

Felles kommunal journal interim AS

## **Bilag 2.4: Alternative journalstrategier - muligheter og utfordringer**

# **Styringsdokument**

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

## **Bakgrunn**

Dette notatet er en overordnet gjennomgang og vurdering av muligheter og utfordringer ved ulike løsningskonsepter, herunder null-alternativet (fortsette som i dag), handlingsrommet knyttet til Helseplattformen/Epic, bruk av suiteløsninger generelt, samt et plattformbasert økosystem for informasjonsdeling, jfr. plan for Felles kommunal journal.

## **Overordnet vurdering av Null-alternativet**

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1) forutsetter at kommunene sørger for at alle personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I tillegg har kommunen et ansvar for å sikre at innbyggernes behov for tjenester ivaretas på et helhetlig vis på tvers av fagsektorer, der ikke minst barnehage, skole og barnevern er eksempler på store tjenesteområder hvor kommunen skal bidra til et helhetlig og koordinert tilbud til innbyggerne.

Dette innebærer at det internt i kommunen er et betydelig informasjons-, kommunikasjons- og samhandlingsbehov i forbindelse med kartlegging, saksbehandling, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon.

Kommunale tjenesteområder er gjennomregulert. For å løse oppgavene har de fleste kommuner flere ulike journalløsninger som dekker de ulike tjenesteområdene og pasientgruppene for å ivareta kravene stilt i lov og forskrift. Problemet er at det i regelen er liten eller ingen samhandling mellom disse løsningene. Samhandlingen skjer fortsatt muntlig, per telefon, i møter, via e-meldinger eller på papir, og bare via journalsystemene hvis tjenestene som samhandler har samme løsning.

Dermed har for eksempel den kommunale legevakten ikke oversikt over hvilke andre kommunale tjenester en gitt pasient mottar. Det innebærer at de oftest har et mangelfullt grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp, hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak.

Mangel på informasjon utfordrer kontinuitet, trygghet for tilstrekkelig innsikt i pasientens situasjon og dermed også riktig nivå på helsehjelp. Det kan forringe et allerede planlagt forløp, og det kan i verste fall sykeliggjøre eller bidra til feilbehandling av pasienten.

Mellom 30 og 50 % av kommunens ressursinnsats til helse- og omsorgstjenester er knyttet til ressurskrevende brukere. Disse mottar flere tjenester og har flere parallelle utfordringer, noe som gjør at intern samhandling og tilgang til relevant og oppdatert informasjon er svært viktig for å ivareta et helhetlig perspektiv og tilnærming. Alt i alt utfordrer dette pasientsikkerheten, men også kvaliteten og effektiviteten i tjenestetilbudet der vesentlig tid går tapt i jakt på informasjon. Ikke minst oppleves det svært utfordrende sett fra innbyggernes perspektiv.

Det er godt dokumentert at behovet for helse- og velferdstjenester allerede i løpet av kort tid vil føre til bemanningskrav som ikke kan dekkes. Derfor er det helt nødvendig å innføre løsninger som bidrar til bedre og mer effektive arbeidsmåter, slik at nivået på tjenester og pasientsikkerhet kan ivaretas innenfor rammen av tilgjengelige ressurser.

Selv om nullalternativet i og for seg representerer kjente og velprøvde løsninger så er det løsninger som ikke på noen måte alene løser dagens eller fremtidens utfordringer. I tillegg vil selv nullalternativet innebære behov for betydelige investeringer for den enkelte kommune, men uten at det gir noen samordnende effekt.

Det er følgelig et *avgrenset mulighetsrom* basert på dagens løsninger.

Utfordringene med dagens situasjon er kort oppsummert:

- **Dårlige løsninger for helsepersonell**  
Sluttbrukerløsningene er oftest gammeldagse, er i stor grad knyttet til dokumentasjon av vedtak mer enn å gi prosess-støtte - og reflekterer i beste fall hvordan man tidligere har jobbet og åpner i liten grad for prosessforbedringer.
- **Begrenset digital tilgang på informasjon mellom tjenestene**  
Dagens løsninger er stort sett avkoblet og samhandling skjer først og fremst via elektroniske meldinger. Det fordres ofte dobbeltarbeid for å få samme informasjon inn i to ulike løsninger.
- **Utvikling er svært krevende og skjer som regel på leverandørs premisser**  
Det har vært lite samordning på kundesiden og mange løsninger er derfor tilpasset den enkelte kunden. Videre utvikling er dermed ofte lokal, og leverandørens kapasitet er lav. Tilgang til utviklingsressurser er vanskelig tilgjengelig og må som regel passes inn i forhold til leverandørens mulighet, heller enn kundens behov.
- **Informasjonen forblir innelåst hos leverandør og brukes på leverandørs premisser**  
Pasientinformasjonen lagres i løsningene og tilgjengeligheten styres via brukergrensesnittet. Det innebærer at det for alle praktiske formål er leverandøren som kontrollerer informasjonen og tilgangen til den. Det gjør at informasjonen oftest ikke er tilgjengelig for andre formål eller for deling mellom ulike applikasjoner, noe som vanskeliggjør bruk og samhandling.
- **Bidrar ikke til utvikling av marked og nye løsninger**  
Fordi informasjonen er låst inn i de ulike løsningene opplever kunden ofte et avhengighetsforhold til gjeldende leverandør (leverandør lock-in). Det skyldes at bytte av leverandør er svært krevende og kostbart, noe som svekker markedet og dets evne og mulighet til innovasjon og endring. I tillegg innebærer det at nye leverandører i liten grad kan benytte eksisterende informasjon til egne løsninger, noe som krever at alle må utvikle egne «suiter», som igjen gjør at utvikling av selv enkel funksjonalitet er svært krevende og kostbart.
- **Legger ikke til rette for endring av arbeidsprosesser, understøtter ikke kommunenes behov**  
Dagens løsninger er basert på tilgjengeliggjøring av egen informasjon og er derfor lite tilrettelagt for pasientforløp på tvers av tjenester. Lav utviklingstakt og eldre teknologi utfordrer evnen til å legge til rette for nye arbeidsmåter basert på samhandling i og mellom ulike yrkesgrupper, tjeneste- og forvaltningsnivå.
- **Svært varierende kompetanse i ulike kommuner**  
Den digitale kompetansen er i beste fall varierende i norske kommuner. Der de største kommunene har miljø med kompetanse og bredde innen de fleste områder er dette i mindre eller liten grad tilfelle etter hvert som størrelsen på kommunene synker. En del kommuner inngår i ulike former for samarbeid som bidrar til en bedret situasjon, men utfordringen er ofte at fokus først og fremst er rettet mot drift og forvaltning av eksisterende løsninger. Digital transformasjon og IT som verktøy for omstilling, effektivisering og kvalitetsheving er mindre framtrepende.

### *Oppsummering*

I dette bildet anses nullalternativet *ikke* som et reelt alternativ.

## **Handlingsrommet basert på Helseplattformen sin kontrakt med Epic®**

Helseplattformen gikk i produksjon i Trondheim kommune 07.05.2022. Dette er oppstarten av et journalsystem som binder kommunen sammen med tanke på journalverktøy og informasjonsdeling, til beste for innbyggere, pasient og helsepersonell. I tillegg vil det – etter hvert som de ulike sykehusene i helseregion Midt-Norge kobles på, også koble kommunen sammen med spesialisthelsetjenesten. Men det markerte samtidig begynnelsen på slutten av en anskaffelsesprosess som startet i november 2016, med at man åpnet for at leverandører kunne prekvalifisere seg. Det forventes at prosjektet skal jobbe med utbredelse i regionen fram til 2027. Etter hvert som systemet oppnår moment i utbredelse i Midt-Norge – både i spesialist- og kommunehelsetjenesten - blir nytteverdien med felles prosesser og datadeling tilsvarende tydelig. Selve prosessen med å skaffe et nytt journalsystem går tilbake til 2012, og vil dermed ha tatt rundt 15 år fra starten til siste kommune er i gang med løsningen. Kontraktperioden er 20 år.

I det følgende gis en kortfattet beskrivelse av bakgrunn for prosjektet;

