

Sundheds IT ved en korsvej: Skal det fortsætte som nu eller skal det bringes til at virke?

Om forfatteren

Jeg har været kontorchef i Lægemiddelstyrelsen 1993-2008, med ansvar for lægemiddelstatistik, lægemiddeløkonomi, lægemiddelpriser, analyser af lægemiddelforbrug, tilskud til lægemidler, Lægemiddelstyrelsens IT med videre. Jeg var ansvarlig for en række større og mindre databehandlings-systemer, hvoraf mange fortsat fungerer den dag i dag, mere eller mindre uændret: Lægemiddelstatistik-registeret (1993), Det Centrale Tilskudsregister CTR (1999), Receptserveren (2007) og Det Fælles Medicinkort (2008) samt en del andre systemer, bl.a. Den Personlige Elektroniske Medicinprofil PEM (2004).

Resumé

Det har aldrig nogensinde været nemmere og billigere at lave effektive og velfungerende IT systemer, end det er i dag. Derfor kan det undre, at patienter, der veksler mellem Århus og København her i år 2018 stadig ikke kan være sikre på, om deres journal er tilgængelig på behandlingsstedet.

Med Sundhedsplatformen har Region H igen fået sat fokus på IT i sundheds-sektoren. Meget kort sagt kan man sige, at IT udviklingen på sundhedsområdet har ramt muren. Den meddelelsesbaserede kommunikationsform og fler-leverandørstrategien er endt i økonomisk og funktionsmæssigt kaos. Der er gennem årene blevet spildt enorme beløb, der er blevet spildt tid, udviklingen er gået istå og det der blev lovet færdigt år tilbage, arbejdes der stadig på. Noget virker hist, andet virker pist, men intet virker overalt. Det er gået som det gik med Babelstårnet. Man troede at kunne nå himlen, men arbejdet er gået i stå og spredt i alle egne af landet.

Politikerne kan vælge mellem enten at lade det hele fortsætte, hvad der vil koste enorme summer og ikke løse nogen problemer, eller de kan vælge at tage skeen i den anden hånd og definere en strategi, der kan tage kontrollen og magten over EPJ udviklingen tilbage. Det vil skabe stor modstand hos de der lever af og tjener godt på det nuværende regime; leverandører, VANS operatører, organisationer, de mange konger i regionernes fyrstedømmer, konsulentfirmaer med videre. For patienter, pårørende, sundhedspersonale og skatteydere vil det til gengæld være en fordel.

Sundhedsplatformen og andre offentlig IT løsninger

Alle offentlige IT systemer der får megen omtale i offentligheden, er fiaskoer. De systemer der virker som de skal, hører man aldrig noget til. Og så er der en del andre systemer, man heller aldrig hører noget til.

Hver gang der dukker en offentlig IT-fiasko op, er der en klog IT mand, der kræver, at man nedsætter en havarikommission, så man kan lære af fejlene. Han taler for døve øren. Der er ingen, der vil lære af fejlene. Og der er ingen, der vil lære af det, der virker. Og måske er problemet slet ikke af teknisk karakter, måske er det simpelthen bare fordi de ikke kan finde ud af det?

Andre kloge folk diskuterer om Sundhedsplatformen er en større skandale end SKATs inddrivelsessystem, SKATs udbetalingsystem, IC4 togene, jernbane-signalerne og andre aktuelle skandaler. Selv Nationalbanken har for nyligt kvalificeret sig. Man taler ligefrem om at opfinde en skandale skala, så skandaler nemmere kan sammenlignes.

Sammenlægningen af den kommunale og statslige skatteforvaltning og de efterfølgende besparelser har, sammen med udtyndingen af faglige chefer, ført til, at man har givet ledelse som "ledelse" forrang for faglig ledelse og faglighed. Når der ikke er ret mange tilbage i ledelsen af en organisation, som ved noget om det

man laver, er der færre og færre, der kan oplære nye medarbejdere. Dermed bliver styrelser og organisationer med tiden ringere til at løse deres opgaver. Det kan være en af forklaringerne på, hvorfor det nogen gange går galt. At lave en god kravspecifikation til et IT system, der skal bruges af mange mennesker i fremtiden, kræver dybtgående faglig viden på det pågældende område.

