres av helse- og omsorgstjenesten.

Ekstern kvalitetssikrer drøftet ikke innretningen i en finansieringsmodell, men la til grunn at oppslutning fra kommunene om løsningen måtte være nær 100%, mens anskaffelse, utvikling og drift i hovedsak skulle skje innenfor virksomhetenes egne rammer, uten pukkelfinansiering for å håndtere tap av produktivitet/effektivitet i innføringsfasen. Utredningen hadde beregninger som fremskrev 12% produktivitetstap i to år på tvers av alle årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i forbindelse med innføringen av Akson-løsningen, tilsvarende et tap av 34.000 årsverk, og manglende fastlegetilbud svarende til 1,3 millioner innbyggere i ett år.

Legeforeningen hadde lenge fremhevet at risiko ved prosjektet var altfor høy, og at man ikke kunne svare ut de tre viktigste spørsmålene for eiere av helsevirksomheter: *Når kommer løsningen, hva vil den koste, og hva vil den hjelpe oss med?*

Basert på ordinære prinsipper for forsvarlig faglig og økonomisk bedriftsledelse var det vanskelig å se hvorledes kommuner, fastleger og fysioterapeuter skulle kunne inngå bindende avtaler om å være med i anskaffelse, utvikling og forvaltning/drift av et produkt som hadde uavklart verdi, kostnad og så høy risiko. Ekstern kvalitetssikrer påpekte dette bl.a. slik: ***"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."*** (vår utheving)

---

<sup>4</sup> Ekstern kvalitetssikring av Akson forprosjekt: Helhetlig samhandling og felles kommunal journal utarbeidet for helse- og omsorgsdepartementet og finansdepartementet 26. juni 2020, side 59, 2. avsnitt.

Legeforeningen har hele tiden påpekt at Akson journal realiseres best ved at dagens EPJ-løsninger i kommunale helse- og omsorgstjenester skiftes ut eller videreutvikles basert på vurderinger av det enkelte systems helsefaglige og tekniske egnethet for å støtte helsepersonell bedre i utøvelsen av helsehjelp og etablere god samhandling i en økosystem-modell. Systemer bør utvikles eller skiftes ut tjenesteområde for tjenesteområde (som sykehjem, hjemmebaserte tjenester, skolehelsetjenester mm). Innfasing må gjøres basert på lokale prioriteringer og faglige behov, slik at gevinster raskt kan realiseres. Én anskaffelse av én felles journalløsning for alle de 15-18 ulike tjenesteområdene innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er et for stort enkeltsteg med altfor høy risiko og uavklart gevinstpotensial. Det må også antas at store deler av dagens norske leverandørmarked med dets innovasjonskraft ville forsvinne ved et slikt strategivalg.

En bred bekymring for Akson-forprosjektet blant profesjonsorganisasjonene førte i 2020 til en [felles henvendelse fra Fagforbundet, Tannlegeforeningen og Legeforeningen til Helse- og omsorgsdepartementet](#). I henvendelsen uttrykte vi vår felles bekymring for at Akson-prosjektet var i ferd med å havare på grunn av en serie av uheldige beslutninger i Direktoratet for e-helse. Det ble videre gjort rede for at disse uheldige beslutningene pekte i retning av en gammeldags stor-system tilnærming med høy risiko for kostnadsoverskridelser, lav kvalitet, for mye makt til monopolleverandører og for høye byttekostnader for å erstatte en dårlig løsning.

### Fra en nasjonal styringsmodell til en nasjonal koordineringsmodell

Legeforeningen mener at en nasjonal styringsmodell må ha søkelys på å etablere de nødvendige nasjonale standardene som muliggjør utvikling av løsninger i et konkurrerende marked<sup>5</sup>. Dette vil bidra til at nødvendig innovasjon skjer der tjenestene leveres, mens nødvendige nasjonale felleskomponenter håndteres sentralt/nasjonalt.

Derneft må behov, teknologi og finansiering spille sammen. Dette krever incentivordninger som kan være både av økonomisk karakter, bistand med kompetanse, tilpasning av lov- og regelverk for å understøtte en ønsket utvikling, osv.. Disse må muliggjøre at beslutningene om IKT-investeringer og bruk kan tas i linjeorganisasjonene.

IKT-baserte verktøy må vurderes etter prinsippene om «best practice» 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. Dette må skje ute i tjenesten og kan ikke løses i en forvaltningsstyrt "nasjonal styringsmodell".

