

## **POLITIKERSPØRGSMÅL**

Spørgsmål nr.: 091-16

Dato: 28. april 2016

Stillet af: Randi Mondorf (V) og Anne Ehrenreich (V)

Besvarelse udsendt den: 14. juni 2016

Ved besvarelsen af følgende spørgsmål, skal det tages i betragtning, at svaret er udformet primo maj, og dermed før Sundhedsplatformen gik live på Herlev Hospital.

### **Spørgsmål:**

Hermed regionsspørgsmål på vegne af Randi Mondorf og Anne Ehrenreich

Venstre er i udgangspunktet positiv over for Sundhedsplatformen, som vi snart skal i gang med at teste i Region Hovedstaden. Vi ser frem til de fordele, som platformen kan give regionen.

Sundhedsplatformen er det mest ambitiøse sundheds-it projekt i Danmark måske nogensinde, og blandt de mest ambitiøse i Europa, med en selv for Epic omfattende installation målt på antal brugere og patienter. Det amerikanske sundhedsvæsen er anderledes end det danske, i forhold til:

- Finansiering og afregning,
- national indberetning og registrering,
- lovgivning i forhold til sikkerhed og fortrolighed,
- organisering (alt samlet under en privat ledet sundhedsorganisation for forsikrede) i modsætning til det offentlige sygehusvæsen i Danmark, som er opdelt i hospital (sekundær sektor), kommune (omsorg) og praksis (primær sektor)
- Mange danske specifikationer og nationale it løsninger der skal overholdes, som fx i forhold til tværsektoriel kommunikation og fælles medicinkort.

Det amerikanske sundhedsvæsen har gennemgået en accelereret digitalisering under den nuværende administration, med krav om indførelse af EPJ og incitamenter hertil, herunder økonomiske. Overgangen til Epic i Amerika er ofte sket fra et mere papirbaseret udgangspunkt. Region Hovedstaden har i forvejen en fuld EPJ, med fuld digitalisering og mange store systemer.

### **Spørgsmål 1 - implementering kontra udvikling**

Sundhedsplatformen er grundlæggende et implementeringsprojekt.

- Men er der taget nødvendig højde for en betydelig mængde dansk specifik udvikling for Region Hovedstaden?

### **Spørgsmål 2 – danske kontra amerikanske forhold**

Det danske sundhedsvæsen er anderledes indrettet end det amerikanske, og mange arbejdsgange er anderledes (fx i relation til medicinering).

- Er der taget nødvendig højde for dette i konfigurationen/opsætningen af systemet?

### **Spørgsmål 3 – fysiske forhold og udstyr**

Amerikanske hospitaler har ofte bedre fysiske rammer end de danske med fx bedre plads og masser af udstyr.

- Kan Regionens hospitaler leve op til samme krav systemet stiller til udstyr i Amerika, som arbejdsstationer, store PC-skærme, printere og overbliksskærme mv, på gang arealer og senge-stuer, i nødvendigt antal, og er der plads til dette udstyr?

### **Spørgsmål 4 - integrationer**

Sundhedsplatformen skal fungere i sammenhæng med mange andre systemer, som på laboratorieområdet og billede (fx røntgen) området, bl.a. med overførsel af måleresultater og forskellige typer af værdier, som skal give klinikerne et samlet billede udover at systemet kan anvende disse resultater til beslutningsstøtte.

- Sådanne systemintegrationer er ofte specifikke og krævende at gennemføre, i hvilket omfang er der taget højde for dette i kontrakten, og efterleves det i leverancerne?

### **Spørgsmål 5 - testning**

I hvilket omfang er Sundhedsplatformen testet?

- Er alle funktionelle krav testet fuldstændigt på brugergrænsefladen?
- Dækker testene både i forhold til kontraktuelle krav og funktionalitet som er kritisk for ibrugtagning af systemet?
- Hvor stor en fejlmargen accepteres og ligger Sundhedsplatformen under denne?
- Gennemføres alle tekniske test, herunder i forhold til integrationer, svartider og stabilitet?