- Rundt årtusenskiftet ble journalsystemet DocuLive fra Siemens (senere Cerner) innført på de fem universitetssykehusene (Ullevål, Rikshospitalet, Haukeland og regionsykehusene i hhv Trondheim og Tromsø) samt noen sentralsykehus og mindre enheter.
- I 2012 var det kun Helse Midt-Norge som fortsatt hadde DocuLive som valgt løsning, mens de tre øvrige regionene hadde valgt å gå over til DIPS Classic.
- Cerner®, som hadde kjøpt DocuLive, men som hadde et eget system de ønsket å promotere ga beskjed om EndOfLife dato for løsningen.
- I 2013 ble dermed behovet for nye systemer opplevd som akutt i Helse Midt. Med utgangspunkt i en målsetting om en samhandling basert på tilgang til samme infomasjonskilder ble anskaffelse for hele sektoren i Midt-Norge igangsatt.
- Ingen norske leverandører klarte å kvalifisere seg i den internasjonale anbudsprosessen
- Ved inngangen til 2019 var det to kandidater igjen, hhv Cerner og Epic. Da St. Olavs hospital valgte Epic sin laboratorieløsning i et eget anbud våren 2019, valgte Cerner å trekke seg fra den videre prosessen.
- Epic signerte etter direkte forhandlinger en avtale med kontraktsverdi på 1,2 mrd kroner med Helseplattformen i mars 2019.
- Nedslagsfeltet for løsningen er kommuner (herunder fastleger) og helseforetak i Trøndelag og Møre og Romsdal samt Bindal kommune i Nordland fylke og i dag også Os i Østerdalen (Innlandet fylke).
- Anskaffelsen ble utformet slik at det kun er disse tjenestestedene som kan ta løsningen i bruk. Skal nedslagsfeltet utvides til andre kommuner må anskaffelsen gjennomføres på nytt. Det medfører en mulighet for at andre leverandører enn EPIC vinner, noe som i tilfelle vil forhindre gjenbruk av Helseplattformens løsning.
- Data fra alle tjenestesteder som tar i bruk løsningen konverteres og migreres inn i EPIC
- Helseplattformen AS eies av Helse Midt-Norge og deltagende kommuner. Det står for utrulling, drift og forvaltning av løsningen
- Helseplattformen er gitt status som en utprøvsarena for «Én innbygger – én journal» og det er gjort betydelig innsats på en del områder som koding og tilpasning til nasjonale løsninger.

I forbindelse med den videre innføringen av Helseplattformen som en felles løsning på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge vil det, med rimelig grad av sannsynlighet, komme spørsmål om ikke EPIC også kan innføres for de kommunale helse- og omsorgstjenestene i resten av Norge.

Dette handlingsrommet er avgrenset av flere, primært anskaffelsesrettslige forhold, men også det finansielle grunnlaget for en slik utvikling.

*Ad. anskaffelsesrettslige forhold vedr. utvidelse av kontrakten med EPIC*

I konkurransebeskrivelsen for Helseplattformen er det geografiske nedslagsfeltet tydelig avgrenset og det er slik sett ikke mulig å tiltre kontrakten for kommuner utenfor Midt-Norge. Det forutsetter i tilfelle en ny konkurranse hvor det geografiske området utvides slik at alle norske kommuner omfattes. Det vil i tilfelle være en ny og åpen konkurranse, med mulighet for at andre leverandører vinner. Erfaringene i de nordiske landene tilsier at ved den etterfølgende konkurranse tildeles kontrakten til en annen suiteleverandør eller en nasjonal leverandør(er). Årsaken til dette har dels vært erfaringene fra foregående implementeringsprosjekt og/eller at øvrige tilbydere har forbedret sine tilbud for å unngå en svekket konkurransesituasjon i markedet.

*Ad. finansielt grunnlag for tilsvarende tilnærming som Helseplattformen*

Finansielt har Helse Midt-Norge dekket programkostnadene og i tillegg er framtidige driftskostnader fordelt 70/30 mellom hhv regionene og kommunene. Bakgrunnen for denne delingen har vært en erkjennelse av at regionene uansett måtte innføre nytt system og at kostnadsnivået uansett ville ligget på et slikt nivå. Dette har selvsagt representert en stor fordel for kommunene, men prisen for kommunene som er basert per innbygger per år er like fullt estimert til ca 385,- NOK. Kapasitets- og kompetansemessig har også helseregionen bidratt med det meste som ikke er rettet spesifikt mot kommunale tjenester.

Den fordelene dette har representert for de midt-norske kommunene er det ikke realistisk å hente ut på samme vis i de øvrige regionene. Årsaken til det er at disse tre helseregionene har egne strategiske langtidspå program for utvikling av journalløsning basert først og fremst på dagens modell med bruk av DIPS. Alternativt ville regionene måtte avslutte sine pågående program, noe som ville medføre tapsavsetninger i milliardklassen i forhold til tidligere investeringer, noe som sannsynligvis er helt uaktuelt i dagens situasjon. Det innebærer at tre sentrale styrker ved Helseplattformen (sett fra en kommunal synsvinkel) ikke vil være realistiske utenfor Midt-Norge. Det gjelder:

1. Tilgang til regionenes kapasitet og kompetanse. De tre øvrige helseregionene har egne program og det vil ikke være mulig å trekke på deres kompetanse i noen tilsvarende grad som Helseplattformen. Det innebærer at kommunesektoren i en helt annen grad må sikre nødvendig kapasitet og kompetanse på egen hånd. Det vil være krevende ettersom kommune-Norge ikke er organisert på en måte som gjør at dette er kapabiliteter som er lett tilgjengelig. Det ser vi eksempelvis i arbeidet med FKJ allerede. Det betyr også en større økonomisk belastning ettersom man vil være tvunget til å benytte eksterne tjenester i en langt større grad enn Helseplattformen, tjenester som er langt dyrere enn om man benytter egne ansatte.
2. Programkostnadene vil falle på kommunene selv ettersom helseregionene har egne program som det er investert betydelige midler i og som det fortsatt er betydelige investeringsplaner i forhold til.
3. Framtidig drift og forvaltning av løsningen vil være kommunenes eget ansvar og der man i Helseplattformen må svare for 30% av kostnadene vil kommunene utenfor Helse-Midt måtte dekke 100%.
4. Samhandling med regionene vil ikke være sømløs som i Helse-Midt, men forutsetter integrasjon, enten direkte eller via nasjonale løsninger. Det vil også forvanske en slik løsning og bidra til ytterligere kostnadsvekst.

I nedslagsfeltet til Helseplattformen (Møre og Romsdal og Trøndelag, samt Bindal i Nordland og Os i Innlandet) bor det ca 750.000 mennesker. En pris på 385,- per innbygger gir en samlet kostnad på knappe 390 MNOK. Det er vanskelig å si hva tilsvarende pris ville blitt per innbygger i resterende del av landet, men tatt i betraktning at all finansiell støtte fra de regionale helseforetakene er borte er det grunn til å frykte at prisen minst nærmer seg det dobbelte, dvs. ca. 750,- per innbygger per år. I Norge bor det ca 5,5 millioner innbyggere, og det betyr at det utenfor Midt-Norge dreier seg om ca. 4.750.000. Hvis vi gjør et konservativt anslag på 500,- per innbygger per år vil det samlet gi en utgift på ca. 2,4 milliarder per år. Det er neppe et kostnadsnivå som er bærekraftig.

### *Oppsummering*

Det er *ikke mulig* å utvide dagens kontrakt med EPIC om Helseplattformen til andre deler av den norske helse- og omsorgstjenesten. I lys av at spesialisthelsetjenesten i øvrige deler av landet *ikke vurderer* overgang til EPIC eller en annen suiteløsning, kan det reises betydelig tvil om det er finansielt grunnlag for en anskaffelse tilsvarende Helseplattformen for kommunale helse- og omsorgstjenester.

### **Muligheter og utfordringer generelt ved en suiteløsning**

En suiteløsning (ofte programvarepakke eller applikasjonspakke) er en samling av dataprogrammer (applikasjonsprogramvare eller programmeringsprogramvare) med relatert funksjonalitet, som deler et lignende brukergrensesnitt og muligheten til enkelt å utveksle data med hverandre. Løsningen er oftest basert på tilgang til den samme datakilden (databasen), men tilgangen er som regel proprietær (ikke åpen eller basert på internasjonale standarder) og lite eller u-tilgjengelig for andre løsninger enn de som inngår i selve suiten.

De fleste av dagens journalsystem er typiske suiteløsninger selv om det går en liten bevegelse i retning av å kunne tilgjengeliggjøre informasjon for tredjepart (andre leverandører av løsninger) via grensesnitt som eksempelvis HL7-FHIR. Eksempler på suiteløsninger er store internasjonale aktører som Epic og Cerner, og i varierende grad, nasjonale aktører som DIPS/Aidn, Visma Profil og Geric fra Tieto/Evry.

Helseområdet er ulikt i alle land både knyttet til finansiering, organisering, juridiske bestemmelser og kultur. Derfor er det en fordel at suiteløsningene i utgangspunktet er generiske utviklingsverktøy som kan tilpasses den enkelte brukerorganisasjon. Det innebærer at innføring av systemene ofte krever betydelig tilpasninger, både av systemet og av den mottagende organisasjonen. Dette er krevende og kostbart, og vil ofte kreve at helsepersonellet organiserer og tilpasser arbeidsprosesser i retning av løsningens oppsett fordi alternativet er dyrt og arbeidskrevende.

De internasjonale suiteløsningene (spesielt Epic og Cerner) representerer i dagens marked det fremste av kliniske arbeidsflater og dokumentasjonssystem. De to systemene har p.t. en kundeliste som inkluderer de aller fleste store og prestisjetunge sykehus og universitet, spesielt i USA, men også internasjonalt. Samtidig er det viktig å minne om at dette er løsninger som er utviklet primært for spesialisthelsetjenesten og som – før Apotti i Finland og Helseplattformen i Midt-Norge – hadde liten konkret erfaring med løsninger innen primærhelsetjenesten.

