

Til: Helse- og Omsorgsdepartementet
v/ Statsråd Ingvild Kjerkol

Fra: Selskapene i Kernel-gruppen

Oslo, 30.03.2023

Innspill til området *digitalisering* i Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Kernel er som morselskap til blant annet DIPS, den ledende aktøren innen e-helse i Norge. Hele spesialisthelsetjenesten utenfor Midt-Norge benytter DIPS' programvare, og vår moderne pasientjournalplattform DIPS Arena vil i løpet av de neste to årene være tatt i bruk i sykehus med ansvar for 86% av befolkningen. Kernel leverer også elektronisk pasientjournal og programvare for digital samhandling til kommuner, rehabiliteringsinstitusjoner og behandlere. Kernel-konsernet sysselsetter i dag over 500 høykompetansemedarbeidere over hele Norge.

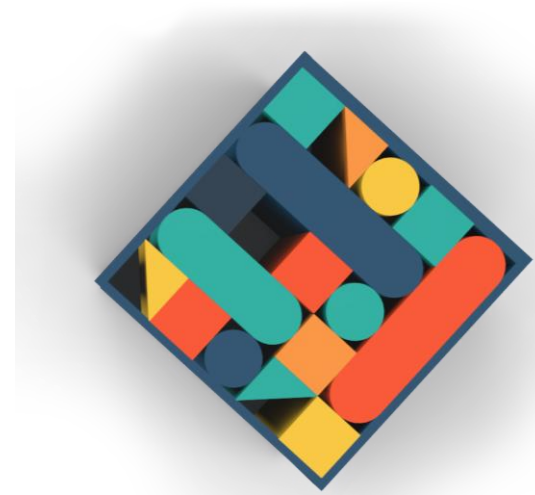
Vi erkjenner at kommunene i en årrekke har hatt begrensede muligheter til å anskaffe mer funksjonelle og brukervennlige EPJ, da leverandørmarkedet ikke har tilbudt alternativer til de tradisjonelle PLO-EPJ-produktene. Dette gjelder også oss. I etterkant av de avsluttede utredningene om Akson og Felles kommunal journal (FKJ) har leverandørmarkedet påbegynt betydelige investeringer for å tilrettelegge for nye former for digital samhandling. Kernel satser over én milliard kroner over de neste årene i utvikling av neste generasjon pasientjournal for primærhelsetjenesten i selskapene Aidn og Kvikna. Brukervennlig funksjonalitet for menneskelig og digital samhandling vil være nøkkelfunksjonalitet i våre nye EPJ-produkter.

Vi takker derfor for muligheten til å gi innspill til meldingsarbeidet.

1. Er det behov i tjenesten, utover de prioriterte digitale samhandlingsområdene som bør prioriteres de neste fire årene og på lenger sikt?

Ja, det er en lang rekke helsefaglig velbegrunnede behov som ikke vil være dekket av de prioriterte digitale samhandlingsområdene, men disse behov bør ikke prioriteres inn i de nasjonale planene, der må fokus være på å ferdigstille det som allerede er påbegynt, med Pasientens legemiddelliste som viktigste tiltak.

Selskapene i Kernel har vært en sentrale teknologileverandører til den norske helse- og



omsorgssektoren både før, under og etter Samhandlingsreformen. I samme periode har det vært fremlagt høye ambisjoner for bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren, bl.a. Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger - én journal. I disse årene har det samtidig vært dokumentert både mangler og svakheter ved elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren (Riksrevisjonen 2013-2014), og det har vært dokumentert manglende eller mangelfull IKT-støtte for pasientrettet arbeid (Helsedirektoratet 2014).

For landet for øvrig har mange små og noen større forbedringstiltak igjennom de siste 10 år gradvis bedret situasjonen. Vårt inntrykk av rådende forhold er allikevel at det er betydelige og helsefaglig velbegrunnede bekymringer og høy frustrasjon over hvor få og primitive muligheter helsepersonell med pasientansvar har for å kommunisere digitalt og få tilgang til informasjon og dokumentasjon nedskrevet av annet helsepersonell. Spesielt fra helsepersonell utenfor egen virksomhet. På tross av at det er igangsatt et program for digital samhandling (Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett) viser planene for dette (Fase 2) at det ikke er tilstrekkelige nasjonale initiativ planlagt de neste 3-5 år til at helsepersonellens behov vil være forsvarlig ivare tatt.

