



Konferanse om rehabilitering og habilitering

20.06.16 / Lillestrøm

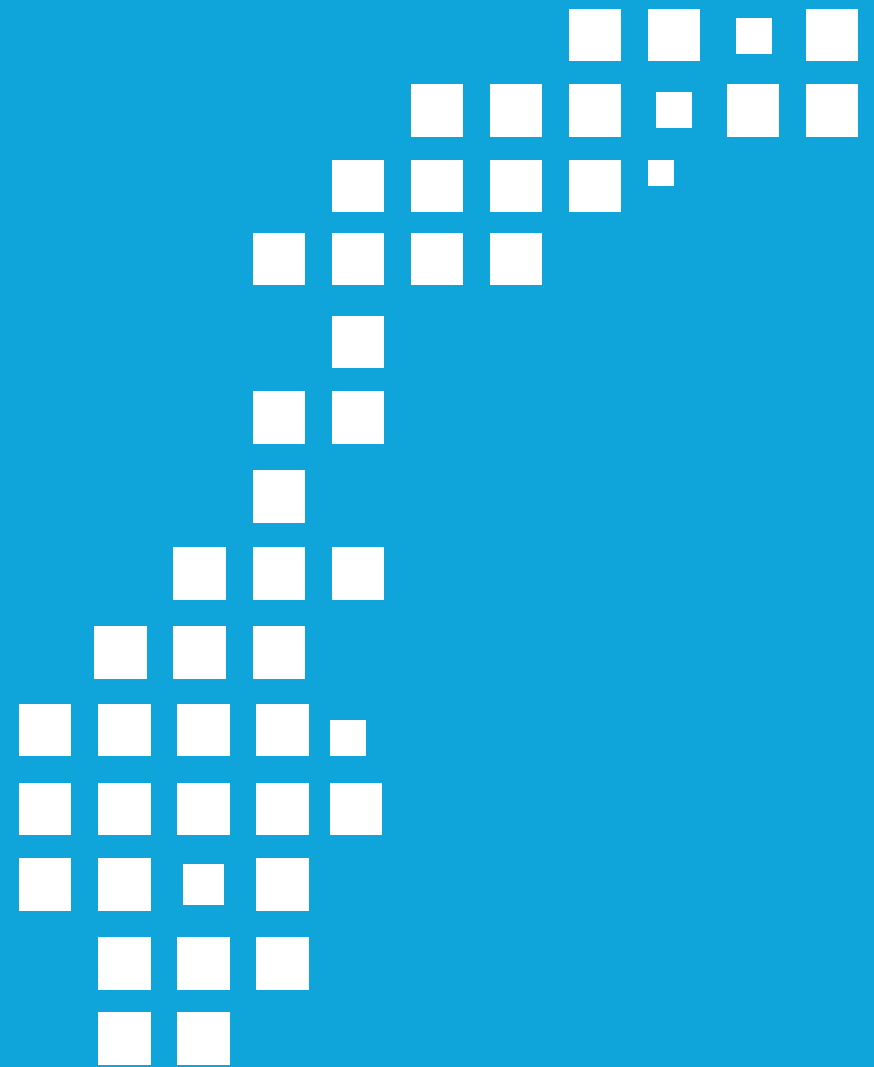
Norsk sykehus og helsetjenesteforening (NSH)



Bakgrunn

Helsesektoren består av 17.000 aktører fordelt på fire regionale helseforetak og 428 kommuner

- Informasjonen følger ikke automatisk pasienten
- Behov for bedre informasjonsflyt mellom aktører og systemer
- Behov for bedre kontroll med ansvarsoverføring
- Det trengs felles innsats og sterkere nasjonal styring

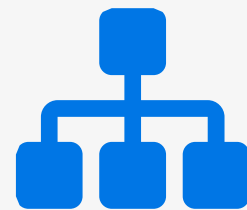


Hovedmål

- Digitalisere for å øke kvaliteten og pasientsikkerheten
- Forbedre og forenkle helsehverdagen, for alle.