## Muligheter med suiteløsninger

Målt i forhold til dagens situasjon er det spesielt tre åpenbare *fordeler* med å innføre en suiteløsning på tvers av en eller flere/alle kommuner.

- For det første medfører det at alle i samme løsning vil jobbe med og ha tilgang til den samme informasjonsmengden. Det betyr at dagens situasjon med mangelfull eller fraværende informasjonsdeling vil bli løst mellom de aktørene som deler løsning. For kommunikasjon med andre aktører vil utfordringen forbli de samme.
- Sist, men ikke minst er utviklingspotensialet mye større fordi dette er leverandører som opererer i store internasjonale markeder og hvor fokus på forskning og utvikling er enormt. I 2019 hadde Epic en omsetning på mer enn 3 milliarder dollar og de oppgir at 40% gikk til forskning og utvikling. Det er klart at det gir resultat.

## Utfordringer med suiteløsninger

Målt i forhold til de behovene vi ser i framtiden og hvor vi befinner oss i dag ser vi også en rekke *utfordringer* med å velge en suiteleverandør i tradisjonell forstand.

- Informasjonen er fortsatt i varierende grad innelåst hos leverandør og bruk vil dermed fortsatt skje helt eller delvis på leverandørs premisser. Suiteleverandørene leverer informasjonsplattform som en del av en helhetlig løsning der tilgang til informasjon og videre utvikling av plattformen skjer på leverandørens premisser. Kundene har selvsagt mulighet til å komme med forslag og innspill til forbedring, men i et bredt marked med mange ulike kunder med tilhørende ulike interesser er det utfordrende å bli hørt. I en plattformtankegang gis mulighet til å bytte ut leverandører når bedre alternativer tilbys. Dette i kontrast til suiteløsninger som typisk gir brukeren anledning til å *skru på/tilpasse* løsningen mot en kostnad. Anledning til å bytte ut er konkurransedrivende og støtter innovasjon og pluralitet i leverandørmarkedet.
- Utviklingsbehov havner i en internasjonal kø  
Jfr. foregående punkt vil norske kommuner raskt kunne bli en marginal gruppe i en kø med veldig mange store<sup>1</sup> og – økonomisk og merittmessig – tunge aktører. Risikoen for å bli en salderingspost i utviklingsperspektivet er betydelig. Dette styrkes av det faktum at de største aktørene også kommer fra markeder som er veldig mye større enn det norske og hvor muligheten for å omsette en tilpasning er mange ganger større.
- Anskaffelse av en suiteløsning forutsetter en prosess (selve anskaffelsen) som kan ta opp mot 3-4 år.  
Det å beskrive behov, gjennomføre en internasjonal kvalifisering og deretter konkurranse, for endelig å ferdigstille en kontrakt med valgt leverandør er en omfattende, kompleks og tids- og ressurskrevende operasjon. Selv om vi på en del områder ville kunne gjenbruke erfaring og underlag fra Helseplattformen vil også mye måtte tilpasses våre behov og dagens situasjon.

---

<sup>1</sup> Norges befolkning representerer eksempelvis mindre enn 50% av populasjonen (kundene) til det amerikanske selskapet Kaiser Permanente

