

ANALYSE 2023

DOKUMENTASJONS- OG SAMHANDLINGSLØSNINGER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

FROSTA | INDERØY | MERÅKER | SNÅSA | STEINKJER | STJØRDAL KOMMUNER

FORORD

Denne rapporten oppsummerer et prosjektarbeid som Frosta, Inderøy, Meråker, Snåsa, Steinkjer og Stjørdal kommuner gjennomførte 2021-2023 som en del av forberedelsene før valg av nye dokumentasjons- og samhandlingsløsninger i helse- og omsorgssektoren.

Kommunene ønsket et bredt og gjennomiktig beslutningsgrunnlag for å kunne ta en kvalifisert beslutning. Arbeidet ble derfor gjort etter modell for statlig utredning.

Rapporten gir innsyn i problematikken, og er tenkt som en samlet dokumentasjon til benyttelse i kommunene. Prosjektet har hatt fokus på å få belyst så mange sider som mulig innenfor tids- og ressursrammene for analysen.

Henvendelser om arbeidet og rapporten kan rettes til Stjørdal kommune, som har hatt prosjekteieransvaret.

Stjørdal 19.5.23

FORORD	1
SAMMENDRAG	3
BAKGRUNNEN FOR ARBEIDET	5
METODE.....	6
PROBLEMBESKRIVELSE.....	6
REGJERINGENS VISJON FOR IKT-UTVIKLINGEN I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN.....	6
MÅL OG UTFORDRINGER	8
SAMFUNNSMÅL I ET IT-PERSPEKTIV – STATUS I 2012 OG 2023	8
UTVIKLINGEN AV IKT I HELSE- OG OMSORGSTJENSTENE.....	9
MULIGE ALTERNATIVER	11
NULLALTERNATIVET	11
NULLPLUSSALTERNATIVET.....	26
ALTERNATIV EGEN PLATTFORM	27
ALTERNATIV HELSEPLATTFORMEN	28
ALTERNATIV ANSKAFFELSE	30
VIRKNINGER AV ALTERNATIVENE.....	33
BERØRTE GRUPPER	33
VIRKNING NULLALTERNATIVET	36
VIRKNING ALTERNATIV HELSEPLATTFORMEN	40
VIRKNING ALTERNATIV ANSKAFFELSE.....	47
VURDERINGER	52
GENERELLE VURDERINGER.....	52
VURDERING NULLALTERNATIVET.....	56
VURDERING HELSEPLATTFORMEN.....	57
VURDERING ALTERNATIV ANSKAFFELSE	68
SAMLET VURDERING.....	76
KOSTNADSVIRKNINGSANALYSE	78
USIKKERHETSANALYSE.....	78
BILAG 1 FORDELINGSVIRKNINGER	85
KONKLUSJON	89
LISTE OVER VEDLEGG	91
BEGREPSLISTE	91

SAMMENDRAG

Denne rapporten oppsummerer en analyse Frosta, Inderøy, Meråker, Snåsa, Steinkjer og Stjørdal kommuner gjennomførte i 2021-2023 for valg av nye dokumentasjons- og samhandlingsløsninger i helse- og omsorgssektoren. Analysen beskriver og vurderer alternativer, og gir en anbefaling per april 2023.

Prosjektets anbefaling per april 2023 er å videreføre nullalternativet - å beholde dagens løsninger - på kort sikt. Bakgrunnen for anbefalingen er at prosjektet oppfatter at det er for mye som er uklart og for høy risiko forbundet med å ta en langsiktig beslutning. De to langsiktige alternativene for kommuner i Midt-Norge er om de vil innføre Helseplattformen eller anskaffe nye løsninger. Per april 2023 opplever prosjektet at å innføre Helseplattformen har høy risiko. Prosjektet vurderer at en anskaffelse av en annen EPJ enn Helseplattformen har medium til høy risiko per april 2023.

Prosjektet mener kommunene i analysen bør benytte seg av mulighetsrommet som finnes med å kunne avvente beslutning. I mellomperioden anbefaler prosjektet at det settes inn kompensierende tiltak.

Prosjektet anbefaler at kommunen ferdigstiller en ny vurdering 19 måneder før kommunens planlagte innføringstidspunkt for Helseplattformen.

Prosjektet har tatt utgangspunkt i den nasjonale ambisjonen om en sammenhengende helsetjeneste for innbyggeren, og sett på om det finnes alternative veier til målet. Prosjektet har gjennomført en analyse som svarer på 6 utredningsspørsmål:

1. Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
2. Hvilke tiltak er relevante?
3. Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
4. Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
5. Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
6. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Dagens løsninger for elektronisk pasientjournaler i kommunene i analysen fases ut om få år og kommunene trenger nye løsninger. Nasjonale e-helseløsninger er, og vil i åra framover være, gode bidrag til målbildet om en sammenhengende helsetjeneste. Prosjektet savner statlig styring for en nasjonal løsning for deling av data.

I 2018 ble Helseplattformen anskaffet som en offentlig-offentlig-anskaffelse for en ny, felles pasientjournaløsning for primær- og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Per april 2023

har ti kommuner og ett helseforetak tatt i bruk løsningen. Kommunene i analysen kan tiltre april/mai 2026. Gjennom å være opsjonskommuner har kommunene i prosjektet kunnskap om Helseplattformen.

Kommunene skaffet seg kunnskap om det alternative markedet for Helseplattformen, og markedet sine tanker om framtidens løsninger, gjennom en markedsdialog.

Nyttevirkningene av alternativene er beskrevet i rapporten, kostnader er tallfestet som estimat. Det gir ikke grunnlag for å rangere tiltakene etter samfunnsøkonomisk lønnsomhet, men gir forhåpentligvis verdifull informasjon for beslutningstakerne.

Prosjektet konkluderer med at kommunene må vurdere og prioritere behov samt definere eget ambisjonsnivå før de kan ta en langsiktig beslutning.

BAKGRUNNEN FOR ARBEIDET

I 2015 inngikk 65 midtnorske kommuner og Helse Midt-Norge RHF avtale om en offentlig-offentlig-anskaffelse for en ny, felles pasientjournaløsning for primær- og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Tiltredelsesavtalen ble fornyet i 2017.

I 2018 ble den nye journaløsningen, Helseplattformen, anskaffet. Per april 2023 har ti kommuner og ett helseforetak tatt i bruk løsningen. Flere kommuner og alle helseforetak i regionen planlegger å ta i bruk løsningen fram mot 2026.

Når et problem skal løses har vi gjerne klart et forslag til tiltak allerede. Likevel kan det være at andre tiltak er bedre egnet til å løse problemene og gi større verdi for samfunnet eller blir foretrukket av prinsipielle grunner. Tiltak skal derfor defineres bredt og det er viktig å ikke binde seg til tiltak for tidlig. Det er dette denne analysen handler om.

Kommunenes beslutning om nye dokumentasjons- og samhandlingsløsninger i helse- og omsorgssektoren må være basert på et fremtidsbilde. For å få et kvalifisert beslutningsgrunnlag for om kommunene Frosta, Inderøy, Meråker, Snåsa, Steinkjer og Stjørdal skulle ta i bruk Helseplattformen eller velge andre løsninger, gjennomførte kommunene en felles analyse. Kommunene ønsket gjennom analysen å se om det finnes ulike veier mot målet om en mer helhetlig helsetjeneste. Denne rapporten oppsummerer analysen.

Arbeidet med analysen startet i 2021. Fordi kommunene forventet å få mer kunnskap om Helseplattformen, det alternative markedet og framdriften for de nasjonale e-helseløsningene i løpet av 2022, bestemte kommunene seg for å avvente med å ta en beslutning til 2023.

Da prosjektorganisasjon tok opp arbeidet med analysen igjen i januar 2023 endret to viktige forutsetninger seg:

1. Tidspunktet for når kommunene må ta en beslutning for å følge planlagt innføringsløp i Helseplattformen ble endret. Kommunene i analysen var planlagt i siste innføringsløp for kommuner; mai 2025. I januar 2023 foreslo Helseplattformen AS nytt innføringsløp der kommunene ble forskjøvet ett år til april/mai 2026. Fristen for en formell beslutning fra kommunenes side ble oppgitt å være mars 2025.
2. Tidspunktet for når dagens hovedsystem, Profil, fases ut ble endret. Leverandøren Visma meldte i januar 2023 at Profil vedlikeholdes lenger enn forventet, fram til 2027, og mulig lenger.

Disse to endringene medførte at kommunene fikk mulighet til å kunne avvente beslutning ytterligere. Kommunene har likevel jobbet videre med analysen og denne rapporten oppsummerer resultatet med den kunnskapen som var tilgjengelig per april 2023.

METODE

Det er konkurranse om tilgjengelige kommunale midler til ulike formål. Derfor er det viktig at prioriteringer mellom ulike formål, enten de foretas på administrativt eller politisk plan, er velbegrunnede og gjennomtenkte. Kommunene har derfor gjennomført en analyse basert på direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) sin metode for forenklet samfunnsøkonomisk analyse. Prosjektet ønsket å:

- Kartlegge og synliggjøre konsekvenser av tiltak før beslutning fattes gjennom å framskaffe systematisk og mest mulig fullstendig og sammenlignbar informasjon om ulike kost-nyttevurderinger.
- Skaffe grunnlag for å vurdere om tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt (overstiger summen av nyttevirksomheter, behov og gevinster summen av kostnader).
- Skaffe grunnlag for å rangere og prioritere mellom alternative tiltak.
- Synliggjøre fordelingsvirkninger for ulike grupper. Dvs. hvilke grupper som kommer bedre og dårligere ut som følge av et tiltak. Der virkninger forteller om tiltaket er positivt eller negativt for samfunnet som helhet, forteller fordelingsvirkninger hvem som dekker kostnadene og får nytten av tiltaket.

Analysen er gjennomført som et felles prosjekt i kommunene, og blir en del av beslutningsgrunnlaget for beslutning i kommunene.

PROBLEMBESKRIVELSE

REGJERINGENS VISJON FOR IKT-UTVIKLINGEN I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN

Den norske helse- og omsorgssektoren står foran et komplekst utfordringsbilde med økende antall tjenestemottakere, redusert aldersbæreevne og ressurs- og effektivitetsutfordringer.

Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021 og NOU 2023:4 Tid for handling tegner det samme fremtidsbildet: det blir færre hender per pasient, og digitalisering og digital kompetanse er nøkkelfaktorer for et bærekraftig helsevesen.

Dagens elektroniske pasientjournaløsninger utfordrer sentrale politiske mål om en effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, som gir helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av behandlingsnivå og virksomheter.

I 2014 ble det utarbeidet en rapport av KS og Helsedirektoratet i forbindelse med "Prosjekt elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten, status, utfordringer og behov". Bakgrunnen for rapporten var økende andel eldre med sammensatt sykdomsbilde, rask utskrivning fra sykehus og nye pasientgrupper som sammen ga økte krav til de kommunale journalsystemer. Dette sett i sammenheng med en bekymring for at de kommunale journalsystemene ikke ville være i stand til å fylle kravene i Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal ga grunn til å sette i gang et samarbeidsprosjekt for å beskrive status, utfordringer og behov.¹ Rapporten konkluderte med:

- Det er behov for ny og bedre funksjonalitet for å dekke tjenestene sine behov
- Manglende funksjonalitet for medisinskfaglig oppfølging av pasienter
- Manglende brukergrensesnitt tilpasset ulike yrkesgrupper sitt informasjonsbehov
- Informasjonsgjenfinning er komplisert da dokumentasjon i stor grad er fritekst, og har i liten grad strukturert informasjon.
- Få muligheter for varsler og påminnelser om planlagte oppgaver
- Kommunene konfigurerer sitt eget system og system for oppbygging av dokumentasjon. Dette gir manglende muligheter for informasjonsdeling og gjenfinning av informasjon.

Prosjektkommunene bruker alle Visma Profil, som er en av leverandørene rapporten analyserte. Siden 2014 har Visma jobbet med å svare ut rapporten og det er kommet på plass enkelte forbedrede funksjoner som f.eks. mulighet for fritekst søk i rapporter. Men ut over dette er situasjonen for dagens journalsystem i hovedsak uendret. Visma sitt svar på rapporten er Flyt Helse, et webbasert nytt journalsystem.

Det har siden 2000-tallet vært et helsepolitisk søkelys på samhandling innenfor nasjonale helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsfokuset har blant annet ført til lovendringer, reformarbeid og målsetting om etablering av hensiktsmessige IKT-løsninger.

Da Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen ble lansert fikk kommunene en større rolle i innbyggerens forløp. Kommunene skulle i større grad ta ansvar for forebygging og innsats i tidlige faser. Oppgaveoverføringen ga også økt behov for spesialisert kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Pasientene har blitt sykere, har flere kroniske sykdommer og mer kompliserte sykdomstilstander enn før. Flere har hyppige sykehusinnleggelse hvor det startes behandling som skal følges opp i hjemkommunen. Dette krever bedre informasjonsutveksling og bedre verktøy for samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester.

Et av de store målene med samhandlingsreformen var mer sømløse overganger mellom behandlingsnivåene, noe som krever bedre verktøy for samhandling. Fra 2012 ble samhandling via elektroniske helsemeldinger etablert. Dette sikrer at informasjon kan sendes mellom de ulike journalsystemer i et strukturert meldingsformat. Dette benyttes i stor grad i dag. Meldinger må opprettes i avsenderen sitt journalsystem og blir sendt til

¹ [Meld. St. 9 \(2012–2013\) - regjeringen.no](#)

mottakers elektroniske journal. Der må man i stor grad manuelt føre over relevante til rett sted i journalen, eksempelvis oppdatere medisinkortet.

Regjeringen lanserte i 2012 stortingsmeldingen «Én innbygger- én journal». Stortingsmeldingen utgjør regjeringens visjon for nasjonal IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren. Digitalisering vurderes som et hensiktsmessig virkemiddel for å møte morgendagens omsorg. Stortingsmeldingen sier at utfordringene for bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren er at de teknologiske mulighetene ikke utnyttes. Det er mange selvstendige aktører og systemer, men liten grad av integrasjon og standardisering.

MÅL OG UTFORDRINGER

SAMFUNNSMÅL I ET IT-PERSPEKTIV – STATUS I 2012 OG 2023

Med stortingsmeldingen Én innbygger – én journal i 2012 ville regjeringen klargjøre målene og vise retningen for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Regjeringen mente at det var nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i moderne teknologi for å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, innbyggersikkerhet, effektivitet og ressursbruk.

Stortingsmeldingen presiserer strategiarbeidet i regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og pasientopplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

For å nå målene viser regjeringen i stortingsmeldingen til flere mulige strategiske grep:

1. Utrede én innbygger – én journal. Da vil helsepersonell kunne få tilgang til alle opplysninger som er relevante, uavhengig av hvor pasienten har vært utredet eller behandlet tidligere.
2. Nye digitale tjenester for pasienter
3. «Min helse» på nett
4. Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren
5. Fullføre igangsatte tiltak (meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og kommunal pleie- og omsorgstjeneste, elektroniske resepter i alle kommuner, helseforetak og apotek, nasjonal kjernejournal)
6. En helhetlig gjennomgang av lov- og regelverk slik at journalopplysninger kan følge pasienten og pasienten gjennom et helt behandlingsforløp

Mye har skjedd siden stortingsmeldingen i 2012 i forhold til strategiene over, og det er behov for å justere kursen. Direktoratet for e-helse fikk i tildelingsbrevet for 2023 i oppdrag å utarbeide et oppdatert målbildet for digitalisering i helse- og omsorgssektoren:

- *Dette skal erstatte eksisterende plan for utviklingsretningen for én innbygger – en journal. Målbildet skal inkludere sektorens arbeid med bedre journalløsninger og digital samhandling...²*

UTVIKLINGEN AV IKT I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

Innledningsvis gis en beskrivelse av dagens situasjon for IKT i helse- og omsorgssektoren.

DAGENS SYSTEMER BIDRAR IKKE TIL FORBEDRING OG EFFEKTIVISERING AV TJENESTENE

Innbyggernes helseopplysninger er per i dag spredt i ulike journaler i ulike virksomheter og journalsystemer, som i liten grad samhandler med hverandre.

Helsepersonell bruker mye tid på å finne, etterspørre og kvalitetssikre informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten. Usikker eller manglende tilgang på oppdatert informasjon om pasienten utgjør en pasientsikkerhetsrisiko.

Pasienten opplever å måtte være kontinuitetsbærer for å sikre at neste behandler har tilgang til relevante opplysninger. Dagens journal- og samhandlingsløsninger vurderes derfor å være til hinder for oppfyllelse av politiske mål om bærekraftige helse- og omsorgstjenester som tilbyr helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av behandlingsnivå og virksomheter.

Samhandling i forbindelse med utskriving av pasient fra sykehus til kommune ble undersøkt i Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015.³ Tilsynsrapportene viste at et av områdene mest utsatt for svikt var informasjonsoverføring. Dette medførte stor risiko for at tjenestetilbudet ikke var forsvarlig ved hjemkomst.

NASJONALE E-HELSELØSNINGER HAR BEDRET SAMHANDLINGEN

Strukturene og styringen av helse- og omsorgssektoren gjør det utfordrende å få på plass god samhandling, men gjennom nasjonale e-helseløsninger kan sektoren vise til flere gode resultater som har kommet innbyggere, pasienter, pårørende, helsepersonell og samfunnet ellers til gode:

- Befolkningen har fått helsenorge.no med tilgang til kvalitetssikret informasjon, og kan i økende grad se sin egen journal og ha digital dialog med helsepersonell og andre nasjonale helse- og omsorgstjenester.

² [– Et veldig spennende år for digitalisering i helse- og omsorgssektoren - ehelse](#)

³ [Landsomfattende tilsyn 2015](#)

- Helsepersonell har fått kjernejournal med tilgang til viktige helseopplysninger som er viktig at helsepersonell kjenner til i en akutsituasjon, for eksempel vaksiner, legemidler, ulike prøvesvar som svar på covid-19-tester.
- E-reseptordningen har ført til at nesten 90 % av alle resepter forskrives digitalt og er tilgjengelige for befolkningen via helsenorge.no.
- Elektronisk meldingsutveksling, og etter hvert også dokument- og datadeling, bidrar til kontinuerlig styrking av samhandlingsevnen blant aktørene.
- Felles løsninger for grunndata og kodeverk sikrer flyt av oppdatert og enhetlig informasjonsgrunnlag i helsesektoren.
- Helse ID bidrar til at informasjon som deles mellom helsepersonell og virksomheter ivaretar personvern og informasjonssikkerhet.

I tillegg har utviklingen ute i virksomhetene lagt til rette for økt samhandling og digitalisering innen helse- og omsorgstjenestene. Dette har blant annet ført til at fastleger og avtalespesialister kan tilby digitale innbyggertjenester for dialog og administrasjon via andre løsninger enn helsenorge.no. Enkelte kommuner prøver også ut, eller tilbyr, deltjenester som for eksempel bestilling av timer eller symptomregistreringsskjemaer uavhengig av helsenorge.no.

Utviklingstakten på IKT-området har vært høy siden 2012. Utfordringsbildet for journalsystemene og samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenestene er endret siden visjonen "Én innbygger - én journal"⁴ ble lansert i november 2012. Det er utviklet flere nasjonale komponenter som forenkler samhandling mellom ulike nivå i helsetjenesten. Komponentene er fleksible løsninger som er utarbeidet i samarbeid mellom pasient, kommuner, spesialisthelsetjeneste og leverandører. Eksempel på slike komponenter er innføringen av helsenorge.no, kjernejournal, FIKS-plattformen mv. Til tross for dette har vi fortsatt journalsystemer som i stor grad preges av at:

- Hver innbygger har mange journaler, ofte én per virksomhet der innbyggeren har mottatt helsehjelp.
- Informasjon om innbyggeren og behandlingsforløpet er oppdatert så lenge informasjon er utvekslet mellom virksomhetene. Innbyggeren kan oppleve å være kontinuitetsbærer av kritisk informasjon mellom de ulike omsorgsnivåene.
- Tilgang på innbyggertjenester avhenger av hva fastlege og kommune velger å prioritere. Helsenorge.no vil fortsatt være den webløsning der de fleste innbyggertjenestene finnes, men fastleger og andre private aktører kan velge å etablere private løsninger i tillegg.

Evnen til omstilling under koronaepidemien er et godt eksempel på en velkjent mekanisme med at endring og innovasjon kan skje raskt når vi opplever at det haster.⁵ I mars 2020 rammet koronapandemien og medførte et stort behov for digitalisering. Det ble behov for å

⁴ [Direktoratet for e-helse nettside «Hva er Én innbygger – én journal»:](https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal)
<https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal>

⁵ [Kotter, J.P. \(1996\) Leading Change](#)

endre arbeidspraksis i løpet av kort tid. Tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og privat næringsliv ga nye e-helseløsninger på rekordtid (Direktoratet for e-helse, utviklingstrender 2021, s. 6). Værnesregionen deltok i dette arbeidet. Blant annet var ansatte i regionen raskt i dialog med leverandører, e-helsedirektoratet og norsk helsenett for å muliggjøre at kollegaer, innbyggere og tjenestemottakere kunne ta i bruk videokommunikasjonsløsninger på en sikker måte.

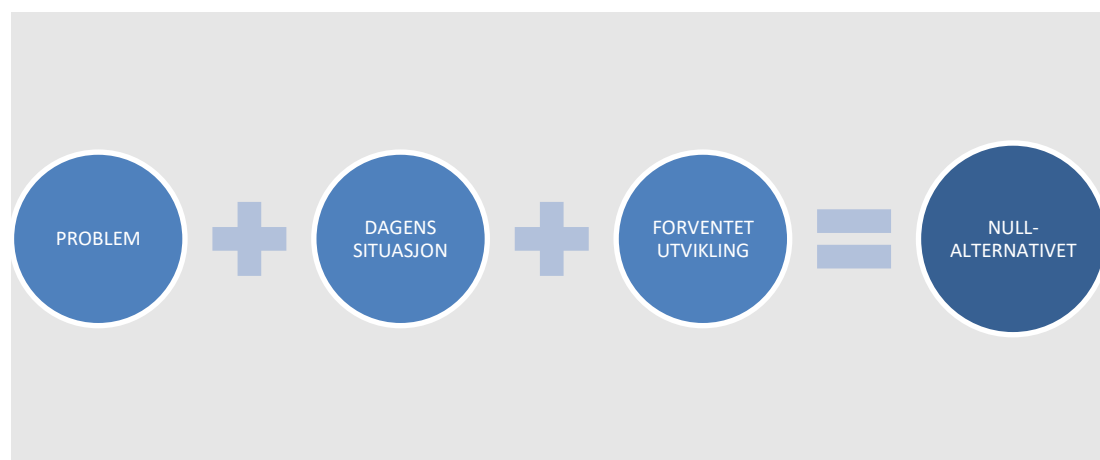
Erfaringene med bruk av E-konsultasjoner og digital hjemmeoppfølging under pandemien viser noe av mulighetene og utviklingspotensialet for å ta i bruk mer digitale helsetjenester.

MULIGE ALTERNATIVER

NULLALTERNATIVET

Nullalternativet skal representere en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. Det skal utformes slik at forventet utvikling ivaretas og en tilfredsstillende standard/funksjon opprettholdes.

Problembeskrivelsen sier hva som er problemet i dag, og hva som har ledet frem til denne situasjonen. Vi beskriver dagens situasjon og forventet videre utvikling dersom ingen alternative konsepter iverksettes. Til sammen utgjør dette det vi kaller «nullalternativet».



Figur: visuell framstilling av nullalternativet.

Nullalternativet inkluderer å vurdere minimumskostnadene for at det skal være et reelt alternativ, herunder nødvendige vedlikeholdskostnader. I dette ligger det ikke et krav om like lang levetid som for øvrige tiltak. Her må ytre faktorer, som for eksempel befolkningsvekst, økonomisk vekst, miljø og teknologi, og tilpasninger som følge av eventuelle relevante, ytre faktorer med.

Nullalternativet brukes som sammenlikningsgrunnlag når virkningene av alternative konsepter skal vurderes. Dersom nullalternativets levetid er svært kort, kan man vurdere å utvikle et minimumsalternativ (null-plussalternativ) som skal sammenlignes med nullalternativet. Dette innebærer at null-plussalternativet blir ett av flere tiltak som vurderes

i analysen. Et typisk trekk ved nullalternativet er at det ofte vil ha kortere levetid enn tiltakene som utredes i analysen.

Valg av nullalternativet utelukker ikke andre alternativer på et senere tidspunkt. For vår analyse gjelder at kommunens mulighet for å ta i bruk Helseplattformen kan utløses på et senere tidspunkt. Helseplattformen AS opplyser at muligheten varer 10 år etter at siste helseforetak har tatt i bruk Helseplattformen, per april 2023 beregnet til 27. april 2024, noe som betyr at muligheten for å innføre Helseplattformen finnes for kommunene til 2034. Forsinket innføring ved siste helseforetak skyves de 10 årene tilsvarende.

Det er imidlertid knyttet usikkerhet til hvilken støtte til innføring kommunene kan regne med fra Helseplattformen AS på et senere tidspunkt enn oppsatt innføringsplan. Selskapet vil da være bemannet som et rent driftsselskap og vil ha begrensede ressurser til å gi opplæring og innføringsstøtte til enkelte kommuner og kommuneregioner. Det er også knyttet usikkerhet om en utsettelse kan medføre økte kostnader for kommunene. Les mer i kapittelet om usikkerhetsanalyse.

DAGENS SITUASJON OG UTFORDRINGER

April 2021 ble det gjennomført en enkel spørreundersøkelse for å kartlegge kommunal helse- og omsorgstjenesters opplevelse av dagens journal- og samhandlingsløsninger lokalt i Værnesregionen. Spørreundersøkelsen ble sendt til ledere av helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Værnesregionen. 30 respondenter besvarte undersøkelsen, se vedlegg 1.

Svarene viser at respondentene i all hovedsak mener at dagens journalløsninger ivaretar pasientsikkerheten, men er i liten grad fornøyde med dagens system med hensyn til grad av brukervennlighet og mulighet for pasientmedvirkning, samt standardisert og systematisk dokumentasjon. Når det gjelder samhandling ligger hovedtyngden av svarene på den negative enden av skalaen, men med litt større spredning.

Resultatene fra denne temperaturmålingen blant ledere i helse- og omsorgstjenestene i Værnesregionen indikerer at tjenestene er lite tilfredse med dagens journal- og samhandlingsløsning, samtidig som det gis klart uttrykk for stort fokus på pasientmedvirkning, innbyggersikkerhet, kvalitet og samhandling.

«Dagens dokumentasjonssystem kvalitetssikrer ikke en helhetlig og forsvarlig behandlingstjeneste.»

Sitat fra respondent i undersøkelsen i Værnesregionen

Spørreundersøkelsen er en del av grunnlaget i nullalternativet.

For å belyse dagens situasjon, utfordringer og forventet utvikling sett fra flest mulig perspektiver, ble utkast til nullalternativ sendt på bred innspillsrunde internt i Værnesregionen.

Til sammen ble det mottatt 19 skriftlige innspill, se vedlagte innspillsliste i vedlegg 2. Innspillene ble systematisk kategorisert, for deretter innarbeidet i nullalternativet som prosatekst. Kategoriserte innspill er vedlegg til rapporten. Innspillsrunden viste seg å være nyttig og viktig for nullalternativet og analysen. Dette fordi behov og utfordringer i helse- og omsorgstjenesten belyses. Under følger en oppsummering av innspillene:

- Flere av innspillene viste utfordringer med dagen systemer, blant annet manglende funksjonalitet, brukervennlighet og integrasjoner. Disse innspillene er sammenstilt og innarbeidet på et mer overordnet nivå i rapporten.
- Det ble også mottatt en rekke detaljerte innspill relatert til behov og krav til en kommende løsning. Mange av disse innspillene er tatt inn som utfordringer i dag og mange ble tatt med i beskrivelsene av behov til markedsdialogen med leverandører som ble gjennomført i prosjektet i 2021-2023.
- Det kom også innspill og spørsmål som er innarbeidet i andre deler av analysen enn nullalternativet.

Pasientsikkerhet og samhandling

Dagens journal- og samhandlingsløsninger gir utfordringer på flere nivåer, både når det gjelder samhandling internt i kommunen og med eksterne samarbeidsparter. Utfordringer knyttet til fragmentert informasjon er gjennomgående for innspillene om pasientsikkerhet.

Helsearbeiderne har i dag begrensede opplysninger om helsehjelp gitt av andre virksomheter. Fastleger har oppsummeringer fra spesialisthelsetjenesten, men har ikke tilgang til prøvesvar og røntgenbilder som er bestilt av andre aktører. Dette medfører at akutte beslutninger må tas uten full oversikt over pasienten eller at det benyttes unødig tid til informasjonsinnhenting. I akutsituasjoner medfører dette ofte unødvendige innleggelser eller ikke optimalisert behandling. Dokumentasjon og samhandling om legemidler er en av problemstillingene som særlig trekkes frem. Et praktisk eksempel:

- *En sykepleier i hjemmetjenesten som skal overta en innbygger fra spesialisthelsetjenesten, må bruke tid på å etterspørre epikrise (sammenfatning fra utskrivende lege) som ikke har kommet som forventet.*
- *Epikrisen kan deretter vise seg å inneholde medisinendringer som krever oppdatering av medisinliste fra fastlegen. Sykepleier må da etterspørre dette fra fastlegen som i sin tur må gjennomgå og oppdatere medisinlisten i fastlegejournalen og overføre informasjonen til pleie- og omsorgsjournalen via e-melding.*
- *E-meldingen blir deretter grunnlag for sykepleiers oppdatering av medisinlisten i pleie- og omsorgsjournalen.*

Eksemplet er ikke uvanlig og representerer en risiko for pasientsikkerheten og mulighet for redusert trygghet hos innbygger og pårørende. Samtidig benyttes unødvendige ressurser som kunne kommet andre pasienter til gode.

«Det jeg savner i min hverdag for å bedre pasientsikkerhet og øke effektiviteten, er hovedsakelig en felles legemiddelliste hvor man i sanntid alltid har gjeldende legemiddelliste tilgjengelig, og hvor alle forskrivere kan redigere/seponere/ordinere mv, og hvor alt helsepersonell og apotek kan se denne listen. Dette vil spare u.t og hjemmesykepleien for mye arbeid etter f. eks utskrivelse av pasienter, og man slipper alt arbeidet med pleie- og omsorgsmelding (PLO) og/eller fax ved endring av medisinalisten til hjemmesykepleien og/eller apotek. I hele min karriere som allmennlege er det dette punktet som alltid har vært det mest sårbare og tidssløsende moment.»

Sitat fastlege i Værnesregionen

Innbyggerperspektivet

I et innbyggerperspektiv pekes det på at usikker informasjonstilgang med dagens journal- og samhandlingsløsninger, gir risiko for at innbyggeren får feil tjenester eller feilbehandles i overgangen mellom ulike omsorgsnivå. Innbyggeren kan oppleve å måtte være en kontinuitetsbærer for nettopp å sikre overføring av kritisk informasjon mellom de ulike omsorgsnivåene. Samtidig bruker tjenestene tid på dokumentasjon og innhenting av opplysninger fra andre virksomheter. Dette medfører tap av tid som kunne ha vært direkte pasientrettet.

«Innbyggerne antar ofte at helsearbeideren kjenner til deres historie på forhånd. Jeg møter ofte utsagn som «du har sikkert lest», «jeg husker ikke, men du finner det nok der» - peker da på PC. Dette gir store begrensninger når helsearbeidere skal gi akutt helsehjelp, planlegge helhetlige forløp og unngå dobbeltarbeid.»

