

# Én innbyggger – én journal

Innspill fra DIPS til Akson

© 2019 DIPS AS.

All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, mechanical, electronic, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission of DIPS AS.

DIPS AS  
Postboks 1435  
8037 Bodø  
Norway  
<http://dips.no>  
+47 75 59 20 00

# Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	<b>4</b>
<b>2 Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>3 Bakgrunn – DIPS sin forståelse av foreslått konsept</b> .....	<b>8</b>
<b>4 DIPS sine innspill til direktoratets nåværende tilnærming til Én innbygger – én journal</b> .....	<b>10</b>
4.1 K7 er ikke en effektiv løsning på samhandlingsbehovene i helsetjenesten .....	10
4.2 K7 har høy gjennomføringsrisiko og vil kompromittere pågående, viktige initiativer .....	11
4.3 K7 har en kostnadsramme som kunne vært benyttet langt mer effektivt .....	12
4.4 K7 vil hemme forvaltning, innovasjon og konkurranse i mange år .....	14
<b>5 Det finnes kortere og mer kostnadseffektive veier til realisering av EIEJ</b> .....	<b>16</b>
5.1 Rett informasjon til rett tid og sted må realiseres stegvis fremfor gjennom store anbud .....	16
5.2 Bedre arbeidsverktøy for pleie- og omsorgssektoren må anskaffes etter behov og med tjenesten selv i førersetet .....	17

# 1 Innledning

DIPS vil takke for anledningen til å komme med bidrag til «Tiltak for helhetlig samhandling og felles kommunal journal» gjennom dialogmøtet den 20. august i år. Vi har i dette notatet oppsummert våre innspill til prosjektet.

DIPS er leverandør av e-helsesystemer til den norske helsetjenesten. Siden starten i 1987 har vår elektroniske pasientjournal blitt tatt i bruk i tre av fire helseregioner og dekker nå 85 % av det norske markedet. Vi leverer også samhandlingsløsninger til bruk mellom virksomheter i tjenesten. To av tre norske fastlegekontorer benytter disse løsningene i dag. Med oppkjøpet av ACOS Levekår har DIPS siden april 2019 levert løsninger til pleie- og omsorgssektoren gjennom DIPS Front og programvaren CosDoc. 85 kommuner benytter i dag denne løsningen.

Gjennom 30 år med tett samarbeid med norsk helsetjeneste, har vi opparbeidet oss betydelig erfaring på hva som fungerer og ikke fungerer når det kommer til endringsprosjekter og digitalisering av helsetjenesten. Vi har både lyktes og mislyktes, og våre innspill i dette notatet er et resultat av en ydmyk og nøktern holdning til hva som er mulig, og hva som er den mest effektive måten å investere i e-helse på.

Vår interesse i «Én innbygger - Én journal» er todelt. Som borgere og fremtidige pasienter er vi som alle andre opptatt av de beste og mest effektive løsningene for pasienter og helsepersonell. Som selskap har vi en langsiktig strategi om å levere verdensledende systemer i tett dialog med kunder i inn- og utland. For å være i stand til det, er vi avhengige av et velfungerende hjemmemarked der vi hele tiden må skjerpe oss til det beste for både kunder og våre egne produkter.



Kollbjørn Haarr  
Adm. Dir i DIPS

---

**"DIPS ønsker å være en pådriver for å realisere målsetningene i Én innbygger – én journal, gjennom tiltak som er kostnadseffektive og gir samhandlingsgevinster raskt."**

---

## 2 Sammendrag

Den viktigste politiske intensjonen bak [Meld. St. 9 \(2012-2013\) «Én innbygger – én journal»](#) (regjeringen.no) var å sikre at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. I dag, sju år senere, har helsepersonell som hovedregel fremdeles ikke digital tilgang til pasientjournal utenfor egen organisasjon. Det finnes heller ikke én digital legemiddelliste, og kjernejournal blir lite brukt. Våre kunder opplever at dette har alvorlige konsekvenser for pasientsikkerhet og pasientopplevelse. Å lykkes med dette arbeidet bør derfor være det prioriterte målet for alle aktørene innen e-helsesektoren i Norge. Vi berømmer Direktoratet for e-helse for å sette dette på agendaen og for å påpeke behovet for investeringer. Det har også vært gjort viktig grunnarbeid, med blant annet ny pasientjournallov som tillater deling av informasjon på tvers.