Direktoratets to roller



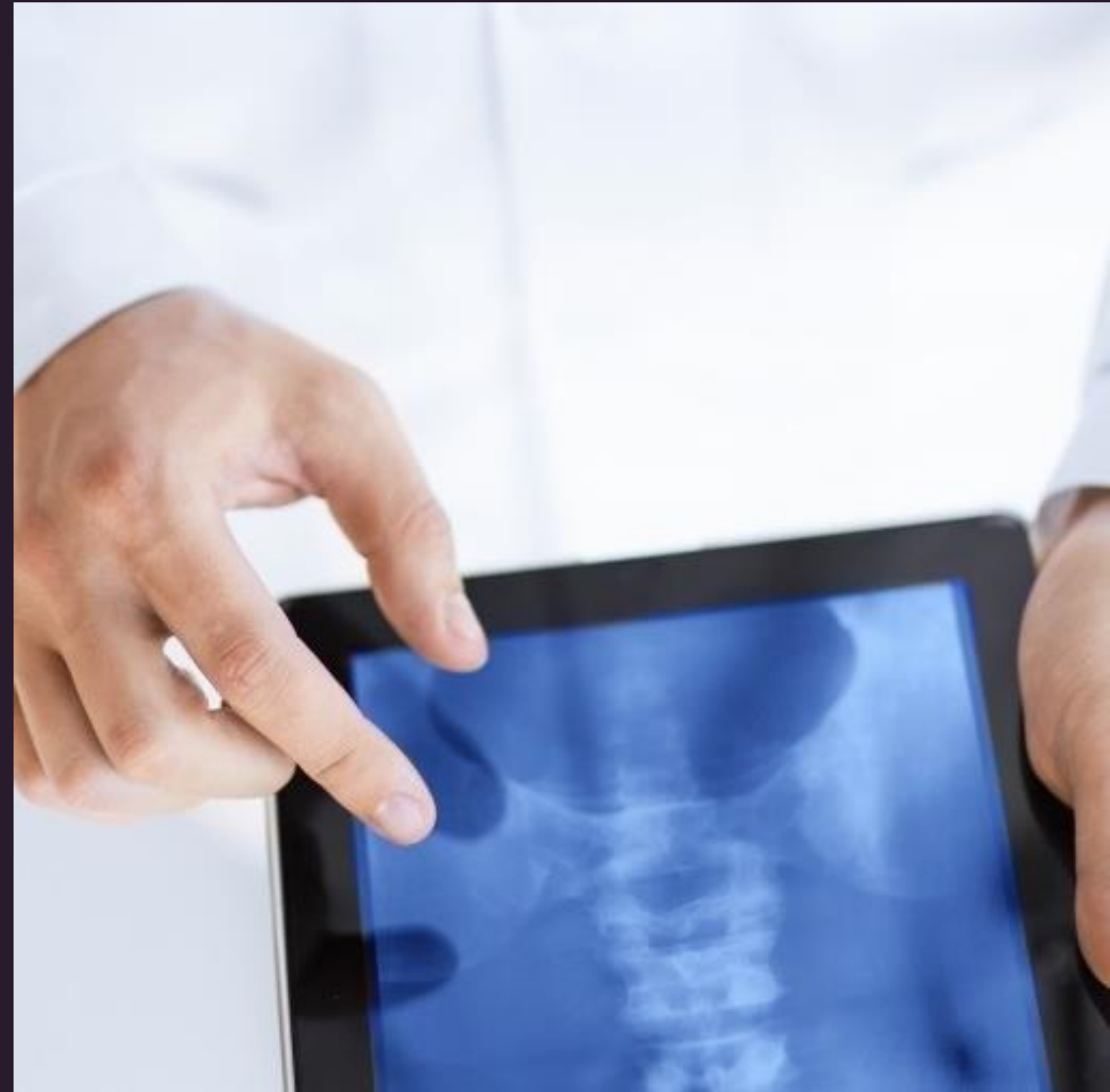
Myndighet

Sørge for nasjonal styring og koordinering

Nasjonale e-helseløsninger

Få på plass og forvalte digitale løsninger som forbedrer og forenkler

Én innbyggjer – én journal



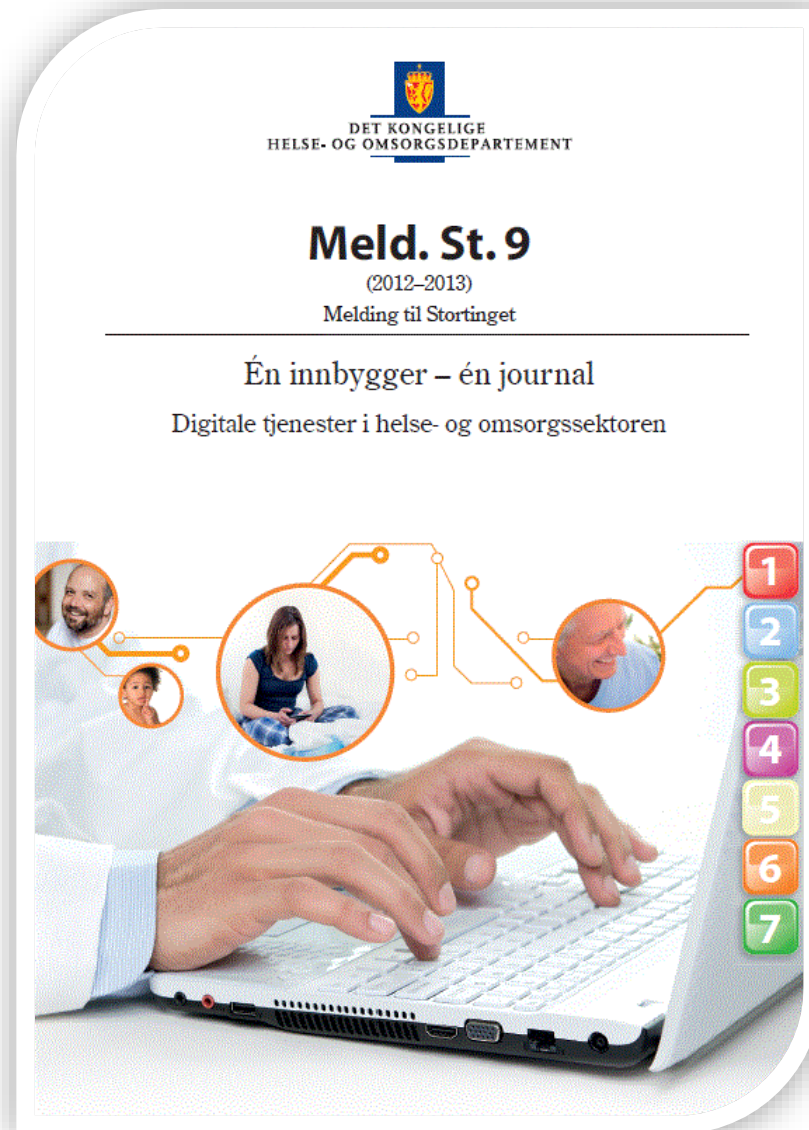
Innhold

1	Introduksjon og bakgrunn
2	Én innbygger – én journal. Hva kan det bety for rehabilitering og habilitering?
3	Pågående arbeid og veien videre

En rekke meldinger og rapporter har definert ambisjonsnivået for e-helse og elektronisk samhandling



Meld. St. 9 (2012-2013) definerer tre mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten

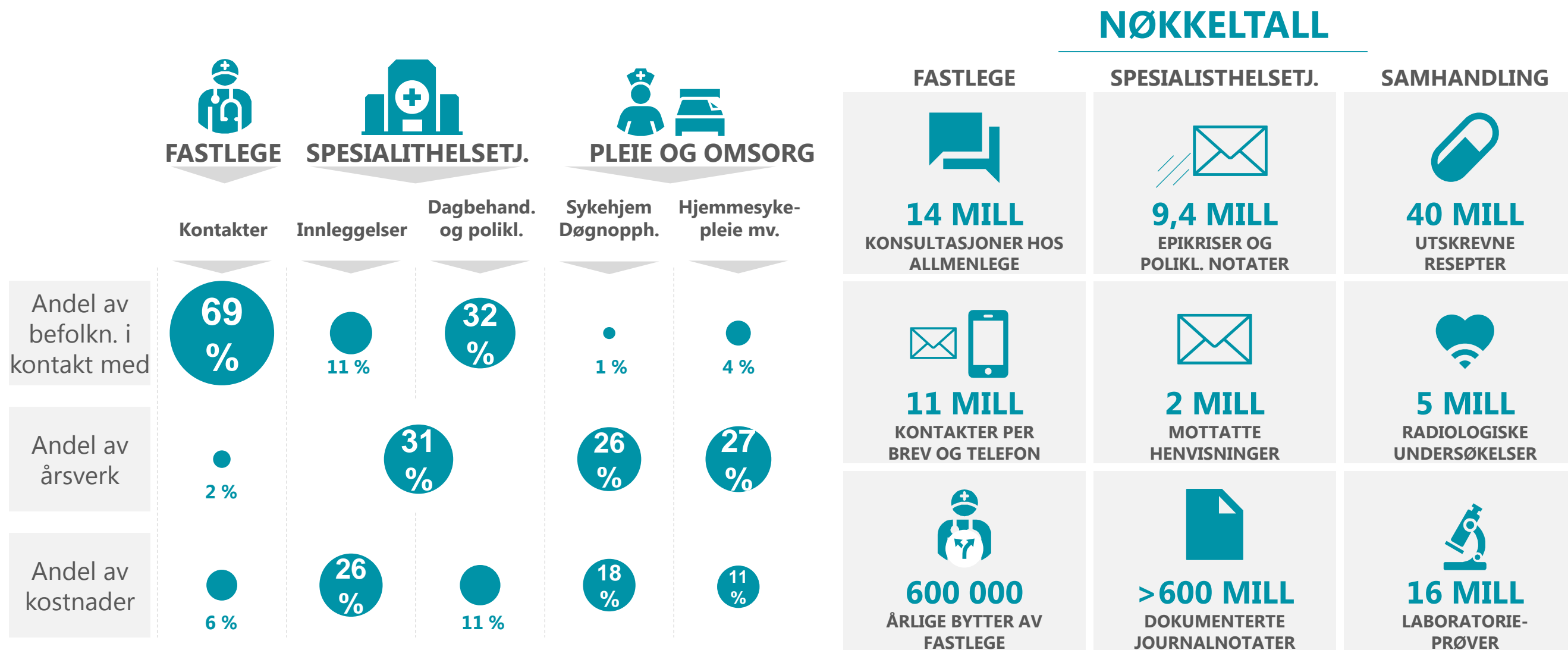


Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger

Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester

Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Nøkkeltall knyttet til aktivitet og samhandlingsvolum i helse- og omsorgssektoren



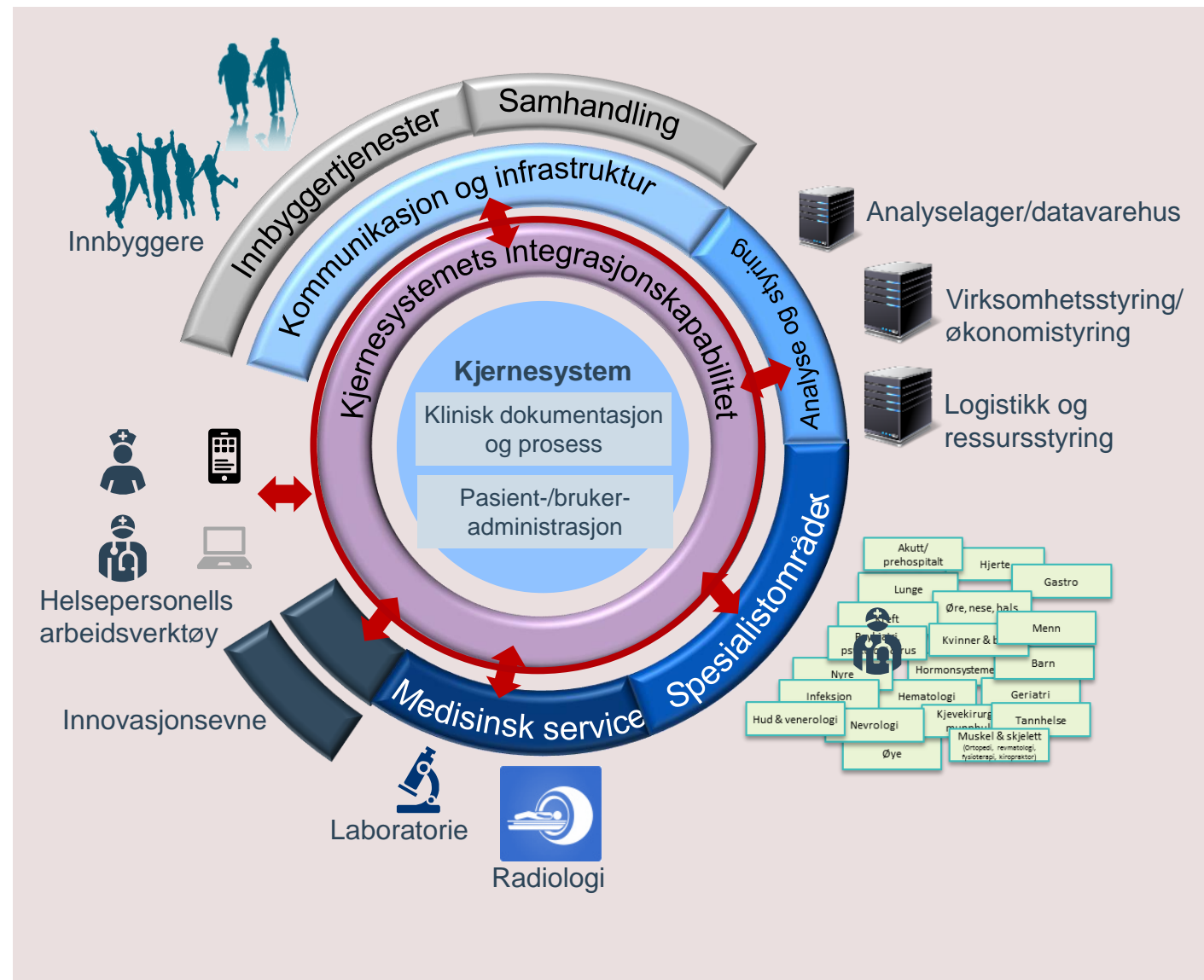
Utredningens overordnede arbeidsprosess har vært å forberede vurderinger og anbefalinger for styringsgruppen med innspill fra sektor