Sitat fastlege i Værnesregionen

Det er videre få tjenester som støtter innbyggernes behov for å være informert og få tilpasset informasjon om egen helsesituasjon. Tilgangen på informasjon er fragmentert og i liten grad digitalisert, noe som reduserer mulighetene til mestring av egen tilstand og involvering av pårørende.

Innbyggerne i kommunen har rett til innsyn i sin egen journal. Per i dag har innbygger mulighet til et visst innsyn via helsenorge.no. Dette forutsetter at aktuelle helsekontakter (f.eks. fastlege og sykehus) har delt informasjon der. Informasjon fra kommunale helsetjenester deles imidlertid ikke på helsenorge.no. For å få innsyn, må innbyggeren få utskrift av journal fra kommunal helsetjeneste. Pasient har ingen tilgang til å gå inn i egen journal for å oppdatere helseopplysninger eller ha kontroll over egne helseopplysninger.

Innbyggerne i de fleste kommuner har i dag muligheter for å gjennomføre videokonsultasjoner og bestille legetime elektronisk. Det er en utfordring at det er tatt i bruk mange løsninger med ulik pasientvennlighet og grad av sikkerhet.

Organisasjonsutvikling

Dagens samfunn stiller større krav til infrastruktur og digital samhandling enn tidligere. Dette påvirker også helse- og omsorgstjenestene. Det er ulik digital kompetanse blant ansatte, men det settes samme krav til alle ansatte om bruk av digital dokumentasjon. Det er viktig at digital kompetanse vektlegges fremover - utvikling og endring skjer raskt og det kreves stor omstillingsevne på kort og lang sikt.

Utviklingen vil i stor grad kreve organisasjons- og utviklingsarbeid med endrede arbeidsmetoder og holdninger for å oppnå en sømløs helsetjeneste med innbyggeren i sentrum. Kommuner med kostnadseffektive tjenester har grunn til å spørre seg om når helsearbeidere skal ha tid til digital transformasjon og omstilling. Det er sannsynlig at kommunene må godta at tjenestene blir mindre kostnadseffektive i en periode om slik omstilling skal skje.

Folkehelse

Samfunnsmedisinsk enhet i Værnesregionen ivaretar sektorovergripende oppgaver i tilknytning til befolkningens helseutvikling, forebyggende helsearbeid, smittevern, medisinskfaglig rådgivning, helseberedskap, miljørettet helsevern, planarbeid med mer. Innspill fra samfunnsmedisinsk enhet beskriver utfordringer med dagens løsninger. Til forskjell fra andre enheter som har utfordringer på individnivå, har samfunnsmedisinsk enhet utfordringer som i større grad er knyttet til grupper. Samfunnsmedisinsk enhet er i per dag ikke tilknyttet et journalsystem som gir mulighet for å forbedre folkehelsearbeid, styringsdata, smittevern og klagesaksbehandling. F. eks. må opplysninger fra forskjellige systemer sammenstilles for å få en helhetlig oversikt over smittesituasjon for vurdering av hensiktsmessige tiltak.

«Kommuneoverlegen har per i dag ikke et journalsystem som dekker ansvarsfeltet.»

Sitat fra innspillsrunden i Værnesregionen

Personvern og sikkerhet

Dagens system for autentisering i våre EPJ-systemer tilfredsstillende ikke kravene i Nasjonal sikkerhetsmyndighet sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet. Det oppleves også som utfordrende at ajourføring av tilganger i dag krever en manuell innsats fra enkeltpersoner i flere ledd, noe som øker sannsynligheten for at feil gjøres.

Det er ikke mulig å skjerme deler av en innbyggerjournal i alle systemer. Det er også nødvendig med manuelle prosesser som krever mellomlagring av sensitiv data. Dette bryter

med taushetsplikten og personvernforordningens krav til innebygd personvern og personvern som standardinnstilling.

Drift og forvaltning

Kommunene har egne systemansvarlige som ivaretar drift og forvaltning av de ulike systemene for å tilfredsstille lovkrav i forhold til journalføring. Dagens løsninger tilfredsstiller ikke behov for uthenting av rapporter til forbedringsarbeid, kvalitetssikring og styringsinformasjon. Per i dag er det en del manuelt arbeid for å få gode rapporter.

Det tar for lang tid før nye nasjonale føringer og lovkrav kommer på plass i journalsystemene. Endringsønsker har i liten grad blitt imøtekommet av leverandørene.

Det er en utfordring at systemene må ha nedetid i forbindelse med oppgradering. Dette medfører at tjenestekvaliteten blir redusert i aktuell periode.

Oppgradering av teknisk utstyr og infrastruktur er i dag for liten grad systematisert og budsjettert. Ansvar er spredt, og det fører til forskjeller mellom ulike enheter og kommuner.

Dagens løsning gir gode muligheter for lokale tilpasninger. Både i tilgangsstyring og for tilpasning innenfor rammene som ligger i løsningen.

Journalkvalitet

Det er varierende journalkvalitet i dagens helse- og omsorgstjeneste. Dette skyldes flere faktorer. Journalsystemene legger i liten grad opp til standardisert dokumentasjon og har for store muligheter for subjektiv prosatekst. Derfor kan det være vanskelig å skille ut hva som er kritisk informasjon. Dette gir også manglende oversikt og fører til unødvendig tidsbruk på å sikre nødvendig informasjon.

Det er varierende kompetanse på dokumentasjon, og systemenes mange valgmuligheter gjør at man dokumenterer på ulikt vis, noe som påvirker kvaliteten på blant annet rapportering. Det oppleves utfordrende å få utbedret dette i dagens løsninger.

Mobile enheter

Noen av systemene kommunene benytter, har mobile løsninger som benyttes i varierende grad. Det er utfordringer med infrastruktur, stabilitet og nødvendig opplæring. Videre er funksjonalitet ulik mellom stasjonære og mobile enheter, noe som gir ufullstendig oversikt over journalen og medfører manglende mulighet for dokumentasjon.

Elektroniske meldinger

I dag foregår samhandling mellom helseforetak, fastlege, legevakt og kommune via elektroniske meldinger i de respektive journalsystemene. Systemene kommuniserer med hverandre ved hjelp av meldingsutveksling i form av sammendrag av forløp i

spesialisthelsetjenesten, enkeltstående prøvesvar og resultater, medikamentopplysninger og forespørsler og svar mellom aktører (spesialisthelsetjenesten, fastlegen og kommunen). Journalen oppleves uoversiktlig, da de elektroniske meldingene blir liggende i en egen fane i journalsystemet og ikke som integrert og søkbar informasjon. Da blir det lett å overse kritisk informasjon om pasienten.

Ekstern og intern samhandling underveis i pasientforløp

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene samhandler via elektronisk meldingsutveksling (e-melding) med sine eksterne samhandlingspartnere, eksempelvis spesialisthelsetjeneste, fastlege, avtalefysioterapeuter og DMS.

Prosjektet viser til statistikk fra Stjørdal kommune for å vise omfanget av e-meldinger. I 2022 mottok Stjørdal kommune 32 000 e-meldinger og sendte nesten 12 000. Av de mottatte meldinger kom ca. 17 000 fra helseforetakene, mens ca. 13 000 kom fra legene. Kommunen sendte ca. 6 500 meldinger til legene og ca. 4 500 til helseforetakene.

Forvaltningskontoret for Meråker og Stjørdal kommuner

Forvaltningskontoret koordinerer samhandlingen med sykehus i tilfeller der det er behov for at pasienten etter utskrivning har endret hjelpebehov. Eksempler på endret hjelpebehov kan være behov for korttidsopphold på Helsehus for rehabilitering, behov for sykehjemsplass eller behov for bistand fra hjemmesykepleien.

For Stjørdal kommune mottar og behandler forvaltningskontoret per 2023 mellom 40 og 50 slike elektroniske meldinger daglig. Forvaltningskontoret sitter med den totale oversikten over kommunens institusjons- og heldøgnsomsorgsplasser og har tildelingsmyndighet. Det er utfordrende holde oversikten over prioritering av plasser i Profil.

De utøvende enhetene samhandler også direkte med spesialisthelsetjeneste og fastlege via e-meldinger. Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten via e-melding oppleves å fungere godt. Utfordringen er i hovedsak knyttet til samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten i forhold til overholdelse av svarfrist for fastlegene.

Utfordringene for kommunen i forhold til samhandling i pasientforløpet oppstår derimot ved intern samhandling når informasjon fra e-melding skal kommuniseres videre til interne arbeidspartnere i et pasientforløp.

Eksempel:

- ✓ Forvaltningskontoret får melding om at pasient som skal skrives ut fra sykehuset har behov for korttidsopphold på helsehuset. Med dagens journalsystem har ikke forvaltningskontoret mulighet til å fordele e-meldingen direkte til den som til enhver tid er ansvarlig sykepleier på helsehuset. Dagens system er lagt opp til at man kan viderefordre e-meldingen, men da til én sykepleier.
- ✓ Forvaltningskontoret endrer saksbehandler til sykepleier tilsatt på den avdelingen hvor pasienten er tenkt innvilget korttidsopphold. Forvaltningskontoret kan ikke vite

om denne ansatte er på vakt eller ikke da vedkommende jobber turnus med både dag- og aftenvakter.

- ✓ For å sikre at helsehuset likevel mottar informasjonen må derfor forvaltningskontoret sende e-post med pasientens løpenummer til enhetsleder og ansatt som er satt som saksbehandler om at det er videresendt en e-melding til dem.
- ✓ For å forsikre seg om at informasjonen er mottatt ringer også forvaltningskontoret enheten. Når forvaltningskontoret daglig behandler og koordinerer 40-50 slike e-meldinger innebærer det at det er mange telefoner som skal ringes og e-poster som skal sendes for å sikre at informasjon når frem internt i kommunen.

I kommunens helse- og omsorgstjeneste foregår det også mye intern samhandling om pasientene. I dagens journaløsning har ikke enhetene så langt ikke hatt mulighet til å sende e-meldinger til hverandre internt. Det eksisterer en løsning der ansatte kan sende «huskelapp» seg imellom, men man har erfart at dette ikke er tilstrekkelig for å sikre at pasientinformasjon kommer frem. Det er bare den som er satt som mottaker av huskelappen som vil få den opp og man får her den samme utfordringen i forhold til at det helsepersonellet huskelappen sendes til ikke nødvendigvis er på jobb når huskelappen blir sendt. Man får ingen beskjed om huskelappen utenom å være pålogget journalsystemet. Å samhandle om pasienter ved hjelp av huskelappfunksjonen har man vurdert å ikke ivareta pasientsikkerheten.

Selv om man dokumenterer i samme journalsystem kan man ikke stole på at samarbeidende helsepersonell til enhver tid leser hele journalen og e-meldingshistorikk for å tilegne seg nødvendige opplysninger om pasienten.

Det er behov for å samhandle internt for å forsikre seg om at viktig informasjon når frem til de som skal utføre helsehjelpen. Enhetene samhandler per i dag internt primært gjennom telefonsamtaler og e-post. I e-postene brukes ikke navn, men et løpenummer, som identifiserer pasienten i journalsystemet. Dette er tidkrevende, og utøvende enheter gir tilbakemelding om at de gjerne skulle ha kunnet samhandle internt i journalsystemet ved at enhetene kunne sende beskjeder og informasjon seg imellom uten at meldingene ble sendt til en spesifikk ansatt. Utøvende enheter ser også behovet for å gjennomføre samarbeidsmøter for å sikre at nødvendig pasientinformasjon blir overført. Samhandlingen knyttet til pasientens medisinske liste oppleves som særlig utfordrende, her er det i pasientforløpet en rekke mulige feilkilder.

FORVENTET UTVIKLING

Med fortsatt bruk av dagens løsning er det sannsynlig at kommunene tar i bruk tilgjengelig funksjonalitet i eksisterende system, anskaffer ny tilgjengelig teknologi, og fortløpende innfører nasjonale e-helseløsninger.

Utvikling av nasjonale løsninger

Det er iverksatt flere nasjonale prosjekter som vil forenkle samhandling mellom innbyggere og helse- og omsorgstjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenestene i årene fremover.

Nasjonale e-helseløsninger gir innbyggerne og helsepersonell muligheten til å få tilgang til, se, bruke og dele helseinformasjon digitalt. Vi har allerede mulighet til å ta i bruk flere av de nasjonale komponentene, mens andre er under utvikling.

DigiHelse⁶

DigiHelse gjør at pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og deres pårørende kan kommunisere digitalt med helsepersonell via helsenorge.no. De ansatte i kommunen betjener DigiHelse i sitt eget journalsystem. DigiHelse gjør at pasienter og pårørende kan:

- sende og motta meldinger fra helse- og omsorgstjenestene i kommunen
- se avtaler om hjemmebesøk og avbestille besøk
- få varsler om utførte hjemmebesøk på tekstmelding eller e-post

Denne løsningen er i drift og kommunene kan ta i bruk DigiHelse via en integrasjon til sitt EPJ-system.

DigiHelsestasjon⁷

DigiHelsestasjon er en meldingstjeneste mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og innbygger. Innbygger kan på en sikker og trygg måte sende og motta meldinger, få oversikt over avtaler, motta varslinger og få tilgang til relevant informasjon. Innbyggerne kan:

- sende og motta meldinger fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- se avtaler og avbestille avtaler
- få varsler om planlagte avtaler på tekstmelding eller e-post

Denne løsningen er i drift og kommunene kan ta i bruk DigiHelse via en integrasjon til sitt EPJ-system. DigiHelsestasjon er tatt i bruk i de kommunene analysen representerer.

DigiUng⁸

DigiUng er et program for å samle offentlige tjenester og informasjon for ungdom på ett sted.

⁶ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/meldinger-og-kalender-pa-helsenorge.no-digihelse/om-losningen/>

⁷ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digihelsestasjon/om-digihelsestasjon/>

⁸ [Hjem | Digi-Ung \(digiung.no\)](https://www.digiung.no/)

Kjernejournal (KJ) ⁹

Alle fastboende i Norge har en kjernejournal, med unntak av de som har reservert seg mot det. Kjernejournal er et sanntids helseregister der helsepersonell kan få informasjon fra flere offentlige kilder. Kjernejournal er tatt i bruk i de kommunene analysen representerer.

Innbyggerne har tilgang til sin kjernejournal via helsenorge.no og kan se hvem som har vært i deres KJ, samt sette begrensninger for innsyn. Kjernejournal er tatt i bruk av alle sykehus, legevakter og mesteparten av fastlegene i Norge. Vinteren/Våren 2021 startet utrulling av kommunale helse og omsorgstjeneste, der KJ integreres med kommunenes eksisterende elektroniske innbyggerjournaler. I Trøndelag har 25 kommuner nå tilgang til KJ via sitt EPJ-system.

Tilgjengelige funksjoner i dag er blant annet: informasjon om innbyggeren (eks. navn, adresse, pårørende, fastlege), innbyggerens egne registreringer (eks. sykdomshistorikk, vansker med syn/hørsel, donorkort), legemidler (eks. gyldige e-resepter, utleverte legemidler), kritisk informasjon (eks. overfølsomhetsreaksjoner, kritiske medisinske tilstander), epikriser og vaksinasjoner. Det planlegges videre bredding og videreutvikling av KJ. Blant annet jobbes det med å få inn prøvesvar og radiologisvar, digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner, oversikt over avtalte behandlings- og omsorgstiltak, helsekort for gravide, legemiddelberedskap (mulighet til å varsle innbyggere med livsviktig informasjon for eksempel om legemidler er trukket fra markedet).

Pasientens legemiddelliste (PLL)¹⁰

Pasientens legemiddelliste vil gi alt helsepersonell på tvers av helsetjenestene tilgang til en oversikt over hvilke legemidler som er skrevet ut til innbyggeren. Innbyggeren vil ha digital tilgang til sine legemiddelopplysninger via helsenorge.no.

PLL skal gi en mer effektiv hverdag for helsepersonell og økt kvalitet og sikkerhet i legemiddelbehandlingen. Det er en komplisert oppgave å realisere målet om en felles legemiddelliste. Det innebærer blant annet behov for lovendring, ny sentral forskrivningsmodul og utbredelse av kjernejournal. Pasientens legemiddelliste er under pilotering i Bergen og det er usikkert når denne løsningen er klar for bredding.

Helsenorge¹¹

Helsenorge.no er en felles inngang til helsetjenester på nett. Der finner innbyggerne kvalitetssikret og oppdatert informasjon om helse, livsstil, sykdom, behandling og rettigheter og mulighet for sikker samhandling og dialog med helseaktører. Per mars 2023 har innbyggere muligheter til å gå inn på følgende tjenester:

- innboks- meldinger og brev fra helsetjenesten
- timeavtaler- timer og avtaler med helsetjenester
- henvisninger- Henvisning til sykehus eller spesialist

⁹ <https://www.helsenorge.no/kjernejournal/>

¹⁰ <https://www.ehelse.no/prosjekt/innbyggerens-legemiddelliste-pll>

¹¹ <https://www.helsenorge.no/om-helsenorge-no/>

- Legemidler- Resepter på medisiner og utstyr
- Prøvesvar: svar på koronatest, prøver og undersøkelser.
- Helsekontakter: behandlere og kontaktpersoner.
- Pasientjournal: journaldokumenter fra sykehus.
- Koronasertifikat: dokumentasjon av beskyttelse og test.
- Vaksiner: oversikt over registrerte vaksiner.
- Pasientreiser: se dine reiser og søk om dekning av utgifter.
- Frikort og egenandeler: registrerte egenandeler og frikortstatus.
- Bestille Europeisk helsetrygdekort.
- Bytt fastlege: finn og bytt fastlege, eller stå på venteliste.
- Sykdom og kritisk informasjon.
- Dokumenter: egne dokumenter lagret i helsenorge.no.
- Donorkort: digitalt donorkort for organdonasjon.
- Verktøy: kurs og andre verktøy for læring og mestring.
- Velg behandlingssted: ventetider og informasjon om behandlingssteder.
- Kjernejournal: opplysninger og bruk av kjernejournal.
- Helseregistre: opplysninger og bruk av helseregistre.
- Forskning og screening: helseundersøkelser og kliniske studier.
- Meld bivirkninger: si fra om bivirkninger på legemidler og vaksiner.
- Varsle om alvorlig hendelse: meld fra om svært alvorlige hendelser i helsetjenesten.

Man kan logge inn i helsenorge.no via PC eller app.

Sentral forskrivningsmodul (SFM)

Direktoratet for e-helse ønsker å etablere mer enhetlig forskrivningsstøtte, understøtte videre utbredelse av e-resept og bidra til økt kvalitet i e-resept. SFM vil være et nyttig verktøy for å sikre kvalitet i forskrivning og høy innbyggingsikkerhet.

SFM er en løsning som skal dekke helsepersonell sitt behov for håndtering av deres innbyggers legemiddelopplysninger, med unntak av dokumentasjon av administrering av legemidler. SFM består av flere komponenter som sammen danner en helhetlig løsning som gjøres tilgjengelig for pasient som en integrert løsning i EPJ (elektronisk pasientjournal). Sentral forskrivningsmodul erstatter forskrivningsmodulen og skal løse flere av dagens utfordringer. SFM vil:

- Gi en pasientvennlig løsning som ivaretar alle pasienters behov.
- Vil ha støtte for multidoser i e-resept og innbyggers legemiddelliste.
- Sentralt driftet av nasjonal tjenesteleverandør.
- Bidra til effektiv forvaltning og utbredelse av e-resept til nye aktørgrupper.
- Bidrar til økt samtidighet og understøtter effektiv endringshåndtering av e-resept.
- Oppfyller lover, forskrifter og krav som settes til legemiddelmoduler.

SFM er under utprøving og er allerede integrert mot enkelte EPJ-systemer.

Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

VKP er en tjeneste som håndterer dataflyt mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, for eksempel elektroniske innbyggerjournaler. Målet er å tilrettelegge for utbredelse av velferdsteknologi, slik at det kan bli en naturlig og integrert del av helse- og omsorgstjenestene. Mulige positive effekter er:

- VKP sørger for effektiv ressursbruk ute i helsetjenestene ved å binde systemer sammen slik at helsepersonell slipper å bruke tid på å registrere det samme flere steder.
- VKP bidrar til økt tjenestekvalitet ved at riktig informasjon er tilgjengelig for dem som trenger den, når de trenger den.
- VKP støtter opp under markedsinnovasjon og næringsutvikling ved å være en åpen, leverandøruavhengig og nøytral plattform som er lett å koble seg til. Leverandører av velferdsteknologiske løsninger og journalsystem trenger bare å forholde seg til knutepunktet for å utveksle data med andre systemer i kommunene eller spesialisthelsetjenesten.
- Gjennom arbeidet med VKP så utarbeides standardiserte profiler for informasjonsinnhold som er relevant innen velferdsteknologi. Dette gjøres i tett dialog med leverandører.
- VKP er fremtidsrettet, leverandørenes tilpasninger til VKP vil tilfredsstillende krav i det fremtidige felles rammeverket for samhandling i helsesektoren.

Helse- og omsorgsdepartementet stoppet overføring av Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) til Norsk helsenett (NHN) i juni 2022. Årsaken er at det i dag ikke foreligger en omforent finansieringsmodell for forvaltning og drift av løsningen. Dette kommer på plass i løpet av 2023, men fører til at VKP har begrenset kapasitet i 2023. Det er besluttet at kommuner som skal tiltre Helseplattformen i 2023 er prioritert.

Prioriterte aktiviteter for e-helseløsninger for kommunene

De ulike nasjonale samhandlingskomponentene vil være mulig å integrere uavhengig av hvilke journalsystemer kommunene velger.

Under følger en liste over porteføljen over prioriterte aktiviteter for e-helseløsninger for kommunene i 2023:

Portefølje 2023		Felles tiltak for kommunal sektor i 2023 (ikke prioritert rekkefølge)	Innsatsområde
Innføringsaktiviteter for kommunene i 2023 (prioritert rekkefølge)	Innsatsområde		
1. Innføre ny løsning for tilgang til inntekts- og skattedata til vederlagsberegning for praktisk bistand og institusjonsopphold	Digitale fellesløsninger	• Pilotere og ferdigstille DigiHelsestasjon ungdomsløsningen til nasjonal innføring	Innbyggertjenester
2. Innføring av Kjernejournal i sykehjem- og hjemmetjenesten	Legemiddelområde	• Utprøving og innføring av Sentral forskrivningsmodul (SFM)	Legemiddelområdet
3. Innføring av DigiHelsestasjon, basisløsning	Innbyggertjenester	• Utprøving av Pasientenes Legemiddelliste (PLL) i Bergen kommune og erfaringsdeling	
4. Innføring av Helseplattformen i Midt-Norge	Digitale fellesløsninger	• Ferdigstille styringsdokument for Felles Kommunal Journal for kommuner utenfor Midt-Norge. Dokumentet gjennomgår nå ekstern kvalitetssikring og innspillsrunde med plan om ferdigstilling mars 2023. Prosjektet beskriver en alternativ gjennomføringsstrategi med ambisjon om å gjennomføre fire utprøvinger i samarbeid med kommuner, leverandører og NHN: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oversikt over kommunale tjenester ○ Diagnoser og behandlingshistorikk ○ Realiserbart plattformkonsept ○ Skalering og gjenbruk i flere kommuner 	Digitale fellesløsninger
5. Legge til rette for innføring og påkobling til velferdsteknologisk knutepunkt i tråd med de valgte kriterier for prioritering	Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging	• Anvende tillitsmodellen samt tilhørende prinsipper i digitaliseringsprosjekter og for digital samhandling	Digital samhandling
6. Innføre de gjeldene versjoner av elektronisk meldingsutveksling ved kommunikasjon med samhandlingsparter	Digital samhandling	• Infrastruktur for datadeling innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging	
7. Innføring av DigiHelse	Innbyggertjenester	• Forberede dokumentdeling i kjernejournal basert på erfaringer fra utprøving på legevakt og KAD, samt ved å innføre kjernejournal og eID for ansatte	Digital samhandling
		• Legge felles språk i kommunal sektor til grunn når det etableres behandlingsplaner og/eller veiledende planer i oppfølging av brukere	Digital samhandling
		• Innarbeide Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi i kommunene	Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
		• Utrede godkjennings- og sertifiseringsordning for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging	Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging
		• Utvikle beste praksis kravspesifikasjoner på utvalgte velferdsteknologier/løsninger	Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging

Figur: KS sin oversikt over prioriterte aktiviteter for nasjonale e-helseløsninger for kommunene i 2023.

Direktoratet for e-helse gjorde en kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger.¹² Kartleggingen viser at mange EPJ dekker flere brukergrupper, og markedet er i endring. De fleste EPJ for brukergrupper med avklart tjenstlig behov har integrasjon med kjernejournal. Flertallet av EPJ uten integrasjon planlegges integrert innen Q3 2024. De fleste EPJ har støtte for e-resept, unntatt flere EPJ for pleie- omsorgstjenester og tannleger. Flertallet planlegger støtte for e-resept innen utløpet av 2024. EPJ-leverandører planlegger utvikling av støtte for pasientens legemiddelliste for aktuelle brukergrupper innen utløpet av 2024 og tre EPJ innen pleie- og omsorgstjenester er integrert med Velferdsteknologisk knutepunkt.

Finansiering av nasjonale e-helseløsninger

I desember 2021 fastsatte Helse- og omsorgsdepartementet endring i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger som pålegger virksomhetene å bruke løsningene og betale for forvaltning og drift av dem. Den forutgående høringsrunden viste massiv motstand fra kommunene mot det kommunene og KS oppfattet som å gi fra selvstyret, og bli pålagt betalingsplikt for statlig nasjonal utvikling.¹³

Endringene innebærer at:

- Helsenettet pålegges alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven fra 1. januar 2022.
- Kjernejournal pålegges helseforetak, private sykehus, kommunal legevakt og fastleger fra 1. juli 2022. Avtalespesialister fra 1. januar 2024.
- E-resept pålegges helseforetak, kommunal legevakt, fastleger, apotek og bandasjist fra 1. juli 2022, og private sykehus og avtalespesialister fra 1. januar 2023.

¹² [Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger v1.0.pdf](#)

¹³ [Høringssvar om endringer i pasientjournalloven - KS](#)

- Helsenorge.no - tilgjengeliggjøring av tjenester for selvbetjening, dialog og innsyn pålegges helseforetak fra 1. januar 2023.

Utover plikt til bruk av helsenettet, ble det ikke pålagt plikt til bruk av nasjonale e-helseløsninger for den kommunale helse- og omsorgstjenesten med unntak av fastleger og kommunale legevakter. Per april 2023 ser det ut som kommunene ikke tar bruk kjernejournal i større grad selv om de betaler for det.

Helseteknologiordningen

På oppdrag fra regjeringen har Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Helsedirektoratet og KS, utredet hvilke tiltak en ny helseteknologiordning kan inneholde. KS har presisert at deres rolle har vært å gi innspill underveis i prosessen. I utredningen står følgende:

“Ordningen skal gjennom finansielle og andre virkemidler gi incentiver for kommunene til å igangsette anskaffelser av bedre journaløsninger og innføre velferdsteknolog. Formålet med ordningen er å avlaste risiko for kommuner som går foran, stimulere kommunene til å samordne seg, bidra til mer forutsigbarhet for leverandørene og legge til rette for investeringer og innovasjon. Standardisering, normering og veiledning skal bidra til at kommuner og leverandører har tydelige krav og rammer å forholde seg til”
(Utforming av en helseteknologiordning, versjon 1.01).

Helseteknologiordningen skal etter planen tre i kraft i 2024, og 2023 skal benyttes til å innhente kunnskap og erfaring for hvert av tiltakene slik at man kan justere utformingen av tiltakene underveis. Les mer om ordningen under «vurderinger».

Koordinering av innføring nasjonale e-helseløsninger

Det er flere aktører som er delaktig i utprøving, utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Direktoratet for e-helse har derfor publisert et veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2026.¹⁴

Analysen av de nasjonale e-helseløsningene viser pågående utvikling og innføring, og fokuserer på følgende områder som så langt er tatt inn i veikartet:

- Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge.
- Helsepersonell skal ha tilgang til:
 - Pasientens legemiddelliste.
 - En oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon.
 - Journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp.

I tillegg er to andre strategisk viktige områder tatt inn i veikartet:

- Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging.

¹⁴ [Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2026 versjon 22.01 - ehelse](#)

- Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger.

Målet er at veikartet skal gi en oversikt over pågående aktiviteter, status og planer fremover, og kan være et beslutningsgrunnlag for prioritering og finansiering av e-helsetiltak i årene som kommer.

Forventet utvikling av dagens journalsystemer

Kommunene i analyse benytter følgende EPJ-systemer per 2023:

	Profil	HsPro	Winmed/ CGM	System X	Hove Total	Pridok
Kommunale helse- og omsorgstjenester	x					
Legevakt			x	x		
Helsestasjonene		x				
Private fastleger			x	x	x	
Kommunale fastleger			x	x		x
DMS - kommunal del	x			x		

Tabell: oversikt over pasientjournalsystemer i prosjektkommunene per 2023.

Visma har varslet en gradvis utfasing av Visma Profil og en tilsvarende innfasing av Visma Flyt Helse. Flyt Helse vil være skybasert og skal ha betydelig bedre muligheter for ytterligere samhandling med andre systemer sammenlignet med Visma Profil.

2023-2025 vil være preget av en hybridmodell med funksjonalitet som både er lokalt installert (Visma Profil) og skybasert (Visma Flyt). Les mer om dette under «Nullplussalternativet» under. Visma Profil vedlikeholdes til 2027, og mulig lenger.

Visma HsPro erstattes på sikt av Visma Flyt Helsestasjon. Visma har meddelt at de først vil prioritere overgang fra Profil til Flyt Helse. Det er mulig Visma Flyt Helsestasjon vil integreres med Visma Flyt Helse, og ikke bli en egen modul.

Hove Medical Systems har varslet at de vil stanse all utvikling av sin løsning System X, til fordel for en ny, skybasert løsning, Hove Total. En konsekvens av dette er at løsning for elektronisk samhandling ikke vil være kompatibel med nye meldingsversjoner etter 1.1.2024. Tjenester (legekantor og Inntrøndelag DMS) i kommunene i analysen med System X vil dermed måtte kjøpe nytt system i løpet av 2023. For CGM Winmed og Pridok som benyttes av legekantor og legevakt er det ikke varslet endringer.

Værnesregionen DMS benytter Visma Profil i egen base for den kommunale delen av drifta. På helseforetakdelen benytter DMS Doculive. DMS Inntrøndelag benytter per 2023 System X.

Det er svært tett sammenkobling mellom arbeids- og dokumentasjonsprosessene for helsepersonell som gir medisinske tjenester til pasienter ved DMS. Det er en kjent utfordring

at helsepersonell ved DMS har vært avhengig av å finne arbeidsprosesser/work-arounds med to ulike journalløsninger. Det er gjennom årene gjort flere forsøk på å løse dette utfordringsbildet, uten at lovverket har gitt mulighet for dette.

DMS-ene i kommunene i analysen vurderte i en felles forhandling med Helseplattformen AS å innføre Helseplattformen også for den kommunale delen av drifta. DMS-ene konkluderte i desember 2022 med at dette ikke var hensiktsmessig på det tidspunktet på grunn av usikkerhet om Helseplattformen kunne levere riktig funksjonalitet for DMS. DMS Inntrøndelag gjorde en ny vurdering våren 2023, men konkluderte med å avvente ettersom de var usikre på når Helse Nord-Trøndelag vil innføre Helseplattformen, og DMS ønsker å ta i bruk løsningen for kommunal del samtidig som helseforetaket/helseforetak-delen av DMS.

OPPSUMMERING NULLALTERNATIVET

Nullalternativet for kommunene i analysen er å beholde dagens systemer. Forventet utvikling er at kommunene har en strategi om å ta i bruk aktuelle nasjonale løsninger så raskt som mulig for å ta ut ønskede gevinster. Fordi Visma Profil gradvis fases ut vil nullalternativet ha kort varighet, anslått til 2027, mulig noe lenger.