Det samme gælder på IT området. Her skal man også kunne finde ud af det. For tiden tiltrækker sundhedsområdet sig mest opmærksomhed, men man må ikke overse, at det heller ikke altid står alt for godt til andre steder.

Hvad stiller man op med Sundhedsplatformen?

Sundhedsplatformen står i en kritisk situation. Spørgsmålet er, om leverandøren og regionerne på Sjælland kan nå at rette op på systemet i overskuelig fremtid eller om der skal forberedes andre løsninger? Og om der er penge til det. Nogen taler allerede nu om, at regionerne på Sjælland må gå i udbud med et nyt system. Andre har stillet borgerforslag om, at Folketinget skal vedtage, at der skal være ét landsdækkende EPJ system.

I Region Hovedstaden har Sundhedsplatformen hæmmet sygehusenes produktion så meget, at indtægterne svigter. Det kommer til at gå ud over sygehusdriften og patienterne. Der skal spares og effektiviseres. Sygehusene har teknisk og bygningsmæssigt et stort vedligeholdelseefterslæb.

Stort overskud af manglende kompetence

Hvis man går i udbud med et nyt system, er der stor risiko for, at det går lige så galt som det er gået med Sundhedsplatformen. Med Rigsrevisionens beretning om Sundhedsplatformen, og Statsrevisorernes udtalelser i samme anledning, kan det ikke længere skjules, at der på IT området i sundhedssektoren er et meget stort overskud af manglende kompetence. Det kan reelt godt gå galt igen med et nyt udbud. Sætter man de samme til at gøre det samme, så bliver resultatet som regel det samme. Ikke nødvendigvis de samme personer, men historien viser, at der er en lang kø at tage af. Der er ikke mangel på nye folk, der forudsætningsløst og optimistisk ser fremad.

Forslaget om ét nationalt EPJ system er tabu. Eller har været totalt tabu, fordi det rejste tvivl om amternes og senere regionernes eksistensberettigelse. Men nu har regionerne i offentlighedens øjne kvajet sig så meget og så længe, at forslaget forekommer ganske fornuftigt og realistisk.

Men det store overskud af manglende kompetence er ikke den eneste risikofaktor. Der er mange andre risikofaktorer.

Forstår man egentlig, at det drejer sig om data?

Det er i bund og grund en mærkværdig idé, at regionerne med års mellemrum går i udbud med deres IT-systemer, smider de gamle ud og starter forfra med noget helt nyt. Det er udtryk for en manglende forståelse af, hvad det hele drejer sig om. Det drejer sig i bund og grund kun om en ting: Data, data og data. Det var derfor IT i gamle dage blev forkortet edb - elektronisk databehandling. IT systemerne skal betragtes som en form for offentlig infrastruktur hvorigennem data kan flyde og de skal - på samme måde som motorveje, broer, kloak-systemer, vand- og elektricitetsforsyning - planlægges, bygges, vedligeholdes, forbedres, udbygges og moderniseres, når der er behov for det og økonomi til det. Det er samfundsmæssigt et enormt spild af viden og ressourcer at smide systemer ud og erstatte dem med nye uprøvede systemer. Og at lade nye uprøvede folk på begge sider (leverandør og køber) prøve kræfter med det. Regionernes fremgangsmåde ville svare til, at man om nogle år gik i udbud med Storebæltsbroen. Kunne man forestille sig, at der så blev bygget en ny, måske vaklende Storebæltsbro 2 og at den eksisterende bro og tunnel blev lukket, revet ned og fyldt op med sand? Nej, vel.

Selvfølgelig skal man med mellemrum undersøge, om systemerne kan drives bedre og billigere. Men derfor behøver man ikke smide noget ud der virker. Man kunne bruge nogle penge på at gøre dem endnu bedre, videreudvikle dem, i

stedet for at købe uprøvet nyt. Det forudsætter, at de kontrakter man har indgået med leverandørerne er udformet hensigtsmæssigt, så det er nemmere at skifte dyre og dårlige leverandører ud og tage nye systemer fra andre leverandører i brug sammen med eksisterende systemer. En helt afgørende ting er, at det skal være det offentlige der ejer kildeteksten, dvs. det program der bestemmer, hvad der skal ske med data.