Utredningen har definert seks prioriterte krav som tiltaket helt eller delvis skal oppfylle

#	
1	Tiltaket skal gi innbyggere og helsepersonell med tjenstlig behov, en samlet tilgang til oppdaterte og nødvendige helseopplysninger , uavhengig av hvor innbyggeren har fått helsehjelp tidligere.
2	Tiltaket skal legge til rette for at planer for den enkelte pasient kan opprettes, deles og følges opp på tvers av helse- og omsorgstjenesten . Det skal tydelig fremgå hvilken aktør som til enhver tid har ansvaret for gjennomføring av aktuelle oppgaver.
3	Tiltaket skal sikre at tjenester er enhetlig definert på tvers av virksomheter og at helsepersonell og innbyggere får en samlet oversikt over kvalitet og ledig kapasitet for gjennomføring av aktuelle tjenester.
4	Tiltaket skal legge til rette for at helsepersonell får tilgang til kunnskaps- og beslutningsstøtte i tråd med gitte prioriteringer og definert beste praksis.
5	Tiltaket skal legge til rette for tilgjengeliggjøring av data til kvalitetsforbedring, ledelse og analyse, helseanalyse, forskning og beredskap .
6	Tiltaket skal ta høyde for strukturelle endringer . Som et minimum må tiltaket ta høyde for ivaretagelse av brukervalg, samt endringer i virksomhetsstrukturer og oppgavefordeling.

De systemområder som er definert som kjernesystem er de sentrale for realisering av kravene for «Én innbygger - én journal»



■ Systemområde Klinisk dokumentasjon og prosess

Representerer i denne sammenhengen basisverktøyet for helsepersonell flest. Inneholder systemer for:

- Å kunne dokumentere utførelsen av helsehjelp (Hoved EPJ/PAS)
- Å vise og dokumentere som funksjon av tid (KURVE)
- Å definere og følge opp behandlingsplaner (Hoved EPJ/PAS)
- Å definere og administrere konkrete arbeidsoppgaver for helsepersonell (Hoved EPJ/PAS)
- All håndtering og dokumentasjon av legemidler (KURVE, Hoved EPJ/PAS)
- Å kunne nyttiggjøre seg av kunnskapsstøtte og/eller beslutningsstøtte i arbeidet.

Gjennom diskusjoner med IKT-ledelsen i sektoren har vi valgt å inkludere Fødejournall og Digitalt Mediarkiv som en del av dette systemområdet.