Det kommer stadig mer funksjonalitet i nasjonale e-helseløsninger. Disse bidrar til økt samhandling og flere teknologiske muligheter for innbyggerne.

Prinsipielle spørsmål

Nullalternativet er ikke et alternativ på lang sikt for kommunene. Nullalternativet er likevel viktig for å ha et sammenligningsgrunnlag for investeringsalternativene som referansealternativ.

NULLPLUSSALTERNATIVET

Dersom nullalternativets levetid er svært kort, kan man vurdere å utvikle et minimumsalternativ (nullplussalternativ) som skal sammenlignes med nullalternativet. Vi har vurdert om det å bli med Visma sin gradvise overgang til ny, skybasert løsning kan anses som et nullplussalternativ. Visma skisserer per 2023 en plan der funksjonalitet gradvis flyttes fra Profil over til den nye løsningen, Flyt Helse. Per april 2023 er planen at overgangen skal være slutført i 2026.

Prinsipielle spørsmål

Systemansvarlige for Profil i Stjørdal kommune har vurdert at det er uheldig å innføre Visma Flyt Helse før overgangen fra Profil er ferdigstilt. Årsaken til dette er todelt:

1. For det første kan det være en pasientsikkerhetsrisiko at helsepersonell må holde data oppdatert to steder; noe legges i Profil og noe i Flyt Helse. Det anses ikke som god praksis, men er ikke ulovlig. Det vises her til Fylkesmannens tilsynsrapport i Trondheim kommune i 2012, merknad 2, der fylkeslegen observerer journalføring i

to systemer, men anser likevel ikke dette som et avvik etter lov eller forskrift.¹⁵ Kravet er at system for journalføring skal oppleves som helhetlig, og det er rutinene og mulighet for å få tak i opplysningene som avgjør om journalføringen oppleves helhetlig. Likevel anses dette som en mulig risiko ved en gradvis overgang fra Profil til Flyt.

2. For det andre ser systemansvarlige at denne typen journalføring vil være en tidstyv for helsepersonell og en for stor belastning i en allerede travel hverdag.

Innkjøpssamarbeidene i kommunene har vurdert om kommunene kan gå direkte over fra Visma Profil til Visma Flyt Helse. Visma Flyt er en skybasert løsning, i motsetning til Visma Profil som er klientbasert. Dette betyr at Visma Flyt er en ny tjeneste og for å ta i bruk en ny tjeneste forutsettes signering av en ny tjenesteavtale. Slik ny avtale vil forutsette en offentlig anskaffelse.

Kravet for offentlige anskaffelser mellom NOK 100 000 og NOK 1 400 000 (i perioden 2022-2024) krever at oppdragsgiver skal sørge for at det er konkurranse om kontrakten. Oppdragsgiver må gjøre anskaffelsen kjent for et rimelig antall leverandører, for å oppnå best mulig pris og kvalitet i det relevante markedet.

Etter å ha mottatt estimater fra Visma for Visma Flyt for kommunene i prosjektet er det klart at innkjøpet vil måtte konkurranseutsettes. For mindre kommuner kan anskaffelsen falle under den nasjonale terskelverdien på NOK 1 400 000, og dermed kan anskaffelsen skje med innhenting av tilbud fra minst tre leverandører.

Det anses etter dette at det ikke finnes et nullplussalternativ for kommunene i analysen. Dette alternativet siles derfor ut av analysen.

ALTERNATIV EGEN PLATTFORM

Oslo kommune startet i 2020 et arbeid med å lage sin egen løsning for at journalsystemer kan snakke sammen. I mars 2023 melder Oslo kommune at de fortsatt jobber opp mot markeder for å etablere løsninger som skal understøtte oppgaver som ikke støttes i god nok grad i de eksisterende EPJ-løsningene. Oslo kommune har ingen systemer som kan erstatte dagens EPJ-systemer, men jobber med løsninger som et supplement til eksisterende system. Prosjektet fikk status for dette arbeidet fra helseetaten i Oslo kommune i slutten av mars 2023:

- Bystyrenotat 22/4338 – 2, svar fra byråd Steen på spørsmål fra Lae:

«Anskaffelse av ny EPJ ble revurdert på bakgrunn av flere forhold. Etter dialog med markedet og debatten rundt Akson-prosjektet så Oslo behov for en annen tilnærming hvor man så på mulighetene for å løse behovene gjennom en stegvis tilnærming for å redusere risiko og kostnader og bygge intern kompetanse. Vi

¹⁵ [Rapport fra tilsyn med forsvarlige helse- og omsorgstjenester ved Øya helsehus, Trondheim kommune 2012 | Helsetilsynet](#)

etablerte derfor et eget produktområde i Origo, «Hersedata i Oslo» i et samarbeidet med Helseetaten.

Det er ikke lagt opp til at Hersedata i Oslo skal lage et nytt, felles pasientjournalssystem, ei heller konkurrere med dagens leverandørmarked. Hersedata i Oslo skal lage løsninger som binder dagens og nye systemer til helsetjenestene sammen. I tillegg kan området levere systemer der markedet ikke har gode nok løsninger som er tilpasset våre helsetjenester og våre kliniske arbeidsprosesser. I første omgang arbeides det med bedre informasjonsflyt i ny storbylegevakt. Dette arbeidet har gitt mye innsikt i hvordan aktuell kravsetting til nye journalssystemer kan gjøres.

Det er fortsatt aktuelt å anskaffe nye journalssystem, og erfaringene opparbeidet i Hersedata vil da benyttes i eventuelle slike anskaffelser.»

- Helseetaten skal i samarbeid med Oslo Origo (Oslo kommunes egen digitaliseringsetat) utrede alternativer for hvordan fagsystem og systemstøtte for helse- og omsorgstjenester kan videreutvikles. Strukturering og tilgjengeliggjøring av data, effektive driftsmodeller, og vurderinger av forholdet mellom anskaffelser og egenutvikling inngår i arbeidet.
- Oslo kommune bidrar i Felles kommunal journal (FKJ)¹⁶ i arbeidssporet Felles krav og føringer til anskaffelser
- Arbeid med målbildet «Utarbeide en nåsituasjonsanalyse og forslag til målbilde for fagsystemene etaten forvalter, i lys av ambisjoner om å sikre eierskap til egne data, tilrettelegging for sikker drift og løpende utvikling som svarer til virksomhetenes behov, herunder beskrive hvordan vi kan dele data på tvers av systemene internt i Oslo kommune og med andre forvaltningsnivåer.» (ref. tildelingsbrev)

Å utvikle en egen plattform som får journalløsninger til å snakke sammen har prosjektet vurdert som et urealistisk alternativ for kommunene i analysen. Dette alternativet siles derfor ut av analysen.

ALTERNATIV HELSEPLATTFORMEN

Beskrivelse av løsningen

Helseplattformen er det nye journalsystemet som helseforetakene i Midt-Norge og Trondheim kommune har anskaffet, og som kommuner kan ta i bruk, uten en anskaffelse. Løsningen er anskaffet gjennom et offentlig-offentlig samarbeid mellom helseforetak og kommuner i Midt-Norge. Private fastleger, avtalespesialister, avtalefysioterapeuter og andre private aktører i regionen kan også kjøpe seg inn i løsningen.

Helseplattformen gir mulighet for et felles journalssystem for alle aktørene i helsetjenesten i Midt-Norge. Dette er forventet å gi en rekke gevinster, blant annet bedre brukervennlighet, økt kvalitet på legemiddelhåndteringen, mer innbyggerinvolvering og ikke minst bedre

¹⁶ [Felles kommunal journal - KS](#)

samhandling mellom tjenestenivåene. Helseplattformen er ett av de alternative strategiene for visjonen om Én innbygger - én journal fra Stortingsmeldingen i 2012.

Løsningen tar visjonen bokstavelig og gir ett, felles journalsystem for alle aktører. IT-løsningen innbefatter pasientadministrasjon, pasientjournal og samhandlingsplattform for både kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Når kommunen tar i bruk løsningen, innebærer dette at dagens fagsystemer innenfor helse- og omsorgstjenestene, helsestasjon/skolehelsetjeneste, kommunale fastleger og legevakt erstattes med Helseplattformen.

Bakgrunnen for anskaffelsen er ifølge rapporten fra Riksrevisjonen:

- De regionale helseforetakene Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF og Helse Vest RHF ønsket i 2015 ikke en felles løsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten fordi det pekte mot anskaffelse av en stor standardløsning og dermed utskiftning av journalløsningen de nylig hadde investert i for sine sykehus. RHF-ene så ikke tidspunktet for utskiftning som riktig. De tre regionene valgte å samarbeide om å videreutvikle sine journalsystemer.
- I 2015 hadde Helse Midt-Norge RHF allerede jobbet lenge med planer om å skifte ut sine journalsystemer i sykehusene i regionen, i et prosjekt som senere fikk navnet Helseplattformen. Da det ble klart at 2015-utredningen ikke ville innstille på en felles løsning for både primær- og spesialisthelsetjenesten, opplyste Helse Midt-Norge RHF i et brev til departementet at de kom til å jobbe videre på regionalt nivå.
- Styringsgruppen for utredningen ønsket at kommunene i Midt-Norge skulle inngå i det videre nasjonale arbeidet med kommunal journal, men det regionale helseforetaket tok med seg kommunene i sin region i arbeidet med Helseplattformen. Senere ga Helse- og omsorgsdepartementet Helseplattformen status som regionalt utprøvningsprogram i det nasjonale arbeidet.

Det er bygget integrasjoner til de nasjonale tjenestene som Kjernejournal, e-resept og Helsenorge.no slik at helsetjenestene i Midt-Norge automatisk blir del av den nasjonale utviklingen gjennom Helseplattformen. Noen av tjenestene som vil utvikles nasjonalt over tid, er allerede bygd inn i Helseplattformens løsning.

Midtnorske kommuner kan tiltre Helseplattformen i ulike innføringsløp. Først ute var Trondheim kommune som tok i bruk løsningen 7.5.2022. St. Olavs Hospital og 6 nye kommuner tok i bruk løsningen i november 2022 og Levanger og Verdal innførte den i februar 2023. Ålesund kommune innførte Helseplattformen i april 2023. Deretter følger kommunene og resterende helseforetak i nye løp, per april 2023 planlagt gjennomført til våren 2026. Kommunene i analysen er plassert i siste innføringsløp for kommuner. Per april 2023 estimerer Helseplattformen AS dette å være april/mai 2026.

Ved å tiltre Helseplattformen blir kommunen også deleier av Helseplattformen og kjøper aksjer i Helseplattformen AS. Helse Midt-Norge RHF eier 60 % av aksjene, kommunene 40 %

(hvorav Trondheim kommune eier største andel). Kommuner som kjøper seg inn kjøper aksjer fra Trondheim kommune sin andel etter innbyggertall.

Innføringsprosjektet er per 2023 19 måneder, med et forprosjekt (7 måneder) og et hovedprosjekt (12 måneder). For å få delta i forprosjektet signerer kommunen en «avropsavtale» som er en avtale der kommunen og Helseplattformen forplikter seg til å sette av ressurser til forberedelser. Signering av endelig juridisk bindende avtale skjer før oppstart av hovedprosjektet.

En viktig forutsetning for at Helseplattformen skal bli vellykket er at alle aktører tar del i løsningen. Særlig fastlegenes tilslutning anses som kritisk. Per april 2023 jobber Helseplattformen med ny funksjonalitet for fastleger, og dette antas utprøvd fra høsten 2023 og være klar for bredding i 2025.

Finansieringen fra myndighetene for Helseplattformen er et statslån på 600 millioner. Dersom noen av de 66 midtnorske kommunene ikke innfører systemet, dekkes den forholdsmessige andelen av statslånet og denne delen av lånet gjøres om til et tilskudd.

OPPSUMMERING ALTERNATIV HELSEPLATTFORMEN

Helseplattformen er ett av to langsiktige alternativer for kommunene i analysen.

Prinsipielle spørsmål

Kommunene i analysen har vurdert om kommunene kan bli pålagt å ta i bruk Helseplattformen. Les mer om dette under «Vurdering Helseplattformen».

ALTERNATIV ANSKAFFELSE

Et alternativ for kommunene i analysen er å anskaffe andre dokumentasjons- og samhandlingsløsninger for helse- og omsorgssektoren enn Helseplattformen, og i tillegg ta i bruk aktuelle nasjonale e-helseløsninger. Kommunene ønsket å undersøke om dette alternativet vil gi god kost-knytte.

Det er flere mulige underkategorier i dette alternativet ettersom kommunene gjennom kommende anskaffelser kan velge å fokusere på ulike behov og ulike gevinster.

Hva skal anskaffelsen bestå av?

I en anskaffelse kan kommunene fokusere på ulike behov og ha ulike ambisjonsnivå. Forprosjekt før anskaffelsen bør stramme opp målbildet, beskrive hvilke behov som skal prioriteres og avklare anskaffelsesstrategien.

En ny EPJ må antas å være grunnstammen i anskaffelsen.

Kommunene kan anskaffe et økosystem med flere moduler/komponenter/systemer som er spesialtilpasset de ulike tjenestene/profesjonene (best for breed), der disse knyttes sammen gjennom åpne API-er.

API (Application Programming Interface) er en kode som brukes for å utveksle data mellom to forskjellige systemer eller apper. En API-integrasjon hjelper systemene å kommunisere med hverandre uten at mennesker er involvert. Når API-et til to systemer er koblet sammen, åpner det opp for en strømlinjeformet deling av data og automatiserte prosesser. Noen konkrete eksempler der API spiller en rolle er når du betaler med Vipps eller Klarna i en nettbutikk eller når du logger inn via Google eller Facebook.

For at systemene skal «snakke sammen» må leverandørene avtale hvordan API-ene kan benyttes.

I tidligere anskaffelser har Værnesregionen ønsket seg en plattformleverandør som kan fungere som en «broker», en megler som setter sammen ulike tjenester og apper fra ulike leverandører, og som dermed sørger for at vi til enhver tid har de beste systemene. Det har vist seg å være utfordrende å finne en sånn leverandør.

Alternativt kan strategien være å anskaffe ny(e) EPJ(-er) og ulike tilleggskomponenter (f. eks medisinskap, interne samhandlingsløsninger eller talegjenkjenning.), der kommunen tenker at nasjonale e-helseløsninger skal bidra til den eksterne samhandlingen.

For at alternativet anskaffelse skal ha potensiale til å oppnå målbildet i dialognotatet fra markedsdialogen trenger kommunene en nasjonal samhandlingsløsning, som sørger for at samhandling med eksterne aktører er noe mer enn dagens løsning med e-meldinger.

Økosystem kontra suiteløsning

Det finnes flere definisjoner på hva et digitalt økosystem kan være. En god og allmenn definisjon er at det er en gjensidig avhengig gruppe av selskaper, mennesker og/eller objekter som deler standardiserte digitale plattformer for å oppnå et felles mål som skaper verdi for alle parter. Hvis vi skal oversette dette til den settingen vi nå er inne i så kan det f. eks være et antall kommuner som sammen anskaffer et eller flere samvirkende datasystemer på helsefronten, og som knyttes sammen via nasjonale komponenter og berikes med funksjonalitet fra 3. partsløsninger, alt knyttet sammen via åpne API-er.

I en slik setting kan man også betrakte Helseplattformen som en komponent i et større digitalt økosystem. Helseplattformen må også utveksle data med de samme nasjonale komponentene.

Isolert sett er Helseplattformen helt klart en suiteløsning som ofte holdes frem som en motsats til et digitalt økosystem. Her er flere ulike løsninger for flere grupper av brukere samlet i et og samme system. En viktig definisjon på en suiteløsning er én eller flere, sammenhengende datakilder. Helseplattformen har samlet data for sykehus, fastleger, helsestasjoner og pleie og omsorg i en felles database, hvor dataene er skilt fra hverandre basert på tilgangsstyring, og passer helt klart til definisjonen på en suite løsning.

Hvis nå en annen leverandør tar sikte på å samle sine løsninger for sykehus, fastleger og kommunal omsorg under en paraply, så kan også de fort falle inn under definisjonen av en suiteløsning.

Det kan være problematisk å opprettholde et klart skille mellom et økosystem og en suite løsning, da alt avhenger av hvilken kontekst man betrakter løsningen i. En kan derfor spørre seg om det gir mening å plassere systemer i den ene eller andre båsen.

Web parts

Web part er enkle programsnutter som settes sammen til en webbasert brukerflate eller web applikasjon om man vil. Disse gjør det enklere å bygge web baserte applikasjoner og kan gi en raskere utvikling enn ved bruk av tradisjonell programmering. Bruk av web parts gjør det også enklere å endre retning i et utviklingsløp og å rette feil.

Best of breed

Når man tenker på økosystem innenfor IT, mener man å velge det beste systemet for akkurat den profesjonen som skal benytte systemet - best of breed. Det er flere fordeler med bruk av økosystem generelt, blant annet er systemet og funksjonaliteten tilpasset sluttbrukeren. Eksempler på dette i dag er at vi benytter Profil til elektronisk pasientjournal for kommunehelsetjenesten, HsPro på helsestasjon og legespesifikke system til legekantor og legevakt. Men i dette eksemplet er ikke samhandlingen en del av økosystemet, da det rett og slett ikke finnes noe godt alternativ enn meldingsutveksling per dags dato. Vi har derfor ikke et fullkomment økosystem i dag.

Plattform er det motsatte av økosystem. Man har én plattform som skal dekke alle profesjonenes behov. Hvis man skal bruke det samme eksemplet som ovenfor, betyr det at man benytter det samme systemet/plattformen, for elektronisk pasientjournal, helsestasjon, legekantor og legevakt. I og med at de alle er i samme plattform, jobber man i samme system. På den måten blir samhandlingen ivaretatt innad i plattformen jf. Helseplattformen. En må benytte andre metoder for samhandling med aktører utenfor aktuell plattform.

Under skisseres noen fordeler og ulemper med økosystem og plattform:

Best-of-Breed (Økosystem)		All-in-One (Plattform)	
Fordeler	Ulemper	Fordeler	Ulemper
System og funksjonalitet tilpasset funksjon/sluttbruker	Har ofte ulike grensesnitt	Et system å forholde deg til. "One Point of Access"	Er ofte mindre brukervennlig
Høyere brukervennlighet	Ivareta og vedlikeholde integrasjoner i økosystemet	Alt er ferdig integrert/ Out of the box	Mangler ofte "Best of breed" funksjonalitet
Ofte enklere support og opplæring		Én leverandør å forholde seg til	Låst til en stor leverandør. Lite fleksibilitet.
Langt høyere utviklingsfart på ny funksjonalitet kontra plattform			Storskala implementasjon.
Ikke låst til én leverandør			

Best-of-Breed (Økosystem)		All-in-One (Plattform)	
Programvare designet for et spesielt fagområde			

VIRKNINGER AV ALTERNATIVENE

Prosjektet har tallfestet virkningene for alternativene Helseplattformen og anskaffelse så langt mulig der det finnes tilgjengelig informasjon, og innenfor tids- og ressursrammene for analysen. Nyttevirkninger er i liten grad tallfestet eller verdsatt i kroner, men vurdert kvalitativt gjennom verbal beskrivelse i en kostnadsvirkningsanalyse.

Modellen for samfunnsøkonomiske analyser beskriver en mulighet for å vurdere virkninger etter pluss-minusmetoden, hvor ikke prissatte virkninger vurderes etter betydning og omfang, som til sammen utgjør en konsekvens. Forskningsprogrammet Concept ved NTNU har belyst svakheter ved pluss-minusmetoden gjennom et forbedringsprosjekt for prissetting av ikke-prissatte virkninger fra 2020.¹⁷ Veilederen for samfunnsøkonomisk analyse punkt 3.5.6 sier videre at «*når et tiltak har et stort omfang av ikke-prissatte virkninger, bør man være varsom med å sammenstille disse. Og i tilfeller der det ikke er mulig å gjøre en slik sammenstilling uten samtidig å foreta politiske prioriteringer, bør sammenstillingen overlates til beslutningstaker.*»

Prosjektet har etter dette valgt å framstille ikke-prissatte virkninger gjennom fordeler og ulemper ved alternativene i stedet for å benytte pluss-minusmetoden.

Det er hentet data fra nasjonale beskrivelser for helsesektoren og fra empiri i egne organisasjoner. Det omfattende arbeidet med beskrivelse av nåsituasjonen i Værnesregionen har gitt gode innspill til å vurdere kvalitative virkninger. Forarbeidet til anskaffelsen av Helseplattformen har også gitt innspill til å vurdere virkninger.

Prosjektet har beregnet kostnader for en anskaffelse av en ny EPJ og Helseplattformen. Kostnad for nullalternativet er satt opp som sammenlikningsgrunnlag. I arbeidet har prosjektet benyttet kostnadsestimeringsmodellen som er utarbeidet for Helseplattformen versjon 1.2. Kostnadene inkluderer både investerings-, drift- og vedlikeholdskostnader.

BERØRTE GRUPPER

Prosjektet opplever at det er de samme gruppene som berøres for begge de langsiktige alternativene; Helseplattformen eller anskaffelse av andre løsninger.

I dialognotatet til markedsdialogen har prosjektet definert berørte grupper for nye dokumentasjons- og samhandlingsløsninger gjennom behovsbeskrivelsen. Det vises til de 11

¹⁷ [Rapport Forbedring av metode for vurdering av ikke-prissatte virkninger i samfunnsøkonomiske analyser](#)

effektmålene for Helseplattformen, som er ambisjoner for kommunene i analysen. Disse beskriver effekter for innbyggeren, helsetjenesten og samfunnet.

Primært skal tiltaket føre til gode tjenester for innbyggerne våre. Sekundært skal tiltaket bidra til at helsetjenestene løser oppgavene sine bedre, bedre samarbeid med brukerne og andre aktører, og bidra til tjenester av god kvalitet og effektivitet. Tertiært skal tiltaket spille bedre på samfunnets samlede ressurser.

Nye løsninger skal føre til høyere behandlingskvalitet og færre pasientskader, tilgang til kontinuerlig oppdatert klinisk kunnskap basert på beste praksis og sømløs samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

BRUKERE AV TJENESTER

Brukerne av tjenestene i kommunene vil først berøres indirekte av nye løsninger gjennom at medarbeiderne får nye arbeidsverktøy. I en overgangsperiode under innføringen av nye løsninger kan brukerne oppleve økt bruk av vikarer i tjenestene. Dette skyldes behov for å ta medarbeidere ut av tjenestene for opplæring. Kommuner som har innført Helseplattformen refererer til stor ekstra ressursbruk ved opplæring.

På sikt er ambisjonene at nye løsninger skal føre til at innbyggeren opplever en helhetlig helsetjeneste. Innbyggerne skal ha enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp. Innbyggerne skal gis mulighet til å bo lengre i egen bolig, og behovet for offentlig tjenesteyting skal reduseres ved at tjenester som tilbys gjennom generiske forløp ivaretar en helhetlig funksjonsvurdering.

MEDARBEIDERE I KOMMUNENE

Medarbeiderne i helsetjenestene

Medarbeiderne i helse- og omsorgstjenestene vil i stor grad berøres idet det forutsettes at nye løsninger også betyr nye arbeidsmetoder i deres daglige arbeid. Ved en eventuell anskaffelse bør derfor medarbeiderne i tjenestene involveres i stor grad for å få god forankring.

Når nye løsninger skal innføres vil medarbeiderne delta i forberedelse og opplæring. Tidligere erfaringer med innføring av nye løsninger er at dette kan oppleves som både utfordrende og inspirerende. At det krever noe ekstra av medarbeiderne er det liten tvil om.

Medarbeidere skal oppleve at en ny løsning vil føre til effektivisering og bedre ressursbruk, samt gi en økt kvalitet på dokumentasjonen som utføres.

Ledere

Ledere i kommunene er en viktig berørt gruppe for tiltaket. Tiltaket vil kreve god kompetanse i ledelse generelt, og i endringsledelse spesielt. Erfaringene så langt fra

innføringen av Helseplattformen er at lederne spiller en viktig rolle i en vellykket innføring. Prosjektet antar det også vil gjelde ved anskaffelse og innføring av andre løsninger.

Kommunenes ambisjoner er at nye løsninger skal gi bedre styringsinformasjon som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift.

Systemansvarlige og superbrukere

En eller annen form for ansvarlig ressurs for EPJ-systemet vil det være behov for (som i dag) uansett om kommunene velger Helseplattformen eller en anskaffelse. Oppgavene vil kunne variere avhengig av løsningen(e) som velges, men de mest tidkrevende oppgavene som brukerstøtte og opplæring vil uansett bli liggende på en ressurs i kommunene. Superbrukere vil være en førstelinjesupport for nye løsninger, og en kan se for seg at dagens systemansvarlige blir en en-og-en halv-linjesupport som «ledende superbruker/EPJ-ansvarlig», som er bindeledd mellom superbrukere og leverandør.

Support fra IT

Ved innføring av nye løsninger vil IT-enheten spille en viktig rolle for en god innføring. Det er uklart hvilket behov det vil bli for lokal support fra IT når løsningen er i drift. Dette gjelder både for drift for Helseplattformen og ved en anskaffelse av andre løsninger.

ANDRE BERØRTE GRUPPER

Interne samhandlingsform og -arenaer vil kunne berøres dersom en kommuneregion velger ulike løsninger. Les mer om dette under avsnittet om «Fordelingsvirkninger».

Andre eksterne berørte grupper for nye dokumentasjons- og samhandlingsløsninger er private fastleger, pårørende, leverandører og kommunenes samhandlingsparter.

Med utgangspunkt i de berørte gruppene skal man finne ut hva som blir de reelle virkningene av alternativene. Virkningene beskrives som endringer sammenlignet med nullalternativet.

Generelt har prosjektet sett alternativene mot behovene som skissert i dialognotatet for markedsdialogen:

«Oppdragsgivers behov

Oppdragsgiver skal ha en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, der vi utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige og forsvarlige tjenester av høy kvalitet. Løsningen skal bidra til kostnadseffektive tjenester, herunder målbare direkte og indirekte gevinster.

Vi ønsker å ta i bruk løsninger som understøtter standardiserte, effektive og sømløse tjenesteforløp i helse- og omsorgstjenestene. Vi skal forbedre de offentlige tjenestene og styrke samhandlingen mellom involverte interessenter. Vi trenger løsninger som understøtter dokumentasjon og samhandling for hele livsløpet.

En ny løsning skal bidra til å nå de helsepolitiske målene om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Grunnlaget for dette er å ha informasjon lett tilgjengelig i sanntid uavhengig av arbeidsflate. Alle involverte parter skal oppleve løsningen som forbausende enkel, stabil, sømløs og tilgjengelig. Kunstig intelligens og beslutningsstøtte er en selvfølge. Løsningen skal ha en moderne tilgangsstyring for brukeradministrasjon. Tilgangsstyringen skal være automatisk og intelligent.

Innbygger skal:

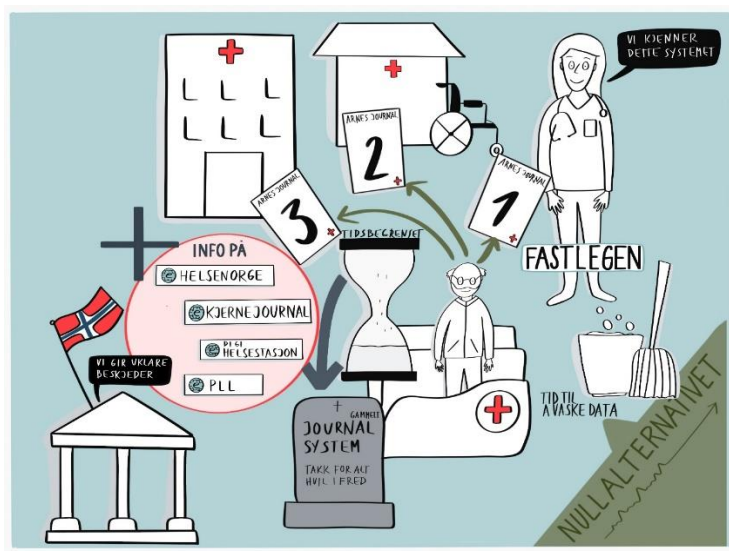
- oppleve en helsetjeneste som bidrar til trygghet, mestring og selvstendighet
- kunne delta aktivt og ha oversikt over eget behandlingsforløp
- kunne samhandle med aktører i hele tjenestespekteret

Løsningen skal understøtte LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå) og legge til rette for bruk av teknologiske løsninger, for eksempel digital hjemmeoppfølging, digitalt tilsyn med mer.

Framtidig løsning skal være fleksibel og samhandle med nåværende og fremtidige løsninger/system både internt i kommunene, og eksternt hos andre samarbeidspartnere. Dette stiller krav til åpne standarder/API. Til enhver tid gjeldende lover, forskrifter, retningslinjer og nasjonale føringer må tilfredsstilles i løsningen. Integrasjoner mot nasjonale komponenter er en selvfølge. Dette gjelder både dagens og fremtidige behov og krav.»

VIRKNING NULLALTERNATIVET

Selv om nullalternativet vurderes å ha kort levetid har prosjektet gjort en vurdering av fordeler og ulemper.



Illustrasjon: nullalternativet.

Tema	Fordel	Ulempe
Support	God support på Profil og HsPro. Både telefon og Community brukerportal.	Support er åpen kun i kontortid. Support på CGM helsestasjon fungerer dårlig.
Nedetid av systemer	Driftssikkert, ligger på lokale servere.	Alle oppgraderinger må skje i kontortid om man skal ha bistand fra Visma og lokal IKT. Ingen support for feilretting utover kontortid. Kreves nedetid ved store oppgraderinger.
Fremtidig drift	Dagens versjon av Profil og HsPro vil bli erstattet av Flyt Helse og Flyt Helsestasjon Journalssystemene ivaretar pr i dag, alle lovpålagte oppgaver, og dokumentasjon innenfor kravene i lovverket.	Visma vil legge mer og mer av fokuset over på Flyt Helse og Flyt Helsestasjon.
Kostnader	Relativt lav årlig kostnad til bruk, support, lisenser mm.	All utvikling, nye funksjoner og integrasjoner gir økte kostnader. Økt kompleksitet i journalssystemene krever mer avsatt tid for systemansvarlig.
Opplæring	Ettersom kommunene har hatt programmene over mange år, fungerer kollegaopplæring til en viss grad.	Manglende system for opplæring gir lav utnyttelse av journalssystemene og med påfølgende manglende helhetlig forståelse og systematisk dokumentasjon.
Brukervennlighet	Ansatte er kjent med dagens journalssystem, noe som medfører mindre behov for opplæring enn ved nytt system. Ikke behov for omfattende og intensiv opplæring.	Selv om ansatte er kjent med Profil er det vanskelig å få ut strukturert informasjon eller registrere strukturert informasjon. Dette medfører dobbeltføring og bruker mye tid på å lete etter informasjon. Gir dårligere pasientsikkerhet.
Brukervennlighet		Ikke et intuitivt system. Du må lære deg hvordan du skal gjøre det. Vanskelig å tenke seg til hvordan man skal gjøre ting.
Brukervennlighet		Informasjon må legges på ulike steder som f. eks Iplos som må registreres på 3 ulike plasser i Profil.