Der er styr på medicineringen i Det Fælles Medicinkort (FMK)

I aviserne kan man læse eksempler på, at ingen har haft styr på oplysningerne om patienterne eller haft et fuldt overblik. I bedste tilfælde kan patienterne selv fortælle behandlerne om deres forløb forud for den aktuelle behandling. I værste fald kan det gå grueligt galt.

En af de ting, der ikke er styr på i Sundhedsplatform er medicinen.

I 2003 formulerede en praktiserende læge på Østerbro en vision for, hvordan alle sundhedssektorens spillere kunne dele oplysninger om patienternes medicinske behandling. Det diskuterede vi i nogle år og i 2007 åbnede der sig mulighed for, at Lægemiddelstyrelsen kunne påbegynde udviklingen af et fælles medicinkort. Udviklingen skete bl.a. med deltagelse af læger fra almen praksis og et universitetshospital, så det blev sikret, at begge sektors behov blev opfyldt.

Arbejdet resulterede i 2008 i et landsdækkende system, Det Fælles Medicinkort (FMK), som samler alle borgeres medicinordinationer ét sted (<https://fmk-online.dk/fmk/>).

Læger som ikke har et EPJ system, kan med en browser (på computer, tablet eller mobiltelefon) ordinere direkte i FMK og lægge en recept på Receptserveren. Med en recept på Receptserveren kan patienten hente sin medicin på et selvvalgt apotek. Via Receptserveren kan patienten, over nettet eller med en lille app ("Medicinkortet"), bestille en receptfornyelse hos lægen. Beregningen af patientens medicintilskud i CTR, Det Centrale Tilskudsregister, foregår også i et fælles nationalt IT-system.

Der er ikke styr på medicineringen i Sundhedsplatformen

Det Fælles Medicinkort skulle efter Økonomaftalen i 2010 være taget i brug overalt i 2011. I 2012 fandt Region H fejl i deres medicinmodul og stoppede anvendelse af FMK.

Ikke desto mindre skrev Rigsrevisor i november 2011: "Det er min samlede vurdering, at Fælles Medicinkort, Nationalt Patientindeks og fastlæggelsen af fælles standarder er godt på vej." Tre år senere, i 2014 konkluderede Rigsrevisionen, at implementeringen af FMK havde været for dyr, for dårlig og forsinket. Nationalt Patientindex blev skrottet. Så godt på vej var det altså.

Her, yderligere fire år senere, senere taler lægerne om problemer med "at få medicinen med over" i Sundhedsplatformen. Og peger på, at problemerne kan medføre risiko for fejlmedicinering.

Hvad betyder det "at få medicinen med over"?

Det betyder, at der ikke er nogen IT-leverandører, heller ikke Sundhedsplatformens amerikanske leverandør, der fuldt og helt vil forlade sig på FMK. Leverandørerne vil have medicinoplysningerne over i deres eget system, så de kan udvikle og sælge deres eget medicinmodul og kopierer oplysninger fra FMK her over i. Oplysningerne kopieres så videre til og fra FMK, som patienten nu bevæger sig rundt i sundhedssystemet.

Mange medicinmoduler og mange databaser med patienternes medicinoplysninger giver risiko for forvanskning af oplysningerne.

I Økonomiforhandlingerne er der siden 2009 postet et ukendt antal hundredvis af millioner kroner i at få integreret de relevante og mange IT-systemer på

hospitaller, hos praktiserende læger og hos hjemmesygeplejen med det Fælles Medicinkort. Hvad pengene er gået til, er uvist. Men det siger sig selv, at når et amerikansk EPJ system, beregnet til at skrive regninger til sygeforsikrings-selskaber, kommer på banen en del år senere, så er der ikke blevet brugt midler til "integration" af FMK med det system.

De hundredevis af spildte millioner fra økonomiaftalerne kan sammenholdes med, at udvikling og drift af FMK i sin grundform fra 2008 samlet havde kostet nogle få millioner kroner.

Dermed er vi ved et af de helt grundlæggende problemer i sundhedssektoren.