Direktoratet for e-helse har bedt om innspill på det videre arbeidet med felles kommunal løsning og samhandlingsløsning. DIPS har grunnleggende innvendinger mot det eksisterende konseptvalget og vil råde forprosjektet til å gå tilbake til oppdragsgiver med en revidert plan. **Etter vårt syn er ikke K7 en effektiv løsning på samhandlingsbehovene.** En sammenblanding av behovet for felles tilgang til journalinformasjon med én felles EPJ-løsning for kommunehelsetjenesten vil forsinke og vanskeliggjøre arbeidet med å realisere gode samhandlingsløsninger. Det er ikke nødvendig med én felles EPJ-løsning for å kunne oppnå felles tilgang til journalinformasjon.

**Vi mener videre at den høye gjennomføringsrisikoen som er beskrevet i arbeidet med KVU og KS1 er undervurdert.** I tråd med våre egne erfaringer er store, sentraliserte IT-prosjekter ikke lenger anbefalt framgangsmåte iht. [Regjeringens digitaliseringsrundskriv](#). Vi mener erfaringene som ligger til grunn for disse anbefalingene må tas til følge også i dette arbeidet.

**Selv dersom et nasjonalt EPJ-anbud likevel skulle gjennomføres, vil en situasjon med én felles, sentralt installert og driftet løsning ikke være ønskelig, hverken fra et forvaltningsperspektiv eller et innovasjonsperspektiv.** En sentral forvaltning av løsningen vil være tilnærmet umulig og vil måtte gå utover lokale behov i stor grad. Dersom partene for eksempel skulle ønske å bytte ut systemer som ikke fungerer for seg, vil det ikke finnes alternativer. I en nasjonalisert løsning vil i tillegg all innovasjon være begrenset av den interne innovasjonsevnen i en eventuelt vinnende leverandørkonstellasjon. Dette vil i stor grad begrense helsetjenestens tilgang til moderne teknologiske løsninger.

DIPS er Norges største kommersielle e-helsemiljø og den største programvareleverandøren til norsk helsetjeneste. Man kunne derfor tenke seg at et slikt anbud ville være ønskelig fra vårt ståsted. Som en ansvarlig aktør gjennom mange år ser vi imidlertid at de enorme investeringene som samfunnet må ta for å realisere K7, vil kunne komme pasientene til gode i mye større grad dersom de brukes i tråd med statens egen IT-strategi og moderne IT-utvikling.

**DIPS vil med dette som utgangspunkt ikke ønske å delta i et nasjonalt styrt anbud av felles EPJ-løsning for hele kommunehelsetjenesten, slik K7-konseptet fremstår i dag.**

En stor satsning på journalinnsynsløsninger, pasientens legemiddelliste, kjernejournal og pasientrettede løsninger som helsenorge.no er god bruk av midler og vil styrke pasientsikkerhet fra første krone. Vi håper og ser fram til å kunne bidra til en slik alternativ tilnærming.

---

**"K7 slik det er skissert  
innebærer et nasjonalt  
styrt anbud som resulterer  
i at samtlige kommunale  
helsetjenester må bytte  
EPJ til en ny felles løsning."**

---

### 3 Bakgrunn – DIPS sin forståelse av foreslått konsept

Stortingsmelding nr. 9 (2012-13) «Én innbygger – én journal (EIEJ)» ble lansert av helseministeren høsten 2012. Stortingsmeldingen peker på behov for en mer koordinert og effektiv helsetjeneste. Videre definerer den målsetninger om at helsepersonell må ha tilgang til riktig informasjon til riktig tid når de skal yte helsehjelp. Stortingsmeldingen peker også på at innbyggere må involveres mer gjennom digitale løsninger og at data fra helsetjenesten i større grad må gjøres tilgjengelig for kvalitetsforbedring og forskning.

Siden myndighetene vedtok visjonen om «EIEJ» har det vært bredt utredet hvordan visjonen kan realiseres. De ulike løsningskonseptene spenner seg fra at hele helsesektoren skal innføre et nytt, felles system til at dagens samhandlingsløsninger skal videreutvikles.