Tema	Fordel	Ulempe
		Dette kan medføre at det ikke blir gjort, noe som fører til manglende informasjon.
Ansattes fornøydheth	Ansatte er relativt fornøyd fordi det fungerer og de kjenner systemet.	Samtidig er mange misfornøyd fordi programmene er tungvinte og lite intuitive.
Saksbehandling	Utføres i Profil og fungerer godt. Saksbehandling og vedtak er lett tilgjengelig for ledere og utøvende enheter.	
Vederlagsberegning og egenandeler Fakturering til Helfo	Utføres i Profil og fungerer godt. Utføres i HsPro. Utføres i CGM.	
Mobil enheter	Profil har mobil enhet som gjør at man kan dokumentere og lese informasjon hjemme hos pasient.	Mobil omsorg gir ikke full funksjonalitet. Problemer med innlogging. Avhengig av god nettdekning. Mobil omsorg gir kun tilgang til enkelte elementer i journalen, for eksempel mangler man å kunne sende elektroniske meldinger.
Legejournal	Det er egen legemodul i Profil.	Legene ønsker ikke å bruke legemodulen. Kan ikke forskrive digitale resepter.
Lokal tilpassing	Det er i stor grad mulig å bygge opp journalsystemene til lokale forhold og ønsker, f.eks. rapportstruktur, tjenester mm.	Gjør det vanskelig å overføre informasjon mellom samhandlingsparter. Ulikt kodeverk.
Integrasjon mot sentrale e-helseløsninger	Journalleverandørene følger sentrale føringer og lager integrasjoner mot f.eks. Kjernejournal.	Krever oppgradering og medfører ekstra kostnader for kommune. Kommunen kan velge å ikke koble seg opp.
Arkivering og digital post	Svar-UT er på plass og i bruk i dagens versjon av Profil/ HsPro Dette brukes til å sende brev digitalt til samhandlingsparter og innbyggere med digital postkasse. Sparer arbeid og papir.	Krever oppgradering og medfører ekstra kostnader for kommune. Kommunen kan velge å ikke koble seg opp.

Tema	Fordel	Ulempe
Innbyggerdialog	Innbyggerdialog er en funksjonalitet i både Profil og HsPro.	Innbyggerdialog er ikke tatt i bruk i kommunene rapporten representerer. Ikke en funksjonalitet i CGM.
Tilgangsstyring	Lokal tilgangsstyring med dagens Profil/HsPro. Systemansvarlige kan tilpasse akutte behov innenfor lovverket på kort varsel.	Opp til den enkelte kommune i hvor stor grad man ønsker å være nøye på informasjon som registreres. Ingen krav i systemet til ID-sikkerhet på operatører. Sårbarhet da det er enkeltpersoner som utfører lokal tilgangsstyring.
Responscenterløsning	Integrasjoner mot ulike typer velferdsteknologi er på plass. Brukes i varierende grad. Responscenterløsningen er integrert mot Profil.	
Rapporter	Det kan tas ut ulike rapporter i de ulike journalsystemene.	Mulighet til å ta ut rapporter er generelt dårlig.
Arbeidslister	Det er en løsning for generering av arbeidsruter for ambulerende tjenester i Profil i dag. Kan oppgraderes til Ruteplanlegger med integrasjon til bemanningssystem.	Krever at arbeidslister vedlikeholdes kontinuerlig. Oppgradering til Ruteplanlegger krever ressurs og kostnad.

KOSTNADER

Prosjektet har beregnet årlige kostnader ved nullalternativet. Til forskjell fra de to langsiktige alternativene krever ikke nullalternativet et innføringsløp, med til hørende innføringsprosjekt, herunder opplæring i nytt EPJ-system for alle medarbeiderne. Kostnadsmodellen for Helseplattformen blir derfor ikke like relevant for nullalternativet, men modellen er benyttet i den grad det har latt seg gjøre og inkluderer opplæring, arbeidskostnader mm.

Tall for Stjørdal, Steinkjer og Meråker kommuner er utgangspunktet for beregningene. Snåsa og Frosta er representert gjennom Meråker-tallene, Tall for Inderøy er beregnet forholdsmessig som et snitt per innbygger per 2. kvartal 2022 (jf. estimeringsmodell for Helseplattformen) basert på Meråker-tall.

Beregningene er gjort ut fra erfaringstall fra 2022. Ettersom nullalternativet har begrenset varighet er analyseperioden vurdert å være 5 år fra 2023.

	Steinkjer	Stjørdal	Frosta/Meråker/Snåsa	Inderøy
Total årlig kostnad nullalternativet	kr 3 018 400	kr 2 282 000	kr 449 600	kr 1 282 000

Tabell: beregnet netto kostnad for nullalternativet.

VIRKNING ALTERNATIV HELSEPLATTFORMEN

Det er vedtatt 8 overordnede og prioriterte gevinstmål tilknyttet innføringen av Helseplattformen.



Figur: De 8 gevinstmålene for Helseplattformen.

GEVINSTER – TIDSTYVER

Direktoratet for e-helse vurderte i Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste fra 2018¹⁸ at det er «*uhensiktsmessig å kvantifisere målene i form av absolutte eller prosentvise endringer i ressursbruk eller kvalitet. Dette skyldes at det finnes lite statistikk knyttet til dagens tilstand i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at organisering av tjenestetilbudet og ansvarsområder er i stadig utvikling.*»

Prosjektet har likevel tallfestet noen gevinster på grunnlag av et arbeid Trondheim kommune har gjennomført.

Trondheim kommune har jobbet med gevinstrealisering knyttet til innføring av Helseplattformen siden 2017. I dokumentet Prosessbeskrivelse Gevinstberegninger Del 1 –

¹⁸ Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Én innbygger – én journal), 2018: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/konseptvalgutredning-nasjonal-losning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

Tidstyver beskrives det at: «*Gevinstpotensialet ved at store tidstyver med dagens løsninger vil reduseres eller forsvinne med innføringen av Helseplattformen tilsvarer et foreløpig innsparingspotensial på ca. 60 MNOK i året for Trondheim kommune gitt dimensjonen på tjenestene i dag. Med utgangspunkt i fremtidig dimensjonering av tjenestetilbudet vil det langsiktige potensiale være over 80 MNOK i året*»¹⁹.

I desember 2021 startet Stjørdal kommune arbeidet med å gjennomføre tilsvarende tidstvykartlegging basert på Trondheim kommunes modell. Dette ble utført for de områdene Trondheim kommune hadde størst gevinst, det vil si overvåkning av E-link i Hjemmetjenesten og Dobbeltføring av dokumentasjon i Bo- og aktivitetstilbud (BOA).

Overvåkning E-link

Hjemmetjenesten i Trondheim kommune kunne med tidligere journalsystem ikke sjekke E-link (elektroniske meldinger) fra mobile løsninger. De var avhengig av å hver tredje time kjøre til kontoret for å sjekke dette på stasjonær PC. Med Helseplattformen vil E-link vil være mulig å se på håndholdt enhet som unngår kjøring til kontoret med mindre meldingen krever aksjon. Trondheim kommune beregnet at de ville ha en årlig besparelse på kr. 8 936 835,- når de med Helseplattformen vil kunne overvåke E-link fra håndholdt enhet.

Tilsvarende besparelse for Stjørdal kommune ble estimert til kr. 244 868,-. I og med at tre av fire hjemmetjenesteenheter i Stjørdal kommune er samlokalisert med bosenter praktiserer enhetene at sykepleier som er inne på bosentrene også overvåker e-meldingene for pasientene som mottar hjemmesykepleie. Det er i så måte bare Halsen sone der man kan gjennomføre samme regnestykke som TK har gjort her.

Dobbeltføring av dokumentasjon i BOA

Trondheim kommune har kartlagt at de med tidligere journalsystem må journalføre de samme opplysningene flere steder i EPJ i Bo- og aktivitetstjenesten. Dette i form av at de bruker 30 minutter per dag per ansatt på å dobbeltføre informasjon. Ved å innføre Helseplattformen vil de ha en årlig besparelse på kr. 6 269 698,- ved at denne dobbeltføringen opphører.

Tilsvarende tjenester i Stjørdal kommune dobbelfører ikke dokumentasjon i form av at de journalfører de samme opplysningene flere steder i EPJ. Besparelsen blir derfor kr. 0,-.

Holte Consulting leverte 31. januar 2022 rapporten «*Kvalitetssikringsrapport. Gjennomgang og kvalitetssikring av gevinstberegningene i Helseplattformen*»²⁰. Her pekes det på ti områder som må forbedres i forhold til gevinstberegningen som Trondheim kommune har gjennomført. Stjørdal kommune vurderte det som lite hensiktsmessig å jobbe videre med

¹⁹ [Prosessbeskrivelse Gevinstpotensiale Del 1 Tidstyver - Deles \(soft\) \(helseplattformen.no\)](#)

²⁰ [Rapport Kvalitetssikring av Del 1 - tidstyver.pdf - Google Disk](#)

gevinstberegningen før disse områdene var forbedret. Trondheim kommune opplyser i april 2023 til prosjektet at de planlegger å oppdatere modellen høsten 2023 og at de forventer gevinster fra 2025.

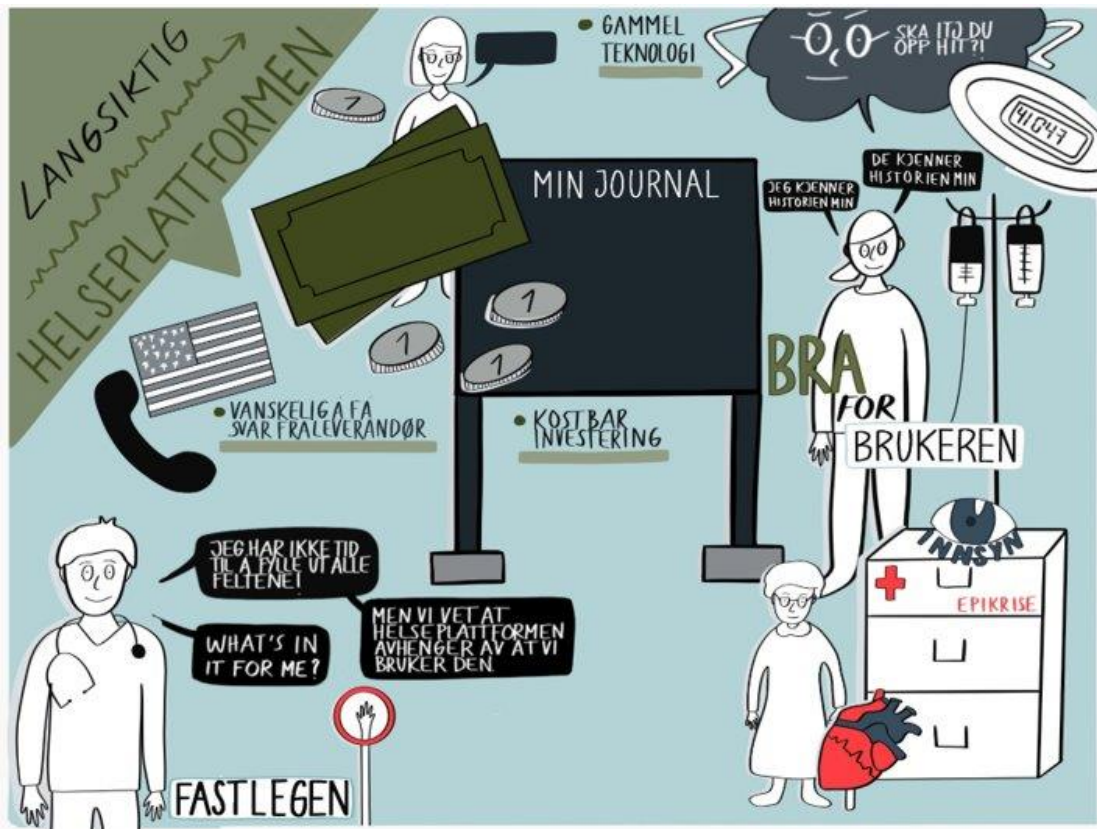
FORDELER- OG ULEMPER HELSEPLATTFORMEN

Under følger en framstilling over fordeler og ulemper for Helseplattformen – overordnet, helsefaglig og for IKT.

Helseplattformen - overordnet	
Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Et felles journalsystem – "en innbygger, en journal" - gir et utgangspunkt for å skape en sammenhengende helsetjeneste. • Brukerportalen HelsaMi gir innbyggerne tilgang på mer informasjon og medvirkning enn hva som er mulig gjennom Helsenorge. • Felles journal og måte å jobbe på/dokumentere gjør det enklere å samarbeide både internt og eksternt. • Gjennom bedre verktøy for tilgangsstyring vil det kunne gi økt sikkerhet rundt tilganger til rett pasient. • Aktuelle og relevante integrasjoner er på plass. • Helseplattformen skal bedre kvaliteten på dokumentasjonen og journalføringen. • Bedre verktøy for styring og å hente rapporter vil gi ledere mulighet for å utvikle tjenestene, samt hente data for å se større sammenhenger og utviklingsprognoser. • Midt-Norge utvikler journalen i felleskap og slipper å stå alene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Flere apper og innlogginger (HelsaMi, Helsenorge, osv.) kan forvirre innbyggerne. • Utviklingen kan ta lang tid dersom alle eiere/parter må bli enige. • Mulige utfordringer med å avstemme behov mellom helseforetak og kommuner. • Det rapporteres om mange klikk og steg for å enkle handlinger i systemet – tungvint og mer tidkrevende. • Helseplattformen oppleves mer rigid og tungvint, og ikke like fleksibelt som andre løsninger. • En mer formell tilgangsstyring oppleves mer tungvint da det ikke gir det samme rommet for ulike snarveier. • En risiko ved å gjennomføre "big bang"-innføring kontra en gradvis innføring. • Utviklingsrelatert aktivitet vil binde opp helsepersonell i kommunene i form av deltagelse i ulike fagklynger. Dette er personell som det er knapphet på per i dag.

Helseplattformen - helsefaglig	
Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Alle helseopplysninger er tilgjengelige for alt helsepersonell som skal hjelpe pasienten: <ul style="list-style-type: none"> • Felles legemiddelliste • Overføring mellom nivåer blir sikrere mht. informasjonsoverføring. Bl. a informasjon om siste gitt medikasjon er umiddelbart tilgjengelig. • Blodprøver\ labanalyser bestilt andre plasser er tilgjengelige for alle. • Røntgensvar bestilt andre plasser til tilgjengelige for alle. • Diagnoser tilgjengelig for alle. • Viktig informasjon er lett tilgjengelig. • Informasjon som legges inn er tilgjengelig for alle med tilgang til pasienten. • Fordel for de pasienter som pendler mellom hytta og hjemme, når dette er i ulike kommuner og dermed ulike journalsystem jf. I dag. • Felles maler/ metoder for kartlegging. • Bedre brukerstøtte da man får "hjelp" av systemet til å systematisere dokumentasjon av faget. • Ulike brukergrensesnitt tilpasset de ulike tjenester og behandlingsforløp. • Ansatte kjenner systemet om de bytter jobb mellom kommuner og sykehus. • Felles språk - felles forståelse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mye informasjon, brukergrensesnittet oppleves overveldende. • Arbeidsflytene oppleves ikke intuitive. • Ny begrepsbruk – samsvarer ikke med begrepsbruk i den øvrige helsetjenesten eller det som brukes i tjenesten. • Brukergrensesnittet i løsningen er ineffektivt og medfører økt ressursbruk fra helsepersonellet. • Helseplattformen er ulik alle andre systemer. • Helsepersonell rapporterer etter innføring av de bruker mer tid på dokumentasjon. Om dette er tilfellet også etter innføringsperioden vil dette være en ulempe for helsepersonell som vil få mindre tid til pasientkontakt.

Helseplattformen - IKT	
Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Support og driftstøtte 24\7 kan kjøpes som en tilleggstjeneste. • Det kommer nye versjoner av Epic/Helseplattformen 4 ganger i året. Mye utviklingsarbeid (inkl. kostnadene) skjer internasjonalt og det vil norske brukere få nytte av. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigid system for håndtering av klienter (utstyr). • Citrix basert, må ha Workspace klient på PC-ene. • Systemet skalerer dårlig på ulike skjermstørrelser (gjelder også Rover). • Lokal IT får ikke lengre full råderett over våre PCer.



Illustrasjon: alternativ Helseplattformen

En fordel med Helseplattformen er at man gjennom en felles journalløsning slipper kostnadene med integrasjoner mellom ulike journalløsninger. Integrasjonskostnader er en stor og økende kostnadsdriver i helsesektoren.

KOSTNADER

Prosjektet har ikke regnet på anskaffelseskostnadene ved Helseplattformen. Dette er kostnader kommunene hadde i 2016-2018. Over 400 fagekspertter fra Midt-Norge bidro, og et enda større antall helsearbeidere for å gå opp pasientflyter. 4 000 krav til Helseplattformen ble utarbeidet.

Helseplattformen AS har i samarbeid med de midtnorske kommunene utarbeidet en kostnadsestimeringsmodell for investerings- og driftskostnadene. Denne estimatmodellen baserer seg på følgende:

- En andel av hva det koster å bygge en fellesløsning.
- Engangslisenser knyttet til bruk av Epic-løsningen og IBM.
- Kostnader knyttet til innføring, samt migrering av data og integrasjon mot ulike kommunale systemer som skal behandles.
- Engangskostnader knyttet til opplæring og instruktører.

Investeringskostnaden knyttet til å innføre Helseplattformen for kommune inkluderer utvikling og kjøp av selve systemet, samt nødvendig lokale investeringer mm. Kostnaden til

datamigrering og -integring utgjør en stor del av investeringskostnaden. Nøkkelfordelingen på kostnader til datamigrering og integrasjon fordeles 30 % flatt mellom kommunene og 70 % etter innbyggertall. Dette bidrar til at kostnaden per innbygger blir høyere, jo mindre kommunen er. Alle kommuner har fått tjenesteprisen oversendt fra Helseplattformen AS. Denne kostnaden er fast og konsumprisindeksreguleres når kommunen innfører løsningen.

Kostnadsestimatet er beheftet med usikkerhet. Uavklarte områder er mulig forsinket produksjonssetting og kostnad til årlig forvaltning. Det er videre usikkerhet rundt drifts- og forvaltningsmodell. Helseplattformen AS er et selskap som ikke har som mål å gå med overskudd, og kommunene vil kun betale sin andel av faktisk påløpte kostnader. Et grunnleggende prinsipp i det offentlige samarbeidet er effektiv bruk av offentlige midler og det vil hele tiden søkes de mest kostnadseffektive løsningene, kvalitet tatt i betraktning.

I tillegg til investeringskostnaden, vil det påløpe en årlig forvaltningskostnad (drift, vedlikehold, support, lisenser mm.) Usikkerhetsavsetning på 7 % er inkludert.

Avskrivningstid for programvare ble endret fra 5 år til 15 år i 2020, jf. budsjett og regnskapsforskriftens § 3-4, c. Etter at budsjett- og regnskapsforskriften ble fastsatt i 2019 sier departementet at de har blitt oppmerksom på at enkelte typer investeringer i IT-løsninger kan forventes å ha en brukstid som er vesentlig lengre enn den gamle maksimale avskrivningsperioden på 5 år. Dette vil typisk gjelde større prosjekter hvor det utvikles løsninger spesielt tilpasset enkeltkommuner eller flere kommuner. Utviklingen av Helseplattformen og Akson ble trukket frem som eksempler.

Stjørdal og Meråker kommuner har, etter å ha konferert med andre miljøer, vurdert at 15 år er for lang tid for denne typen programvare, og besluttet å benytte avskrivningstid på 10 år.

Ved kontraktsinngåelse overdras aksjer fra Trondheim kommune til kommunene, som blir formelle eiere av Helseplattformen AS. Helseplattformen AS har 1 000 aksjer til en pris på NOK 1 000 per aksje. Aksjeandelen baseres på innbyggertall.

Estimerte kostnader

Stjørdal og Steinkjer kommuner

Prosjektet har benyttet estimeringsmodell for Helseplattformen versjon 1.2 i arbeidet. Alle kommuner har fått en fastsatt tjenestepris fra Helseplattformen AS som ligger i kostnadsestimeringsmodellen.

Innføring av Helseplattformen i Stjørdal kommune vil medføre investeringsrelaterte engangskostnader på 68,5 mill. Gitt at disse utgiftene aktiveres og avskrives over 10 år, vil Stjørdal få avdrags- og renteutgifter i tråd med tabellen under. Det er forutsatt en rentesats på 4 %. Utgifter til kommunalt sekretariat, forvaltningskostnader og besparelser vil påløpe «til evig tid», uavhengig av avskrivningstid. Prosjektet forutsetter her at Steinkjer sine

kostnader er relativt sammenliknbare med Stjørdal. Beløpene i tabellen er oppgitt i millioner kroner.

10 års avskrivning													
År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Avdrag	6,85	6,85	6,85	6,85	6,85	6,85	6,85	6,85	6,85	6,85	-	-	-
Renteutgift	2,74	2,46	2,19	1,92	1,64	1,37	1,10	0,82	0,55	0,27	-	-	-
Kommunalt sekretæriat	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30
Årlige forvaltningskostnader	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79	5,79
Bortfallskostnader (besparelser)	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01	- 1,01
SUM NETTO UTGIFTSØKNING PER ÅR	14,66	14,39	14,11	13,84	13,57	13,29	13,02	12,75	12,47	12,20	5,08	5,08	5,08

Tabell: Estimerte årlig netto utgiftsøkning for Stjørdal/Steinkjer kommune med Helseplattformen.

Med en avskrivningstid på 15 år vil investeringsrelaterte engangskostnader fordeles over en lengre periode, og årlig utgift blir følgelig lavere (12,4 mill. i år 1 og 9,8 mill. i år 15).

Frosta, Meråker og Snåsa kommuner

Innføring av Helseplattformen i Meråker kommune vil medføre investeringsrelaterte engangskostnader på om lag 5,9 mill. Gitt at disse utgiftene aktiveres og avskrives over 10 år, vil Meråker få avdrags- og renteutgifter i tråd med tabellen under. Det er forutsatt en rentesats på 4 %. Utgifter til kommunalt sekretariat, forvaltningskostnader og besparelser vil påløpe «til evig tid», uavhengig av avskrivningstid. Prosjektet forutsetter her at Frosta og Snåsa sine kostnader er relativt sammenliknbare med Meråker. Beløpene i tabellen er oppgitt i millioner kroner.

10 års avskrivning													
År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Avdrag	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	-	-	-
Renteutgift	0,36	0,32	0,29	0,25	0,22	0,18	0,14	0,11	0,07	0,04	-	-	-
Kommunalt sekretæriat	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Årlige forvaltningskostnader	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72	0,72
Bortfallskostnader (besparelser)	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50
SUM NETTO UTGIFTSØKNING PER ÅR	1,51	1,47	1,44	1,40	1,37	1,33	1,29	1,26	1,22	1,19	0,25	0,25	0,25

Tabell: Estimerte årlig netto utgiftsøkning for Frosta/Meråker/Inderøy kommune med Helseplattformen.

Med en avskrivningstid på 15 år vil investeringsrelaterte engangskostnader fordeles over en lengre periode, og årlig utgift blir følgelig lavere (1,2 mill. i år 1 og 0,87 mill. i år 15).

Inderøy kommune

Prosjektet har ikke hatt tilgang til oppdatert estimat for Helseplattformen for Inderøy kommune, men har hatt tilgang til forrige versjon for Inderøy. Prosjektet estimerer kostnadene ut fra et gjennomsnitt per innbygger. De beregnede utgiftene for Stjørdal og Meråker kommuner utgjør en årlig kostnad per innbygger på NOK 592. Inderøy hadde per 2. kvartal 2022 6 832 innbyggere (jf. kostnadsmodell for Helseplattformen). Gjennomsnittlig årlig netto utgiftsøkning for Inderøy estimeres etter dette å utgjøre 4 mill. ved 10 års avskrivningstid.

Kommunene i analysen har i ulik grad tatt høyde for innføring av Helseplattformen i sine økonomiplaner 2023-2026 (per 1.1.2023). Økonomiplanen legges for fire år, men vedtas fra år til år, og kan derfor justeres. Frosta, Snåsa og Steinkjer kommuner har ikke satt av midler til Helseplattformen i økonomiplanperioden per 2023. Stjørdal har satt av 6 000 000 NOK i

driftskostnader fra 2025. Meråker har satt av 400.000 NOK til drift og 8 000 000 NOK i investering i 2026. Inderøy har satt av 23 000 000 NOK i investeringsbudsjettet for 2025.

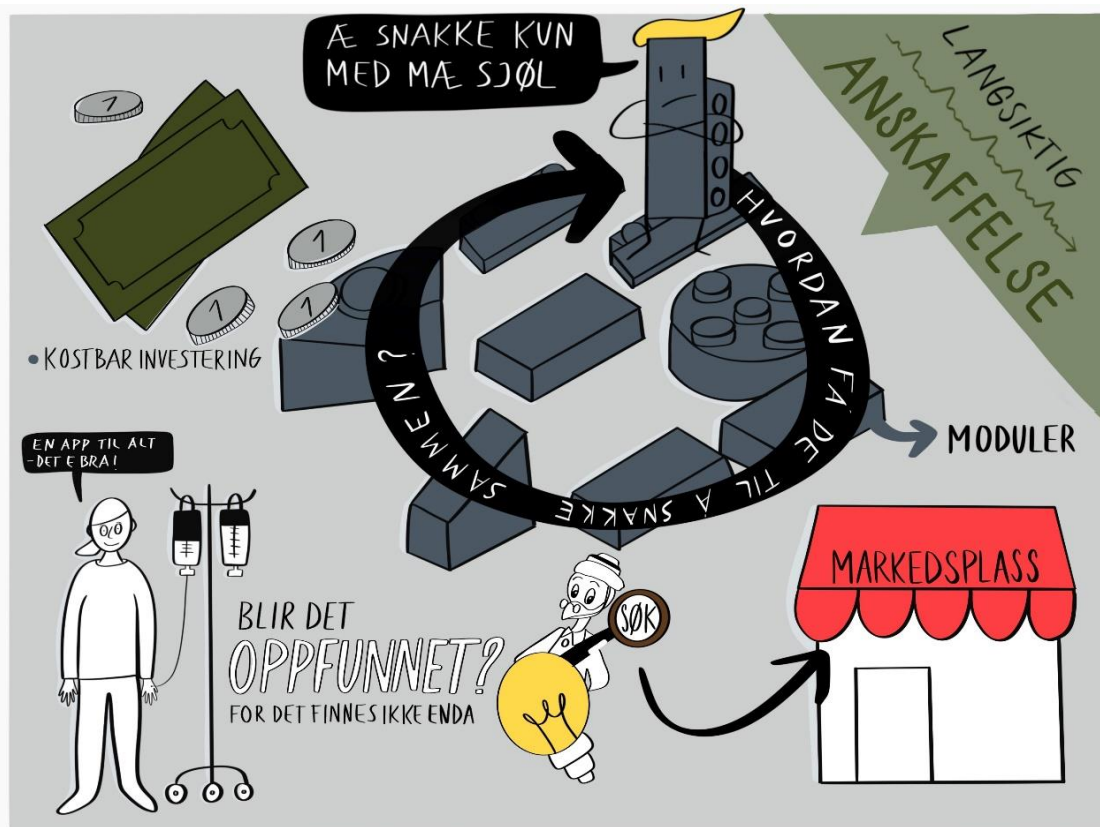
VIRKNING ALTERNATIV ANSKAFFELSE

Under følger en framstilling over fordeler og ulemper for alternativ anskaffelse – overordnet, helsefaglig og for IKT.

Anskaffelse - overordnet	
Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen kan selv velge ambisjonsnivå ut fra eget behov. • Imøtekommer det nasjonale målbildet som har gått fra tanken om ett system til et økosystem. Det betyr en løsning som åpner opp for at ulike systemer kan spille sammen i det som for brukerne fremstår som én enhet. • Kommunene har selv kontroll over kostnader til drift og forvaltning av systemet/systemene. • Kortere avtaleperiode som gir kommunene valgfrihet og påvirkningsmuligheter. • En anskaffelsesprosess gir kommunene økt kompetanse innen ulike type løsninger. • Kan velge hvilke løsninger en skal gå for, opp imot kostnader (kost/nytte- hva MÅ vi ha, hva ønsker vi å ha). • Kan få konkurranse på pris i stedet for å akseptere en ferdig forhandlet avtale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunene blir ikke en del av det regionale målbildet om en samlet løsning, og går glipp av gevinster som kan komme med Helseplattformen, slik som felles journal. • Ved å velge et annet journalsystem tar vi bort muligheten for innbyggerne kan få kommunale tjenester inn i HelsaMi-appen, som store deler av Trøndelag vil benytte. • Om vi går til en anskaffelse som består av ulike journalsystem må vi selv ta ansvar for at de ulike systemene "snakker" sammen. • Ressurskrevende overgang til nytt system med overføring av helsedata, tjenester og økonomi. •

Anskaffelse - helsefaglig	
Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Kan benytte særegne løsninger som er tilpasset ulike fagfelt. • Større påvirkningskraft for videreutvikling ut fra behov. • Mulighet for enkelt brukergrensesnitt som kan gi mindre behov for opplæring. • 1. linjesupport fra leverandør. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring på bruk av ulike løsninger. • Samhandling blir like oppstykket og "forsinket" som i dag. • Ulike metoder for måling, kartleggingsskjema osv. • Kommuner vil ha ulike muligheter i sine systemer. Oppgradere og implementere i ulikt tempo. • Ukjente systemer ved jobbskifte • Pasienter oppholder seg oftere i andre kommuner (på hytta) øker risiko for at viktig informasjon mangler i vurdering da helsehjelpen vil dokumenteres i ulike journalsystemer.

Anskaffelse- IKT/teknisk	
Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none"> • Tilpasse løsninger ut fra den enkelte kommunes behov. • Større valgfrihet og påvirkning til å stille krav til leverandørene, eksempelvis når det gjelder teknisk infrastruktur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Krevende å drifte ulike løsninger. • Utfordrende å holde oversikt over sammenhenger og integrasjoner. • Avhengig av systemforvaltere som er stabile/har kontinuitet og har avsatt nok tid til utvikling.



Illustrasjon: alternativ Anskaffelse

KOSTNADER

Prosjektet har estimert kostnader ved anskaffelse av en ny EPJ-løsning. Modellen for kostnadsestimering for Helseplattformen versjon 1.2 er benyttet som utgangspunkt for estimatet.

I beregningene har prosjektet forutsatt anskaffelse av en mer intuitiv og brukervennlig EPJ enn Helseplattformen. Det er derfor satt av 50 % mindre tid til opplæring og halvparten av ressursene til organisasjonsutvikling sammenliknet med Helseplattformen. Estimater er i tillegg basert på priser prosjektet har fått oppgitt fra en EPJ-leverandør, erfaringer fra dagens system og beregninger for opplæring i drift lokalt. Det er estimert investeringskostnad per kommune for implementeringen fra leverandørens side. Opplæring, migrering, prosjektledelse, utstyr og organisasjonsutvikling er også investeringsutgifter. 30 % usikkerhetsavsetning er inkludert. Analyseperioden er satt til 10 år.

Kostnadene med anskaffelsen kommer i tillegg.

Estimering av kostnader for en anskaffelse

Det er umulig å kalkulere hvor mye en anskaffelse koster i tidsbruk og interne kostnader for oppdragsgiver, uten å ha definert punkt 1 – 5 nedenfor. Et estimat avhenger av hvor mange som skal involveres fra oppdragsgiver, antall dager som benyttes per fase, gjennomsnittlig

lønn og hvor mange faser anskaffelsen skal gjennom. Antall faser anskaffelsen/prosessen skal igjennom medfører flere beslutningspunkter som igjen gir et usikkert estimat.

Kommunene som deltar i analysen har ikke bestemt seg for hva som eventuelt skal anskaffes pr dags dato, og dette gjør det utfordrende å estimere transaksjonskostnadene for gjennomføringen av 1 eller flere anskaffelser. For å kunne estimere en kostnad må følgende spørsmål besvares, og selv om disse blir besvart vil kostnadene være høyst usikre. Punktene som må avklares er:

1. Hva er behovet?
2. Hva skal anskaffes?
3. Hvor mange anskaffelser ender behovet opp i?
4. Hvor mange skal involveres i anskaffelsen?