Sundhedssektorens IT problem i en nøddeskal

Der er alt for mange ens virkende systemer, det vil sige systemer der gør det samme som alle andre systemer, som kopierer data mellem hinanden. Der er i princippet ingen grænser for, hvor mange systemer, der kan kopiere data mellem hinanden. Skatteyderne betaler.

Det Fælles Medicinkort sætter fokus på dette problem. I stedet for fuldt og helt at anvende FMK som det er, så kopierer systemerne medicinoplysningerne ud fra FMK og ind i deres egne systemer og tilbage igen. Det er et kæmpemæssigt samfundsmæssigt ressourcospild og en stor risikofaktor.

Alle opfinder deres eget medicinmodul

Det næste ressourcespild og den næste risikofaktor er, at alle de funktioner et velfungerende medicinmodul skal være udstyret med, skal genopfindes i hvert enkelt system. Eksempelvis de interne funktioner, som interaktionskontrol, doseringskontrol, advarsler, oplysning om allergier og meget andet, skal udvikles og genopfindes i hvert enkelt system.

Der forekommer fx. jævnligt tilfælde af overdoseringer og dødsfald med Methotrexat (gigtmiddel og celledræbende middel). I stedet for én gang for alle effektivt at koncentrere sig om at lave et sikkert medicin håndteringssystem, fortsætter kommuner, regioner og leverandører med at lave deres egne systemer.

Mulighederne for forbedringer af FMK er langt fra udtømte. Men alle vælter afsted over egne ben, i egne systemer, fordi den vedtagne flerleverandør-strategi for sundheds IT tilsiger det.

Besparelser?

Når man i tidligere tider indførte edb i administrationen var det for at undgå, at teksten blev skrevet to gange; først i hånden af koncipisten, dernæst på maskine af en HK'er. Det blev der sparet HK arbejdskraft ved. I dag skriver stort set alle selv i et tekstbehandlingssystem.

På sygehusene er situationen helt anderledes. Her er lægerne en knap og dyr ressource. Det strider mod al sund fornuft at tro, at man kan spare noget ved at lægge billigt skrivearbejde over på den dyre faggruppe.

En direktør og overlæge på RH har gjort opmærksom på en konkret lettelse, som Sundhedsplatformen har givet; man slipper for mange tidskrævende login, hvad der vel egentlig er en selvskabt plage.

IT-leverandørernes forretningsmodel

IT leverandørernes forretningsmodeller på sundhedsområdet går bl.a. ud på at lave en masse ens systemer, der kopierer data rundt mellem hinanden. Med 5 års mellemrum går regionerne i udbud med deres systemer, så der kan tjenes penge på levering af nye systemer og blive blandet lidt rundt på leverandørerne, så der efterlades et indtryk af en stærkt innovativ, højt digitaliseret og konkurrencepræget sektor, som kan modtage udenlandske priser for sit høje digitaliseringsniveau.

IT leverandørernes forretningsmodeller går dermed fint hånd i hånd med det ovenfor omtalte store overskud af manglende kompetence.

De enkelte IT leverandørers selvstændige bidrag til festen kommer efter kontrakterne er indgået. Når løsningen sælges, møder firmaet op med deres bedste folk, "der sættes et stærkt team". Men efter nogen måneder sker der udskiftninger i nedadgående retning. Så kommer det frem, at det ene eller det andet ikke med i kontrakten og det skal der betales ekstra for. Det var måske ikke specificeret i udbudsmaterialet, men har hurtigt vist sig at være nødvendigt. Det forsinker noget andet, der venter på en opgradering af et styresystem, noget software eller noget tredje. På et stort sygehus med mange systemer fra forskellige leverandører, kan leverandørernes opgraderingspolitik (forretningsmodel) fuldstændigt lamme sygehusets evne til at kæmpe sig ud af suppedasen. Opgraderinger og udrulninger planlægges og budgetteres år i forvejen, hvilket kan låse andre videreudviklingsmuligheder og -behov i lang tid. Omfanget af gensidige afhængigheder er ikke ubetydeligt. Det har fået omfanget af juridisk bistand til kontraktforhold og projektleddelse til at vokse eksplosivt.

Når der eksisterer mange forskellige systemer, eksisterer der også mange forskellige registre. For nogle år siden sagde man, at der alene i Region H eksisterede op mod 1.000 forskellige CPR-registre, der skulle opdateres manuelt.