Samhandling foregår i hovedsak lokalt, og navet er helsefelleskapene. Lokale samhandlingsavtaler må kunne understøttes av IKT. Helsefelleskapene har i dag liten myndighet eller ressurser på IKT-området og de som utøver lokal samhandling er i svært begrenset grad direkte representert når nasjonale samhandlingstiltak prioriteres. Lokale behov løses best brukernært i tett dialog mellom helsepersonell og leverandørene. Brukerne og leverandørene må gis tilliten å løse sektorens utfordringer. De senere årene har arbeidet med sektorens utfordringer i stor grad vært løftet vekk fra helsevirksomhetene og over til nasjonale arenaer.

Helse- og omsorgssektoren i Norge har ventet for lenge på de prioriterte nasjonale tiltak. Som eksempel ble pilot for Kjernejournal gjennomført i 2013, men løsningen er i 2023 ennå ikke innført i alle relevante helsevirksomheter på tross av ubestridelig nytte for helsepersonell og pasient. Planlegging av Pasientens legemiddelliste begynte i 2015, men er i 2023 fremdeles kun en svært geografisk avgrenset pilot. E-multidose ble påbegynt i 2008. De «prioriterte samhandlingsområdene» tar for lang tid å etablere og innføre på tross av angivelig nasjonal høy prioritering. Dette er en utfordring. En må derfor være varsom med å øke omfanget av nasjonalt prioriterte samhandlingsområder før allerede påbegynte tiltak er fullstendig gjennomført.

Det er en vesentlig risiko for at de prioriterte nasjonale satsingene trekker ytterligere ut i tid og dermed ytterligere forlenger det handlingsvakuum vi har sett i perioden hvor utredningene Akson og Felles kommunal journal har pågått. Helsevirksomhetene ønsker å ta helsenæringen mer aktivt med på råd for å sikre rask innføring av nasjonale samhandlingsløsninger etter hvert som disse ferdigstilles. Som leverandør opplever vi dog fremdeles å sitte på utsiden av prioriterings- og styringsarenaene. Dette til tross for at nasjonale samhandlingsløsninger ikke kan tas i bruk uten at de er hensiktsmessig tilrettelagt for brukervennlig innføring i leverandørenes produkter. Helsepersonell benytter leverandørenes produkter i mesteparten av den arbeidstid hvor de bruker IKT-verktøy. Kun i en marginal andel av arbeidstiden benyttes arbeidsflater for nasjonale digitale samhandlingsverktøy. Vi har genuin tro på

brukernær utvikling i tett samarbeide mellom helsevirksomhetene med pasientansvar og deres produktleverandører, også når det gjelder innføring av nasjonale samhandlingsløsninger.

En av rotårsakene til begrenset digital samhandling i dag er gamle kjernesystemer (EPJ) i kommunene, med lav funksjonell og teknisk endringsevne. Det er behov for en politikk som muliggjør og akselererer kommunenes evne til å bytte ut gamle helsefagsystemer med nye, mer funksjonsrike og mer teknisk moderne IKT-løsninger. En annen viktig årsak er at det har vært for lite fokus på den enkelte helsevirksomhets plikt til å gjøre relevante og nødvendige helseopplysninger tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell, jfr. Pasientjournalloven § 19. Dette kommer vil tilbake til under spørsmål to, om rettslig handlingsrom. Det er behov for tydelige politiske signaler om å handle nå - og ikke "vente og se".

2. Hvilke behov i tjenesten, utover de prioriterte samhandlingsområdene, kan ikke løses innenfor dagens rettslige handlingsrom og hvilke konkrete bestemmelser bør eventuelt endres for å imøtekomme behov?

Hver enkelt helsevirksomhet har igjennom Pasientjournallovens § 19 plikt til å sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell, uavhengig av virksomhet. Det har frem til i dag vært for lite fokus på denne plikten til å gjøre informasjon tilgjengelig utenfor egen virksomhet. De fleste behov kan med en pragmatisk tilnærming løses innenfor dagens rettslige handlingsrom for tilgang og utlevering, såfremt aktørene i sektoren gir hverandre den tillit som dagens juridiske rammer åpner for.