I tillegg vil en anskaffelse kunne endre seg gjennom prosessen.

Estimerte kostnader ny pasientjournaløsning

Steinkjer og Stjørdal kommuner

Netto utgiftsøkning for en anskaffelse estimeres til 4 mill. for Stjørdal kommune og 3,3 mill. for Steinkjer kommune.

Prosjektet har benyttet samme modell for kostnadsestimering for Steinkjer og Stjørdal. Det er estimert investeringsrelaterte engangskostnader på 14,1 mill. Gitt at disse aktiveres og avskrives over 10 år, vil man få avdrags- og renteutgifter i tråd med tabellen under.

Driftsutgifter er estimert til 4,21 mill. i år 1, og deretter 4,61 mill. Tabellen under viser samlede utgifter per år, oppgitt i millioner kroner.

ÅR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avdrag	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41
Renteutgift	0,56	0,51	0,45	0,39	0,34	0,28	0,23	0,17	0,11	0,06
Driftsutgifter	4,21	4,61	4,61	4,61	4,61	4,61	4,61	4,61	4,61	4,61
TOTALT	6,18	6,53	6,47	6,42	6,36	6,30	6,25	6,19	6,14	6,08

Tabell: estimat for anskaffelse ny EPJ-løsning Stjørdal/Steinkjer kommune fra 2025.

Forutsatt at en anskaffelse erstatter dagens løsninger, vil Stjørdal og Steinkjer kunne oppnå besparelser ved bortfall av kostnader med dagens løsninger. Det antas derfor at kommunene kan oppnå besparelser tilsvarende nullalternativet for Stjørdal og Steinkjer. Dette tilsvarer hhv. 2,282 mill. og 3,018 mill. Etter dette estimeres en gjennomsnittlig årlig netto utgiftsøkning for en anskaffelse til 4 mill. for Stjørdal kommune og 3,3 mill. for Steinkjer kommune.

Frosta, Meråker og Snåsa kommuner

Gjennomsnittlig årlig netto utgiftsøkning for en anskaffelse estimeres til 0,67 mill. for Frosta, Meråker og Snåsa kommuner. Prosjektet har benyttet samme modell for kostnadsestimering for Frosta, Meråker og Snåsa. Det er estimert investeringsrelaterte engangskostnader på 2,1

mill. Gitt at disse aktiveres og avskrives over 10 år, vil man få avdrags- og renteutgifter i tråd med tabellen under. Driftsutgifter er estimert til 1,38 mill. i år 1, og deretter 0,82 mill. Tabellen under viser samlede utgifter per år, oppgitt i millioner kroner.

ÅR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Avdrag	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21
Renteutgift	0,08	0,07	0,07	0,06	0,05	0,04	0,03	0,02	0,02	0,01
Driftsutgifter	1,38	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82
TOTALT	1,67	1,10	1,09	1,08	1,07	1,06	1,06	1,05	1,04	1,03

Tabell: estimat for anskaffelse ny EPJ-løsning Frosta, Meråker, Snåsa kommuner fra 2025.

Forutsatt at en anskaffelse erstatter dagens løsninger, vil Frosta, Meråker og Snåsa kunne oppnå besparelser ved bortfall av kostnader med dagens løsninger. Det antas derfor at kommunene kan oppnå besparelser tilsvarende nullalternativet for Frosta, Meråker og Snåsa. Dette tilsvarer 0,45 mill. Etter dette estimeres en gjennomsnittlig årlig netto utgiftsøkning for en anskaffelse til 0,67 mill. for Frosta, Meråker og Snåsa kommuner.

Inderøy kommune

For Inderøy har prosjektet valgt å estimere kostnadene ut fra et gjennomsnitt ut fra innbyggertall per 2. kvartal 2022 (jf. estimeringsmodell for Helseplattformen). Gjennomsnittlig årlig netto utgiftsøkning ved en anskaffelse estimeres etter dette til 1,5 mill. for Inderøy kommune.

Samhandlingsløsninger

Dersom det anskaffes samhandlingsløsninger eller annen teknologi kommer disse i tillegg. Prosjektet har vært i kontakt med en mindre kommune som har anskaffet elektronisk medisinskap og samhandlingstavle. Et elektronisk medisinskap hadde en kostnad på om lag 1. mill., en samhandlingstavle NOK 150 000. Prosjektet har også vært i kontakt med en leverandør av programvare for talegjenkjenning, og fått opplysning om årlig lisenspris per bruker NOK 1 000-1 800.

Sikker pris kan ikke beregnes før en eventuell anskaffelse gjennomføres.

Prosjektet estimerer etter disse beregningene en gjennomsnittlig årlig netto utgiftsøkning for henholdsvis Helseplattformen og en anskaffelse i tabellen under.

Estimert gjennomsnittlig årlig netto utgiftsøkning i MNOK sammenliknet med nullalternativet				
	Steinkjer	Stjørdal	Frosta/Meråker/Snåsa	Inderøy
Helseplattformen	13,4	13,4	1,35	4
Anskaffelse ny EPJ	3,3	4	0,67	1,5

Tabell: estimert gjennomsnittlig årlig netto utgiftsøkning i MNOK.

VURDERINGER

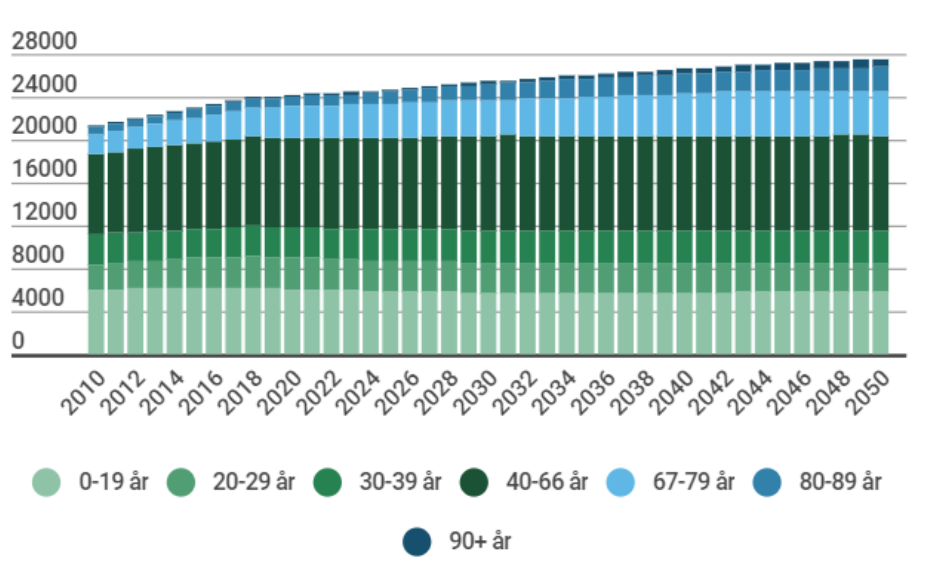
GENERELLE VURDERINGER

HELSEPLATTFORMEN HAR KOMMET LENGST

Helseplattformen har per 2023 kommet lengst i Norge med å oppfylle visjonen om Én innbygger - én journal. Helseplattformen kan gi flere kvalitative gevinster - og tidligere - enn andre alternativer. Helseplattformen kan få høyest kvalitativ måloppnåelse, selv om kommune kan være godt tjent med mindre måloppnåelse. Et springende punkt er altså kommunenes prioritering av mål og effekter. Kommunene kan benytte denne analysen som støtte med utgangspunkt i sine egne lokale prioriteringer.

SVEKKET ALDERSBÆREEVNE

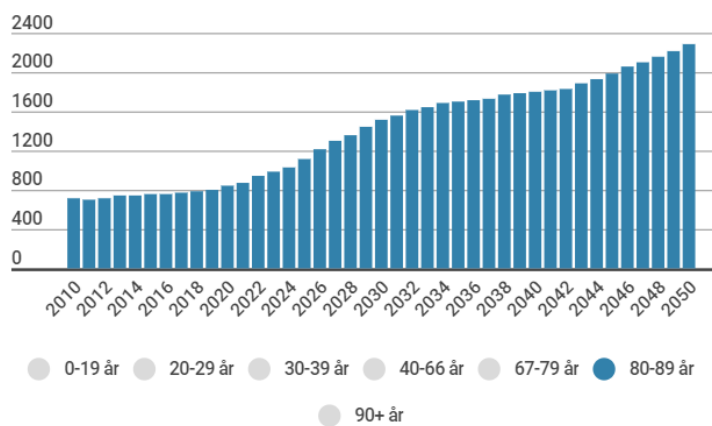
Kommunene vil oppleve en generell økning i befolkningen, og en større andel eldre fram mot 2050. Det blir flere som trenger tjenester og færre til å yte dem. Brukervennlige elektroniske løsninger med god funksjonalitet bidrar til at helsepersonell kan løse oppgavene sine på en mer effektiv måte.



Figur: befolkningsvekst Stjørdal kommune fram mot 2050²¹

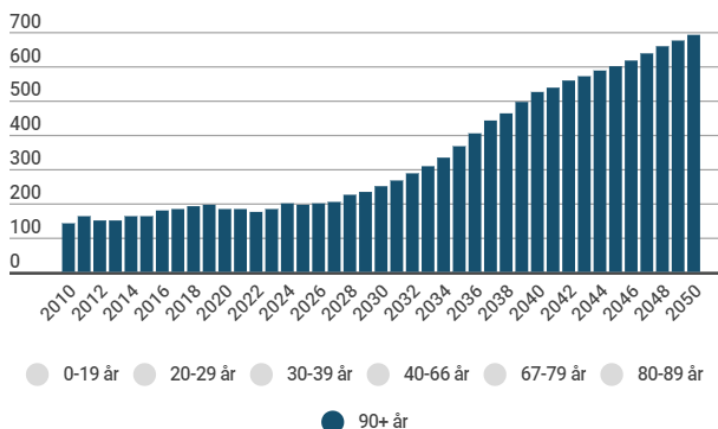
Eksemplet fra Stjørdal kommune under viser en økning i antall innbyggere i aldersgruppa 80-89 år, fra 936 personer i 2022 til 1608 personer i 2032. Det vil skje en fordobling i antall i denne gruppa på 20 år fra 2022.

²¹ [Trondheimsregionen prognoser TR2022M - Infogram](#)



Figur: økning i innbyggere i aldersgruppen 80-89 i Stjørdal kommune fram mot 2050.

Per 2022 var det 173 personer som var 90 år og eldre i Stjørdal kommune. For 2032 er estimatet 288 personer. Det vil skje en fordobling i antall personer i denne gruppa på 13 år fra 2022.



Figur: økning i innbyggere i aldersgruppen 90+ i Stjørdal kommune fram mot 2050.

Mens kommunene Steinkjer og Stjørdal i framtiden vil måtte håndtere utfordringene med en stadig økende andel eldre innbyggere, må eksempelvis Snåsa kommune håndtere en kombinasjon av flere eldre og synkende befolkningstall.

Tabellen under tar utgangspunkt i SSBs middelerverdi for framskrivning av befolkning i Snåsa kommune. I perioden fram mot 2050 er innbyggertallet estimert til å synke med 351 innbyggere, mens antallet innbyggere i aldersgruppen 70+ vil øke med 60 personer. Markert med lyseblått er antallet brukere av helsetjenestene i de ulike aldersgruppene. Dersom helsetjenestene produseres på samme vis i 2050 som i 2023, vil dette måtte medføre en økning på 39 % fra dagens nivå. Kommunen vil da gå fra å yte helsetjenester til 7 % av innbyggerne (60+) til 11 % av innbyggerne. Tabellen synliggjør Snåsa kommunes behov for omstilling for å møte framtidens utfordringer i befolkningen.

Tjenestebehov i befolkning - Snåsa kommune - framskrevet

	2023		2025		2030		2035		2040		2045		2050	
	Innbyggere	Brukere	Innbyggere	Brukere	Innbyggere	Brukere	Innbyggere	Brukere	Innbyggere	Brukere	Innbyggere	Brukere	Innbyggere	Brukere
60-69 år	276	15	291	16	291	16	241	13	193	10	196	11	204	11
70-79 år	232	44	229	43	238	45	261	50	265	50	222	42	184	35
80-89 år	137	52	142	54	155	59	159	60	172	65	197	75	206	78
90-99 år	23	23	27	27	34	34	43	43	50	50	51	51	62	62
Befolkning totalt i kommunen	2031		1942		1862		1808		1761		1719		1680	
Totalt tjenestebehov		134		140		154		166		176		179		186
Økning helsetjenester		100 %		105 %		115 %		124 %		131 %		133 %		139 %
Prosent av befolkning som mottar helsetjeneste		7 %		7 %		8 %		9 %		10 %		10 %		11 %

* "Brukere" - antall innbyggere etter aldersgruppe som har tjenester fra hjemmesykepleie eller sykehjem.

* "Totalt tjenestebehov" - estimert antallet brukere av helsetjenesten dersom oppgavene utføres på samme vis som i 2023.

Tabell: framskrevet tjenestebehov i Snåsa kommune fram mot 2050.

Personellet som ryggraden i helse- og omsorgstjenestene

Helsepersonellkommissjonen ble oppnevnt i 2021 for å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt. Utredningen ble publisert i februar 2023.²²

Kommisjonen fremhever personellet som ryggraden i helse- og omsorgstjenestene. Tilstrekkelig og kompetente personell er avgjørende for at sykehus og kommuner skal kunne tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. I årene som kommer vil personalbehovet i kommunehelsetjenesten øke mer enn i sykehusene. Innsatsen fremover må derfor styre mot kommunal omsorg, for å klare å håndtere det økende antall eldre. Det vil likevel ikke være mulig å bemanne seg ut av de utfordringene vi står ovenfor da personellveksten i helse- og omsorgstjenestene har vært vesentlig høyere enn befolkningsvesten. Bemanningsutviklingen i tjenesten er ikke bærekraftig, og det må derfor prioriteres å utvikle tiltak og investeres i løsninger som gir laves mulig personellvekst i tiden fremover. Mellom 40 og 52 % av de kommunalt ansatte jobber i helse- og omsorg: Frosta (52 %), Inderøy (40 %), Meråker (46 %), Snåsa (45 %), Steinkjer (49 %), Stjørdal (42 %), se uttrekk fra KS sitt framtidsverktøy i vedlegg 3. Landsgjennomsnittet er 45 %.

Helsepersonellkommissjonen skisserer seks tiltaksområder for løsninger av personellutfordringene, herunder digitalisering og teknologisk utvikling.

Kommisjonen slår fast at teknologi og digitale løsninger kan redusere behovet for personell. Helse- og omsorgstjenestene bruker i dag teknologi innen diagnostisering, behandling, rehabilitering, intern og ekstern kommunikasjon og samhandling, rapportering, overvåking av tjenestene og velferdsteknologi.

Det er paradoksalt nok få eksempler på innovasjoner og teknologi som har ført til gevinster i form av redusert arbeidsinnsats. Kommisjonen anbefaler derfor at man i større grad legger opp til å ta ut gevinster fra ny teknologi i form av økt effektivitet i tjenestene og lavere

²² [NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#)

arbeidsinnsats uten forringelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Som en forutsetning for å lykkes med realisering av gevinster fra ny teknologi pekes det på at utvikling av sektorens digitale løsninger må sette personellet i sentrum.

For å kunne ta ut mer av potensialet av sektorens digitale systemer bør man vektlegge utvikling av oppgave- og individtilpassede grensesnitt til digitale løsninger. Helsepersonell og andre ansatte i sektoren må kunne benytte en felles digital infrastruktur og noen store felles IKT-systemer. Grensesnitt og plattformer bør være standardisert for å unngå at det er behov for omfattende opplæring av personellet ved oppgraderinger, jobbskifter og bevegelser mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Man må unngå at teknologiske nyvinninger medfører økt arbeidskraftsbehov som følge av at brukergrensesnittet i løsningen er ineffektivt og medfører økt ressursbruk, at det berørte personellet ikke har digital kompetanse til å ta teknologien i bruk eller at teknologien i seg selv har åpnet for mer og bedre pasientbehandling som i sin tur har krevd mer arbeidskraft.

Kommisjonen foreslår følgende tre tiltak på området:

1. Kompetanseutvikling i og for effektive helse- og omsorgstjenester i form av å *styrke den digitale kompetansen i sektoren.*
2. Effektivisering gjennom *bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi.* Kommisjonen foreslår at det innføres et prinsipp om at alle oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, *automatiseres* i størst mulig grad.
3. Forskning for mer effektiv utnyttelse av arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene gjennom utvikling av *ny teknologi og innovative arbeidsprosesser.*

Standardiserte arbeidsflyter og brukergrensesnitt i EPJ som mulig kostnadsdriver

Ved å innføre EPJ med standardiserte arbeidsflyter må man påberegne at helsepersonell vil kunne måtte endre dagens arbeidsprosesser. Effektiv utnyttelse av EPJ med standardiserte arbeidsflyter fordrer et intuitivt brukergrensesnitt om man skal unngå økt arbeidsbelastning på helsepersonellet.

Helsepersonellkommisjonen peker i NOU 2023:4 *Tid for handling* på at utviklingen av sektorens digitale løsninger må sette helsepersonellet i sentrum. Nye digitale løsninger må oppleves som meningsfylt for de som skal benytte dem og føre til gevinster i form av større effektivitet og bedre kvalitet. Forbedringer av brukergrensesnitt fremheves som et av flere virkemidler som vil kunne bidra til betydelig effektivisering, særlig knyttet til informasjonsinnhenting, gjennomføring av logistikkoperasjoner, dokumentasjon og rapportering.

Skal man anskaffe en EPJ med standardiserte arbeidsflyter mener prosjektet man må ta med i betraktningen at løsningens brukergrensesnitt bør være utformet slik at det støtter opp om

eksisterende arbeidsflyter og ikke fører til eksempelvis økt tidsbruk på dokumentasjon. Dersom det er slik at EPJ "tvinger oss inn" i nye arbeidsflyter som er mindre effektive enn dagens praksis, er det sannsynlig at dette vil være fordyrende.

Medarbeiderne i kommunene gir kontinuerlig tilbakemelding om behov for pasientvennlige og intuitive løsninger med fokus på fleksibilitet, integrasjoner, forenkling og standardisering.

Andreas Landmark i Sintef Digital mener at EPJ som en dokumentbasert løsning for en sluttbruker blir mindre viktig i fremtiden jf. foredrag på dialogkonferanse 19.8.21, se vedlegg 4. Han sier at datakilden som i dag heter EPJ vil være sentral i en digital helseplattform. Landmark hevder vi kommer til å redusere unødvendig kompleksitet i løsningene ved at oppgaver som best løses utenfor dokument-metaforen til journalen - løses utenfor. Videre tror han at kommuner kommer til å bygge tjenester for ansatte og brukere i dette økosystemet.

VURDERING NULLALTERNATIVET

Nullalternativet anses ikke som et langsiktig alternativ for kommunene. Dette er grundig behandlet i beskrivelsen av nåsituasjonen tidligere i rapporten. Oppsummert er dagens systemer heller ikke et langsiktig alternativ fordi dagens hovedsystem (Profil) fases ut og erstattes av en ny, skybasert løsning som krever en anskaffelse. Om det hadde vært mulig å beholde dagens system ville likevel situasjonen være:

- Begrenset digital tilgang på informasjon mellom tjenestene og samhandling skjer gjennom elektroniske meldinger
- Understøtter ikke kommunenes behov, legger ikke til rette for endring av arbeidsprosesser. Lite tilrettelagt for pasientforløp på tvers.
- Utvikling er svært krevende og skjer som regel på leverandørs premisser. Informasjonen er oftest ikke tilgjengelig for andre formål eller for deling mellom ulike applikasjoner, noe som gjør det utfordrende for bruk og samhandling.
- Bidrar ikke til utvikling av markedet og. Informasjonen er låst inn i de ulike løsningene, og kommunene opplever et avhengighetsforhold til leverandørene; det er krevende og kostbart å bytte leverandør, noe som svekker markedet og dermed mulighet til innovasjon og utvikling. Nye leverandører kan i liten grad benytte eksisterende informasjon til egne løsninger, noe som krever at alle må utvikle egne «suits», som igjen gjør at utvikling av selv enkel funksjonalitet er svært krevende og kostbart.

Uavhengig av hvilken løsning kommunene velger bør der gjøres tiltak som forberedelse på mer strukturert dokumentasjon og bruk av IT-verktøy. Datavask; rydde og «vaske» i eksisterende databaser, installert på lokale servere. Dette kan være tidkrevende.

Det bør jobbes videre med kompetanseheving på dokumentasjon: øke generell kompetanse innenfor dokumentasjon av helseopplysninger er den mest krevende oppgaven og som ofte vektlegges av leverandørene selv. Dagens løsninger er ustrukturerte, med stor adgang til

fritekst. Nye journalløsninger vil være strukturerte databaser med relativt liten adgang til fritekst, og vil kreve store endringer i hvordan helseopplysninger dokumenteres. Det krever store ressurser og ledelsesfokus å endre dokumentasjonspraksis.

Kommunene bør også jobbe med å øke den generelle digitale kompetansen for at IT-verktøy skal kunne benyttes mer effektivt.

VURDERING HELSEPLATTFORMEN

Dette kapittelet gir en oversikt over tema prosjektet vurderer å være sentrale i vurderingen om alternativ Helseplattformen skal velges.

HELSEPLATTFORMEN SOM INNOVASJONSPROSJEKT

Er Helseplattformen en teknologisk løsning som skal effektivisere dagens situasjon, eller er det et innovasjonsprosjekt for radikale endringer i prosessene mellom lege og pasient, og mellom ulike ledd i helsekjeden? I Computerworld 27.2.23 fremholder Arild Haraldsen at dersom Helseplattformen skulle vært et innovasjonsprosjekt burde (minst) to utfordringer vært sentrale:²³

1. Skal journal/epikriser være basert på fritekst (som det stort sett er nå) eller strukturerte data (altså koder som Epic/Helseplattformen legger opp til)? Haraldsen mener det er lett å komme til enighet at det bør være en balanse. Men hvor går den balansen, hvordan bidrar det til effektivitet i utførelsen av arbeidsoppgavene, og hvilke elementer i denne strukturerte/fritekst- informasjonen skal deles med hvem gjennom en lang helsekjede? Haraldsen viser i artikkelen til at medisinsk direktør i Legeforeningen, Jan Emil Kristoffersen sier «Vi er mange år på overtid med å starte en reell samtale om dette».
2. Den andre utfordringen er å utfordre hva en pasientjournal egentlig er, jf. også Andreas Landmark i Sintef Digital i prosjektets dialogkonferanse 19.8.21. Haraldsen mener visjonen er ikke en én innbygger – én journal. Visjonen er at helsedata skal følge pasienten gjennom hele helseløpet. Han viser til at Riksrevisjonen pekte på at en tok begrepet «journal» for bokstavelig. Det har i de senere år skjedd et viktig paradigmeskifte i digitaliseringen: Fokus flyttes fra «nedstrøms digitalisering», altså digitalisering av sluttproduktet, til «oppstrøms digitalisering», altså fokus på datafangst fra den opprinnelige kilden, f.eks. fra velferdsteknologiske løsninger.

En slik erkjennelse vil åpne opp for innovativ tekning om hva en «journal» bør være, mener Haraldsen. Er journalen et «arkiv» over historiske helsedata på den enkelte pasient til bruk for den behandlende lege, eller skal det være et dynamisk system for forebygging og overvåkning av pasienters helse for alle? Skal den være et bidrag til effektivisering av den sektoriserede behandlingen, eller til realisering av det helhetlige pasientforløp?»

Prosjektet mener Haraldsen og Landmark har et godt poeng; hva skal EPJ-en være og hva skal holdes utenfor og løses gjennom andre systemer? Her mener prosjektet å være inne på kjernen i spørsmålsstillingen for analysen: Hva velger kommunen at EPJ-en skal være;

²³ [Hvor går veien videre for Helseplattformen? \(cw.no\)](#)

effektivisering av den sektoriserede behandlingen, eller realisering av det helhetlige pasientforløp?

TIDLIGERFARINGER FRA INNFORING AV HELSEPLATTFORMEN

Per 2023 er det helseforetaket St. Olavs hospital som har hatt de største utfordringene med innføring av Helseplattformen.

Helsetilsynet åpnet tidlig 2023 tilsyn på St. Olavs hospital etter at de hadde mottatt bekymringsmeldinger og varsler om at Helseplattformen kunne være medvirkende årsak til redusert pasientsikkerhet. Tilsynsrapporten beskriver feil og utfordringer ved løsningen som kan medføre særlig høy risiko. Dette gjelder ved låst journal ved samtidig bruk og manglende kontroll på ventelister, henvisninger, meldinger til eksterne og legemiddeladministrasjon.²⁴

Kommunene har meldt at de er fornøyde med innføringen, men ser at det er behov for tilpasninger i løsningen. Kommuner melder om stadig færre innmeldte feil og færre åpne supportsaker. I januar 2023 meldte Trondheim kommune at de anså disse temaene som utfordringer framover: e-meldinger og InBasket («innboks» i Helseplattformen), tilgangsstyring, fakturering, optimalisering av arbeidsflyter, felles faglig beslutningsstruktur knyttet til fag, data og IKT og opprettholde gode strukturer både internt og eksternt.

Kommunene i denne analysen har innhentet erfaringer fra Indre Fosen, Åfjord og Levanger kommune. En gjennomgående tilbakemelding er at innføringsprosessen krever mer ressurser enn man har antatt, men at kommuner som har tiltrådt Helseplattformen etter Trondheim kommune har møtt på færre utfordringer i sitt innføringsløp. Det er naturlig å anta at optimaliseringen av innføringsløpene vil fortsette i takt med at flere kommuner tiltrer Helseplattformen. De nevnte kommunene viser til at det er opprettet sterke faglige samarbeidsfora hvor eierkommunene inngår.

På grunn av det korte tidsspennet siden innføringen i kommunene, er det foreløpig vanskelig å dokumentere målbare gevinster av Helseplattformen. Kommunene beskriver Helseplattformen som en forbedring, med flere muligheter enn fra tidligere fagsystemer. Spesielt fremheves sømløs datadeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten som en klar forbedring.

Bruk av Helseplattformen gir mer strukturerte pasientdata. Tilbakemeldingene viser at Helseplattformen har svært gode styringsverktøy, blant annet gjennom opparbeiding av arbeidslister. Kommunene fremhever at verktøy som kan bistå med å fordele pasientenes pleiebehov på de tilgjengelige helseressursene er en forutsetning for å håndtere framtidig forventet press på helsetjenestene.

Arbeidsflaten «Rover» via mobil blir beskrevet som tidsbesparende for pleie- og omsorgstjenesten.

²⁴ [Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen | Helsetilsynet](#)

Tilbakemeldingene fra ansatte som har tatt i bruk Helseplattformen er ulike - fra opplevelsen av at Helseplattformen er tidkrevende og tungvint, til at Helseplattformen er pasientvennlig og oversiktlig. Innføringen av Helseplattformen krever avlæring av gamle arbeidsmetoder hos medarbeiderne, og dette ser ut til å påvirke medarbeidernes holdninger.

Manglende brukervennlighet har vært gjennomgangstema i mange mediesaker om Helseplattformen. Konstituert administrerende direktør Trond Utne uttalte i Adressa 6.4.23:

«Løsningen er krevende å ta i bruk og brukervennligheten skulle ideelt sett vært bedre. Det er et stort opplæringsbehov slik det er nå. Jeg har stor forståelse for at det kan være frustrerende for helsepersonell».

Helseplattformen AS sitt styre mener brukervennlighet bør være et eget fokusområde i systemrevisjonen som gjennomføres i 2023. Det pågår per april 2023 tre revisjoner for Helseplattformen:

- Ekstern evaluering av innføringen ved St. Olavs hospital, bestilt at styret i Helse Midt-Norge RHF for å avdekke hva som forårsaket utsettelsen, og hvorfor feilrettings- og optimaliseringsperioden måtte forlenges.
- Revisjon av løsningen Helseplattformen, bestilt av Helseplattformen AS. Hensikten er å få avdekket om det foreligger flere alvorlige feil, slik at alvorlige feil raskest mulig kan lukkes og tilliten til at løsninger fungerer som tiltenkt kan gjenopprettes.
- Revisjon av Helseplattformen fra Riksrevisjonen og Trondheim kommunerevisjon (leveres senest høsten 2024).

FASTLEGENES DELTAKELSE

En suksessfaktor for Helseplattformen er at fastleger tar i bruk løsningen. Kommunale fastleger tar i bruk de systemer som kommunen stiller til disposisjon, mens private fastleger velger systemer selv. Blant prosjektkommunene er det både kommuner med kommunale fastleger og private fastleger. Fastlegene er stort sett fornøyde med systemene de har i dag og melder at dersom de skal innføre Helseplattformen må løsningen være bedre og billigere enn det de har i dag.

Funksjonalitet for fastleger og legevakt i Helseplattformen ble lansert 7.5.22 ved innføringen i Trondheim kommune i mai 2022. Det viste seg raskt at løsningen ikke fungerte som tiltenkt. Til tross for utstrakt support fra Helseplattformen og ressursøkning på legevakt og legekantor gikk ikke hverdagen opp i disse tjenestene. 2. september 2022 ble det vedtatt å utsette videre innføring av løsningen for fastleger og legevakt.

Det jobbes med en ny, webbasert fastlegeløsning i et samarbeid mellom Epic, Helseplattformen AS og legeressurser. Personell fra Epic har deltatt i arbeidsmøter med fastleger og endringsønsker for utvikling er sendt inn. Den nye versjonen kommer i mai 2023-oppdateringen av Helseplattformen er presentert for Helseplattformen AS, som mener den ser lovende ut. Helseplattformen har en målsetting om å kunne kjøre pilot på ett eller to

fastlegekontor i slutten av 2023/begynnelsen av 2024. Utrulling til legekantorene er planlagt i starten av 2025.

At fastlegene tar i bruk løsningen vurderer kommunene i analysen som en avgjørende suksessfaktor og er dermed et viktig kriterium for om kommunen vil ta i bruk løsningen.

BRUKERMEDVIRKNING

I 2022 beskrev en masteroppgave fra NTNU brukervedvirkning i Helseplattformen; «Utfordringer med brukervedvirkning og implementasjon av et storskala helseinformasjonssystem». ²⁵

Oppgaven avdekket at brukervedvirkning blant fagekspertene og superbrukerne har avviket fra det som opprinnelig var planlagt. Det har vært mindre brukervedvirkning blant fagekspertene, mens det har vært mer brukervedvirkning blant superbrukerne enn det som var tiltenkt for deres rolle.

Det er identifisert flere utfordringer knyttet til brukervedvirkning blant fagekspertene og superbrukerne under utviklingen og implementeringen av Helseplattformen. Utfordringene ble kategorisert i fire kategorier:

1. Utfordringer med samarbeid og kommunikasjon blant fagekspertene
2. Utfordringer knyttet til superbrukernes deltagelse og påvirkningsmuligheter
3. Utfordringer med samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike aktørene og
4. Utfordringer rundt tilpasning av programvaren til norsk helsetjeneste.

I oppgaven ble det identifisert fem hovedutfordringer knyttet til implementasjon av Helseplattformen per juni 2022:

1. Programvaren er uferdig, og det har ikke vært gjennomført nok testing
2. Utilstrekkelig opplæring
3. Programvaren er ikke brukervennlig
4. Bekymringer for fall i produktivitet, og
5. Usikkerhet knyttet til kommunenes og fastlegekantorenes adopsjon av Helseplattformen. Generelt er det en bekymring knyttet til om disse utfordringene vil hindre Midt-Norge i å oppnå de ønskede gevinstene med å innføre Helseplattformen og i hvor stor grad programvaren kan tas i bruk på en god måte etter produksjonssetting.