Problemet er i sidste ende politisk. Hvis folketingspolitikerne ville, kunne de sætte en stopper for denne babyloniske forvirring. Regionspolitikerne kan og vil ikke.

Fælles nationale løsninger?

Omkring 2006 besluttede den daværende sundhedsminister at tage skeen i den anden hånd. Der skulle arbejdes hen mod fælles nationale løsninger. Resultatet blev, at der blev oprettet en ny organisation, med nogle fratrådte topchefer i spidsen, som senere blev nedlagt og erstattet af andre organisationer.

I 2008 foreslog DF, at der skulle være ét centralt EPJ system i Danmark. Forslaget blev straks skudt ned som "letkøbt" af formanden for sundhedsudvalget i leverandørernes organisation, Dansk IT i Dansk Industri, der selv kom fra Fyns Amt.

Der er generelt en massiv modstand mod fælles, fagligt velfunderede løsninger, der virker. Leverandørerne vil lave det hele selv, hvergang og alene. Det tjener de gode penge på, hvis de får ordren. Og regionerne vil af politiske grunde ikke basere sig på andres løsninger og slet ikke statslige. Flerleverandørstrategien vinder over fælles nationale løsninger.

Spaghetti størknet i beton

Sammenhængen mellem IT systemerne i sundhedssektoren er blevet karakteriseret som spaghetti størknet i beton.

Spaghettien er de mange ensvirkende systemer og deres datakopiering.

Når trængte regionalpolitikere henviser til, at man altid kan finde oplysningerne på sundhed.dk, er det udtryk for hvor stort og omfattende problemet er. For hvad skulle man med dyre og nogen gange fejlslagne EPJ systemer, hvis sundhed.dk var løsningen?

Det er blevet fremført, at sundhed.dk er en af grundene til, at FN for nylig kårede Danmark til verdensmester i offentlig digitalisering.

Det minder om den historie, hvor en mand går hen til en skrædder for at få syet en jakke. Efter lang tid og flere forgæves besøg kunne han endelig hente jakken. Den sad dårligt på ham, den var elendigt syet. Det ene ærme var for kort og jakken var skæv ved skulderen. Se nu her, sagde skrædderen. Løft den højre skulder lidt op og skyd brystkassen frem. Træk så venstre arm lidt op og hold hånden bag om ryggen, så passer den jo egentlig meget godt. Manden, som var meget beskeden, takkede, betalte og gik ud af skrædderforretningen og ned ad

gaden. Bag ham gik to mænd. Den ene sagde til den anden: Har du set den stakkels mand, der går foran os? Ja, svarede den anden. Men sikke en dygtig skrædder han har.

Sundhed.dk var oprindeligt sat i verden som reklamesøjle for amterne og er ikke løsningen på epj-problemerne; den spreder blot tåge over problemet mens den bryster sig af de oplysninger, man kan slå op på portalen.

Rigsrevisionen har en hjemmeside, hvor man kan hente alle beretninger og notater om IT på sundhedsområdet. De er fyldt med gengivelser af bragesnak om nye initiativer, forstærket koordinering, styrket indsats, uendelige forberedelser, undskyldninger, bortforklaringer og så videre.

Rigsrevisionens beretninger er med tiden blevet mere kritiske; alligevel det er sandsynligt, at Rigsrevisionen slet ikke forstår de grundlæggende problemer. Ihvertfald kan Rigsrevisionens ihærdige indsats ikke siges at have båret frugt.

Beton

Betonen kommer fra den meddelelsesbaserede kommunikationsform (struktureret datakopiering), hvor et utal af systemer skal kunne udveksle oplysninger mellem hinanden. I denne kommunikationsform forsvinder enhver information om, hvor de relevante og aktuelle patientoplysninger befinder sig. Hvis de overhovedet findes, for det kan man nemlig ikke vide.

Hvis en person fra Jylland eksempelvis kommer til skade i Tivoli og er bevidstløs, hvordan finder behandlingsstedet ud af, om patienten kan tåle bedøvelse og penicillin?