- Fordrer en innføringsperiode som tar minst 3-5 år.  
Erfaringen fra Helseplattformen og Apotti viser at tilpasning av suiteløsninger er komplekst og krever både betydelig kompetanse og kapasitet samtidig som det tar betydelig med tid.  
Alt i alt er det grunn til å anta at tidsperioden fra man starter en anbudsprosess til første go-live er minimum 5 – 9 år, avhengig av hvilken organisasjon man har tilgang til og i hvilken grad man kan gjenbruke tidligere underlag.
- Binder kommunene til en leverandør og en løsning i minst 20 år.  
Investeringskostnad, innføringskostnad og kostnader/omkostninger ved å bytte system er så betydelig at en avskrivning på mindre enn 20 år er lite realistisk. I sum betyr dette at man – fra man innleder anskaffelse og til man kan vurdere et nytt system må påregne minst 25 år. I dagens verden, med den utviklingstakten vi ser, er dette en svært lang periode. Det tilsvarer at vi skulle startet en anskaffelse i 1997 som så var på kanten av sluttperioden i dag.
- Er basert på «big bang» innføring, ikke stegvis og ikke gradvis  
Det er satt som forutsetning fra Stortinget og fra vår eier at vi skal ha en smidig tilnærming basert på stegvis utvikling og gradvis innføring. Suteløsninger er i sitt vesen ikke mulig å innføre på den måten. Selv om man i Midt-Norge har en innføringsperiode over tid så er hver enkelt innføring et «Big Bang» for gjeldende organisasjon. Når det nye systemet innføres, skjer det på et gitt klokkeslett. Det representerer en betydelig risiko, samtidig som det altså bryter med grunnleggende forutsetninger for vårt prosjekt.
- Redusert handlingsrom for knoppskyting og innovasjon gjennom tilkoblede løsninger  
Det skal sies at både Apotti og Helseplattformen ønsker å legge til rette for at andre aktører kan levere tjenester og løsninger inn mot Epic kjernen. Samtidig er realiteten at det er vanskelig, dels fordi Epic er en suite som allerede har tatt hånd om det aller meste. Helseplattformen har eksempelvis kjøpt alle moduler med unntak av to som St. Olavs hospital og helseregionene ikke leverer som klinisk tjeneste. Da er det lite rom for andre aktører å komme inn. I tillegg vil tredjepartsleverandører være avhengighet av Epic ettersom de sitter på relevant pasientinformasjon for nye løsninger, og fritt kan endre eller tilpasse iht. egne behov.
- Vil fjerne grunnlaget for andre journalleverandører i hele leveranseperioden  
I dag har vi tre journalleverandører inn i kommunemarkedet, hhv. DIPS/Aidn, Visma Profil og Geric. Det er ikke gitt at alle disse vil overleve i et nytt og mer dynamisk marked, men muligheten er der, gitt at de tilpasser seg en felles plattform. Gitt at kommunene utenfor Midt-Norge gikk til anskaffelse av en suiteløsning ville disse tre, eller i hvert fall to av dem, utraderes for godt ettersom markedet da er basert på en monopol-aktør. Dette er også i strid med de helt grunnleggende forutsetningene om at fremtidens system skal baseres på et levende økosystem som understøtter utvikling av leverandørmarkedet nasjonalt og internasjonalt
- I en suiteløsning er man i sterk grad bundet til hvordan leverandøren har valgt å legge opp arbeidsprosessene, og pga. kontraktens lengde er dette en binding som fort varer i mer enn tjue år. En av de viktigste oppgavene til IT-løsninger er å være fleksible nok til at de legger til rette for nye måter å utføre og organisere oppgavene. Effektivisering og kvalitetsheving er nødvendige forutsetninger i møte med de demografiske utfordringene. Arbeidsprosessene må endres med tid avhengig av ytre

faktorer, samt at de er sterkt kulturavhengige. IT-løsningene må være fleksible for dette, og ikke låse arbeidsprosesser som ender med å være uhensiktsmessige på et senere tidspunkt.

### *Oppsummering*

Det er en rekke muligheter og utfordringer knyttet til en suiteløsning. Flere av utfordringene tilsier at dette *ikke fremstår som en et aktuelt alternativ* for Felles kommunal journal. Dette gjelder særlig den samlede *tidsrammen* for anskaffelse (3 – 5 år), innføring (3 – 5 år) og avskrivningstid (20 år, med sannsynlig lengre avtaleperiode før utskifting av løsning er aktuelt).

Innretningen for AKSON var i stort orientert mot en suiteløsning. Følgelig vil argumentene som ledet til at AKSON ble avsluttet fremdeles være gyldige.

### **Kort om et plattformbasert økosystem for informasjonsdeling**

Grunnlaget for et plattformbasert økosystem er «Tilgang til relevant helseinformasjon om innbygger». Det forutsetter at det finnes en løsning nasjonalt, regionalt eller internt i kommunen som sammenstiller og tilgjengeliggjør denne informasjonen for sluttbruker via den arbeidsflaten (eksempelvis journalsystem) de benytter, uavhengig av ulike kilder. Det er den løsningen vi kaller plattformen.

Plattformen skal sikre og sammenstille relevant informasjon om innbyggere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester fra ulike kilder. Det kan hentes lokalt i kommunen og via nasjonale samhandlingsløsninger. Plattformen sammenstiller og presenterer informasjonen samlet for helsepersonell i hht. de behov og rettigheter de har. Dermed kan de være sikre på at den informasjon de får om pasienter og brukere er oppdatert, helhetlig og korrekt, uavhengig av når og hvor behovet oppstår og av hvilken behandlergruppe de tilhører.