### **Spørgsmål 6 - idriftsættelsestidspunkt**

Hvilken garanti haves på idriftsættelsestidspunktet:

- For at skiftet fra gamle systemer til Sundhedsplatformen kan gennemføres som planlagt?
- Findes der en strategi hvis der opstår alvorlige problemer, og kan der ruller tilbage på de gamle systemer?

- Hvis der viser sig alvorlige problemer efter idriftsættelsen (med selve systemet), findes der tilsvarende en strategi, og vil der kunne rulles tilbage på gamle systemer?
- Hvornår skal en beslutning om at rulle tilbage senest træffes, og hvad gør man hvis dette tidspunkt er passeret?

### **Spørgsmål 7 - sprog**

Systemet er amerikansk og aldrig tidligere oversat til dansk.

- Er kvaliteten af oversættelsen acceptabel?
- Er det udelukket, at oversættelsen vil kunne føre til alvorlige misforståelser?

### **Spørgsmål 8 – kontrakt og leverandør-styring**

I hvilket omfang har kontrakten og dens krav konkret ligget til grund for projektet, herunder med aflevering af dokumentation, ikke mindst med henblik på efterfølgende vedligehold og anvendelse af systemet, således at langsigtet opnåelse af gevinster (øget effektivitet og kvalitet) kan sikres?

### **Spørgsmål 9 – risikovurdering og tidsplan**

Ud over det høje ambitionsniveau udmærker Sundhedsplatformen sig ved en tidsplan, der synes at holde. Det er meget sjældent offentlige it-projekter ikke løber ind i forsinkelser, især de største, og dette er virkelig stort:

- Er der foretaget en samlet risikovurdering i forlængelse af forrige spørgsmål forhold til at tage systemet i anvendelse som planlagt 21/5-16?
  - o Kan alvorlige utilsigtede hændelser udelukkes?
  - o Hvilke garantier har man for at Sundhedsplatformen som helhed kan understøtte arbejdet på hospitalerne i rimelig grad?
  - o Hvor stort et produktionstab er man villig til at acceptere på Herlev-Gentofte Hospital og hvad koster dette?
  - o Hvad gør man hvis produktionstabet bliver betydeligt større?
  - o Burde man ikke først afprøve systemet i mindre skala først, i begrænset drift, og opnå erfaring med hvordan systemet virker i en dansk kontekst?

### **Spørgsmål 10 – drift kontra program/projekt**

Idriftsættelsen af Sundhedsplatformen kræver organisation til både forvaltning, support og drift, samtidigt med at den nuværende organisation er en program/projekt-organisation, delt mellem Region Hovedstaden og Sjælland.

- I hvilket omfang er organisationen på nuværende tidspunkt i stand til at løfte egentlig drift af Sundhedsplatformen?

**Svar:**

### *Spørgsmål 1 - implementering kontra udvikling*

*Sundhedsplatformen er grundlæggende et implementeringsprojekt.*

· *Men er der taget nødvendig højde for en betydelig mængde dansk specifik udvikling for Region Hovedstaden?*

*Svar:*

Sundhedsplatformen er en fuldt tilpasset løsning til hospitalerne og sygehuse-  
ne på Sjælland. Arbejdsgange mv. er opsat efter input fra mere end 300 faglige eksperter, og i forhold til patientsikkerhedsstandarder på de danske hospitaler.

De specifikke danske funktioner omhandler særligt afregning, kontaktmodel, FMK (det Fælles Medicinkort) og MedCom. Sundhedsplatformen er certificeret af Sundhedsdatastyrelsen under Sundheds- og Ældreministeriet i forhold til FMK og MedCom i forhold til de nationale standarder.