KOSTNADSDRIVENDE IMPLEMENTERINGSSTRATEGI

Helseplattformen følger strategien om «implementer først – optimaliser etterpå». Arild Haraldsen i Computerworld mener dagens strategi har hatt direkte konsekvenser for

²⁵ [NTNU Open: Utfordringer med brukervedvirkning og implementasjon av et storskala helseinformasjonssystem](#)

opplæring, testing og tiltro til systemet og prosjektet.²⁶ Han sier i en artikkel fra januar 2023 at strategien kan forsvares ut ifra et mer overordnet strategisk mål:

«Det er viktig å få raskest mulig utrulling av grunnversjonen til hele regionen, både for å få dekket kostnadene på flest mulige aktører, men også for å få testet ut helhetlige prosesser mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Men dette har i seg en betydelig kostnadsdrivende effekt som prosjektet tilsynelatende ikke har sett. Kostnadene ved implementeringen samlet sett blir derfor høyere, i tillegg til at tiltroen til systemet da vil være liten»

Haraldsen mener videre styret i Helse-Midt begikk en feil i januar 2022:

«Der fikk styret vite at forholdet mellom innrapporterte feil var økende i forhold til antallet feilrettinger. Til tross for dette ga styret klarsignal for videre utrulling. Resultatet har blitt at en har brakt med seg en «back-log» av feilmeldinger som nå stadig øker.

TILLIT OG OMDØMME

Per april 2023 er det liten tvil om at Helseplattformen og Helseplattformen AS sin tillit er svekket i flere miljøer. Det framkommer av statusrapporten til Helseplattformen AS sitt styre for februar 2023 at Helseplattformens omdømme utgjør en høy risiko, se vedlegg 5 s. 3 flg. Administrerende direktør gikk av i mars 2023 som følge av utfordringene ved St. Olavs.

Det har vært utstrakt medieomtale av Helseplattformen i både 2022 og 2023 både i lokale medier og nasjonalt. Brukervennlighet og feil med meldinger i løsningen har preget medieomtalen.

Helsetilsynet vurderte i sin tilsynsrapport at Helseplattformen kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko på St. Olavs hospital. Riksrevisjonen besluttet i mars 2023 å undersøke om Helseplattformen skal være gjenstand for undersøkelse fra deres side, mulig sammen med Trondheims kommunerevisjon.

Samtidig kan det synes som om mange kommuner har bevart tilliten, idet flere kommuner høsten 2022 og våren 2023 har besluttet å innføre Helseplattformen eller forbereder sak i sine kommunestyre om slik beslutning. Andre kommuner undersøker imidlertid mulighetene for å kunne avvente innføring som følge av støyen rundt løsningen.

HELSEPLATTFORMEN SOM NASJONAL UTPRØVINGSARENA

Helseplattformen ble i 2016 bedt av Helse- og omsorgsdepartementet om å være regional utprøvsarena for målbildet Én innbygger - én journal. Den offentlige anskaffelsen av Helseplattformen avgrensner hvem som kan kjøpe seg inn i Helseplattformen; det er kun midtnorske kommuner og helseforetak som kan ta i bruk løsningen. Det betyr at vi får ulike løsninger rundt omkring i landet; Helseplattformen kan ikke bli en felles nasjonal løsning.

²⁶ [Helseplattformen: Hvordan unngå en ny ikt-skandale \(cw.no\)](#)

Direktoratet for e-helse skisserte et målbilde for helhetlig samhandling i helsesektoren for hele landet, der en nasjonal samhandlingsmodul skulle knytte hele landet sammen. Per april 2023 er det uklart for prosjektet hvordan direktoratet for e-helse og Helse- og omsorgsdepartementet ser for seg den nasjonale styringen på området.

Felles kommunal journal, fellesprosjektet for kommuner unntatt helseregion Midt, har ikke finansiering etter juni 2023, og få snakker lenger om en nasjonal samhandlingsplattform. En utredning om ny helseteknologiordning fra direktoratet for e-helse viser til et «felles journalløft», uten at samhandlingsutfordringene omtales. I denne usikkerheten framstår Helseplattformen som den eneste løsningen som har potensiale til å realisere visjonen om En innbygger – én journal på kort sikt.

KOMMUNEN SOM UTVIKLER AV ET FAGSYSTEM

Ved å innføre Helseplattformen tar kommunene del i utviklingen av systemet. Kommuner som har tatt i bruk Helseplattformen viser til at det vil kreve en del tilpasninger og optimaliseringer for å være tilpasset kommunenes behov.

Det kan diskuteres om det er en kommunal oppgave å utvikle fagsystemer. Samtidig kan kommunene i analysen innføre Helseplattformen som siste pulje kommuner, og en må anta at systemet er optimalisert i større grad enn i dag når innføringstidspunktet kommer. Avtalepartene har imidlertid en plikt og rett til å bidra til videreutvikling av løsningen. Kommuner som har innført løsningen sier de har undervurdert ressursene som kreves for å delta i f.eks. fagklynger.

KOMMUNEN SOM EIER AV HELSEPLATTFORMEN

Driftsselskapet Helseplattformen AS har et blandet eierskap mellom kommuner som har kjøpt løsningen og spesialisthelsetjenesten hvor Midt-Norge Regionalt Helseforetak alltid vil være majoritetseier. Kommunen deler risiko for selskapets finansiering og drift gjennom eierskap. Utvikling av ny funksjonalitet og integrasjon er et forhold mellom eierne i driftsselskapet hvor kryssende interesser er sannsynlig, og kommunene går inn på eiersiden gjennom aksjekjøp for å delta i eierstyring. Selskapet skal ikke tjene penger, men forvalte løsningen på vegne av fellesskapet.

Prosjektet har sett på kommunens plikter og rettigheter som framtidig eier av Helseplattformen. En juridisk vurdering av 20.5.22 omtaler forpliktelsene som følge av eierskapet med tanke på merkostnader:

- Modellen tilsier at 70 % av kostnadene fordeles etter innbyggerantall og 30 % flatt mellom kommunen. Solidaritetsprinsippet innebærer at eventuelle merkostnader på inntil 7 % utover fastsatt ramme skal fordeles mellom kommunen i samsvar med vedtatt solidaritetsmodell for kostnadsdeling.
- Kostnader over 7 % skal løftes opp til Helseplattformens generalforsamling til avgjørelse. Generalforsamlingen må ta en avgjørelse om hvordan de skal dekke inn merforbruket. Beslutninger i Generalforsamlingen krever 2/3 flertall. Det er vist til at alternativene vil være å ta opp et lån eller fordele tapet mellom eierne på en eller annen måte.

- Det er i Tjenesteavtalen Bilag 5 punkt 2.1.2 vist til at hvis færre en 100 % av kommunene tar i bruk løsningen så vil Helseplattformen sammen med prosjektgruppen iverksette tiltak for å kutte kostnader. Det er videre vist til at den enkelte kommune vil ikke bli belastet ved at andre kommuner ikke utløser opsjonen. Det er i innstillingen til Helseplattformen AS sitt styre ikke vist til at kostnader over eller under 7 % skal dekkes av staten. Det må avklares hva som dekkes av staten i forhold til merkostnader. Disse summene vil først være avklart når alle er ferdige med innføringen av systemet. Det vil da også bli foretatt en avregning som kan medføre økte kostnader hvis det skulle vise seg at kostnadene med innføring av systemet ble dyrere enn beregnet. Det samme vil skje hvis det viser seg at kostnadene blir lavere.

I styremøtet i Helseplattformen AS 26. april 2023 ble det fremmet sak om kostnadene ved tjenesteleveransene.²⁷ Saken beskriver mulige økte utgifter for eierne, og at en del endringer vil måtte behandles som fakturerbare tilleggstjenester. Et alternativ som nevnes er reforhandling av de inngåtte tjenesteavtalene. I oppsummeringen står:

«Rammene og forpliktelsene gitt av eiere og i form av tjenesteavtaler medfører at Helseplattformen AS i drift og forvaltning vil levere en basistjeneste gjennom å holde løsningen i stand slik den ble levert, oppgradere med nye Epic-versjoner og sørge for at løsningen overholder lovgivningen. Dette innebærer at det, i det minste på kort- og mellomlang sikt, vil være svært lite rom for å utvikle løsningen ytterligere innenfor rammene av tjenesteavtalene. Helseplattformen AS mener at det er viktig at kunder/aktører gjøres nærmere kjent med hva som kan leveres innenfor økonomiske rammer og tjenesteavtaler, slik at dette er forutsigbart og forstått for alle parter. Videre har både kunder/aktører og Helseplattformen AS behov for forutsigbarhet ift. å kunne ta høyde for omfanget av ønsket fremtidig utvikling. Kunder/aktører trenger å budsjettmessig forutsigbarhet, samtidig som Helseplattformen AS trenger forutsigbarhet for å klare å dimensjonere kapasitet og kompetanse til å levere det kundene ønsker.»

NYTT INNFØRINGSLØP FOR KOMMUNER ETTER 1.1.24

I januar 2023 ble det besluttet å utsette innføring i resterende helseforetak på grunn av utfordringene ved St. Olavs hospital. Som følge av denne utsettelsen så Helseplattformen AS at det ble nødvendig med et nytt, forskjøvet innføringssløp for kommuner som var planlagt etter 1.1.24.

De 6 planlagte kommunale innføringene ble foreslått redusert til 5, med 6 måneder mellom hver innføring i stedet for de tidligere 3 månedene. For kommunene i analysen betyr dette en utsettelse på ett år til april/mai 2026. Forslaget ble diskutert med kommunene i januar/februar, men Helseplattformen AS sitt styre har fremdeles ikke vedtatt det nye innføringssløpet – med unntak av kommunalt innføringssløp 1 som startet sitt hovedprosjekt i april 2023. Kommunene har fått sparsomt med informasjon om årsakene til at saken ikke bringes inn til styret i Helseplattformen AS. Det har vært vist til økonomiske hensyn uten at dette ble begrunnet nærmere. Det er også vist til enkeltkommuners signaler om å ønske et

²⁷ [Elements saksframlegg \(helse-midt.no\)](#)

annet innføringstidspunkt. Helseplattformen AS ønsker per april 2023 at Samarbeidsrådet vurderer de kommunale innføringsløpene på nytt. Saken planlegges behandlet i Helseplattformen AS sitt styremøte i juni 2023. Prosjektet mener den uavklarte situasjonen skaper usikkerhet i kommunene, og er en åpenbar risiko som bør adresseres snarest.

Per april 2023 ligger det an til at innføring av Helseplattformen i Helse Nord-Trøndelag blir ytterligere utsatt, jf. styresak i Helse Midt-Norge RHF 26. april 2023.²⁸ Dette besluttes av Helse Midt-Norge RHF i mai 2023. Helseplattformen AS har uttalt at dette ikke vil få betydning for innføring i kommunene.

TEKNOLOGI

Teknologien i Helseplattformen er basert på ett, stort system (Suiteløsning). Programvaren i bunnen er levert av Amerikanske Epic. Så har firmaet Helseplattformen AS oversatt dette til norsk og bygd arbeidsflyter tilpasset norske forhold, både for sykehus, kommuner og fastleger. I bunnen ligger det en database som er felles for alle delene av systemet og som gjør at data lett kan deles basert på tilgangsstyring. Over Epicsystemet ligger det et såkalt presentasjonslag som Epic kaller for Hyperspace, og som igjen kjører i Citrix. Dette gir brukeren en arbeidsflate hvor man starter de enkelte Epic modulene fra.

Før man kommer så langt så må man logge seg på via en egen løsning for identitetshåndtering, en såkalt IAM løsning. Dette er en komponent som for Helseplattformens del leveres av IBM, og denne sikrer kontroll på hvem som logger seg inn og hva de skal ha tilgang til. I siste instans så må man for å nå Helseplattformen ha tilgang til enten internett eller Norsk Helsenett. Værnesregionen ser for seg å bruke internett som hovedbærer og med helsenett som backup linje.

Prosjektet vurderer at Helseplattformen har et gammeldags og lite brukervennlig grensesnitt, som i tillegg mangler responsivt design. Måten det programmeres på gjør at endringer og feilrettinger lett kan introdusere nye feil. I mer moderne programutvikling setter man sammen små biter av kode eller programsnutter som raskt kan endres eller korrigeres uten at det påvirker resten av programmet. Se også det som er skrevet om web parts.

I tillegg er bruken av Citrix til å distribuere programmet også en indikasjon på at vi ikke har med en moderne applikasjon å gjøre. Værnesregionen har i mange år benyttet Citrix til diverse formål, og det har vært utfordrende på mange måter, selv om det også er velegnet i en del situasjoner. Værnesregionen prøver nå å unngå å bruke Citrix ved innføring av nye applikasjoner.

I bunnen av Epic ligger programmeringsspråket MUMPS som databasen Chronicles er bygd på. Disse ble utviklet så tidlig som i 1966, og selv om det har skjedd en stor utvikling i etter tid så er det fortsatt disse teknologiene som er grunnsteinene i Epic. Selv om disse i dag fremstår som noe gammelmodig og sære så skal ikke vi påstå at de er dårlige. Både språket

²⁸ [Microsoft Word - Styresak Helseplattformen-rapportering 27.april 2023 \(005\) \(helse-midt.no\)](#)

og databasen er noe av det mest effektive som finnes når det gjelder å håndtere store datamengder i forhold til serverressursene som settes inn, og det er nok derfor de fortsatt er utbredt i store helseinstitusjoner og store finansforetak, spesielt i USA. En mulig utfordring i fremtiden kan være å finne utviklere som vil jobbe med et så vidt gammelt system.

De såkalte «suiteløsningene» var analysebyråenes anbefaling fram til 2017. Etter hvert har anbefalingene blitt endret til at plattform-/økosystemløsninger er fremtiden for helsesektoren. Slike løsninger skiller seg fra tradisjonelle standardløsninger ved at det blir etablert et kjernesystem (plattform) som i større grad deler data med tredjepartsapplikasjoner, og dermed understøtter innovasjon og et økosystem av applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører.

Hva betyr en suiteløsning for brukerne?

Helseplattformen er, ut ifra en tidligere definisjon en suiteløsning. I daglig bruk har det ingen betydning for brukerne at et system er en suiteløsning, så lenge funksjonalitet og brukervennlighet er ivaretatt. Men på sikt kan det ta lengre tid å utvikle ny funksjonalitet, sammenlignet med et økosystem av løsninger hvor man kan kjøpe til ny funksjonalitet gjennom å knytte til nye leverandører.

Helseplattformen ble anskaffet ut fra anbefalingene

Til grunn for myndighetenes 2015-utredning lå en analyse av leverandørmarkedet utført av det anerkjente analyseselskapet Gartner. Denne analysen vurderte at fremtidens pasientjournalmarked ville være dominert av store standardløsninger («suite-løsninger») fra store leverandører. Over tid har imidlertid denne oppfatningen endret seg, både hos Gartner og andre analyseselskaper, i takt med en rivende teknologisk utvikling. Riksrevisjonen viser i sin rapport til at konsensus nå er at plattform-/økosystemløsninger er fremtiden for helsesektoren.

Helseplattformen bygget på utredninger som Riksrevisjonen drar i tvil

Riksrevisjonen sier altså at konseptvalgutredningen fra 2018 snevret inn mulighetsrommet. Det betyr at det kan ha vært muligheter som ikke ble tatt med i sammenlikningen i utredningen og man kan ha gått glipp av muligheter. Dette svekker beslutningsgrunnlaget for Helseplattformen.

Prosjektet mener derfor kostnadsforskjellene mellom Helseplattformen og andre måter på nå målet om Én innbygger – én journal derfor ikke kan begrunnes i konseptvalgutredningen i 2018. Helseplattformen og myndighetens nullalternativ i 2020-rapporten gir heller ikke svar fordi den samfunnsøkonomiske analysen i 2020- rapporten ikke har en ny nullalternativanalyse, men videreførte nullalternativet fra konseptvalgutredningen fra 2018. Det er ikke mulig å sammenlikne Helseplattformen i 2023 med et nullalternativ fra 2018.

Prosjektet mener derfor at Trondheim kommune sin påstand om at det er 2-3 ganger dyrere å oppnå de samme gevinstene som i Helseplattformen ved å stå utenfor, vanskelig kan dokumenteres ut fra myndighetenes utredninger.

Anskaffelsen av Helseplattformen ble lyst ut i 2018 og kontrakt inngått i 2019. Riksrevisjonens rapport viser at Helseplattformen bygget sin anskaffelse på utredninger som ikke anbefalte tidsriktig teknologi. Det er imidlertid uklart hvilken betydning dette har for gevinstene med Helseplattformen.

Selve prosessen med å skaffe Helseplattformen går tilbake til 2012, og med dagens planer for utrulling vil det ta rundt 15 år fra starten til siste kommune er i gang med løsningen. Spørsmålet er om Helseplattformen vil sakke akterut i løpet av få år på grunn av teknologien eller ikke? Vil Helseplattformens teknologi være «god nok» til å få til den beste måloppnåelsen, sett opp mot kostnadene, 15 år fra den tas i bruk? Det er grunn til å tro at også Helseplattformen vil utvikle seg fortløpende, selv om grunnsystemet ikke kan byttes. Planene for utvikling i Helseplattformen legges sammen med eierne av løsningen.

Den samme usikkerheten om utvikling gjør seg også gjeldende for økosystemer. Selv om mulighetene er flere med økosystemer, må disse mulighetene faktisk realiseres.

SCHREMS II DOMMEN OG OVERFØRING AV HELSEDATA UTENFOR EU

Schrems II-dommen fra EU-domstolen 16.7.2020 har snevret inn handlingsrommet når det gjelder overføringer av personopplysninger fra EU/EØS til USA. Dette skaper utfordringer for Helseplattformen som leveres av den amerikanske leverandøren Epic.

Helseplattformen AS sier at det er viktig å understreke at Helseplattformen skal lagre alle pasientdata i Trondheim. Epic sitt supportsenter ligger i Bristol, altså utenfor EU. I noen enkelttilfeller av feilretting vil tekniske eksperter fra USA få tilgang til helseopplysninger, men bare dersom det er nødvendig for å løse feilen. Da kan Helseplattformen AS gi tidsavgrenset tilgang for den som skal løse problemet, samtidig som de kan overvåke aktiviteten. I utgangspunktet skal de aller fleste feil kunne rettes av Helseplattformen AS sine egne folk.

Det viktigste spørsmålet for vurderingen av hvilke konsekvenser Schrems II vil ha, har vært om norske data som befinner seg i Helseplattformen etter denne dommen kan kreves utlevert til amerikanske myndigheter. Ut fra de juridiske vurderingene Helseplattformen AS har fått gjennomført, vil dette ikke kunne skje. Simonsen Vogt Wiig har i et notat til Helseplattformen i 2020 pekt på en rekke konkrete forhold ved den aktuelle overføringen og planlagte tiltak som er med på å styrke vernnivået til personopplysninger som blir tilgjengeliggjort for Epic i USA i forbindelse med supporttjenester levert via en fjernaksessløsning.

Notatet sier at Helseplattformen ønsker en tilbakemelding fra Datatilsynet på hvorvidt tilsynet oppfatter tiltakene som effektive supplement til den standardavtalen som er inngått. Dersom tilsynet er av den oppfatning at opplysningene ikke lovlig kan overføres til Epic i tråd med planlagte tiltak, bes om en tilbakemelding på hvorvidt anonymisering eller aidentifisering av personopplysninger der det er praktisk mulig kan gjøre overføringen lovlig. Prosjektet er ikke kjent med tilbakemelding fra Datatilsynet.

Helse Midt Norge RHF sier i en presentasjon om temaet:

«Vi vil fortsatt ha det meste av support fra Norge og Bristol. Epic-kunder i Europa presser på for å etablere selvstendig support og datasenter i EU, for framtidige tjenester kan bli levert i sky. I den grad vi trenger support fra USA, vil det være ok i henhold til GDPR . Epic sin tjeneste er vurdert til ikke å være omfattet av overvåkningslovene. Amerikanske myndigheter har dermed ikke rett til å kunne kreve utlevering av personopplysninger fra vår infrastruktur».

Prosjektet vurderer ut fra ovennevnte argumentasjon at det virker som lite sannsynlig at norske personhelsesdata vil overføres utenfor EU. Likevel skulle prosjektet gjerne visst om Datatilsynet har gitt tilbakemelding.

VURDERING AV AVTALEVERKET I HELSEPLATTFORMEN

Prosjektets juridiske evaluering av avtaleverket i Helseplattformen fra mai 2022 vurderte at Tjenesteavtalen med Samarbeidsavtalen av 2019 i sum framstår som uoversiktlig og ikke konkret nok i forhold til beslutningsstruktur.

Avtalene er bygd på og forutsetter et reelt samarbeid mellom aktørene, noe som i seg selv ikke er negativt. Dette krever dog at kommunen er en reell samarbeidspart i Helseplattformen. Det er dette som skiller et offentlig-offentlig samarbeid fra et rent tjenestekjøp. Modellen er bygget på en konsensusmodell hvor alle aktører må være enige i de beslutninger som tas. Men aktørene i denne strukturen har ulike roller og myndighet.

Oppbyggingen av avtalen er dens svakeste punkt helhetlig. Det er gjentagende forhold som er tiltenkt avklart senere, for eksempel Felles beslutningsorgan kommuner hvor et av de viktigste organene for kommunen ikke er avklart, hverken i størrelse eller hvilken myndighet som kan ligge til organet. Per april 2023 er felles beslutningsstruktur under videre utvikling gjennom en egen samarbeidsavtale mellom kommunene som har inngått tjenesteavtale om Helseplattformen.

Økonomisk bærer også avtalen preg å være et samarbeid. Det er vist til tiltak som skal komme inn og avhjelpe hvis for eksempel noen kommuner ikke velger å underskrive avtalen med Helseplattformen, men eventuelle økte utgifter utover dette må dekkes inn på en eller annen måte. Disse utgiftene skal forsøkes redusert gjennom prosjekter, men hvis dette ikke lykkes blir det generalforsamlingen som bestemmer hvordan de skal dekkes inn. Uansett vil det bli eierne som til slutt må dekke eventuelle ekstrakostnader. Det finnes ingen andre måter å få inn midlene siden Helseplattformen ikke har som formål å skape overskudd for eierne og skal drive etter prinsippet om kostnadsdekning.

KAN KOMMUNENE BLI PÅLAGT Å TA I BRUK HELSEPLATTFORMEN?

Kommunene i analysen har vurdert spørsmål om midtnorske kommuner kan bli pålagt å ta i bruk Helseplattformen.

Frosta, Meråker og Stjørdal kommuner ba i brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 24.1.22 om svar på om kommunene kan bli pålagt å ta i bruk Helseplattformen. I svaret 26.1.22 sier HOD: «Det er lagt til grunn at deltakelse i Helseplattformen er frivillig for

kommuner og fastleger. Kommunen skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.», se vedlegg 6.

Den juridiske rådgivningstjenesten i Stjørdal kommuner har forelagt problemstillingen for advokatene i KS. Tilbakemeldingen var noe åpen, KS kom ikke med et klart svar. Per i dag finnes ikke et slikt lovkrav. Hvis en ser ut fra dagens situasjon så er det ikke noen klar hjemmel som binder kommune til å måtte gå inn en avtale kun med Helseplattformen. Det er heller ikke kommet noen signaler om det vil komme en slik hjemmel, men KS ville heller ikke avvise at det kan komme en hjemmel som pålegger kommunen å inngå en slik avtale. Rådgivningstjenesten sin vurdering per 2023 er at det neppe vil komme en slik hjemmel. Å skulle pålegge en kommune å velge ett system som ikke er innkjøpt på vegne av alle kommuner vil utfordre de ulike krav som stilles til konkurransemessige forhold og likebehandling av leverandører i markedet.

Ut fra kommunikasjonen fra ulike myndigheter kan det imidlertid se ut til at det er en forutsetning at kommune i Midt-Norge skal benytte Helseplattformen, jf. f. eks helseteknologiordningen, der det foreslås at kommuner kan søke midler til anskaffelse av nye journalsystemer - unntatt kommuner i helseregion Midt.

Utfordringen kan likevel oppstå ved at staten fremover kan stille tekniske krav som gjør det vanskelig eller veldig kostbart å velge en annen løsning. Dette kan føre til at det blir vanskelig å velge andre løsninger enn Helseplattformen for Midt-Norge.

VURDERING ALTERNATIV ANSKAFFELSE

Som en del av vurderingen av dette alternativet har kommunen gjennomført en markedsdialog med leverandørmarkedet. Formålet med markedsdialogen var å få kunnskap om hva som finnes i markedet, markedets tanker om framtidens løsninger og hvordan markedet kan bidra til å oppfylle visjonen som kommunene har satt seg; «Én innbygger - én helsetjeneste». En markedsdialog gir også leverandørene informasjon om behov, slik at de kan levere og eventuelt utvikle nye og bedre løsninger.

Kommunene utviklet et dialognotat som beskriver behovene, og leverandørdialogen ble gjennomført gjennom en dialogkonferanse, innspillsnotater fra leverandørene og to runder med en-til-en-møter, der leverandørene presenterte sine løsninger på kommunenes behov.

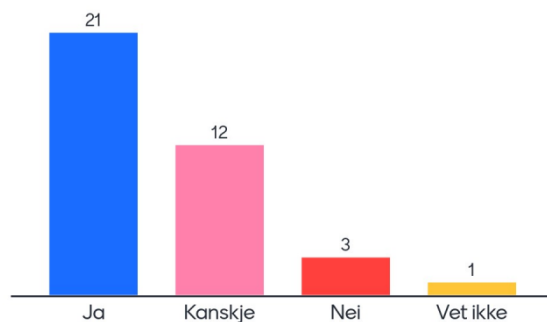
Kommunene har hatt dialog med leverandører av elektronisk pasientjournalsystemer (EPJ) og leverandører av ulike samhandlingsløsninger, som samhandlingstavler og samhandlingsplattformer. Det har vært et spenn blant leverandørene fra de etablerte aktørene med utstrakt kunnskap på fagfeltet, til gründere og leverandører fra andre bransjer som ser et nytt marked.

Markedsdialogen i 2021 handlet i stor grad om samhandling og forbindelsen med de nasjonale e-helseløsningene, mens dialogen i 2023 fokuserte mer på demonstrasjon av leverandørens produkter/løsninger og om gevinster.

En uhøytidelig måling på slutten av en til en møtene i 2023 blant deltakerne viste at de fleste deltakerne mente at det finnes eller kanskje finnes ulike alternativer som dekker kommunenes behov.

Temperaturmåling etter i dag: Opplever du at det finnes ulike alternativer som dekker kommunenes behov?

Mentimeter



37

Figur: uhøytidelig spørring etter en til en møter med leverandørene januar 2023

Etter en til en møtene i 2023 vurderte prosjektet i hvilken grad de ulike leverandørene dekker behov i tjenester kommunene har ansvar for etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3.2. ²⁹

²⁹ Helseplattformen deltok ikke i dialogen, men stilte i et møte samme dag og er derfor med i sammenlikningen.

LEVERANDØRER - DIALOGMØTE EPJ/SAMHANDLING								
LEVERANDØRER			TEKNOLOGI			INTEGRASJONER		
NR	FIRMA	NAVN PÅ LØSNING	TYPE LØSNING	GRENSESnitt	Skybasert	Åpne API	LØSNINGEN LEVERER:	Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester:
1	Omega 365			Webbasert	Ja, public	Ja	EPJ/mobil	Hele § 3.2
2	Palantir			Webbasert			Dataanalyse/samhandling. System for prioritering, venteliste og planlegging av kapasitet.	Hele § 3.2
3	Siemens Healthineers			Webbasert		Ja	Samhandling. Løsning for sammenstilling av informasjon på tvers av ulike system, basert på moderne standarder.	Hele § 3.2
4	Visiba Care			Webbasert	Ja, public	Ja	Samhandling med innbyggerløsninger. Visiba care har muligheter for: -Kommunikasjon, video, chat og meldinger -Timebok, styringsverktøy, skjemamotor -AI basert for automatisert anamnese og triage (red robin)	Hele § 3.2
5	DNV Imatis			Webbasert	Ja	Ja	Samhandling. Samhandlingsystem som overbygg for fagsystemene. Funksjonalitet for plassadministrasjon, pasientflyt, sjekklister med mulighet for kommunalt pakkeforløp, registrering av vitale pasientmålinger.	Hele § 3.2
6	Weisstech	Omhu		Webbasert	Ja, public	Ja	EPJ for ressurskrevende brukere	Punktene 6 a og b
7	Pridok	Pridok		Webbasert	Ja, public	Ja	EPJ fastlege, legevakt, helsestasjon, fysio/ergo	Punktene 1b, 3a, 4 og 5
8	Visma	Flyt		Webbasert	Ja	Ja	EPJ uten fastlege og legevakt	§ 3.2 uten 3a og 4
9	Kernel	Aidn		Webbasert	Ja	Ja	EPJ uten helsestasjon, fastlege under utvikling	§ 3.2 uten 1, 2, 3
10	CGM	CGM		Klient	Nei		EPJ fastlege/legevakt/helsestasjon	Punktene 1, 2, 3a og 4
11	Tietoevry	Gerica/Lifecare		Klient	Ja	Ja	EPJ uten fastlege og legevakt	Hele § 3.2
12	Helseplattformen AS	Helseplattformen		Klient (citrix)	Nei	Ja	Felles EPJ mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	Hele § 3.2

Prosjektet oppsummerte videre viktig funksjonalitet, som EPJ, mobil bruker, plassadministrasjon, saksbehandling og fakturering. Leverandørene ble ikke holdt opp mot hverandre som ved en anskaffelse, men vurdert opp mot kommunenes målbilde beskrevet i dialognotatet.

Det er verdt å merke seg at kommunene har hatt dialog med de leverandørene som har meldt seg på markedsdialogen. Det finnes flere leverandører i markedet, og som en kan anta stiller opp ved en eventuell anskaffelse.

Gjennom dette arbeidet har kommunene økt kunnskapen om hva markedet kan tilby og om forventet utvikling, og dette har ført til økt kompetanse i kommunen på området. Kommunene står dermed bedre stilt til å gjøre gode anskaffelser enn før dialogen.

I løpet av markedsdialogen 2021 til 2023 så prosjektet at det skjedde en utvikling i leverandørmarkedet. Mens leverandørene snakket om planlagt utvikling i 2021 og viste

veikart, så prosjektet i 2023 at mye av dette hadde materialisert seg i løsninger klare til bruk. Prosjektet opplevde også en holdningsendring mot mer samhandling mellom leverandørene, noe prosjektet mener er nødvendig for bærekraft i markedet. Denne endringen er svært gledelig for kommunene, som trenger at ulike leverandører bygger på hverandres styrker for å levere helhetlige løsninger til kommunene.

Prosjektet vurderer ut fra erfaringene med markedsdialogen i 2023 at markedet er i endring mot en mer samhandlende holdning. Det er likevel et godt stykke igjen før markedet benytter strategisk samhandling som norm og konkurransefortrinn.

Prosjektet mener at kommunene per 2023 er i posisjon til å sette krav til at leverandører samhandler. Dette vil være viktige forhold ved en eventuell anskaffelse, og en risiko som kommunene ønsker at leverandørene bærer. Erfaringene fra andre anskaffelser av teknologiske løsninger er at om flere kommuner anskaffelser sammen, står man i en sterkere posisjon til å stille krav mot leverandørene i en anskaffelsesprosess.

Etter dialogen henvendte prosjektet seg til leverandørene med spørsmål om det var mulig å få teste løsningene. En legeløsning og en EPJ for en avgrenset tjeneste meldte tilbake. Prosjektet testet sistnevnte løsning sammen med medarbeidere i tjenesten i Stjørdal kommune. Vi ble vist rundt i hele testbasen og fikk selv legge inn informasjon, finne informasjon osv. med god veiledning fra leverandør. Testerne konkluderte med at det finnes mange gode funksjonaliteter i systemet, og at det gir en god arbeidsflyt for dem som jobber i denne tjenesten. At medarbeidere i tjenestene tester systemer på denne måten, er noe kommunene bør vurdere - og kreve av leverandørene - ved en eventuell anskaffelse.