### Konsulentbruk i Direktoratet for e-helse

Det var i Helsedirektoratets divisjon for e-helse ikke en kultur for at innleide konsulenter presenterte seg som innleid. E-postadressene og e-postsignaturene var helt like som for ansatte. Denne

---

<sup>5</sup> STYRINGS- OG FINANSIERINGSMODELLER FOR EFFEKTIV E-HELSEUTVIKLING I NORGE Legeforeningens innspill basert på internasjonale erfaringer. Den norske legeforening april 2019.

tradisjonen ble videreført da divisjon for e-helse ble skilt ut som et eget Direktorat for e-helse. Dette gjorde det vanskelig for både Legeforeningen og andre aktører å vite hvem som var innleid og ikke.

Både i bilaterale dialoger og i møter/samlinger erfarte Legeforeningen at personer som var ansatte eller partnere i konsulentselskaper ble oppfattet å tilhøre toppledergruppen i Direktoratet for e-helse. Store samlinger hvor representanter for helsesektoren skulle gi innspill, var ledet av konsulenter uten at dette ble kommunisert. Dette skapte også usikkerhet om strategiske beslutninger ble tatt av direktoratets ledergruppe, eller av innleide konsulenter.

Legeforeningen er tilfreds med at Riksrevisjonen har gått grundig inn i de anskaffelser av konsulent-tjenester som ble gjort i forbindelse med konseptvalgutredningene og Akson forprosjekt. Riksrevisjonens funn bekrefter våre bekymringer knyttet til konsulentbruk.

### Svikt i gjennomføring av høringsprosesser om viktige veivalg på e-helseområdet.

Gjennom begge konseptvalgutredningene og i Akson forprosjekt oppfattet Legeforeningen at Direktoratet for e-helse nesten systematisk unnlot å sende på ordinær høring vurderinger av viktige strategiske veivalg knyttet til behovsvurderinger, gevinstmuligheter, arkitektur og anskaffelsesstrategier. Det normale var at Direktoratet sendte ut uferdige dokumenter til såkalte "innspillsrunder", ofte med korte frister. De innspillene som sektoren gav ble ikke publisert av Direktoratet.

Legeforeningen observerte at en etter hvert samlet sektor var svært bekymret – og irritert – over manglende respekt for og bruk av høringsinstituttet samtidig som beslutninger i Direktoratet for e-helse ofte ble begrunnet med at "dette står en samlet sektor bak". Dette gjelder for eks. beslutninger med store konsekvenser for kostnader og virkninger, som Helseanalyseplattformen, Sentral Forskrivningsmodul for resepter og program kodeverk og teknologi, med innføring av kodeverket SNOMED CT. Dette er prosjekter som i sum har en samlet kostnadsramme på minst 1 milliard kroner.

Apotekforeningen, Fysioterapeutforbundet, Legeforeningen, Psykologforeningen og Tannlegeforeningen<sup>6</sup>, som til sammen representerer et meget høyt antall helsearbeidere som er avhengige av gode e-helseløsninger for å sikre trygg og effektiv helsehjelp til befolkningen, valgte derfor i juni 2019 å sende en felles henvendelse til Direktoratet for e-helse med en anmodning om forbedring av høringsprosesser.

Foreningene påpekte at det sjelden var reelle høringsrunder selv på sentrale veivalgdokumenter, og at alle deler av sektoren må ha tillit til at løsninger som velges, har vært gjennom tilstrekkelig brede

---

<sup>6</sup> Brev til Direktoratet for e-helse juni 2019: Ønske om forbedring av høringsprosesser.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/8d2d614fb544485fbf7ccf91359d6678/fellesbrev-til-direktoratet-for-e-helse.pdf>

prosesser før vedtak fattes. For de fleste aktørene krever innspill og hørings svar også politiske prosesser i egne styrende organer, hvilket i seg selv alltid vil kreve tid, men bidrar til både kvalitet og forankring. Foreningene anførte derfor at Direktoratet for e-helse i størst mulig grad måtte ta i bruk det ordinære høringsinstituttet med de frister som gjelder for hørings saker fra statsforvaltningen. Videre ble det påpekt at når man ikke benyttet høringsinstituttet var det av stor viktighet at innspill i det minste ble publisert på direktorats hjemmesider. Videre ble det påpekt at mange utviklingsområder på feltet skjer i lange tidshorisonter, hvor for snau tid til høringer kan redusere heller enn øke det faktiske tempoet i arbeidet.

Legeforeningen vil understreke at under ny ledelse har Direktoratet korrigert sine involveringsprosesser og etablert et godt samarbeidsklima hvor det er bedre rom for riktige veivalg.

Med vennlig hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien  
Generalsekretær

Kari-Jussie Lønning  
Medisinsk fagdirektør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)