Pasientjournalloven med ikrafttredelse 1.1.2015 har åpnet for at flere helsevirksomheter skal kunne samarbeide om en felles journal. Region Midt-Norge er i ferd med å innføre felles pasientjournal (Helseplattformen), og har etablert en juridisk konstruksjon (Helseplattformen AS) som har fått et enkeltvedtak fra HOD for at Helseplattformen skal ha et selvstendig dataansvar og kunne behandle personopplysninger iht. norsk lovgivning uten selv å være en helsevirksomhet. Det virker lite hensiktsmessig og lite sannsynlig at øvrige primær- og spesialisthelseaktører i landet vil etablere en tilsvarende felles organisatorisk enhet på tvers av eksisterende styringslinjer. For helsefellesskap og andre samhandlingsarenaer for øvrig må digital samhandling løses igjennom ordinære organisatoriske og rettslige rammer.

Helseplattformen er altså gitt tilliten å organisere digital samhandling igjennom en egen juridisk enhet som er gitt en rettslig hjemmel basert på enkeltvedtak i HOD. Midt-Norge kan ikke være eneste region i Norge der en kan håndtere kommunikasjon av alle slags kliniske og administrative pasientopplysninger mellom tjenestenivåene og ut til pasienten, og en kan ikke legge som premiss at alle andre helseregioner eller helsefellesskap skal måtte velge samme organisering som er gjort i Midt-Norge. Dette er praktisk og økonomisk ikke gjennomførbart all den tid landet for øvrig velger en helt annen organisering og EPJ-systemporteføljestrategi enn de har gjort i Midt-Norge. Andre må kunne utvikle sine tjenester på tilsvarende vilkår uten å

opprette nye felleseide IKT-leverandørorganisasjoner eller anskaffe megasuiter. Dette kan de gjøre ved å vise hverandre samme tillit, og lokale virksomheter kan etablere informasjonsdelingssamarbeider basert på tjenstlig behov og samarbeidsavtaler slik loven tillater. Ansvarsforholdene er avklart ved at HOD har avgitt prinsipputtalelser om rekkevidden av dataansvarliges ansvar; inntil første helseperson i mottakende virksomhet har sett opplysningene.

Muligheten for lokale informasjonsdelingssamarbeider har også et næringsutviklingsperspektiv. Helsevirksomhetene gir ikke i dag de norske leverandørene rom for å etablere tilsvarende digitale samhandlingstjenester som sektoren samtidig importerer fra konkurrerende utenlandske leverandører. Dersom en fortsetter å legge begrensninger på norske leverandørers muligheter til å levere nyttig funksjonalitet til pasientens beste vil de utenlandske leverandørene få et varig konkurransefortrinn.

De tekniske løsninger som ikke kan realiseres innenfor dagens rettslige handlingsrom uten nye lov-/forskriftsarbeider er nye nasjonale behandlingsrettede helseregistre. Vi kan ikke se at helsepersonell, pasient eller pårørende har utstrakte behov for nye nasjonale helseregistre. Vi mener både dagens behov og behov i nærmeste fremtid fremdeles kan løses innenfor helsevirksomhetenes eksisterende rettslige rammer, gitt at en faktisk tar mulighetene innenfor disse rammene i bruk.

3. Hvordan sikre utvikling, innføring og etterlevelse av nasjonale standarder?

Det virker å være en oppfatning om at all innføring og etterlevelse av nasjonale standarder går tregt. Dette er vi ikke enige i. Som leverandør opplever vi at hensiktsmessige standarder som er godt forankret i helsefaglige behov og som gir direkte nytteverdi for helsepersonell, pasient, pårørende eller andre i omsorgskjeden blir raskt etterspurt av helsevirksomhetene og dermed raskt utviklet inn i våre produkter og raskt innført i bruk i helsetjenesten.

Vi hører dog fra våre kunder, helsevirksomheter med pasientansvar, at mange «nasjonale standarder» i realiteten er nye rapporteringskrav til ulike sekundærformål som ikke kommer pasienten, helsepersonell eller helsevirksomhetene selv direkte til gode. Vi opplever at våre kunder velger å prioritere innføring av nasjonale standarder som gir effekt på primærformålet; helsehjelp, fremfor innføring av nasjonale standarder og rapporteringskrav som skal gi effekt på sekundærformål. Vi opplever at den viktigste faktiske begrensningen for innføring av standarder ofte er at helsevirksomhetens kjerneteknologi ikke har tilstrekkelig endringsevne til at det er teknisk mulig å innføre nye standarder til en kostnad som helsevirksomhetene vil akseptere. Spesielt kommunenes EPJ-systemer har teknisk sett lav endringsevne og **må** skiftes ut med nye produkter med høyere endringsevne. Dette har vi kommentert ytterligere under spørsmål 1 og 4.