Det har i forbindelse med udbuddet stået klart, hvilke specifikke danske funktioner en kommende leverandør skulle udvikle, og hvilke krav, der i denne forbindelse var til løsningen. Leverandøren har i sit tilbud besvaret, hvordan denne udvikling skulle løses.

### *Spørgsmål 2 – danske kontra amerikanske forhold*

*Det danske sundhedsvæsen er anderledes indrettet end det amerikanske, og mange arbejdsgange er anderledes (fx i relation til medicinering).*

· *Er der taget nødvendig højde for dette i konfigurationen/opsætningen af systemet?*

*Svar:*

Sundhedsplatformen medfører en omfattende omstilling af arbejdsgange på hospitalerne. Med Sundhedsplatformen vil mange manuelle processer fremover ske automatisk – fx bestilling af operationsstuer på det specifikke hospital og smertestillende medicin.

Samtlige af de arbejdsgange (workflows) – fx medicineringsarbejdsgangen eller den administrative indlæggelsesproces, der er opsat i Sundhedsplatformen har gennemgået validering af de såkaldt faglige eksperter, som er sundhedsprofessionelle fra begge regioner og alle specialer udpeget af de Sundhedsfaglige Råd. Dette gælder også for det kliniske indhold, der er opsat – fx ordinationspakker, vurderingsskemaer, advarsler mm.

Der har været mere end 300 faglige eksperter fordelt på alle relevante faggrupper involveret, og indholdet og arbejdsgange er vurderet og godkendt.

### *Spørgsmål 3 – fysiske forhold og udstyr*

*Amerikanske hospitaler har ofte bedre fysiske rammer end de danske med fx bedre plads og masser af udstyr.*

· *Kan Regionens hospitaler leve op til samme krav systemet stiller til udstyr i Amerika, som arbejdsstationer, store PC-skærme, printere og overbliksskærme mv, på gang arealer og senge-stuer, i nødvendigt antal, og er der plads til dette udstyr?*

*Svar:*

Overordnet set er det danske sundhedsvæsen i høj grad digitaliseret, så sikringen af tilstrækkelig hardware har hovedsageligt haft karakter af udskiftning. Programmet har ikke oplevet at Herlev og Gentofte Hospital har haft pladsudfordringer.

Forud for implementeringen af Sundhedsplatformen er der blevet investeret i nyt hardware, der matcher Sundhedsplatformens krav og kunnen. Det betyder fx at Herlev og Gentofte Hospital har indkøbt nye PC'ere, mobile enheder (iPods), overbliksskærme og rullende arbejdsstationer. Inden Sundhedsplatformen tages i brug testes alt hardware – inkl. printfunktion mm.

Indkøbet er naturligvis foretaget efter specifikationer, der sikrer, at systemets nyskabende funktioner kan udnyttes.

#### *Spørgsmål 4 - integrationer*

*Sundhedsplatformen skal fungere i sammenhæng med mange andre systemer, som på laboratorieområdet og billede (fx røntgen) området, bl.a. med overførsel af måleresultater og forskellige typer af værdier, som skal give klinikerne et samlet billede udover at systemet kan anvende disse resultater til beslutningsstøtte.*

· *Sådanne systemintegrationer er ofte specifikke og krævende at gennemføre, i hvilket omfang er der taget højde for dette i kontrakten, og efterleves det i leverancerne?*

*Svar:*

Systemintegrationerne har været og er en krævende proces og et element, hvor kravspecifikationen er meget detaljeret. Der er således i kontraktmaterialet i høj grad taget højde for udfordringerne. Det skal i den forbindelse nævnes, at leverandøren har opnået de ønskede MedCom certificeringer. Systemintegrationer vil imidlertid hele vejen gennem programmet være en udfordring og et område, der vil blive fulgt tæt.