Direktoratet for e-helse har med hjelp fra konsultentselskapet PWC, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, levert to konseptvalgutredninger for realisering av visjonen i stortingsmeldingen, henholdsvis i 2015 og i 2018. I [KVU fra 2015](#) anbefalte Direktoratet for e-helse at det langsiktig målbildet bør være å etablere én felles løsning for hele helsesektoren (Konsept 8). Etter at aktørene i helsetjenesten ikke ga sin tilslutning til det målet, ble det vedtatt å starte med en nasjonal løsning for kommunehelsetjenesten (Konsept 9). Direktoratet begrunnet dette med at kommunehelsetjenesten har størst behov for nye løsninger, og at nye løsninger her vil gi store gevinster for sektoren. Helse Midt-Norge har i mellomtiden gjennomført sin anskaffelse av en regional løsning for hele helsetjenesten i regionen (tilsvarende Konsept 4) og er utpekt som en mulig pilot for fremtidig løsning for målsetningen i «EIEJ». Samtidig har de øvrige tre regionale helseforetakene fastholdt at de vil oppgradere til neste generasjon EPJ fra DIPS.

I 2018 leverte Direktoratet for e-helse sin KVU for hvordan Konsept 9 – nasjonal kommunehelsetjeneste skal realiseres. De har anbefalt konsept 7 (K7), som er en nasjonal anskaffelse av en ny løsning som alle kommunehelsetjenester skal ta i bruk.

K7 innebærer et forsøk på å etablere en nasjonal journalløsning for hele kommunehelsetjenesten i alle kommuner. Løsningen skal spesifiseres og anskaffes, driftes og forvaltes sentralt. Gjennomføringsstrategien skal vurdere et bredt utvalg av virkemidler for å oppnå dette. Om nødvendig kan aktørene bli pålagt å ta i bruk løsningen innen en gitt tidsfrist. Som en del av konseptet skal det etableres en ny samhandlingsløsning som et informasjonsnav, og som er tett integrert med den kommunale journalløsningen som en ny samhandlingsløsning. Gjennom dette planlegges realisert avansert samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Etter ekstern kvalitetssikring fra Holte Consulting (KS1) har regjeringen besluttet å gjennomføre et forprosjekt for gjennomføring av K7. KS1 påpeker at den forventede måloppnåelsen av K7 forutsetter at alle tar i bruk løsningen, og at de er kritiske til å igangsette anskaffelsen dersom man ikke har bindende forpliktelse eller obligatorisk innføring av tiltaket fra alle kommuner, fastleger og private aktører. Tildelingsbrevet som gir Direktoratet for e-helse oppdrag å gjennomføre et forprosjekt på K7, fremhever behov for å utrede virkemidler for obligatorisk innføring. Kostnads- og finansieringsmodell og stopp-punkter må avklares før oppstart av eventuelt hovedprosjekt.



---

**"Det fremstår som svært risikofylt å beskrive og prosjektere en nasjonal løsning i 2019, basert på en virkeligoppfattelse fra 2012 som tidligst kan være innført i 2030."**

---

## 4 DIPS sine innspill til direktoratets nåværende tilnærming til *Én innbygger – én journal*

En eventuell avgjørelse om å igangsette hovedprosjekt på K7 er en svært betydningsfull beslutning med store konsekvenser for helsetjenesten i Norge.

DIPS vil med dette begrunne hvorfor vi ser sterke argumenter mot å bruke K7 som hovedstrategi for å nå målsetningene om EIEJ. Videre vil vi kort beskrive og begrunne hvordan et alternativt og mer kostnadseffektivt veikart for realisering av EIEJ kan se ut.

### 4.1 K7 er ikke en effektiv løsning på samhandlingsbehovene i helsetjenesten

Hovedmålsetningen i «EIEJ» var å kunne dele journalinformasjon mellom aktører i helsetjenesten. Behovet er godt beskrevet i utredningen «Én innbygger – én journal» fra 2015.

Behovet for å dele journalinformasjon beskrives likevel best av konkrete historier der pasienter blir skadelidende eller dør som følge av manglende informasjon på riktig sted til riktig tid. Se f.eks. Helsetilsynets sak fra 2015 der manglende tilgang til kritisk journalinformasjon på tvers av aktørene bidro til utfallet. (<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/rapport-varsel-om-alvorlig-hendelse-svikt-ved-forsinket-oppfolging-av-pasient-med-shuntsvikt/>).