For at løse det problem gik regionerne i 2007 i gang med et projekt, et Nationalt Patient Index, NPI, der skulle kunne oplyse sundhedspersoner om, hvor de relevante oplysninger om patienten befandt sig. Projektet blev senere skrottet. Hvad årsagen var vides ikke, men det må formodes at man fandt ud af, at det var mere kompliceret og omkostningsfuldt at lave et opdateret patientindex, der år ud og år ind, helst tidstro på millisekundet, skulle samle ensartede oplysninger fra et hav af forskellige systemer, end det var at lave fælles landsdækkende systemer, der indeholdt de nødvendige oplysninger.

Tidsforsinkelsen i dataudvekslingen kan have katastrofale konsekvenser.

Der findes et eksempel på, at et sygehus registrerer, at en patient er død. Det er en fejl, som hurtigt opdages og rettes. Men i mellemtiden er den fejlagtige oplysning blevet sendt til hjemmeplejen, der som bekendt ikke tager på besøg hos nyligt afdøde. Patienten sendes hjem fra sygehuset og dør nogle dage senere af sult og tørst, da hjemmesygeplejen ikke dukker op.

Der findes ikke et fælles nationalt system, der indeholder oplysning om, hvor patienten befinder sig og hvem der har ansvaret for patienten.

Veteranbilkørsel i Tivoli

Betonkanonen styres af Sundhedsministeriet, der indtager formandsposten i MedCom, på samme måde som et barn styrer en veteranbil i Tivoli.

MedCom skal fungere som bindeleddet i det samarbejdende sundhedsvæsen ved at udvikle og udbrede tværsektorielle digitale kommunikationsløsninger.

Langt de fleste at de problemer, der kommer til overfladen, når man ser på datakopieringen mellem systemerne, vedrører synkroniseringen mellem systemerne, fx fejl i fremvisningen af de samme data i forskellige systemer. Den tidsmæssige udrulning af standardmeddelelser tager år og afhænger af leverandørernes opgraderingsplaner. Inden den sidste leverandør er færdig, er der opstået nye behov for ændringer.

MedComs arbejde roses fra alle sider og er grundlaget for opretholdelsen af et problematisk og fastlåst systemlandskab. MedCom er aldrig blevet kritisk evalueret og organisationen har på grundlag af flerleverandørstrategien gjort udbredelse af standarder til en evighedsmaskine med eget liv. Den endelige fastsættelse af standarder bør på sundhedsområdet være en myndighedsopgave.

Praksislægesystemer

De praktiserende læger har en del forskellige systemer, færre end tidligere. Mange sygehuslæger ville være glade for et af de velfungerende praksislægesystemer. Disse systemer udfylder langt hen ad vejen de samme funktioner som EPJ systemer på sygehuse. De er udviklet af små firmaer i tæt samarbejde med deres brugere, der som private erhvervsdrivende er yderst kritiske, både for så vidt angår økonomi som funktionalitet.

Hvad kan man så gøre ved det?

Det paradoksale er, at det aldrig nogensinde har været nemmere og billigere at lave gode og effektive IT- løsninger, end det er i dag. De fotografiapparater, vi i dag bruger til at tale i telefon med, er millioner gange kraftigere og billigere end de edb-maskiner og mikrocomputere der blev anvendt for en generation siden.

Den almindelige bruger i sundhedssektoren kan nøjes med en transportabel, trådløs tablet, udstyret med en browser og forskellige app's. Eller en transportabel eller stationær computer med en browser.

Ser man bort fra firmaet Facebooks dårlige sider, så må man medgive, at Facebook er et utroligt effektivt kommunikationsmiddel, der - som inspiration - på mange måder kunne bruges i sundhedssektoren. Der findes alternativer til Facebook, som kan anvendes til grupper, både lokalt og nationalt.

Kildeteksten skal være offentlig ejendom eller open source

Det vigtigste er, at den offentlige sektor udformer sine kontrakter sådan at ejerskabet til systemet, kildeteksten eller kildekoden, tilhører det offentlige eller gøres til Open Source, hvor den tilhører alle. Så kan man videreudvikle skridt for skridt og opgradere et system uden at skulle smide alt det gamle ud og gå i udbud efter et nyt.

Kildeteksten til FMK og Receptserveren er Open Source, mens kildeteksten til CTR er ejet af staten.