Der er etableret direkte integration til en lang række af de integrationer, man oprindeligt ønskede at integrere til. Man har dog af tidsmæssige hensyn måttet justere antallet af integrationer til Herlev og Gentofte Hospital, så enkelte først opsættes i efteråret 2016. Der er tale om en udskydelse af nogle mindre integrationer, som der ikke findes integration til i dag, så klinikerne stilles ikke ringere end i dag. Desuden viste det sig at det ikke var muligt at integrere til en lang række af de kliniske kvalitetsdatabaser man oprindeligt havde forestillet sig – årsagen var, bl.a. at disse databaserne er for gamle, og at der var behov for en standardisering på indenfor og på tværs af regionerne. Integration til en række kliniske kvalitetsdatabaser afventer en løsning på fællesregionalt niveau.

### *Spørgsmål 5 - testning*

*I hvilket omfang er Sundhedsplatformen testet?*

- Er alle funktionelle krav testet fuldstændigt på brugergrænsefladen?*
- Dækker testene både i forhold til kontraktuelle krav og funktionalitet som er kritisk for ibrugtagning af systemet?*
- Hvor stor en fejlmargen accepteres og ligger Sundhedsplatformen under denne?*
- Gennemføres alle tekniske test, herunder i forhold til integrationer, svartider og stabilitet?*

Som en del af det samlede test regime vil der blive gennemført en funktionel kravtest, der afdækker eventuelle mangler i forhold til de krav, der er angivet i kravspecifikationen. Testen forløber i flere etaper og vil blive afsluttet forud for den kontraktuelle accept af den delleverance prøve, der endeligt godkender den første ibrugtagning på Herlev og Gentofte Hospital.

Testen dækker samtlige funktionelle krav i kontrakten og gennemføres i flere etaper således, at alle funktionelle krav, der er kritiske for Go-live er testet forud for Go-live. Der har desuden været foretaget en række kliniske simulationer, som er test gennemført sammen med klinikere i forhold til anvendelsen (via brugergrænsefladen) på hospitalerne. Desuden har et mindre antal patienter deltaget i testen af patientportalen MinSundhedsplatform.

De sammenhængende workflows er testet via Integrated test – der alle er gennemført uden fejl før de er blevet godkendt.

De fleste af de funktionelle krav er kvalitative og vurderes derfor kvalitativt. Som udgangspunkt skal samtlige funktionelle krav opfyldes og der accepteres ingen fejlmargen, der kan dog være krav som ikke er relevante mere, hvorefter det vil blive aftalt, at den specifikke funktionalitet ikke implementeres. Det er ligeledes en mulighed, at implementeringen af visse funktionelle krav udskydes til næste go-live.

De 5 tekniske test (Failover test, Disaster Recovery test, load test, skalerbarhedstest og svartidstest), der er beskrevet i kontrakten, er ved at være gennemført. Skalerbarhedstesten vil i første omgang blive dokumenteret via Epics driftsdokumentation. Herudover planlægger programmet en penetrationstest og en logningstest. Desuden bliver alle integrationer testet i forhold til hul-igennem-test til 3. parts systemer og funktionelt i forhold til at dataflow mv.

Svartider og stabilitet er desuden et af programmets KPIer under og efter Go-live perioden (hypercare). Desuden testes samtlige printere, PCere, skærme, håndscannere og andre eksterne enheder, der skal anvendes eller kommunikere med systemet.

### *Spørgsmål 6 - idriftsættelsestidspunkt*

*Hvilken garanti haves på idriftsættelsestidspunktet:*

- *For at skiftet fra gamle systemer til Sundhedsplatformen kan gennemføres som planlagt?*
- *Findes der er en strategi hvis der opstår alvorlige problemer, og kan der rulles tilbage på de gamle systemer?*
- *Hvis der viser sig alvorlige problemer efter idriftsættelsen (med selve systemet), findes der tilsvarende en strategi, og vil der kunne rulles tilbage på gamle systemer?*
- *Hvornår skal en beslutning om at rulle tilbage senest træffes, og hvad gør man hvis dette tidspunkt er passeret?*