Stortingsmeldingen om «EIEJ» kom for snaut sju år siden og fortsatt er den største samhandlingsmangelen tilgang til journalinformasjon på tvers.

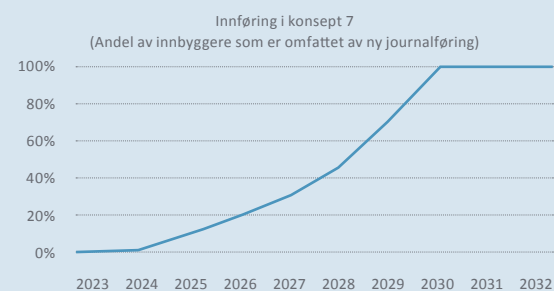
I K7 gjøres det en forutsetning om at en samhandlingsløsning krever en konsolidering av EPJ-systemene i tjenesten for å kunne innføres. Dette er etter vår erfaring ikke riktig, og Direktoratet for e-helse sin egen utredning «Referansearkitektur for dokumentdeling» peker på mulige effektive løsninger.

#### Grunnleggende samhandlingsfunksjonalitet som kan gi store gevinster for pasientbehandling kan innføres med dagens EPJ-systemer i tjenesten.

Som figuren til høyre illustrerer, vil pasientene etter direktoratets egne vurderinger måtte vente sju til ti år dersom det skal anskaffes nasjonal kommunehelseløsning før samhandlingsløsning for hele helsetjenesten kan etableres.

Etter vårt syn løser derfor ikke K7 de faktiske behovene i helsetjenesten. Derimot finnes det tekniske løsninger og prosjekter som kan implementeres på kort sikt som vil gi reell mulighet til samhandling for klinikere og helsepersonell. For å få til dette er vi avhengige av at myndighetene prioriterer tiltak og ressurser på riktige tiltak. Vi peker på hvilke disse er i kapittel 5.

#### Innføring av nasjonal journal til kommuner, fastleger og andre selvstendige avtaleparter i konsept 7



Fra KVVU juli 2018, Direktoratet for E-helse.

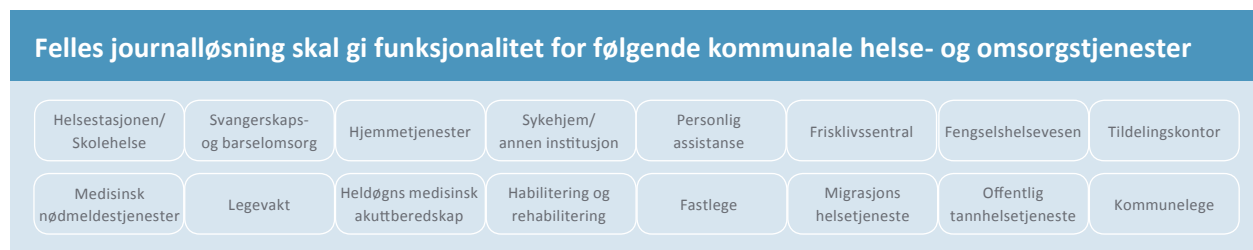
## 4.2 K7 har høy gjennomføringsrisiko og vil kompromittere pågående, viktige initiativer

I K7 forutsettes det at alle kommunale helsetjenester må inngå i den nye løsningen for å skape samfunnsøkonomisk gevinst og løse samhandlingsbehovene. Dette er svært utfordrende av flere årsaker.

**Den viktigste innvendingen er at forslaget innebærer at selvstendige aktører må bytte til en ny løsning som anskaffes, selv om de ikke selv ser behovet for et bytte.**