Mange leverandører opplever nok heller vanskeligheter ved å integrere sine systemer med andre eksisterende systemer som en større utfordring enn egen

innføring og etterlevelse av nye nasjonale standarder. Første prioritet er at hensiktsmessige integrasjonsmuligheter finnes og at de merkantilt og teknisk lar seg bruke. Om integrasjonsmulighetene eventuelt er nasjonalt standardisert er det fordelaktig, men det er av lavere prioritet. Dersom denne utfordringen reelt skal adresseres nasjonalt må en først definere relevante funksjonskrav for integrasjoner igjennom organisatorisk standardisering, før disse evt. blir nasjonalt semantisk og teknisk standardisert. Det finnes allerede en rekke funksjonskrav gjeldende internt i EPJ og helsefagsystemer, bl.a. "EPJ standard", "Norm for informasjonssikkerhet" og "E-resept funksjonelle krav til rekvirentsystemer". Disse definerer ikke kun semantiske og tekniske standarder direkte, men også hvilke brukeroparasjoner det skal være mulig å utføre i systemet. Tilsvarende kunne en gjort for å definere krav til hvilket minimum av brukeroparasjoner det skal være mulig å gjøre mot og fra eksterne systemer.

Som leverandør anser vi det derfor som like viktig at sektoren omfavner «API-first» som teknisk filosofi heller enn ambisiøse nasjonale standardiseringsforsøk på områder som ikke bør underlegges et standardiseringsregime. I dette legger vi at myndighetene bør anerkjenne de *de facto* standarder som finnes. For vår del ser vi for eksempel at APlene i OpenDIPS oppleves som en nasjonal *de facto* standard for integrasjon med spesialisthelsetjenestens EPJ for 86% av landets befolkning. Tilsvarende vil Epic sine API utgjøre en *de facto* standard for integrasjon mot EPJ før den øvrige 14%. Det er ingen hensikt i å forsøke å standardisere digital kommunikasjon mot disse to kjernesystemene da de i sin natur er svært forskjellige og en felles «standard» kun vil kunne representere et marginalt minimum av den funksjonalitet og informasjon som kjernesystemene omfatter.

Vi mener nasjonale standardiseringsinitiativ skal fokusere på det som *må* være nasjonal standard fremfor å innføre standarder innenfor områder som teoretisk sett *kan* standardiseres, og i dette arbeidet involvere leverandørenes kompetanse. Et nylig og konkret eksempel er da HOD hadde til høring et forslag om å gjøre Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) til en tjeneste med leveranseplikt hos NHN og betalingsplikt hos kommunene. En utvidet lovpålagt bruk av VKP mot spesialisthelsetjenestens EPJ vil være et typisk eksempel på unødvendig «standardisering» dersom en påtvinger slike tekniske mellomliggende «standarder» på områder som allerede er *de facto* standardisert.

4. Har aktørene innspill til forslaget til innretning av en helseteknologiordning som beskrevet i utredningen fra Direktoratet for e-helse?

i. Gitt formålet med ordningen, hvilke nasjonale virkemidler er det viktig at inngår i en helseteknologiordning?

Som nevnt tidligere i høringsinnspillet er IKT-situasjonsbeskrivelsen for kommunenes helse- og omsorgstjeneste per i dag omtrent den samme som da St.mld. *Én innbygger* – *én journal* ble lagt frem i 2012. De demografiske fremtidsutsiktene har ikke endret seg. På tross av mange år med økonomiske virkemidler har det ifølge

utredningen av helseteknologiordningen ikke blitt realisert de potensielle gevinster som kan ligge i innføring av velferdsteknologi.

Produkttilbudet innenfor velferdsteknologi har de siste 10 årene hatt en rivende utvikling, men dette har ifølge en rekke rapporter ikke vært tilstrekkelig for realisering av gevinster. Som en årsak til dette beskrives at det ikke har latt seg etablere tilstrekkelig integrasjon med dagens journaløsninger. Dette peker på rotårsaken, nemlig at dagens kommunale journaløsninger rett og slett ikke er egnet for dagens og fremtidens ønskede utvikling av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Helseteknologiordningen må innrettes slik at første tiltak som det gis økonomisk støtte til er å bytte ut dagens EPJ i kommunene.

Effektmålene for dette området i utredningen er::

1. *Bedre journaløsninger og økt samhandling*
2. *Mer effektive og bedre anskaffelsesprosesser for kommunene og leverandørene*
3. *Mer effektive og bedre innførings- og endringsprosesser for journaløsninger*

Det er også angitt effektmål innenfor velferdsteknologiområdet.