*Svar:*

Der foretages flere generalprøver inden den endelige Go-live, så det sikres at skiftet kan gennemføres. Disse generalprøver gennemføres af de projektledere, som har ansvaret for det konkrete skifte mellem systemerne natten mellem den 20. og 21. maj. På generalprøverne testes det fx, hvor lang tid det tager sekretærerne, at foretage de manuelle konverteringer af de indlagte patienters data, som skal laves på Go-live aftenen. Desuden gennemføres der en klinisk generalprøve, hvor en række centrale arbejds-gange testes – fx ambulatoriebesøg forud for planlagt operation, overførsel til intensiv afdeling, akut kejsersnit mv.

Derudover foretages der teknisk generalprøve på alt hardware, så det sikres, at de rigtige PC'ere taler sammen med de rigtige label-printere mm.

Hospitalernes, programmets og it-afdelingernes parathed til idriftsættelse bliver i øvrigt målt 120, 90, 60 og 30 dage før Go-live på hvert hospital. Parathedsvurderingerne er et af leverandørens faste koncepter, som indebærer at der afrapporteres status på mere end 900 delleverancer, hvilket mindsker risikoen for uforudsete problemer. Målingen omfatter alle tænkelige leverancer – også hospitalets parathedsarbejde med forandringsprocesserne.

Hospitalernes parathedsarbejde starter 1 år før deres Go-live. Aktiviteterne understøtter at der bliver skabt viden om og forståelse for de forandringer, Sundhedsplatformen fører med sig.

Parathedsvurderinger, parathedsarbejdet og generalprøverne er samlet set med til at sikre, at Sundhedsplatformen kan tages i brug på det planlagte tidspunkt.

Natten mellem den 20. og 21. maj sker det faktiske skift fra de gamle systemer til Sundhedsplatformen. I en periode på 6 timer kører de to systemer samtidigt, og der konverteres data manuelt fra de gamle til det nye system. Omkring kl. 02 (eller senere, hvis noget skulle trække ud), tages den endelige beslutning om, hvorvidt man skifter system. Denne beslutning tages på baggrund af fast definerede kriterier.

Hvis det besluttes, at skiftet kan ske, udskives patienterne fra OPUS så forløbet kun fortsættes i Sundhedsplatformen. Når dette skifte er sket, kan der ikke rulles tilbage af patientsikkerhedsmæssige årsager. Men vurderes det i timerne op til kl. 02, at kriterierne for skiftet ikke er opfyldt, vil man kunne afbryde, og fortsætte bruges af de gamle systemer.

Disse procedurer er klart definerede i programmet cutover strategi, og i tilfælde af alvorlige problemer aktiveres programmets/regionernes forberedte kommunikationsberedskab ligeledes.

Sundhedsplatformen har lige som de øvrige regioner et nødsystem, hvor sundhedspersonalet kan slå journaldata op, men ikke skrive til systemet, mens der udføres service på journalsystemet. Nødsystemet sikrer, at personalet kan arbejde sikkert og fastholde et tilfredsstillende driftsniveau ved nedbrud, ligesom der er klare nødprocedurer og printet papirskemaer, som personalet kan udfylde manuelt, indtil systemet er oppe at køre igen.

Opus/GS!Åben, som er de nuværende patientjournalsystemer, vil fortsat blive drevet og vedligeholdt af de to regioner i hele implementeringsperioden – også for de hospitaler, der allerede har implementeret Sundhedsplatformen. De hospitaler, der har taget Sundhedsplatformen i brug, kan fortsat læse i OPUS-systemerne.

### *Spørgsmål 7 - sprog*

*Systemet er amerikansk og aldrig tidligere oversat til dansk.*

- *Er kvaliteten af oversættelsen acceptabel?*
- *Er det udelukket, at oversættelsen vil kunne føre til alvorlige misforståelser?*

### *Svar:*

Sundhedsplatformen introducerer nye måder at afvikle nogle af de kendte arbejdsgange på. Det medfører, at der introduceres nye begreber, som ikke tidligere har været kendte i Region Hovedstaden eller Region Sjælland. De nye begreber har fået nye termer, som klinikerne skal vænne sig til.