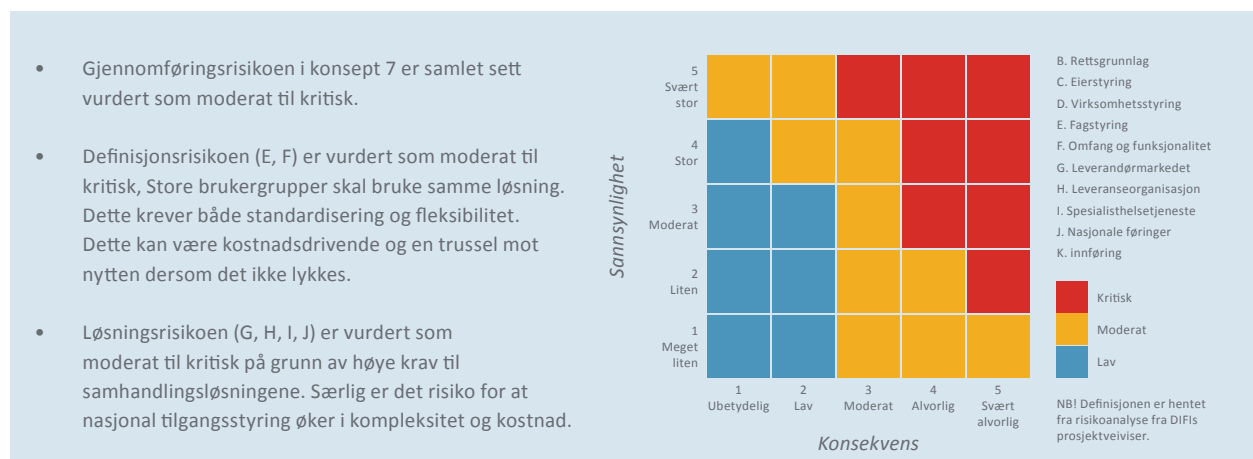
DIPS kjenner godt til hvor vanskelig systembytte er i de organisasjonene som har valgt det selv. Å innføre nye systemer i organisasjoner som har fått et sentralt pålegg om bytte vil være betydelig mer krevende, både ressursmessig og økonomisk. Fastlegene er et eksempel på en gruppe som er relativt godt fornøyd med sine systemer i dag, og hvor det for de som ikke er fornøyd, eksisterer et godt fungerende leverandørmarked med stadig nye og mer moderne løsninger under utvikling. Som leverandør kommer DIPS og resten av leverandørindustrien til å fortsette utviklingen av moderne e-helseløsninger som understøtter behovet for samhandling.

**Innen det planlagte prosjektet kommer til utrullingsfasen, vil helsesektoren ha tatt i bruk en rekke nye, moderne e-helseløsninger og samhandlingsløsninger. Behovet og motivasjonen for å bytte system da kunne være enda lavere enn i dag.**



Et nasjonalt tilbud vil innebære at prosjektet påtar seg ansvaret for å koordinere 16 ulike helsetjenesteleverandører med ulike behov, parallelt med de ulike behovene de 291 kommunene av ulik størrelse som er nedslagsfelt for tilbudet. De risikomomentene som følger med dette er grundig beskrevet i konsekvensutredningene som er gjennomført.

Vi vil likevel fremheve én risiko som vi er godt kjent med gjennom vår erfaring med ulike samarbeidspartnere opp igjennom vår 30 år gamle historie. Det vil være svært stor risiko knyttet til eksisterende løsninger som ikke skal videreføres, men som skal forvaltes til siste kommune og fastlege er over på ny løsning. Helsetjenesten skal være operativ på den mest effektive måten i hele anbudsperioden og



Fra KVVU juli 2018, Direktoratet for E-helse.

utrulling- og oppstartsperioden. Med leverandører som går over i overlevelsesmodus uten incentiver til utvikling, kan det bli svært dyrt å opprettholde kvaliteten. Dette vil skje i det samme tidsrommet som eldrebølgen vil slå til med full tyngde, og behovet for mer effektive arbeidsverktøy er stort.

**I lys av den den betydelige samlede risikoen vil DIPS advare mot å gå videre med prosjektet slik konseptet K7 er beskrevet. Dette synspunktet støttes langt på vei i den [eksterne evalueringen gjennomført av Holte Consulting](#), selv om konklusjonen overraskende nok er den motsatte.**

Til slutt vil vi påpeke at K7 og forprosjektet slik det nå fremstår [bryter med regjeringens eget digitaliseringsrundskriv](#), som bl.a. har til hensikt å redusere risiko i komplekse digitaliseringsprosjekter. Basert på lang historikk i anskaffelser av it-systemer til det offentlige slår rundskrivet tydelig fast at digitaliseringsprosjekter skal:

- Starte med behov
- Tenke stort – starte smått
- Velge riktig samarbeidspartner
- Sørge for riktig kompetanse og god lederforståelse
- Levere hyppig – skape nytte hele veien

**Kort oppsummert fremstår det som svært risikofyllt å beskrive og prosjektere en nasjonal løsning i 2019, basert på en virkeligoppfattelse fra 2012 som tidligst kan være innført i 2030.**

### **4.3 K7 har en kostnadsramme som kunne vært benyttet langt mer effektivt**

DIPS er svært positive til at myndighetene gjennom valg av K7 varsler en betydelig økt investeringsvilje for digital samhandling i helsetjenesten. Hovedprosjektet i K7 vil ha en kostnadsramme som helsetjenesten ikke tidligere har sett på investeringssiden.

Samtidig mener vi at det er klart at de økonomiske rammene som er forespeilet, er beløp som kunne utløst betydelig større samhandlingsgevinster brukt på en alternativ måte.

Dersom en sammenligner prosjektets antatte kostnadsramme på 11 milliarder kroner med rammen for den [eksisterende nasjonale prosjektporteføljen](#) med mange pågående gode prosjekter (f. eks. innsynsløsning i kjernejournal), er det slående hvor store kontrastene fremstår.

En tilsvarende sum benyttet på de eksisterende løsningene Direktoratet for e-helse selv jobber med, ville innebære en revolusjon for norske pasienter, norsk helsetjeneste og norsk e-helsenæring.

**Vi støtter Direktoratet i arbeidet med å påpeke investeringsbehovet, men advarer samtidig mot å bruke en slik investering på det foreliggende prosjektet slik K7 skisseres.**

---

**"K7-alternativet slik det fremstår i dag, vil motarbeide innovasjon og konkurranse gjennom en nasjonalisering av det levende kommunale e-helsemarkedet og vil stå i direkte motsetning til målsetningene i helsenæringsmeldingen."**

---

## 4.4 K7 vil hemme forvaltning, innovasjon og konkurranse i mange år

De fleste vil være enig om at det er svært krevende å anwise hvilken teknologi og hvilke løsninger som vil være de beste mange år frem i tid. Den vanlige måten å håndtere dette på er å la leverandører få konkurrere om utvikling av innovasjoner og teknologiske løsninger. Slik sikrer sektoren seg at leverandører og andre aktører har et kraftig insentiv til å innovere og kontinuerlig utvikle nye løsninger.

**Det er sannsynligvis ikke myndighetenes intensjon, men K7-alternativet slik det fremstår i dag, vil motarbeide innovasjon og konkurranse gjennom en nasjonalisering av det levende kommunale e-hel-semarkedet og vil stå i direkte motsetning til målsetningene i helsenæringsmeldingen.**

Oversikt over leverandører som tilbyr journalløsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste	
Allmennlege (fastlege og legevakt)	Compugroup Medical Norway AS Infodoc AS Hove Medical Systems AS (partnerskap med datterselskapet av PatientSky AS) PatientSky AS Pridok AS Fürst Aspit AS
Pleie- og omsorgstjeneste	Visma Ascoss AS Tieto Norway AS
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	Compugroup Medical Norway AS Infodoc AS Visma AS
Fysioterapi	PatientSky AS Aspit AS Extensor AS Arko AS
Andre leverandører	DIPS ASA

*Fra KVVU juli 2018, Direktoratet for E-helse.*

Selv om fremtidige anbud blir tilrettelagt som én eller flere åpne konkurranser som mange leverandører i teorien kan delta i, vil utfallet av strategien ende opp i en monopolsituasjon for hver av anbudsområdene. Dette er svært alvorlig, og en rekke spørsmål melder seg:

- Hvordan skal en fastlege eller en kommune få byttet system etter to til fem år dersom løsningen ikke er tilfredsstillende?
- Hvordan vil myndighetene og helsetjenesten forholde seg til en situasjon hvor helt nye aktører går til markedet med helt nye og banebrytende løsninger?

En situasjon hvor et anbud av nasjonal størrelse skaper en monopollignende situasjon strider direkte med regjeringens uttalte næringspolitikk på området. I Helsenæringsmeldingen slås det entydig fast at myndighetene skal legge til rette for en mangfoldig og kraftfull privat helsenæring. Det må også gjelde det svært viktige EPJ-markedet, og kundene har alt å tjene på jevnlig konkurranse om EPJ-løsning.