VURDERING AV MARKEDET

Gjennom arbeidet med analysen har prosjektet blitt kjent med et leverandørmarked som vurderes å fylle mange av kommunenes behov.

Det er flere EPJ-leverandører med nye systemer som vurderes som relevante og har løsninger som dekker lovpålagte tjenester i kommunene. Kommunene fått innblikk i nye EPJ-løsninger med flere viktige funksjoner vi ikke har i dagens systemer, for eksempel interne meldinger, bedre versjon av innbyggerdialog, SvarInn, dashboard for oversikt, egen side for den ansatte med oppgaver, varsler om oppgaver mm.

I tillegg vurderes en rekke leverandører av samhandlingsløsninger å dekke behov. Siden flere kan levere løsninger innen dette området, vil man få en reell konkurranse i markedet. Flere leverandører leverer samhandlingsløsninger som kan bidra til god intern samhandling mellom tjenestene i kommunen. De kan levere samhandlingsløsninger innenfor helse som fungerer på tvers av ulike foretak og organisatoriske skillelinjer, har samhandlingsløsninger som muliggjør nødvendig samhandling mellom ulike aktører som primærleger, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, ulike typer av spesialister, pårørende og pasienter – men dette forutsetter at alle aktører har denne samhandlingsplattformen. De leverer løsninger for pasientsentrisk arkivering, digital hjemmeoppfølging og ulike løsninger for klinisk beslutningsstøtte.

Det finnes flere programvareleverandører som leverer samhandlingsløsninger som knytter teknologi, arbeidsprosesser, informasjon og mennesker tettere sammen, gjennom «samhandlingstavler». De leverer programvare til sykehus, kommuner og private. Løsningen tilpasser arbeidsflater og samhandlingsflater som muliggjør digital arbeidsstøtte, sanntids samhandling, tavlemøter, oversikt over frister, avvik og fokusområder, plassadministrasjon og hendelser i sanntid og styringsverktøy.

Til dette kommer andre løsninger som prosjektet vurderer som nyttige og fyller uttalte behov. Dette er f. eks medisinskap (sikker legemiddelhåndtering) og tale-til-tekst-software (effektiverer dokumentasjon).

Som prosjektet ser det, vil disse løsningene, sammen med nasjonale e-helseløsninger, dekke mange av behovene i kommunene.

For pasienten vil valg av journalsystem være av betydning i den grad valget påvirker pasientens mulighet til å få innsyn i egen journal og opplevelse av at helsetjenesten er sømløs og ikke fragmentert. Markedet vil kunne tilby løsninger for funksjoner rettet mot pasientdialog, men så lenge man ikke har all informasjon samlet et sted vil pasient fremdeles måtte være koordinator for egen kontakt med helsetjenesten.

Analysebyrået Gartner kom mars 2023 med en rapport om det norske leverandørmarkedet for elektroniske pasientjournalløsninger, på bestilling av Direktoratet for e-helse.³⁰ Rapporten viser til at markedet har utvidet seg siden 2014 og er mer fleksibelt for kundene, med tanke på å velge løsninger som passer deres behov.

SAMHANDLING

Anskaffelse av ulike systemer/økosystem i kommunene løser ikke behovet for bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi har per i dag e-meldinger, og vi får ikke samhandling i sanntid eller innbyggerinvolvering av den grunn. Elektroniske meldinger inneholder kun noen opplysninger om brukeren som gjør til at brukeren fremdeles må gjenta historien mange ganger, og det kan resultere i dobbeltarbeid som for eksempel at blodprøven fra fastlege må tas på ny.

For å få til involvering av innbygger, samhandling om pasientforløp og samhandling om behandlingsplaner osv., må de enkelte journalleverandørene sette opp muligheter for dette i sine systemer. Det krever videre at leverandørene blir enige seg imellom hvordan de åpne API-ene skal brukes på tvers av systemene. Selv om prosjektet opplever bevegelse i leverandørenes holdninger mot samhandling, er det et godt stykke igjen at alle får dette til å fungere i praksis. Bruker kommunen f. eks Profil er kommunen avhengig av at Visma utvikler dette sammen med Epic/Helseplattformen. Samtidig som Visma må gjøre det med DIPS for resten av landet, og med alle andre leverandører på fastlegesiden og i spesialisthelsetjenesten, og få dette til å bli likt overalt i sin skyløsning. Vi snakker om en

³⁰ [gartner-2023-norwegian-ehr-market-analysis-final-report-v1.0.pdf \(regjeringen.no\)](#)

evolusjon. Kommunene må vurdere om de har tid til å vente på denne evolusjonen, sett mot utfordringene med flere pasienter og færre hender i nær framtid.

Til dette kommer at ikke alle leverandører er like opptatt av samhandling. Noen større aktører virker opptatt av å lage sin egen suiteløsning, med systemer for både helse- og omsorgssektoren og fastlegen.

VURDERING AV DE NASJONALE E-HELSELØSNINGENE

En presentasjon fra Norsk Helsenett 9.3.23 viser en stadig framgang for nasjonale e-helseløsninger, se vedlegg 7. En rekke nye løsninger som vil bedre samhandlingen og pasientsikkerheten er under utrulling; Sentral forskrivningsmodul, Pasientens prøvesvar, Persontjenesten og Dokumentdeling.

Disse løsningene viser hvor viktig det er med nasjonal og statlig styring. Dette er også framholdt av Felles kommunal journal Interim i deres utkast til styringsdokument:

«En viktig ambisjon for felles journalløft er å tilrettelegge for bedre samhandling mellom stat og kommune for å understøtte en sammenhengende helsetjeneste. Behovet er aktualisert gjennom helsepersonellkomisjonens rapport. Behovet for en mer aktiv involvering fra statens side blir påpekt av flere interessenter. Betydningen av å få avklart statens rolle, blant annet hvilken rolle Norsk helsenett kan spille som mulig plattformmeier og annen involvering på statlig nivå, blir også understreket av ekstern kvalitetssikrer.»³¹

Riksrevisjonens kritikk av Én innbygger – én journal i 2021 rettet seg mot manglende styring og oppfølging og for sen framdrift for viktige tjenester. Spesielt nevnt ble Pasientens Legemiddelliste. Riksrevisjonens anbefalinger var at:

«Helse- og omsorgsdepartementet og Direktoratet for e-helse:

- Sørger for koordinering av IT-utviklingen, slik at helheten og sammenhengen mellom sektorens journalløsninger blir ivaretatt i det videre arbeidet.
- Sikrer bedre involvering og medinnflytelse fra aktørene i sektoren, blant annet ved å:
 - Videreutvikle nasjonal styringsmodell.
 - Bruke høringsinstituttet mer aktivt.
 - I større grad involverer forsknings- og fagmiljøer i videre utredningsprosesser, slik at man får et best mulig beslutningsgrunnlag.
- Videreutvikler og avklarer rollefordelingen mellom nasjonale myndigheter og resten av helse- og omsorgssektoren, inklusiv privat sektor.

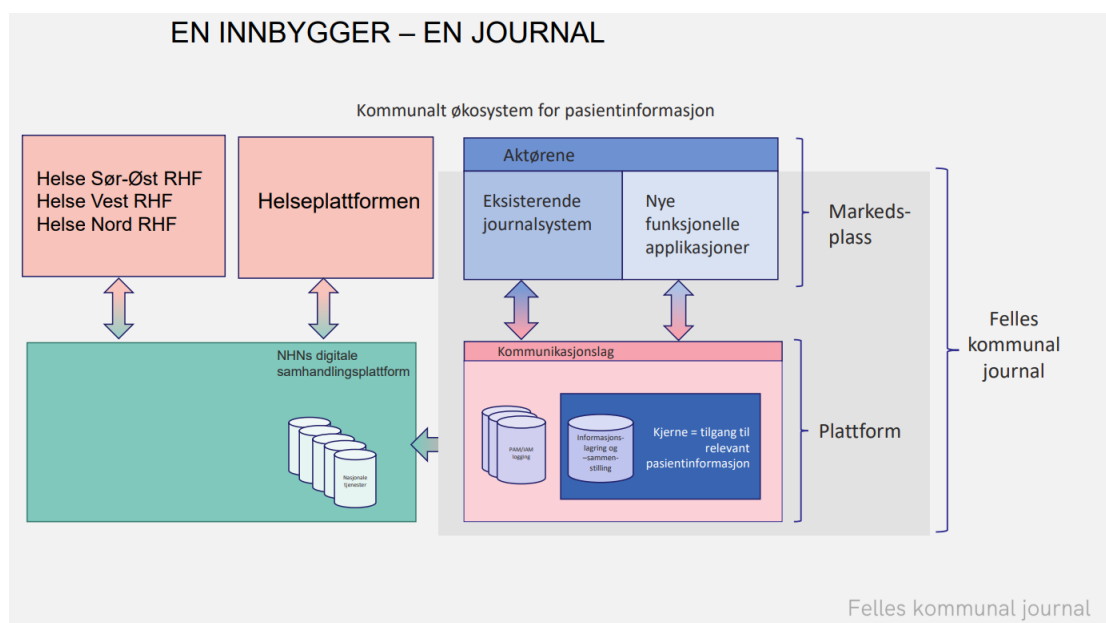
³¹ [Bred støtte til ny løsning for felles journalløft - KS](#)

- Viderefører arbeidet med nye mekanismer for prioritering og samfinansiering, og sikrer aktørene medinnflytelse i denne prosessen.
- Sørger for at felles grunnmur og nasjonale e-helseløsninger videreutvikles i tråd med sektorens behov». ³²

INGEN NASJONAL SAMHANDLINGSPLATTFORM I SIKTE

Per april 2023 finnes ikke samhandlingsplattformen som skal binde Helse-Norge sammen, og det foreligger heller ingen planer for å realisere en slik plattform.

Figuren under viser hvordan målbildet for nasjonal digital samhandling for helsesektoren var planlagt: den mørkegrønne boksen er den nasjonale samhandlingsplattformen, den rosa samhandlingsplattformen for leverandørene av dokumentasjons- og samhandlingsløsninger utenfor Helseplattformen.



Figur: Illustrasjon fra Felles kommunal journal: målbilde for nasjonal digital samhandling.

HELSETEKNOLOGIORDNINGEN IVARETAR IKKE BEHOVET FOR SAMHANDLING

Direktoratet for e-helse har lagt fram en utregning om en ny helseteknologiordning. Behovsbeskrivelsen fra KS legger stor vekt på at samhandling må være noe mer enn dagens meldingsformidling. Om de kommunale journaløsningene skal kunne utnytte mekanismer som datadeling eller dokumentdeling, er det behov for egne investeringer for å utvikle eller videreutvikle sentrale plattformer for samhandling. Helseteknologiordningen inneholder ingen tiltak som handler om å opprette en slik sentral plattform for samhandling.

³² [Dokument 3:14 \(2020–2021\) \(riksrevisjonen.no\)](#) side 24

Dette betyr at helseteknologiordningen slik den er formulert i oppdraget med tilhørende rammebetingelser ikke er tilstrekkelig i seg selv, og må suppleres for å nå målet om Én innbygger – én journal slik det er beskrevet i Meld. St. 9. (2012-2013).

KOMMER MARKEDSPLASSEN?

Siden Helseplattformen tok sine valg i 2016 har det skjedd en utvikling og lansering av nye tekniske modeller og løsninger. Plattformbaserte systemer er etablert i en rekke bransjer som bank og finans, reiser og kraft. Mike Jones i analysebyrået Gartner group forespeilet i 2017: «Gartner has seen platform stake off in many sectors, and we think the same needs to happen in health...» Gartner group holdt i 2020 fram plattformbasert økosystem som «emerging technology» som de forventer å være markedsledende i løpet av fem til ti år. Felles kommunal journal (FKJ) som var nærmest til å realisere økosystem/markeds plass med en samhandlingsmodul, er nå uten finansiering og prosjektet avvikles i juni 2023.

DIGITALISERINGSTILTAK MED RASKE GEVINSTER SOM MOTIVASJONSFaktor

Helsepersonells digitale kompetanse må styrkes og det er behov for en holdningsendring til ny teknologi. En undersøkelse om ansattes syn på digitalisering fra Sintef i 2017 viser at helsesektoren er klart den som var mest misfornøyd med digitalisering.³³

Prosjektet vurderer det er størst sjanse for å lykkes med mindre digitaliseringstiltak som gir umiddelbare eller raske gevinster. En ny EPJ er et stort løft og det kan være utfordrende å se gevinstene for før etter en tid. Det finnes imidlertid tiltak som både forbedrer tjenestene og har tidlige gevinster. Slike tiltak kan være med å skape motivasjon for ny teknologi hos helsepersonell i en travel hverdag.

Et eksempel er innføring av elektroniske medisinskap. Her oppnås den kvalitative effekten med lukket legemiddelsløyfe, som sikrer at pasienter får rett legemiddel, i rett dose, til rett tid og på rett måte. Kommuner som har anskaffet slike mener den er enkel å ta i bruk. Helsepersonell opplever umiddelbart spart tid på dobbeltkontroll og at de slipper å føre narkotikaregnskap. Teknologien i medisinskapet kobles opp mot apoteket for automatisk bestilling av legemidler, noe som fører til sparte ressurser gjennom bedre bestillingsrutiner, slankere beholdning og god oversikt over sortimentet.

Et liknende tiltak er innføring av elektronisk lagerstyring av medisinsk forbruksmateriell (også mulig å få via kommunens ERP-system).

Andre tiltak kan være innkjøp av en intern samhandlingstavle som sammenstiller data for pasienten og gir oversikt. Dette er spesielt nyttig for tjenester som har en stabil pasientgruppe med lite endring i diagnoser, f. eks på sykehjem eller miljøtjenesten.

Program for tale til tekst gjenkjenning kan også vurderes som effektiviseringstiltak.

³³ [Ansattes syn på digitalisering. En nasjonal kartlegging av digitale forhold som skaper stress og opplevd produktivitet. Trondheim: SINTEF 2017 \(ISBN 978-82-1406679-1\) 53 s. SINTEF Rapport \(2017:00681\)](#)

Dette er eksempler på løsninger som kan anskaffes i kommunene, sammen med eller uavhengig av en ny EPJ. Den ovennevnte Gartner-rapporten fra mars 2023 beskriver akkurat slike muligheter.

SAMLET VURDERING

Som nevnt i innledningen presiserte Stortingsmeldingen En innbygger – en journal strategiarbeidet i regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig å huske at stortingsmeldingen ikke var en plan om en felles journalløsning i helsetjenestene, men en strategi for å nå IKT-målene i helse- og omsorgstjenestene. Målene var:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og pasientopplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

For å nå disse IKT-målene viste regjeringen i stortingsmeldingen til *flere mulige strategiske grep*:

1. Utrede én innbygger – én journal. Da vil helsepersonell kunne få tilgang til alle opplysninger som er relevante, uavhengig av hvor pasienten har vært utredet eller behandlet tidligere.
2. Nye digitale tjenester for pasienter
3. «Min helse» på nett
4. Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren
5. Fullføre igangsatte tiltak (meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og kommunal pleie- og omsorgstjeneste, elektroniske resepter i alle kommuner, helseforetak og apotek, nasjonal kjernejournal)
6. En helhetlig gjennomgang av lov- og regelverk slik at journalopplysninger kan følge pasienten og pasienten gjennom et helt behandlingsforløp

Det første strategiske grepet på lista var å se på mulighetene for én journal. Hensikten er at data skal kunne deles så brukeren får opplevelsen av en sammenhengende og sømløs helsetjeneste, og at helsepersonell kan dele og benytte delte data. Helseplattformen er kommet lengst mot dette målet per 2023. Helseplattformen tolker visjonen bokstavelig ved at det er en felles journalløsning for alle aktører, men er en løsning kun for Midt-Norge. En nasjonal løsning for deling av data i sanntid mellom aktørene finnes ikke, og prosjektet er usikre på når - og om - den kommer.

Siden stortingsmeldingen Én innbygger – én journal i 2012 har det kommet en rekke nye digitale tjenester på nett og flere tiltak er fullført eller har kommet lenger. Riksrevisjonens undersøkelse av arbeidet etter stortingsmeldingen (2021), sa det er svært kritikkverdige at andre tiltak enn journalsystemer også er forsinket. Prosjektet mener at nasjonale tiltak har

bidratt til at det er mer samhandling og flere teknologiske løsninger for innbyggeren sammenliknet med situasjonen i 2012.

Riksrevisjonens undersøkelse viste store svakheter når det gjelder det strategiske grepet om sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Riksrevisjonen mener det er sterkt kritikkverdig at myndighetene ikke har ivaretatt sitt ansvar for oppfølging, kvalitetssikring og rapportering på en god måte. Prosjektet mener også at det må sterkere nasjonal styring til for å oppnå en nasjonal løsning for deling av data.

EU-kommisjonen har kommet med et forslag til forordning for et felles europeisk område for helsedata – European Health Data Space (EHDS)³⁴. Dette skal gi enkeltpersoner direkte tilgang til egne helsedata og mulighet til å dele helsedata med helsepersonell i hele EU. Det foreslås videre et rettslig rammeverk og en desentralisert infrastruktur for gjenbruk av helsedata til forskning, innovasjon, industri og politikktutforming. Her deltar Norge i utprøvingen.

Riksrevisjonen viste til at den nasjonale styringen og koordineringen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren ikke har lyktes, men at man er på vei gjennom etableringen av nasjonal styringsmodell. Modellen legger gode strukturelle rammer for koordinering og forankring av e-helseutviklingen blant aktørene i sektoren. Imidlertid opplever flere aktører at de ikke har reell innflytelse. Dette gjør at styringsmodellen blir brukt som en legitimerings- og konsultasjonsordning fremfor en reell konsensusmodell. Dette mener Riksrevisjonen er en hindring for effektiv koordinering av området.

Når det gjelder det strategiske grepet med en helhetlig gjennomgang av lov- og regelverk slik at journalopplysninger kan følge pasienten og pasienten gjennom et helt behandlingsforløp, ble det i 2021 vedtatt endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven som vil lette bruk av helseopplysninger til å samarbeide og lære i helse- og omsorgstjenesten. Endringen åpner blant annet for at helseopplysninger kan brukes for utvikling og bruk av klinisk beslutningsverktøy i helse- og omsorgstjenesten, etter dispensasjon fra departementet, og det inkluderer en ny hjemmel i pasientjournalloven for etablering av behandlingsrettet helseregister med tolkede genetiske varianter på tvers av virksomheter.³⁵

De ulike veiene mot målet om Én innbygger - én journal fra 2012 - som skulle nås gjennom de fem strategiske grepene - har dermed hatt ulik framdrift og måloppnåelse.

Prosjektet mener at de fem strategiske grepene må ses i sammenheng, og at de til sammen kan føre til en enhetlig helsetjeneste - eller «Én innbygger - én journal» som stortingsmeldingen litt upresist kaller det. Det handler altså om mye mer enn bare nye pasientjournalssystemer.

³⁴ [Proposal for a regulation - The European Health Data Space \(europa.eu\)](https://europa.eu)

³⁵ [Lov om endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven \(bruk av helseopplysninger for å lette samarbeid, læring og bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten mv.\) - Lovdata](#)

KOSTNADSVIRKNINGSANALYSE

En kostnadsvirkningsanalyse benyttes når det er vanskelig å verdsette nyttesiden i kroner, samtidig som ulike tiltak har ulike nyttevirksomheter.³⁶ En beregner da kostnadene ved tiltakene på vanlig måte, mens nyttevirksomhetene beskrives best mulig, men ikke i kroner eller på en felles skala.

Kostnadsvirkningsanalyse gir ikke grunnlag for å rangere tiltakene etter samfunnsøkonomisk lønnsomhet, men at analysen likevel gir verdifull informasjon for beslutningstakerne. Denne analysen gjøres som en kostnadsvirkningsanalyse. Enkelte gevinster ved alternativ Helseplattformen er søkt prissatt, se tidligere kapittel om virkning.

USIKKERHETSANALYSE

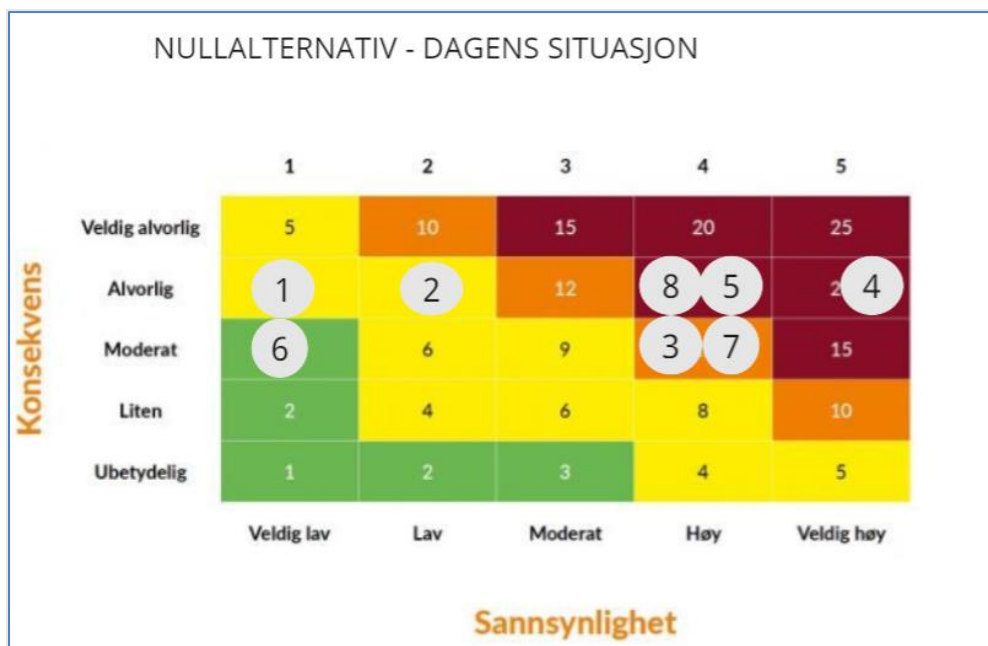
NULLALTERNATIVET

Nullalternativet er ikke et langsiktig alternativ og har et kort tidsperspektiv. Analyseperioden er satt til 5 år. Nullalternativet benyttes som sammenlikningsgrunnlag for de andre alternativene. Prosjektet har likevel valgt å gjøre en risikoanalyse for nullalternativet, visuelt framstilt i figuren under. I beskrivelsen vises til nummerering i figuren.

Nullalternativet har et ganske forutsigbart kostnadsbilde (1). Prosjektet anser at det er liten risiko for at Visma ikke vil vedlikeholde dagens hovedsystem, Profil, som lovet fram til 2027 (2). Det å gå glipp av ny funksjonalitet, standardisering og struktur på rapportering, noe som kommunene ville fått i en annen løsning, anses som en middels stor risiko (3).

Det anses å være en lav risiko at helsepersonell fortsetter å benytte dagens løsning i noen år til (6), til tross for at løsningene ikke anses som ideelle. At nasjonal løsning for samhandling mellom helseaktørene ikke ser ut til å komme på plass i løpet av de neste årene anses som en middels risiko (7). Manuell tilgangsstyring og at personopplysninger kan komme på avveie kan utgjøre en alvorlig risiko prinsipielt, selv om erfaringene er at det går bra i praksis (5 og 8). Kommunene har risikoreduserende tiltak gjennom gode rutiner og prosedyrer. Dette forebygger avvik og reduserer risikoen. Den største risikoen for nullalternativet anses å være at kommunen ikke har gode funksjoner for intern samhandling (4).

³⁶ [Jf. krav til samfunnsøkonomiske analyser i Finansdepartementets rundskriv R-109/2021](#)



Figur: visuell matrise risikoanalyse nullalternativet 2023.

HELSEPLATTFORMEN

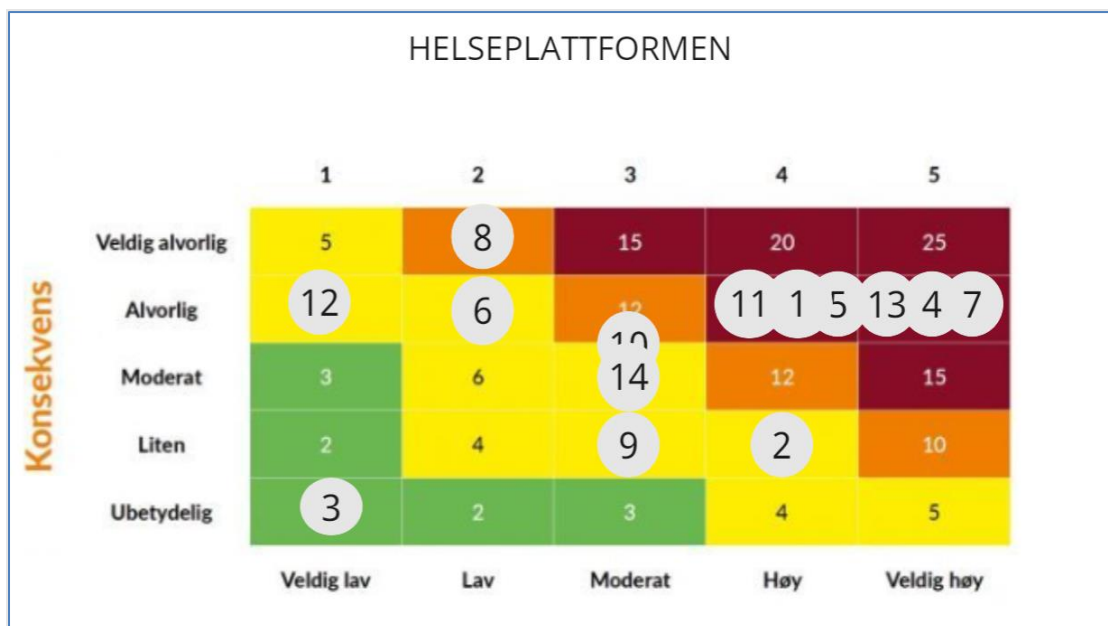
Prosjektet har vurdert 14 risikoer for alternativ Helseplattformen. I beskrivelsen refereres til tallene i matrisen under.

Prosjektet vurderer tre risikoer som svært høye for Helseplattformen. Disse er kommunenes evne til å realisere gevinstene ved løsningen (4), at kostnadene ved Helseplattformen blir så høye at kommunen ikke kan kjøpe seg inn (7), og at kommunen må øke ressursene for å opprettholde dagens tjenestekvalitet som følge av økte krav til kvalitet og omfang på dokumentasjon (13).

Den økonomiske usikkerheten ved at kommunene ikke kjenner totalkostnadene på sikt (1) anses som en høy risiko. Prosjektet mener at risikoen for at fastlegene ikke tar i bruk Helseplattformen og at gevinstene dermed reduseres (5) er høy. Det vurderes også som en høy risiko at kommunene får utfordringer med å endre arbeidsmetoder og tilpasses til Helseplattformen (11).

At kommunen ikke klarer å sette av nok ressurser til implementeringsløpet og ha nok lokal kompetanse (8) anses som en moderat risiko. Prosjektet mener at det er en moderat risiko for at arbeidsflatene (10) i Helseplattformen ikke er tilpasset og at løsningen ikke leverer på kommunal funksjonalitet (6). At kommunen får liten påvirkning i utvikling av løsningen (14) anses også som en moderat risiko. Teknisk nedetid (12) vurderes som en moderat/lav risiko, sammen med tekniske krav (9). Risikoen ved at gevinster ikke oppnås ved at andre kommuner, avtalespesialister, avtalefysioterapeuter og andre private aktører ikke innfører løsningen (2) anses som moderat/lav.

Erfaringene fra innføring av løsningen i kommunene så langt gjør at prosjektet vurderer at det er lav risiko for at kommunen ikke klarer å følge opplæringsløpet (3)



Figur: visuell matrise risikoanalyse Helseplattformen 2023.

Helseplattformen som endringsprosjekt

Helseplattformen bygger på standardiserte arbeidsflyter. En innføring vil kreve at kommunen endrer sin dokumentasjonspraksis og tilpasser sine arbeidsflyter deretter. Denne endringen vil bryte med tidligere praksis. I endringsteorien skiller man mellom endring som brudd med tidligere praksis og utvikling, som innebærer en videreutvikling av eksisterende praksis. Utsiktene for å lykkes med disse to formene for endring er ulike og vil i ulik grad virke inn på risikoen. «*Jo mer dramatisk endringsprosesser som settes i gang, desto større er sjansen for å mislykkes*» (Jacobsen, Organisasjonsendringer og endringsledelse, 2022, s. 81)³⁷.

Helseplattformen bygger på en proaktiv tilnærming til håndtering av de utfordringene som vil komme med økning i antall eldre de neste tiårene. Proaktiv endring innebærer at man endrer organisasjonen før hendelsen har funnet sted basert på antagelser om hva som vil kunne skje. Dette er også et moment som kan bidra til å øke risikoen på sikt da helsetjenestene de neste tiårene vil måtte omstille seg i stor grad for å kunne håndtere et økende pasientgrunnlag. Risikoen ligger i om Helseplattformen blir et effektivt arbeidsverktøy for helsepersonell, som igjen vil bidra til at helsepersonell kan bruke mindre tid på dokumentasjon og mer tid til direkte pasientkontakt. «*Organisasjoner som begir seg ut på en proaktiv endring, i alle fall en større, driver i stor grad gambling, og sannsynligheten for å mislykkes totalt øker*» mener Dag Inge Jacobsen (Jacobsen, Organisasjonsendringer og endringsledelse, 2022, s. 119).

³⁷ [Jacobsen, D. I. \(2022\). Organisasjonsendringer og endringsledelse. Bergen: Fagbokforlaget.](#)

På den andre side så ser markedet ut til å gå fra fritekst dokumentasjon og over på mer systematisk dokumentasjon, slik at en proaktiv endring knyttet til dokumentasjonspraksis vil være av liten risiko.

Mulige konsekvenser for kommunene ved å ikke tiltre opsjonen

Bruken av en opsjon er en rett kommunene har til å tiltre en avtale, men ikke en plikt. En mulig problemstilling er hvilken risiko kommunen løper ved å ikke tiltre Helseplattformen ut fra det innføringsløpet som er planlagt for kommunene, og om kommunene vil miste muligheten for å tiltre Helseplattformen dersom de går til anskaffelse av andre løsninger.

Utgangspunktet blir en vurdering av de opplysninger som kommer frem i inngått avtaler. Det bør likevel bemerkes at denne opsjonen skiller seg fra vanlig bruk av en opsjon i en avtale. Grunnlaget er at avtalen allerede er inngått med leverandøren av plattformen (Epic). Bruken av opsjonen vil være koblet mot inngått avtale med Helseplattformen. Derfor vil en eventuell bruk av opsjonen bli en tolking av inngåtte avtaler mellom Helseplattformen AS og kommunen.

Prosjektet kan ikke se at det foreligger noe i avtalene som begrenser kommunen sin mulighet til å benytte opsjonen. Kommunen har tidligere fått tilbakemelding om at opsjonen står seg til 10 år etter at siste helseforetak har innført løsningen. Dette tiårsperspektivet står også omtalt i Bridging Contract mellom Epic og Helseplattformen AS punkt 3 (13).³⁸ Dette tilsier at avtalen kan bli en utfordring for Helseplattformen AS, siden utsettelse vil føre til at denne blir forskjøvet fremover i tid. Opsjonens varighet representerer en mulighet for kommunene til å avvete innføring av Helseplattformen til løsningen er mer utviklet og kommet godt i drift.