Det er klinikere og terminologer, der har samarbejdet om sproget i Sundhedsplatformen. En stor del af oversættelsen er lykkedes, netop fordi det er klinikerne, der har dannet det kliniske indhold i Sundhedsplatformen. Dermed er det også klinikerne, der har givet sprog til en stor del af brugergrænsefladen.

Misvisende tekst eller fejlagtig brug af termer er forventes opdaget og indberettet af klinikerne inden Go-live. Fejl i sproget, der kan koste liv eller afstedkomme utilsigtede hændelser (UTH'ere) forventes ligeledes at indberettet og rettet. Men som i alle store og komplekse forandringsprojekter, kan det ikke garanteres, at alle små fejl er fundet, så der vil løbende blive optimeret på Sundhedsplatformens sprog.

Sprogkvaliteten bliver målt hver gang leverandøren leverer en ny sprogpakke, dvs. når der er en opdatering af oversættelsen. Oversættelserne har imidlertid endnu ikke det ambitiøse niveau, der var planlagt. Brugerne vil derfor opleve mindre sprogforstyrrelser, som programmet prioriterer højt at få rettet, når de indberettes. Sprogforstyrrelserne er dog ikke kritiske i forhold til patientsikkerhed og Go-live.

### *Spørgsmål 8 – kontrakt og leverandør-styring*

*I hvilket omfang har kontrakten og dens krav konkret ligget til grund for projektet, herunder med aflevering af dokumentation, ikke mindst med henblik på efterfølgende vedligehold og anvendelse af systemet, således at langsigtet opnåelse af gevinster (øget effektivitet og kvalitet) kan sikres?*

#### *Svar:*

Løsningen er baseret på kontraktens funktionelle og tekniske krav inklusiv en detaljeret beskrivelse af den nødvendige dokumentation. Derudover er der også i det samlede kontraktmateriale angivet priser og procedurer for system vedligehold og anvendelse.

### *Spørgsmål 9 – risikovurdering og tidsplan*

*Ud over det høje ambitionsniveau udmærker Sundhedsplatformen sig ved en tidsplan, der synes at holde. Det er meget sjældent offentlige it-projekter ikke løber ind i forsinkelser, især de største, og dette er virkelig stort:*

*· Er der foretaget en samlet risikovurdering i forlængelse af forrige spørgsmål forhold til at tage systemet i anvendelse som planlagt 21/5-16?*

*o Kan alvorlige utilsigtede hændelser udelukkes?*

*o Hvilke garantier har man for at Sundhedsplatformen som helhed kan understøtte arbejdet på hospitalerne i rimelig grad?*

*o Hvor stort et produktionstab er man villig til at acceptere på Herlev-Gentofte Hospital og hvad koster dette?*

*o Hvad gør man hvis produktionstabet bliver betydeligt større?*

*o Burde man ikke først afprøve systemet i mindre skala først, i begrænset drift, og opnå erfaring med hvordan systemet virker i en dansk kontekst?*

#### *Svar:*

Der foretaget løbende risikovurderinger både på projekt- og programniveau, og der arbejdes på at reducere og helt afværge disse risici. Desuden har programmet udarbejdet en samlet liste med 42 punkter over Go-live kritiske leverancer, der således udgør det samlede risikobillede for Go-live på Herlev og Gentofte Hospital den 21. maj.

Ud over de mange mitigerende handlinger programmet har sat i værk, er en af hospitalets vigtige foranstaltninger, at omdirigere akutte patienter til andre hospitaler under Go-live.

Endelig har programmet vurderet mulighederne for en mindre udsættelse af Go-live, såfremt der opstår sidste-øjeblikks forhindringer umiddelbart op til eller i forbindelse med Cutover natten den 20. og 21. maj 2016.