Plattformen vil også representere en viktig exit-mulighet fordi kommunene ikke lenger er avhengig av en gitt leverandør. Alle leverandører vil jo forholde seg til den samme plattformen og den samme informasjonsmodellen. Ikke minst vil plattformen også bidra til innovasjon- og næringsutvikling. Lavere grad av «innlåsing» vil i seg selv stimulere til konkurranse når byttekostnader minimeres. Samtidig vil det også gjøre det enklere for leverandører av helseteknologi å levere samme løsning til flere kommuner uten skreddersydde tilpasninger. Dermed vil skaleringseffekt øke.

Dette vil være en betydelig kvalitetsheving i tjenestene, men det vil også legge grunnen for helt nye måter å organisere og effektivisere tjenestene på, en utvikling som er helt nødvendig for å møte morgendagens utfordringer. Arbeidsprosessene må endres med tid avhengig av ytre faktorer, samt at de er sterkt kulturavhengige. IT-løsningene må være fleksible for dette, og ikke låse arbeidsprosesser som ender med å være uhensiktsmessige på et senere tidspunkt.

Når alle helse- og omsorgsarbeidere i en kommune har tilgang til den samme informasjonen vil innbyggerne også sikres innsyn i, tilgang til og kontroll med bruken av egen helseinformasjon. Tilsvarende vil en slik plattformløsning kunne sammenstille metadata for styring, forskning og utvikling.

### Hvorfor en kommunal løsning

De nasjonale samhandlingsløsningene, eksisterende og planlagte, har begrensede virkeområder og vil ikke dekke behovet for å sikre tilgang til relevant informasjon om

innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester - både brukere og pasienter - internt i en kommune. Det må sikres i en annen løsning, det vil si plattformen. Hadde vi hatt et nasjonalt helseregister, innbyggers helsejournal – et helsesektorens Folkeregister, ville situasjonen vært en helt annen.

Plattformen skal gjenbruke all informasjon som kan hentes fra de nasjonale samhandlingsløsningene. Plattformen er både et lager for de «kommunale» delene av informasjonen og en «orkestrator» (dvs en løsning som setter sammen informasjonselement fra ulike kilder til en for brukeren samlet helhet).

Kommunene har i tillegg plikt om oppbevaring av helseopplysninger i minst 10 år, mens de nasjonale samhandlingsløsningene oftest har konsesjon til kortere perioder lagringstid. Plattformen skal dermed sikre informasjon både i rom og i tid.

Samspillet journalløsninger (sluttbrukerløsninger og arbeidsflater) vs. plattform  
Journalløsningene er arbeidsflaten for brukerne også i fremtiden.

Plattformen er et underliggende system som man benytter indirekte via den eller de brukersystem (journalløsninger) man benytter. Den daglige brukeren skal ikke forholde seg til plattformen, kun til egen arbeidsflate.

Dette innebærer at eksisterende journalløsninger kan fortsette å benyttes i en overgangsperiode tilpasset leverandør og bruker. Det gir journalleverandørene tid og mulighet til å tilpasse løsningene, og det gir brukerne mulighet til en gradvis tilpasning og utvikling av ny funksjonalitet, basert på behov og muligheter.

Samtidig kan nye journalløsninger kobles på plattformen og samspile med øvrige tilpassede journalløsninger i kommunen. Eksisterende og nye løsninger kan virke side om side innenfor rammen av de krav til informasjonsutveksling som stilles av plattformen.

Plattformen forutsettes skybasert hvilket betyr at det ikke er relevant hvor den fysisk befinner seg, eller hvem som drifter og forvalter den. Kommunen, i kraft av «sørge for»-ansvaret vil fortsatt være behandlingsansvarlig, mens den organisasjon som forvalter løsningen vil være databeltningansvarlig. Grensesnittet må reguleres i databeltningavtale og driftsavtale på ordinært vis. Behandlingsansvaret endres ikke med bruk, og det forutsettes derfor at helseinformasjon som deles, kun kan leses og gjenbrukes, men ikke endres.

Hvorfor er det ingen plattformbaserte system tilgjengelig

Konspetuet er dette en godt kjent løsning over flere tiår, men teknisk og operasjonelt har det ikke vært mulig å realisere i praksis. Da 'En innbygger – én journal' ble lansert for ti år siden var teknologien for umoden til at det var en aktuell vei å utforske. Ved konseptvalgsutredningen i 2018 valgte man å vise til tidligere vurderinger uten noen dypere analyse av situasjonen, og i ettertid kan det ha representert en tapt mulighet.

I dag er situasjonen ganske annerledes og plattform baserte system er etablert i en rekke bransjer som bank/finans, reiser, kraft mm. Det er også produkter på vei inn, eksempelvis 'Better', og flere av de store programvarehusene jobber med tilsvarende tilnærming, i.e. Microsoft, Amazon, Google mm. Det er også eksempler på prosjekt på vei inn i helse, eksempelvis Cataluña i Spania, deler av NHS og Moskva.