---

**"Rett informasjon til rett tid og sted må realiseres stegvis fremfor gjennom store anbud, og med tjenesten selv i førersetet."**

---

## 5 Det finnes kortere og mer kostnadseffektive veier til realisering av EIEJ

Hovedmålsettingen i EIEJ er at pasientens journalinformasjon er tilgjengelig for rett helsepersonell til rett tid og sted. DIPS støtter denne målsetningen fullt ut og arbeider hver dag med samme mål.

For å oppnå dette målet tro vi myndighetene gjør klokt i å følge sin egen digitaliseringsstrategi. Dette innebærer å starte med de viktigste behovene, følge en stegvis utvikling og skape resultater på kort tid.

Oversatt til konkrete planer innebærer det å satse på og øke investeringene i de gode nasjonale prosjektene som er iverksatt og allerede investert mye penger i, se kapittel 4.1.

Det er også behov for mer effektive arbeidsverktøy i deler av kommunehelsetjenesten, og vi peker på ulike løsninger for dette i kapittel 4.2.

Målet om bedre arbeidsverktøy må ikke stå i veien for å realisere bedre samhandling på kort sikt. Derfor må de to behovene og tilhørende tiltak løses separat og ha ulike løsningsstrategier og eiere.

### 5.1 Rett informasjon til rett tid og sted må realiseres stegvis fremfor gjennom store anbud

Samhandling kan og bør realiseres stegvis og iterativt, og myndighetene må starte med de behovene som er viktigst å løse og som gir størst samhandlingsgevinst.

Rett informasjon til rett tid og sted innebærer felles tilgang til journalinformasjon, pasientinvolvering og digital dialog og samarbeid mellom helsepersonell.

Basert på erfaringer fra våre kunder finner vi at de viktigste elementene i **felles tilgang til journalinformasjon er:**

- Felles legemiddelinformasjon
- Innsyn i journal på tvers
- Deling av kritisk informasjon

Dette kan realiseres i løpet av få år dersom myndighetene og Direktoratet for e-helse prioriterer og øker finansieringen til følgende prosjekter i nasjonal e-helseportefølje:

- Digitalisering av legemiddelområdet og spesielt «Pasientens legemiddelliste»
- Innsyn i journal
- Kritisk informasjon i Kjernejournal

Vi oppfordrer Direktoratet for e-helse til å sørge for implementering av sin egen målarkitektur for dokumentdeling og datadeling.

Når de sentrale delene av **felles tilgang til journalinformasjon** er på plass, kan mer avansert journalinformasjon deles. Eksempler på dette er behandlingsplan, strukturerte journalelementer m.m. Dette mener vi også er fullt realiserbart med de eksisterende nasjonale løsninger som utgangspunkt.

**Pasientinvolvering** må kunne skje i ulike flater og løsninger. DIPS mener at Helsenorge.no bør være den naturlige inngangsporten til pasienttjenester for hele helsetjenesten. Når pasienttjenester skal utvikles må det defineres standardiserte tjenester som kan implementeres i ulike flater og system, portaler, mobile løsninger og andre applikasjoner. Det krever at det etableres API mot helsenorge.no slik at leverandørindustrien kan innovere og implementere nye pasientløsninger i denne portalen.



**Digital dialog og samarbeid** mellom helsepersonell må videreutvikles. Denne utviklingen må også skje stegvis, hvor første steg er meldingsbasert dialog. Dette er nesten på plass gjennom dialogmelding 1.1. Videre vil interaktiv dialog, videokommunikasjon og andre løsninger kunne tas i bruk når helsetjenesten er klar for dette.

Ved å realisere tiltakene beskrevet over vil samhandling mellom aktørene i helsetjenesten være kraftig forbedret, og pasienten vil oppleve en langt mer koordinert helsetjeneste.

Dette krever at myndighetene sammen med helsetjenesten definerer rammene og kravene til hvordan samhandlingsløsningene skal være integrert med journalsystemene. Myndighetene må så stille krav til og sørge for insentiver for at løsningene blir implementert.