Som beskrevet ovenfor, er Sundhedsplatformen valideret og testet. I hvert enkelt modul har faglige eksperter godkendt indholdet, og FMK og Medcom integrationerne er nationale certificeringer. Beslutninger på det kliniske område er generelt truffet med

involvering af patientsikkerhedsrepræsentanter, og sådanne har desuden været involveret i overordnede brugertests af systemet.

Programmet har identificeret de leverancer, som er absolut kritiske for, at Sundhedsplatformens Go-live, og et af de væsentligste kriterier har været patientsikkerhed.

Det er også patientsikkerhedsmæssige hensyn der vejer tungest i de sidste dage frem mod Go-live samt i Go-live natten, når der skal tages beslutning om fortsat udrulning. Der er således gjort alt, hvad muligt er, for at sikre, at der ikke kan ske alvorlige utilsigtede hændelser ved ibrugtagning. Og som skrevet, vil en alvorlig fejl på systemet bevirke, at de gængse nødprocedurer træder i kraft, så alvorlige utilsigtede hændelser undgås.

Det vil dog være umuligt i et program af denne størrelse at garantere mod utilsigtede hændelser.

Som beskrevet er Sundhedsplatformens arbejdsgange/workflows og kliniske/administrative indhold defineret og valideret af et omfattende korps af faglige eksperter fra klinikken. Derefter er det opsat i systemet og herpå godkendt igen af de faglige eksperter. Derudover er systemet internationalt anerkendt, så det vides allerede, at systemet er overordentligt brugbart.

Herlev og Gentofte Hospital er det første hospital, der implementerer Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden, og det er derfor naturligt, at det medfører særlige udfordringer. I udgangspunktet tilstræber Herlev og Gentofte Hospital dog, at der ikke kommer væsentlige aktivitetstab.

Et hospital har mulighed for aktivitetstilpasninger i løbet af forskellige perioder, og er således vant til at justere i forhold til høj- og lavaktivitetsperioder, f.eks. i forhold til ferieperioder. HGHs planlagte aktivitetsnedgang er derfor taget på baggrund af leverandørens anbefalinger og erfaringerne fra Radboud University Medical Center, Holland, som implementerede Epic' sundhedsplatform i 2013/2014. Direktionen på HGH besøgte hospitalet i Holland i 2015 for at se deres erfaringer i en europæisk kontekst. Rent praktisk har HGH en aftale med Den Præhospitale Virksomhed, som vil sørge for omdirigering af 1813 patienter til andre hospitaler i Region Hovedstaden.

Foruden en aktivitetsnedgang har HGH planlagt med øget fremmøde af sundhedspersonalet under og i perioden efter Go-Live for at mindske risikoen for at eventuelle systemmæssige "børnesygdomme" får konsekvenser i forhold til de rent behandlingsmæssige aspekter og patientsikkerheden.

Hvis der skulle opstå problemer med Sundhedsplatformen er der etableret et nødberedskab, hvor dokumentationen vil foregå på papir. Såfremt HGH mod forventning ikke kan gå fra papirdokumentationen fra den 21. maj pga. eventuelle "børnesygdomme" mv., så vil det blive nødvendigt at forlænge aftalen med 1813 og de andre hospitaler med deraf følgende ekstra aktivitetsnedgang for HGH.

Epic og erfaringerne fra Radboud University Medical Center viser, at efter Go-live perioden er der pga. de nye arbejdsgange endnu en periode, hvor patientkontakter er mere tidskrævende, og der derfor vil være færre patientforløb end normalt.