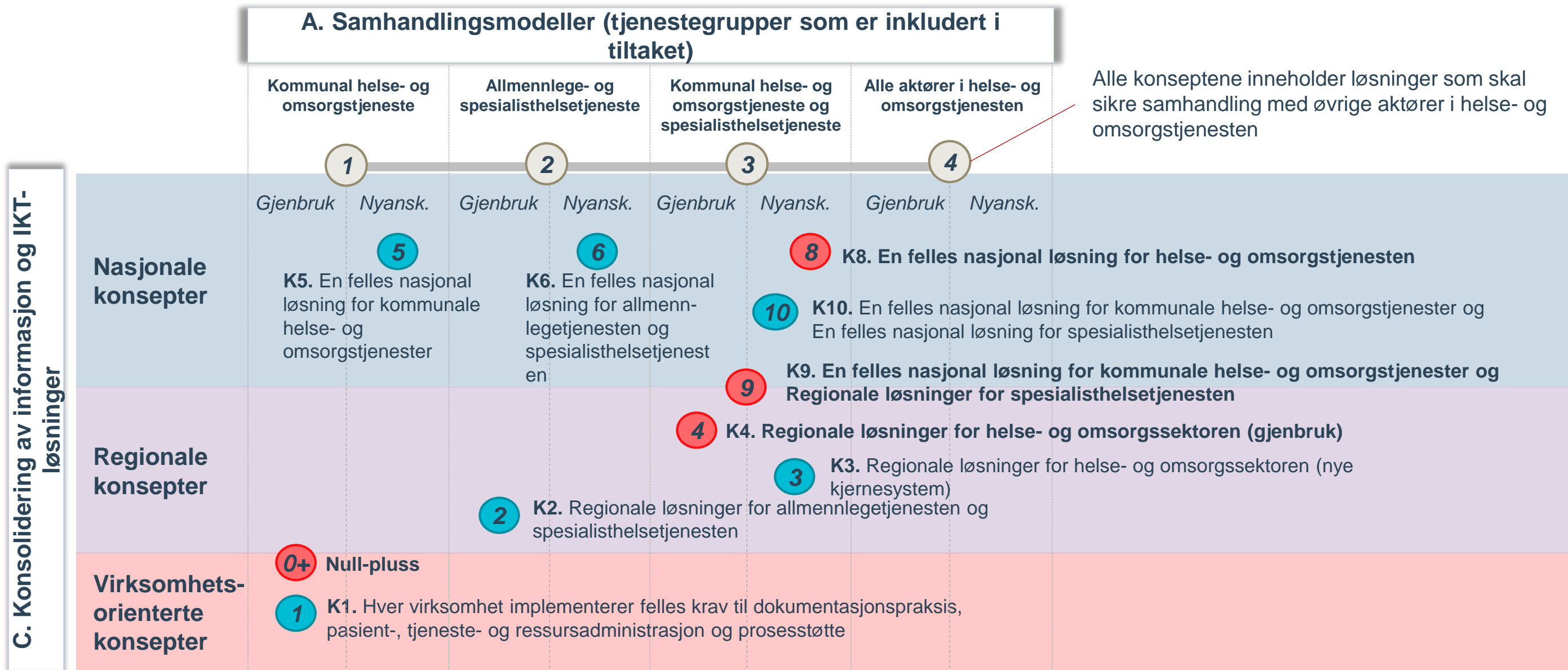
■ Systemområde Pasient-/brukeradministrasjon

Området inneholder systemer for:

- Håndtering av pasient/brukerrettigheter (håndtering av henvisninger og søknader inkl. saksbehandling knyttet til tjenester i kommunal helse- og omsorgstjeneste, innbyggerlister hos fastleger, personverntjenester som f.eks. skjerming, sletting, etc)
- Styring av tjenester og ressurser, herunder administrasjon av pasientens avtaler, timebooking og operativ styring av ressurser som skal yte de
- Prosesstøtte for å understøtte utførelse av tjenestene

Pasientadministrasjonssystemer (PAS) har tradisjonelt vært egne systemer for administrasjon av pasientens avtaler, men er i mer moderne systemer en integrert del av løsningen og direkte knyttet til pasientens journal.