Udvikling og videreudvikling af systemer

Til udvikling og videreudvikling skal man anvende de såkaldte agile metoder, hvor man tænker stort, men starter småt; hvor man på kort tid leverer 80 procent af det brugerne ønsker sig og senere i processen leverer resten, når systemet og driften er blevet stabiliseret. Herefter har man et godt grundlag for at videreudvikle.

Metoden har vist sig at virke godt og er vandfaldsmetoden overlegen. Vandfaldsmetoden indebærer, at kravspecifikation og kontrakt er på plads, før man går i gang med systemudviklingen, hvorefter kunden får leveret hele systemet på én gang.

Udviklingen går hurtigt

Omgivelserne forandrer sig hele tiden. Derfor skal man ikke søsætte flerårige gigantprojekter til abnorme priser. Det skal være mindre og billigere projekter af kortere varighed, der kan stykkes sammen til større, sammenhængende løsninger, som senere kan videreudvikles.

Leverandørafhængighed eller dårligt købmandsskab?

Samlet set er hardware, datakommunikation og alt andet nødvendigt blevet ekstremt billigt. Der er ingen grund til at købe dyre styresystemer, databasesystemer og andet systemprogrammel fra bestemte leverandører med

monopolistiske tilbøjeligheder. Det indskrænker valgmulighederne og binder det offentlige til dyre, proprietære løsninger. Når der eksisterer billige og ligeværdige alternativer, er det mærkværdigt, at der vælges programmel der er dyrt at anskaffe og drive.

Hvad koster det?

Region Syd har for 250 mio. kr. anskaffet et EPJ system, som man efter det oplyste er tilfredse med. Region H har betalt 2.500 mio. kr. for Sundhedsplatformen, 10 gange mere. Med så store summer forsvinder enhver målestok for, hvad der er en realistisk og fair pris. Måske ærgres leverandøren i Syd sig over, at man ikke satte en højere pris? Måske er Region H blevet snydt på prisen, så vandet driver? Måske er begge priser for høje? Det er umuligt at vurdere.

Der er ingen, der med sikkerhed ved, hvor mange penge regionerne årligt bruger på IT. Det forlyder, at Finansministeriet for nogle år siden sendte McKinsey ud i regionerne med en stak regneark for at finde ud af det. Noget klart resultat kom der vist ikke ud af det, men et beløb på omkring 4-5 mia. kroner kunne være et bud.

5 gange så dyrt bliver det i hvert fald, når 5 regioner skal have hvert sit eget system.

Hvis man i fremtiden laver nye systemer efter den metode, der er beskrevet nedenfor, så vil prisen for et system antagelig lande på 20-25% af de priser, vi ser i regionerne i dag.

Og nøjes man med ét landsdækkende system, er prisen yderligere omkring en 1/5 af det hele.

Systemerne vil være billigere at lave og de vil være billigere at holde kørende i de efterfølgende år.

Det havde eksempelvis været meningsløst at lave en Receptserver i hver region. Det kunne lade sig gøre, fordi staten udviklede systemet og stillede det til rådighed for praktiserende læger, sygehuse og apoteker.

Receptserveren er lavet efter filosofien nedenfor.

Linux og open source

Hovedparten af verdens mange millioner web-servere på Internettet kører Linux med forskellige kombinationer af open source software ovenpå. Milliarder af Mac computere, Android- og iPhone-telefoner gør det samme.

Til servere og personlige computere findes der velfungerende browsere, tekstbehandling, database-systemer og meget andet, der kører med Linux som styresystem. Det meste er frit tilgængeligt; en web- eller databaseserver med avancerede systemer ovenpå, kan stables på benene på en times tid (bitnami.com) og stabile driftløsninger (der hvor systemet skal køre efter det er afleveret) er hyldevare i dag.

Gør man det rigtigt, kan der frigøres mange midler, der kan anvendes til at udvikle gode systemer og løsninger.

Nøjes man med fælles landsdækkende systemer til at løse de forskellige opgaver, frigøres endnu flere ressourcer. Disse ressourcer kan bruges til endnu bedre systemer og patientbehandling.

Og hvorfor ikke give det forslag en chance i sundhedssektoren?

Man kan stille det spørgsmål, om det overhovedet nytter at forsætte ad den nuværende vej?