## 5.2 Bedre arbeidsverktøy for pleie- og omsorgssektoren må anskaffes etter behov og med tjenesten selv i førersetet

Som direktoratets egne kartlegginger viser er behovene for bedre og mer effektive arbeidsverktøy veldig forskjellig i ulike deler av helsesektoren. Mens deler av den kommunale helsetjenesten, som fastlegene, er relativt tilfredse med sine arbeidsverktøy, er det enkelte brukergrupper som rapporterer om store mangler. Vi støtter direktoratets vurdering i at det er behov for nye og kraftigere tiltak for å bedre forholdene for de som i dag ikke har tilfredsstillende arbeidsverktøy.

**Vår erfaring tilsier at eierskap og brukermedvirkning er kritiske suksessfaktorer for at anskaffelse av et effektivt og godt arbeidsverktøy skal bli godt implementert. Den enkelte brukergruppe må definere sine behov og ta medansvar for hvordan de best løses.**

Dette er meget komplisert, og det er umulig for sentrale myndigheter å avgjøre på vegne av alle kommuner, fastleger og alle de ulike tjenestetypene som er målgruppen for K7.

DIPS mener derfor at det ikke er en god løsning å inkludere alle kommunale helsetjenester i alle kommuner i et nasjonalt anbud for å løse enkelte brukergrupper sine behov. Selv med optimal representasjon i en anskaffelsesprosess vil det enorme spennet i fremtidige brukere være umulig å tilfredsstille med én standardisert løsning.

Finansiering, evne til å implementere ny funksjonalitet og ta i bruk nye teknologiske løsninger, organisering og kompetanse er store utfordringer som kommunal sektor står overfor. Utfordringene vil ikke løses, adresseres eller bli enklere og bedre ved en nasjonal anskaffelse som skal forsøke å romme hele spekteret av aktører. Med tvang overfor aktører som ikke finner det rett å ta i bruk ny løsning vil man risikere å redusere pasientsikkerhet og brukertilfredshet.

Våre kunder forteller at de mest kritiske manglene i dagens løsninger i kommunehelsetjenesten, og da spesielt PLO-løsningene er:

- Håndtering av legemidler og tilgang til legemiddelopplysninger på tvers av sektoren
- Mulighet for å benytte e-Resept
- Funksjonalitet for beslutningsstøtte

Utviklingen av pasientens legemiddelliste og godkjenning av e-reseptløsning for EPJ-løsningene i PLO er på trappene, men krever fullt fokus fra myndighetene.

Det har også skjedd endringer på leverandørsiden i PLO-markedet som gir stor optimisme for mer effektive løsninger for denne delen av kommunehelsetjenesten.

Eksempelvis ser vi:

- Konsolidering av leverandører (DIPS kjøpte ACOS Levekår) som gir større leverandører med bedre

mulighet for investering

- Nye løsninger er på vei fra flere leverandører: Lifecare fra Tieto, Visma Flyt Omsorg fra Visma
- Funksjonalitet har vært forbedret siden 2012, og systemene kan i dag både samhandle med hele sektoren, integrere med velferdsteknologi og samhandle med innbygger (DigiHelse)
- Sterkere samarbeid og involvering av leverandørene fra myndighetenes side bidrar til gode prosjekter som lar seg enklere implementere

Det er også flere aktører på vei inn i fastlegemarkedet, med gode og innovative løsninger. Mange av de samme leverandørene leverer til legevakt, helsestasjon, jordmødre osv. De vil også nyte godt av større konkurranse og bedre funksjonalitet i de nye løsningene.

**Dersom myndighetene legger til rette for bedre rammevilkår for investeringer i e-helseløsninger også i kommunesektoren, vil denne trenden forsterkes og på en trygg og effektiv måte gi bedre pasient-sikkerhet og brukertilfredshet. Gode rammer for slike investeringer er beskrevet i flere av de ulike konseptene i KVUen, blant annet K1 (virksomhetenes selvstendige ansvar) og K3 (rammeavtale med frivillig avrop). Vår klare anbefaling er at man vurderer nærmere hvordan tiltakene i disse konseptene kan iverksettes til det beste for aktørene og pasientene i kommunehelsetjenesten. Konseptene vil etter vår vurdering kunne gi et langt mer moderne helsevesen over tid, ha betydelig lavere gjennomføringsrisiko samt gi større og vesentlig raskere gevinster.**