Utskiftning av dagens EPJ i pleie- og omsorgstjenesten er det eneste enkelttiltaket som utbedrer rotårsaken til dagens situasjon og som gir påvirkning i ønsket retning for alle disse angitte effektmålene. Med dette som hovedforutsetning er det nødvendig at nasjonale virkemidler må innrettes mot utskiftning av EPJ og at økonomiske støtteordninger må utformes som **tilskudd som utbetales etter gjennomført utskiftning av EPJ**. Generell støtte til oppstarts- og prosessaktiviteter uten resultatforpliktelser gir ikke tilstrekkelig endring.

Økonomisk støtte til andre tiltaksområder enn utskifting av EPJ må komme i annen rekke og først kunne utøses etter at rotårsaken til dagens uønskede IKT-situasjon er utbedret.

ii. Er det særlige hensyn som er viktige under de enkelte tiltakene?

Utredningen lister opp en lang rekke tiltak hvorav noen kan sees å være nye, mens varianter av enkelte tiltak har eksistert i mange år, eksempelvis EPJ-standard, Normens selvdeklareringsordning, tilskuddsordningene i Velferdsteknologiprogrammet, KS kompetansenettverk for e-helse mv.

Tiltak innenfor journalløsninger

1. Tilskudd til samordning for anskaffelse av journalløsninger
2. Tilskudd til samordning om innføring av ny journalfunksjonalitet
3. Tilskudd til nettverk for kompetanseløft og -deling innenfor innkjøp, innføring, gevinstrealisering og standardisering
4. Etablering av en godkjenningsordning
5. Bistand til kommunenes arbeid med bestilling, bruk og tilpasning av standarder
6. Prosessveiledning og faglig bistand til kommunene

Tiltak innenfor velferdsteknologi

1. Videre spredning av digital hjemmeoppfølging (DHO) for kroniske syke
2. Spredning av velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
3. Etablering av varig struktur for kommunenettverk for innføring av velferdsteknologi
4. Prosessveiledning for kommuner
5. Arkitektur og infrastruktur
6. Sosial kontakt og økt digital helsekompetanse for eldre
7. Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy

Alle tiltak må innrettes slik at tilskudd kun tildeles til konkrete gjennomførte endringer i helsetjenesten. Tilskudd til samordning av prosesser, etablering av kravdokumenter og andre aktiviteter som ikke innebærer endring av den faktiske ytelsen av helsetjenester vil ikke gi tilsvarende målrettet effekt.

iii. Hvilke tiltak i en helseteknologiordning bør prioriteres?

Som nevnt under pkt. i. om virkemidler mener vi at utskiftning av journalløsninger er det tiltaket som i størst mulig grad adresserer rotårsaken til dagens situasjon og som i tillegg er hovedårsaken til at en ikke har realisert ønsket gevinst av andre tiltak de siste årene. Således er de tiltakene beskrevet som **Tilskudd til samordning for anskaffelse av journalløsninger** og **Tilskudd til samordning om innføring av ny journalfunksjonalitet** som kan forventes å gi størst direkte effekt på målsetningen med ordningen og som bør prioriteres. Dette under forutsetning om at tilskudd gis som nevnt under pkt. i, som **tilskudd som utbetales etter at utskiftning av EPJ er gjennomført**, slik at tilskudd resulterer i faktisk endring. Tilskudd til kravspesifikasjoner og rammeavtaler utløser etter vårt synspunkt ingen konkret endring. Det finnes en rekke eksempler fra velferdsteknologiområdet på at tilskudd til prosesser og inngåelse av rammeavtaler ikke resulterer i faktisk endring. Alle andre tiltak nevnt under tiltak for journalløsninger gir ikke tilsvarende påvirkning.

Tiltakene angitt under velferdsteknologiområdet er eksisterende tiltak som allerede har pågått i regi av Velferdsteknologiprogrammet i mange år, og som ifølge dokumentet ennå ikke har gitt ønsket effekt. Rotårsaken til dette er allerede nevnt; dagens journalsystemer, Det er dermed liten hensikt i å prioritere tiltak som

en allerede har sett at ikke gir ønsket effekt, uten å først ha utbedret rotårsaken til dette.

Vi ønsker departementet lykke til i arbeidet med meldingen og bidrar gjerne med innspill underveis i arbeidet dersom det er ønskelig.

Med vennlig hilsen,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Kolbjørn Haarr', with a stylized flourish at the end.

Kolbjørn Haarr

Administrerende direktør, Kernel AS