Gartner group sier i en rapport fra 2020 at dette er emerging technology og de forventer det å være markedsledende i løpet av fem til ti år. I en slik kontekst kan man alltid stille spørsmålet om dette er en løsning som foreløpig er på en for «bleading edge» og at det er klokt å avvete utviklingen i et par år. Skulle det være en riktig konklusjon er det viktig at man ikke i mellomtiden gjør valg som binder sektoren til gamle, stive og proprietære system,

basert på tradisjonell innlåsing av informasjon hos leverandøren. Det er også mulig å gjennomføre stegvise utprøvinger av konkrete løsninger som ikke sperrer for en framtidig plattformbasert modell, men som bidrar til gradvis informasjonsdeling i den enkelte kommune.

### *Oppsummering*

Det er en rekke muligheter og utfordringer knyttet til en et plattformbasert økosystem for informasjonsdeling. I stort vurderes dette som det *mest realistiske* løsningsforslaget fordi det er fremtidsrettet, markedet modnes gradvis og gjennomføringen kan realiseres ved en stegvis tilnærming.

### **Konklusjon**

I likhet med Helseplattformen skal Felles kommunal journal gi kommuner i vårt nedslagsområde moderne pasientjournalssystem. Systemene skal begge tilby informasjonsdeling og samhandlingsfunksjoner i tett samarbeid med KS, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett – og selvsagt også mellom Helseplattformen og FKJ.

Stortinget har i budsjettokument beskrevet at Felles kommunal journal skal innebære en stegvis utvikling av fremtidens journalplattform hvor brukerflatene skal kunne tilpasses det enkelte helsepersonells ulike behov. Videre at det skal legges til rette for en stegvis utvikling og en gradvis innføring av et økosystem hvor en felles informasjonsplattform står sentralt. Vår eier har i prosjektmandatet konkretisert dette i fire krav hvor utvikling av et styringsdokument for en eventuell gjennomføringsfase står sentralt.

Det er vår oppfatning at hverken null-alternativet eller dagens suiteløsninger, inklusive Helseplattformen kan bidra til å realisere dette. FKJ har et uttalt mandat om å innrette løsningen mot et økosystem der en åpen plattformsløsning står sentralt, noe som skiller seg fra Helseplattformens strategi om en anskaffelse av en løsning fra en enkelt leverandør. Men behovet for oppdaterte journalløsninger blir dekket av begge alternativer, selv om veien fram dit er ulik.

Der hvor suiteløsning sannsynligvis var, ikke bare det riktige, men det eneste realistiske alternativet på det tidspunktet Helseplattformen tok sine valg, så har mye endret seg på de 6-8 årene. Dette handler både om utvikling og lansering av nye tekniske modeller og løsninger, og om verdifull innsikt i de forhold som bør ivaretas også *rundt* kjernefunksjonaliteten, og som et moderne helseinformasjonsunivers må kunne tilby. Pandemien har vist oss at utbredelsen av nye digitale løsninger går fort i norske kommuner når funksjonaliteten er god. Det vil komme nye digitale løsninger i et høyt og økende tempo. Disse vil både handle om behandlernes arbeidsflater og om pasientens personlige helseinformasjon og er viktige for økt pasientsikkerhet, høyere effektivitet og innbyggeropplevelse. Endelig trenger vi struktur der fleksibilitet og tilpasningsevne er bygget inn, og der pasient- og informasjonssikkerhet ligger til grunn.

Så er det grunn til å påpeke at erfaringene fra innføringen av Helseplattformen er verdifulle for FKJ. Kanskje har – den så langt vellykkede, men dog isolerte, ettersom det er svært få fastleger tilknyttet – oppstarten i Trondheim kommune, vist at risikoen ved et «big bang» var mindre enn mange fryktet. Kanskje kan gjennomføringen av forberedelser, opplæring og innføring bane vei for en mer effektiv eller mindre risikofylt utbredelse av FKJ. Når Helseplattformen omtales som «en utprøvingsarena for Én innbygger – én journal» vil vi bruke tiden til å ta inn alle de erfaringene vi kan benytte i det videre arbeidet med FKJ.

Selv om de internasjonale suiteløsningene generelt og Helseplattformen spesielt har mange positive sider og slik sett ville kunne bidratt til å løse en del av kommunenes problem så er det vår bestemte oppfatning at det er for mange utfordringer, både operasjonelt og finansielt, til at det kan anses aktuelt.