Skjæringstidspunktet for kommunen vil antakelig være tidspunktet som er satt for innføringen av Helseplattformen i kommunen. Grunnlaget er at Helseplattformen AS blir rigget for at kommunene og helseforetakene skal tiltre Helseplattformen på visse tidspunkt slik at de kan gjennomføre en fornuftig innføring av Helseplattformen. Dette tilsier at Helseplattformen AS til slutt må ta en avgjørelse på hva de kan gjennomføre etter dette tidspunktet, og hvor villig de er til å ha en organisasjon rigget til å kunne gjennomføre en forsvarlig innføring av Helseplattformen i kommunen. Dersom en kommune velger å takke nei til tidspunktet som er satt for innføring av Helseplattformen kan konsekvensen bli at kommunen mister muligheten til å tre inn i avtalen. Det bør bemerkes at hvis kommunen blir avvist i forhold til retten den har til å benytte opsjonen, kan medføre at kommune kommer i en posisjon til å stille et krav til Helseplattformen AS i forhold til et eventuelt økonomisk tap. Dette anser prosjektet å være en svært teoretisk mulighet som ikke er prøvd i praksis.

³⁸ [Jf. Bridging Contract mellom Helseplattformen AS og Epic, punkt 3 \(13\) se vedlegg.](#)

3 TERM

(13) The **Term** of the *Delivery Contract* is ten (10) years after being taken into use at the last and final Health Trust. The *Maintenance Contract* will apply until terminated according to the conditions set out in the respective contracts.

Kommunen kan bli møtt med motargumentet at kommunen gjennom konkludent atferd har mistet retten til å benytte opsjonen. Dette kan komme på spissen hvis kommunen har gjennomført en anskaffelse, i tillegg til at den ikke har benyttet muligheten i forhold til det tidspunktet som er satt som innføring i kommunen.

En annen konsekvens ved at kommunen velger å ikke følge innføringsløpet kan være at det kan oppstå høyere kostnader for Helseplattformen AS, siden de må være rigget lenge enn planlagt. Det vil ikke være unaturlig at disse ekstrakostnadene blir belastet den kommune som har avvist innføringen av Helseplattformen på det tidspunktet som er planlagt. Dette blir i så fall en forhandlingssak mellom partene siden utgangspunktet i forhold til fordelingen av kostnadene allerede er avtalt gjennom eksisterende avtaler. Hareid kommune fikk i brev fra Helseplattformen AS 14.11.22 en tilbakemelding som varsler mulige ekstrakostnader ved å tiltre utenfor de planlagte kommunale innføringsløpene, se vedlegg 8.

Det kommer ikke fram i avtaleverket for Helseplattformen at Helseplattformen AS kan kreve dekket slike ekstra kostnader, men det vil være urimelig at andre kommuner må dekke kostnader som oppstår som en konsekvens av handlingen til en annen kommune. (Det er riktig nok vist til at en kommune som på eget initiativ velger migrasjon og integrasjon utover standardpakken må finansiere dette selv. Se bilag 5 om Samlet pris og prisbestemmelser.) Normale kontraktsvilkår tilsier at den kommunen som er ansvarlig for at det oppstår høyere kostnader kan bli pålagt å dekke dem.

Prosjektet kan ikke se at det forekommer opplysninger i inngåtte avtaler som tilsier at kommunen mister sin mulighet til å benytte opsjonen, selv om de skulle tiltre en annen avtale i mellomtiden. Det foreligger dermed ikke noen avtalevilkår som tilsier at kommunen mister muligheten til å benytte opsjonen selv om de skulle inngå en avtale med en annen leverandør. Imidlertid vil tidspunktet for innføringen kunne påvirke utfallet. Slik vist til ovenfor vil det foreligge usikkerheter ved å ikke følge den planen Helseplattformen AS har presentert for innføring av Helseplattformen. Helseplattformen AS må på ett eller annet tidspunkt fatte en beslutning om at de ikke lengere kan ha en organisasjon som er rigget for innføring av Helseplattformen i de ulike kommunene, og at de ikke lengere vil kunne åpne for at en kommune ønsker å benytte opsjonen.

Oppsummert bør kommunene som et utgangspunkt forholde seg til det tidspunkt som er satt i forhold til innføringen av Helseplattformen. Hvis kommunene ser at dette blir et innføringstidspunkt kommunen ikke kommer til å forholde seg til, bør kommunen gå i dialog med Helseplattformen AS om hvilke konsekvenser de ser for seg av et senere innføringsløp, eventuelt avtale et senere innføringsløp. Å ikke inngå en slik dialog med Helseplattformen anses å utgjøre en risiko for kommunene.

ANSKAFFELSE

Risikoanalysen av alternativ anskaffelse viser til 12 sentrale risikoer. Beskrivelsen referer til tallene i figuren under.

At en anskaffelse blir kostbar og ressurskrevende anses som en middels risiko (1) fordi kommunene i tidligere anskaffelser ha erfart at de klarer å stille med riktige og nok ressurser og fordi det er forståelse for at grundige og innovative anskaffelser gir bedre leveranser. Prosjektet mener også at kommunene kan kontrollere kostnadene for nye løsninger gjennom en anskaffelse. At kommunene ikke kjenner kostnadene i forkant (10) anses derfor å være en lav risiko.

Den største risikoen anser prosjektet å være risikoen for at kommunene anskaffer «riktig» løsning; at kommunene har kompetanse til å anskaffe det de har behov for, spesifisere behov godt nok, at kommunene ikke får alt det de ønsker seg gjennom anskaffelsen (2).

At en nasjonal samhandlingsløsning ikke kommer på plass oppleves som en høy risiko (3) i forhold til målbildet om en helhetlig helsetjeneste. Denne risikoen må ses i sammenheng med risiko nr. 7, at alle aktører (kommuner, helseforetak, leger, avtalespesialister, avtalefysioterapeuter og andre private aktører) tar i bruk Helseplattformen, gevinstene realiseres som forutsatt, men prosjektkommunene står utenfor. Hvis alle aktører innfører Helseplattformen og det fungerer godt; og den nasjonale samhandlingsløsningen ikke finnes, vurderes risikoen å være høyere.

Som det observante øyet ser, er risikoen ved at Helseplattformen blir en suksess og prosjektkommunene står utenfor (7) satt inn flere ganger i matrisen. Årsaken er at deltakerne i prosjektet vurderer risikoen ulikt. Noen vurderer sannsynligheten for at dette skjer er lav og at konsekvensen er moderat, men andre vurderer sannsynligheten fra lav/moderat til høy, og konsekvensen fra moderat til høy. Prosjektet er enige om at denne risikoen påvirker risiko 3, nasjonal samhandlingsløsning.

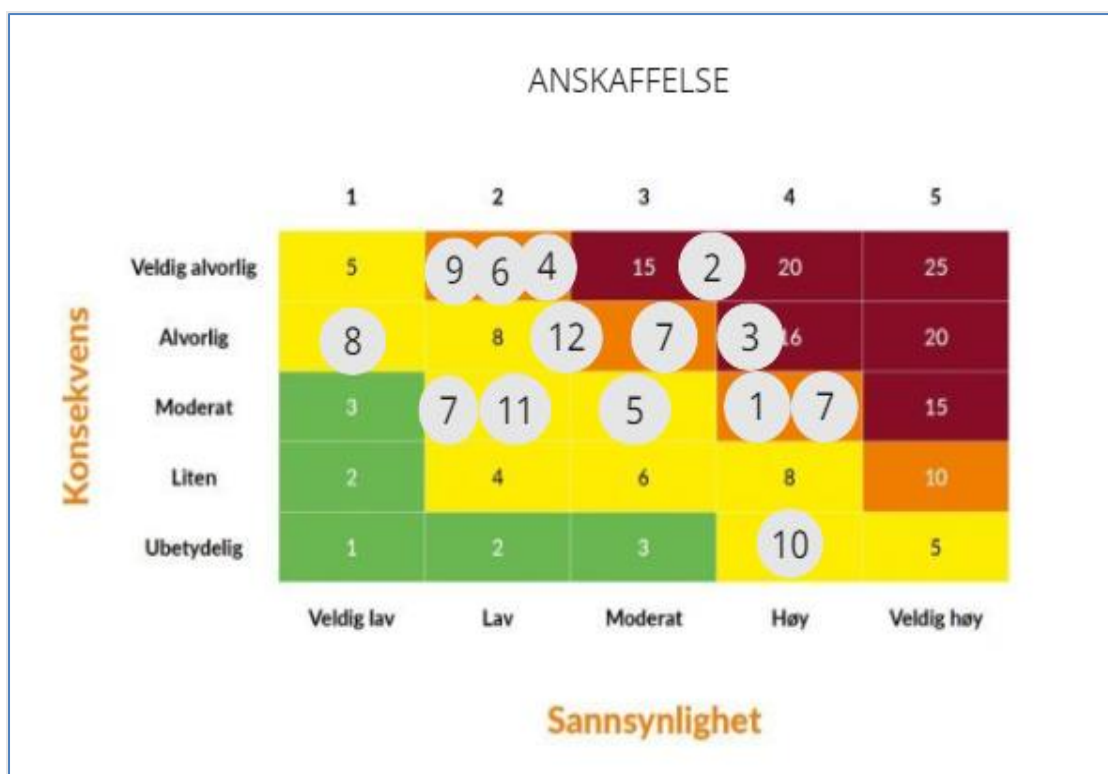
Markedets evne til å imøtekomme behov og levere det kommunene har bruk (4) og risikoen for at leverandørene ikke samarbeider/gjør avtaler om hvordan de åpne API-ene skal benyttes (6) anses som moderate risikoer. Risikoen for at kommunene mangler funksjonalitet i anskaffet løsning (9) vurderes også som en moderat risiko.

Økonomisk usikkerhet ved en anskaffelse (5) vurderes å være en moderat risiko, både fordi kommunene har fått estimerte kostnader fra leverandører (og satt opp et kostnadsestimat), og fordi kommunen har rådighet over hva de velger og velger bort under en anskaffelse.

Prosjektet vurderer at endringsevne (12), at kommunene får utfordringer med å endre arbeidsmetoder og tilpasse seg de nye løsningene som er anskaffet som en moderat risiko.

Prosjektet har diskutert om kommunene har kompetanse og ressurser til å forvalte nye løsninger, mulig flere løsninger som skal integreres, og til enhver tid være den beste tilgjengelige løsningen (11). Risikoen er vurdert å være moderat.

Risikoen for at kommunene anskaffer en EPJ som ikke kan integreres mot Helseplattformen (8) anses å være lav.



Figur: visuell matrise risikoanalyse alternativ anskaffelse 2023.

Anskaffelse som endringsprosjekt

Hva som oppfattes som den beste tekniske løsningen for å nå målet om Én innbygger - én journal har endret seg siden Helseplattformen ble besluttet anskaffet. «Det har gått fra tanken om ett system til et økosystem. Det betyr en løsning som åpner for at ulike systemer kan spille sammen i det som for brukerne fremstår som én helhet» (KS, 2022³⁹). En slik tilnærming vil innebære at kommunene vil kunne benytte inkrementell innovasjon i innføringen av nye systemer. Inkrementell innovasjon innebærer små, raske, skritt mot et mindre mål. Dette er lettere for medarbeiderne å håndtere enn større endringer fordi utfordringene deles opp i mindre, og mer håndterbare forløp (Vestergaard, 2019, s. 14)⁴⁰.

*

³⁹ KS (Kommunesektorens organisasjon). (2022). Hva er Felles kommunal journal? Hentet fra KS: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/fkj/om-akson/>

⁴⁰ Vestergaard, B. (2019). Involverende endringsledelse. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

BILAG 1 FORDELINGSVIRKNINGER

Et tiltak kan gi nytte for noen, men medføre ulemper for andre. Disse forskjellene kalles fordelingsvirkninger. Under beskrives fordelingsvirkninger prosjektet ser som viktige, og mulige kompenserende tiltak.

HELSEPERSONELL

Historisk har helsepersonellet vært "trofaste" i den forstand at de har byttet arbeidsplass i liten utstrekning. Dette har i de senere år endret seg, og det betyr at helsepersonell gjennom sin yrkeskarriere vil mest sannsynlig vil forholde seg til nye arbeidsplasser både i kommuner og helseforetak i større grad enn før. Ulike journalsystemer vil gjøre at man må bruke tid på å bli kjent i nytt system og forlenger perioden der man ikke bruker systemet best mulig. Ulike journalsystemer vil derfor være en ulempe for ansatte i et slikt bilde. Dagens bilde viser også en større turnover av ansatte, noe som vil være en kostnadsdriver i systemer som krever stor grad av systematisk opplæring.

Endringen fra å dokumentere i et lokalt system, der helseopplysningene blir vurdert før de evt. overføres til samhandlingspartnere i form av e-meldinger, til et felles system med større grad av gjenbruk av informasjon vil kreve større nøyaktighet og presis dokumentasjon. Behovet for opplæring og tid til dokumentasjon vil også derfor oppleves større i journalsystemer der flere gjenbruker data. På den andre siden vil muligheten for gjenbruk av data være tidsbesparende og gi bedre vurderingsgrunnlag i neste omgang. Slik sett vil opplevelse av tid til dokumentasjon relativt gå ned etter hvert som data legges inn i et system som legger til rette for gjenbruk i mye større grad enn dagens journalsystemer.

SAMARBEIDET I REGIONENE

Per i dag har systemansvarlige i Værnesregion et nettverk og samarbeid der de drar nytte av hverandres kompetanse og ressurser. Dette er mulig da de har samme løsning og dermed samme utfordring med forvaltning av systemet. Når det kommer ny funksjonalitet i løsning og nye krav fra myndighetene om for eksempel ny innrapporteringsmetode og integrasjon mot nasjonale løsninger, jobbes det sammen for å få løsningene på plass. Om kommunene i regionen velger ulike løsninger, vil de ikke kunne benytte ressursene på tvers på like god måte som i dag.

Også i Inn-Trøndelag drar man veksler på hverandres ressurser og erfaring i administrering av sine journalløsninger. Ulike løsninger krever at man finner samarbeidsforum på tvers av tidligere samarbeid. Ulike løsninger vil også være mer kostnadskrevende da det krever flere ressurspersoner.

HELSESAMARBEID

I Helseplattformen-samarbeidet jobbes det i april 2023 med en samarbeidsavtale mellom kommunene. Formålet med denne avtalen er å beskrive hvordan kommunenes samarbeid rundt Helseplattformen kan organiseres og ressurssettes på en mest mulig effektiv måte.

Avtaleutkastet beskriver en ny type samarbeid mellom midtnorske kommuner som forutsetter deltakelse i Helseplattformen. Prosjektet er usikre på hva dette samarbeidet kan bety for andre helsesamarbeid i regionen, for innovasjon og utvikling, og om det vil utgjøre en risiko for samarbeidet å stå utenfor Helseplattform-samarbeidet kommunene imellom. Det foreslås samarbeid på en rekke områder. Det kan være risiko for at andre samarbeidsfora vil lide under at det nå etableres nok en arena, der kommuner som står utenfor Helseplattformen ikke får tilstrekkelig samhandlingsaktører, eller får fulgt utviklingen i andre midtnorske kommuner.

Prosjektet er usikre på hvordan Helseplattformen vil påvirke helsesamarbeidene mellom kommuner og helseforetak.

KONSEKVENSER FOR MINDRE KOMMUNER

Mindre kommuner er avhengige av andre kommuner på mange områder. Faglig samarbeid har gevinster for alle kommuner, men er ressursmessig viktigst for mindre kommuner.

Prosjektet opplever derfor at alternativ anskaffelse har høyere risiko for mindre kommuner. For mindre kommuner vil det være viktig å inngå i et samarbeid dersom kommunen velger å gå for alternativ anskaffelse. Selve anskaffelsesprosessen og avtaleinngåelser er krevende, men også i forvaltning av løsning(ene) er mindre kommuner mer sårbare enn større kommuner.

Helseplattformsamarbeidet sikrer at kommunene deltar i et samarbeid om utvikling, om kommunen er liten eller stor. Den kommunale samarbeidsavtalen skal bidra til at kommunene står samlet. Dette alternativet sikrer mindre kommuner viktig samarbeid med andre kommuner for god utvikling i egen kommune.

KONSEKVENSER FOR DISTRIKTSMEDISINSK SENTER (DMS)

Som tidligere beskrevet er det svært tett sammenkobling mellom arbeids- og dokumentasjonsprosessene for helsepersonell som gir tjenester til pasienter ved DMS, og det er vanskelig å trekke skillet mellom kommunal del og helseforetak-del.

Dersom kommunene velger å innføre Helseplattformen vil DMS-ene få samme system for dokumentasjon for hele sin drift, noe både ledere og andre medarbeiderne på DMS har ønsket over lengre tid. Per i dag har situasjonen vært løst ved ulike «work-arounds» som utfordrer regelverket.

Dersom kommunene velger en anskaffelse har helseforetaket signalisert at dagens work-arounds ikke vil kunne benyttes når helseforetaket innfører Helseplattformen. Det finnes imidlertid muligheter for DMS-ene til å få lesetilgang i Helseplattformen, som f. eks også ambulansetjenesten benytter. Dette er et mulig kompenserende tiltak for DMS ved en anskaffelse.

Dersom kommunene velger å gjennomføre en anskaffelse, vil det bety at DMS-ene i prosjektkommunene må fortsette å dokumentere i to systemer som i dag.

LEGEVAKT

Informasjon om innbyggerne i kommuner med Helseplattformen vil ikke være tilgjengelig om legevakta ikke har Helseplattformen. Legevaktsleger vil dermed ha mindre informasjon og dårligere grunnlag for diagnostikk og behandling enn om data kunne utveksles mellom systemene, eller om legevakta benyttet et felles system med andre helseaktører. Om legevakt og andre aktører har ulike systemer må kommunikasjon foregå via elektroniske meldinger slik som i dag. For Helseplattformen finnes en tjeneste for lesetilgang, Helseplattformen Link, men det er usikkert om denne tjenesten kan benyttes av legevakta. Tjenesten er tenkt benyttet av ambulansetjenesten, som ikke er en del av Helseplattformen.

DELT LØSNING FOR EPJ I VÆRNESREGIONEN

Værnesregionen IT (VarIT) har vurdert hva det vil bety for Værnesregion-kommunene om de har ulike systemer for EPJ. Innledningsvis mener VarIT at det er beklagelig hvis regionen ikke kan enes om et felles system. De ser ingen fordeler med ulike løsninger i kommunene.

Skyløsning for alle

Hvis noen kommuner i Værnesregionen (VR) går for Helseplattformen og andre velger en annen løsning, vil det uansett, slik VarIT ser det, bli valgt en form for skyløsning.

- Det fører til at ingen av løsningene krever lokal drift og oppgradering fra VarIT sin side.
- Nettverksmessig bør det ikke ha betydning. VarIT må uansett dimensjonere opp nettverket til å håndtere et stadig større antall skyløsninger

Alt i alt er det ikke store utfordringene for teknisk drift så lenge man velger skyløsninger. VarIT vil få en redusert belastning kontra det å drifte lokale løsninger. Kostnadmessig ser vi pr i dag ikke at det skal gi veldig store utslag om kommunene velger felles løsning eller ulike løsninger. Det er altså fullt mulig for kommunene i Værnesregionen å velge forskjellige løsninger.

Ulemper

VarIT ser disse ulempene med delt løsning:

Samarbeidet i VR

- Samarbeid rundt systemansvar. Dette er et samarbeid som etter VarITs skjønn fungerer meget godt i dag, både på Visma Profil og Visma HsPro. Alle kommunene vil da måtte bygge opp mer systemkompetanse enn det som behøves i dag, i alle fall de mindre kommunene.
- Med det etablerte samarbeidet i dag, er kommunene mindre sårbare ved eventuell mangel på personell som kan forvalte systemet i en kommune. For eksempel i ferieavvikling kan kommunene i dag avlaste hverandre, da de innehar samme systemkompetanse.
- Ved feil i infrastruktur eller programvare, vil en kommune kunne ha dialog med IT eller leverandør på vegne av regionen. Dette er ressursparende.

- Samarbeidet rundt Helsestasjon vil også påvirkes da de vil ha to forskjellige systemer.

Flere systemer å håndtere for innføring og drift

- VarIT må bistå med innføring av to løsninger, noe som krever ressurser.
- Merarbeidet for VarIT vil være å overvåke og drifte integrasjonspunktene mot våre øvrige løsninger for to forskjellige helseløsninger (f. eks fra HRM)
- Det vil kreve ekstra ressurser av VarIT å vedlikeholde et ekstra sett med arbeidsflater på klientene (PC-ene), litt avhengig av hva slags løsning som blir valgt. En konkurrerende løsning av Helseplattformen vil f. eks ikke ha Citrix i bunn, men være en ren skyløsning etter hvert.
- Kommunene i Værnesregionen og VarIT må forholde seg til to forskjellige systemleverandører.
- Print vil håndteres forskjellig for de 2 løsningene og vil kreve ekstra oppmerksomhet.

Ulik utvikling og innovasjon i VR

- Kommunene kan oppleve ulik takt på utvikling /innovasjon med ulike leverandører.

Tabellen under viser konsekvensene for IT drift for de ulike alternative delta løsningene i Værnesregionen (VR):

Alle kommuner i VR på Profil (nullalternativet)	Ingen konsekvens, ingen endring i IT drift for VarIT
Alle anskaffer ny løsning	Redusert belastning for VarIT. Alt ligger i sky. Redusert krav til Infrastruktur i sikker sone. Mindre data å ta backup av. Mindre programvare å oppgradere og vedlikeholde for VARIT. Redusert henvendelser på IT hjelpa (litt avhengig av hvordan vi organiserer 1. linjesupport for fagløsning) Må muligens oppgradere helsenett igjen, hvis porteføljen fortsatt skal nåes via helsenett.
Noen på dagens systemer, noen på Helseplattformen	Økt belastning for VarIT. Må fortsatt drifte Profil lokalt I tillegg til at vi må vedlikeholde klienter i henhold til krav fra Helseplattformen. (bl.a. Citrix i Citrix for tynne klienter. Det blir også flere integrasjonspunkter å sette opp og overvåke.
Noen anskaffer ny løsning, noen på Helseplattformen	Alt i Sky, og redusert belastning for VarIT. Redusert krav til Infrastruktur i sikker sone. Mindre data å ta backup av. Mindre programvare å oppgradere og vedlikeholde for VARIT Kompliseres ved forskjellige krav til klientoppsett (noen fra vår Citrix og ut over helsenett med innstillinger som kreves for dette, og noen rett ut på internett med eventuelle tilleggs krav fra Helseplattformen.) Må muligens oppgradere helsenettlinjen, hvis porteføljen fortsatt skal nåes via helsenett. Redusert henvendelser på IT hjelpa (litt avhengig av hvordan vi organiserer 1.linjesupport for fagløsning.

KONKLUSJON

Prosjektets anbefaling per april 2023 er å videreføre nullalternativet på kort sikt. Kommunen bør ferdigstille en ny vurdering 19 måneder før kommunens innføringstidspunkt for Helseplattformen.

- Prosjektet peker tilbake på mål og visjon. Det er lett å være enig i visjonen som ble lansert i 2012: Én innbygger – én journal; at innbyggeren skal oppleve helsetjenestene som helhetlige. Kommunene i analysen er som «alle andre» enige i ambisjonen.

Prosjektet opplever at det per april 2023 er et stort behov for mer statlig styring, og mener staten må ta ansvaret for samhandling på nasjonalt nivå. At landets kommuner, helseforetak, fastleger og andre helseaktører skal enes om nasjonal samhandling og en helhetlig helsetjeneste uten statlig styring er etter prosjektets oppfatning lite sannsynlig.

- NOU: Tid for handling (2023) fra Helsepersonellkommissjonen er den nyeste utredningen på området. Kommisjonen mener det er nødvendig å gjennomføre helhetlige analyser som vurderer gevinstpotensialet opp mot virkningene i alle berørte arbeidsprosesser før beslutningen om innføring av ny teknologi kan tas. Prosjektet kjenner per i dag ikke gevinstpotensialet på dette nivået verken for Helseplattformen eller andre løsninger.
- Kommisjonen anbefaler videre at man i større grad legger opp til å ta ut gevinster fra ny teknologi i form av økt effektivitet i tjenestene og lavere arbeidstidsinnsats uten forringelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Dette viser en endring i retorikken fra «økt kvalitet og pasientsikkerhet» og «pasienten i sentrum» til «ikke gå ned i kvalitet eller pasientsikkerhet» og «personellet i sentrum».
- Et stort spørsmål er hvor store ressurser kommunen vil, og kan, bruke på området. Kommunene må gjøre en realistisk vurdering, prioritering av behov og ambisjonsnivå. Fremtidsbildet for helse- og omsorgssektoren er avhengig av at gevinstene overstiger kostnadene lokalt i kommunen. Videre vurderer prosjektet at det er utfordrende for kommunen å innføre kostbare teknologiske løsninger der man ikke vil kunne ta ut gevinster før etter mange år.
- Risiko er et viktig element for anbefaling og konklusjon.
 - Et viktig risikomoment er vurderingen om en proaktiv revolusjon eller en reaktiv evolusjon vil gi de beste resultatene jf. de to alternativene som endringsprosjekt i kapittelet «usikkerhetsanalyse». Helseplattformen anses som en proaktiv revolusjon, som har en høyere risiko enn den reaktive evolusjonen en anskaffelse vil representere.

- Prosjektet er av den oppfatning av at markedet innen utløpet av analyseperioden for nullalternativet vil levere EPJ-systemer med mer funksjonalitet og bedre intern samhandling enn dagens løsninger. Prosjektet vurderer at en anskaffelse av en annen EPJ enn Helseplattformen har medium til høy risiko per april 2023. Prosjektet mener at flere leverandører vil ha nye løsninger på plass innen 2026. Kunnskap om disse og erfaringer med bruken av dem i andre kommuner vil redusere risikoen i forhold til i 2023. En nasjonal løsning for deling av data i sanntid er nødvendig for å sikre samme måloppnåelse som den Helseplattformen potensielt representerer.
- Per april 2023 opplever prosjektet at å innføre Helseplattformen har høy risiko. Kommunene i analysen ligger per april 2023 an til å få mulighet for å tiltre Helseplattformen våren 2026. Fristen for å forplikte seg formelt er mars 2025. Kommunene har et mulighetsrom til å avvete beslutning til 2025. Dersom Helseplattformen per 2025 ser ut til å få de gevinstene som er forespeilet, og erfaringene fra andre kommuner er at gevinstene overstiger kostnadene, har risikoen blitt betydelig mindre.
- Å avvete beslutning i kommunene anses som et godt risikoreducerende tiltak for begge de to langsiktige alternativene. Kommunen bør ta en ny vurdering i god tid før fristen for beslutning om Helseplattformen må tas formelt, per april 2023 estimert til mars 2025.

Som i 2021 anbefaler prosjektet at kommunene gjennomfører kompenserende tiltak for nullalternativet. Dette vil redusere risikoen:

- Kommunene bør følge oppgraderingene av dagens systemer og ta i bruk evt. utnyttet funksjonalitet som gir gevinster.
- Nasjonale e-helseløsninger bør tas i bruk underveis
- Kommunen bør vurdere innføring av teknologi der gevinster kan realiseres innenfor en kort tidshorisont. Eksempler på disse er nevnt tidligere i rapporten.

Til sammen kan disse tiltakene benyttes for å modne organisasjonen mot ytterligere digitalisering og øke den digitale kompetansen hos helsepersonell, i påvente av nye løsninger.

LISTE OVER VEDLEGG

- Vedlegg 1: Svar på spørreundersøkelse om tjenestenes opplevelse av dagens journalsystem
Vedlegg 2: Innspillsliste dagens situasjon, Invitasjon til innspill, oversikt innspill
Vedlegg 3: KS sitt fremtidskart
Vedlegg 4: EPJ i en digitalisert fremtid
Vedlegg 5: Statusrapport Helseplattformen februar 2023
Vedlegg 6: Brev fra kommunene til HOD januar 2022 med spørsmål om Helseplattformen er frivillig. Svar fra HOD januar 2022 om at Helseplattformen er frivillig
Vedlegg 7: Presentasjon NHN aksjonsgruppemøte 9.mars 2023
Vedlegg 8: Brev fra Helseplattformen til Hareid kommune 04.11.22 om mulige konsekvenser ved utsetting av Helseplattformen

BEGREPSLISTE

Analyseperiode: Den perioden alle nytte- og kostnadsvirkninger av et tiltak vurderes og eventuelt beregnes for.

Berørte grupper: Alle grupper som på en eller annen måte forventes å bli berørt av tiltakene som analyseres.

Fordelingsvirkninger: Hvordan nytte- og kostnadsvirkningene fordeler seg mellom ulike grupper i samfunnet, kalles fordelingsvirkninger.

Forenklet analyse: En forenklet analyse bygger på samme metode som en samfunnsøkonomisk analyse, men kravene til omfang og grundighet vil generelt sett være lavere. Se **samfunnsøkonomisk analyse**.

Gvinster: Se **nyttevirkninger**.

Ikke-prissatte virkninger

Virkninger som det ikke er faglig forsvarlig å verdsette i kroner, eller som det av ulike årsaker ikke er ønskelig å verdsette i kroner

Kostnadsvirkninger: Med kostnadsvirkninger menes all bruk av ressurser som følger av tiltaket, for eksempel arbeidskraft og vareinnsats. Se **nyttevirkninger**.

Kostnadsvirkningsanalyse: En systematisk verdsetting av kostnadene ved ulike tiltak som er rettet mot samme problem, men der nyttevirkingene til tiltakene som analyseres, er ulike. Ved slike analyser rangeres ikke tiltakene bare etter kostnadseffektivitet – også en kvalitativ vurdering av nyttevirkingene vil kunne påvirke rangeringen av tiltakene.

Kvalitativ vurdering: En vurdering som ikke er basert på fysiske størrelser eller kroneverdier, men typisk på en verbal beskrivelse eller andre kvalitative metoder. Se **pluss-minusmetoden**.

Nullalternativ: Nullalternativet er en beskrivelse og tallfesting av dagens situasjon og den forventede utviklingen uten tiltak på området. Nullalternativet er sammenligningsgrunnlaget når man beskriver og tallfester virkningene av tiltakene som analyseres.

Nyttevirksomheter: En nyttevirksomhet er en virkning som øker velferden for én eller flere grupper i samfunnet, eller for samfunnet samlet sett, som følge av tiltaket. Nyttevirksomheter kan også betegnes som positive effekter, fordeler eller gevinster. Når virkningen reduserer velferden for én eller flere grupper i samfunnet, vil de opptre som en ulempe eller kostnadsvirkning. Se **kostnadsvirkning**.

Pluss-minusmetoden: Pluss-minusmetoden er en kvalitativ metode for å vurdere ikke-prissatte virkninger. Se **ikke-prissatte virkninger**.

Prissatte virkninger: Nytte- og kostnadsvirkninger av tiltakene som er verdsatt i kroneverdier.

Risiko: Med risiko menes her muligheten for at det faktiske resultatet avviker negativt fra det forventede resultatet. Usikkerhet kan slå ut i både negativ og positiv retning. Den representerer både en risiko for et mer negativt utfall enn forventet og en mulighet for et mer positivt utfall enn forventet. Her fokuserer vi mest på nedsiden i utfallsrommet for en gitt usikkerhetsfaktor.

Samfunnsøkonomisk analyse: En analyse som kartlegger konsekvensene av offentlige tiltak ved at det systematisk fremskaffes mest mulig fullstendig og sammenlignbar informasjon om nytte- og kostnadsvirkninger av tiltakene.

Samfunnsøkonomisk lønnsomhet: At et tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt, betyr at summen av de positive virkningene av tiltaket overgår summen av kostnadene for samfunnet som helhet. Vi antar da at samfunnet er villig til å betale minst så mye som tiltaket koster for å gjennomføre det.

Usikkerhet: Se **risiko**