Nedlukning af den elektive aktivitet i de 3 første uger efter Go-live er estimeret til en reduktion i aktiviteten på en samlet DRG-værdi på 82,6 mio. kr. Erfaringer Radboud University Medical Center tilsiger, at der kommer efterdønninger, hvor der sandsynligvis vil gå en rum tid, før hospitalet er oppe på den samme aktivitet som før implementering af Sundhedsplatformen. Dette er ikke med i beregningerne, ligesom aftalerne med Den Præhospitale Virksomhed ikke er estimeret. Regionen er dog løbende blevet orienteret om forventninger til aktivitetsnedgang i forbindelse med overgang til Sundhedsplatformen.

Hvis produktionstabt bliver væsentligt større, vil det betyde at HGH ikke kan opfylde de produktionskrav, som regionen har stillet til hospitalet. Hvis HGH alene skal bære byrden ved at være det første hospital som implementerer, vil det få betydelige økonomiske konsekvenser for hospitalet i 2017.

Det er dog målet, at en mindreaktivitet vil søges indhentet i sidste kvartal af 2016, men det vil være afhængigt af, hvor stort et aktivitetsefterslæb, der er opbygget samt den ekstra indsats - og dermed arbejdstimer personalet har ydet under uddannelse, datakonvertering samt implementering.

Omvendt i forhold til patienterne vil man formode at den mindreaktivitet, som HGH har, vil blive afspejlet i en meraktivitet på de andre hospitaler i regionen. Når disse hospitaler overgår til Sundhedsplatformen vil en del af deres mindreaktivitet alt andet lige blive til meraktivitet på HGH.

Programstyregruppen for Sundhedsplatformen drøftede i programmets opstart indgående dette spørgsmål, og valgte efter anbefaling fra leverandøren og programmet, at idriftsætte på et helt hospital frem for en enkelt afdeling.

Det skyldes, at det vil være til stor patientsikkerhedsmæssig fare, at implementere på en afdeling alene, idet patientens data vil være spredt på alt for mange forskellige systemer – fx i OPUS for det onkologiske forløb, men i Sundhedsplatformen for det kirurgiske. Derudover ville man heller ikke kunne sætte de tværgående moduler i drift såsom operationsmodulet og anæstesimodulet, idet man ikke kan have én afdeling til at planlægge og afholde operation i ét system, Sundhedsplatformen, og andre afdelinger i det nuværende Orbit.

En idriftsættelse på én afdeling ville således ikke være teknisk og patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig.

Derudover var det leverandørens anbefaling at vælge et af de største hospitaler, så alle tilkøbte moduler – fx også kardiologi og onkologimodulet kunne idriftsættes. På denne måde sikres det bedst muligt at systemet sættes op ad én gang, så alle afhængigheder testes indledningsvist, og nye afhængigheder ikke opstår som systemet løbende opsættes. Leverandøren har stor erfaring med at idriftsætte på et helt hospital ad gangen, og gennem de sidste 7 år har dette været deres standardmetode for implementeringer – og med stor succes.

*Spørgsmål 10 – drift kontra program/projekt*

*Idriftsættelsen af Sundhedsplatformen kræver organisation til både forvaltning, support og drift, samtidigt med at den nuværende organisation er en program/projekt-organisation, delt mellem Region Hovedstaden og Sjælland.*

*· I hvilket omfang er organisationen på nuværende tidspunkt i stand til at løfte egentlig drift af Sundhedsplatformen?*

*Svar:*

Ledelsen af den fælles-regionale styring af driften blev etableret i efteråret 2015, og siden er der arbejdet på at etablere alle nødvendige forberedelser. Programledelsen er repræsenteret i driftsorganisationen, så det sikres, at erfaring fra programmet overleveres.

Drift af infrastrukturen er etableret med to redundante driftscentre i Hvidovre og Ringsted, hvor Region Sjælland concern-it (KIT) har lead på drift og overvågning.

Lead på drift af helpdesk overgår til CIMT ved Go-live, og den placeres fysisk i lokaler sammen med programmets personale, så der kan etableres bedst mulig videndeling. Fejlrettelser og generel systemforvaltning forbliver i programmet indtil programafslutningen i december 2017, hvorefter det overgår til CIMT.