Vi har identifisert en rekke alternative konsepter for realisering av «Én innbygger – én journal»



Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse anbefaler ikke *ett* konseptvalg, men en utviklingsretning

Alle konseptalternativene gir vesentlige forbedringer av dagens situasjon og vil ha middels til høy mål- og kravoppyllelse.

K8

Felles nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten

Illustrerer målbilde og har høy mål- og kravoppyllelse, men risikoen er for høy

K9

Felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester og regionale løsninger for spesialisthelsetjenesten

Anbefales ikke som langsiktig løsning ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

K4

Regionale løsninger for helse- og omsorgssektoren (gjenbruk)

Anbefales ikke ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Har høy løsningsrisiko.

0+

Fortsette som i dag

Vil ikke realisere «Én innbygger – én journal» og representerer en lite effektiv bruk av samfunnets ressurser.

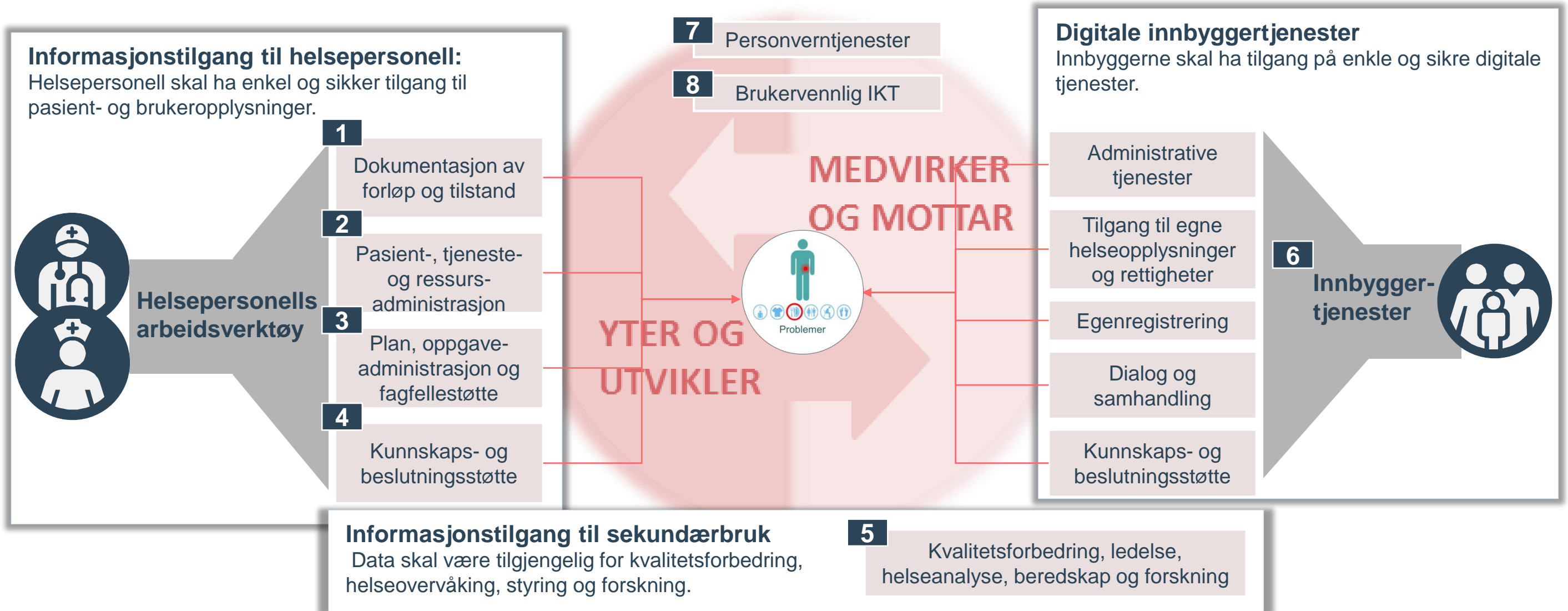
Faktorer som gjør at valg av *ett* konseptalternativ ikke er hensiktsmessig

- Realiseringen av «Én innbygger – en journal» er omfattende og vil gå over mange år
- Fleksibilitet for endringer i styring og organisering
- Teknologisk utvikling
- Usikkerhet i pågående og planlagte investeringer

Innhold

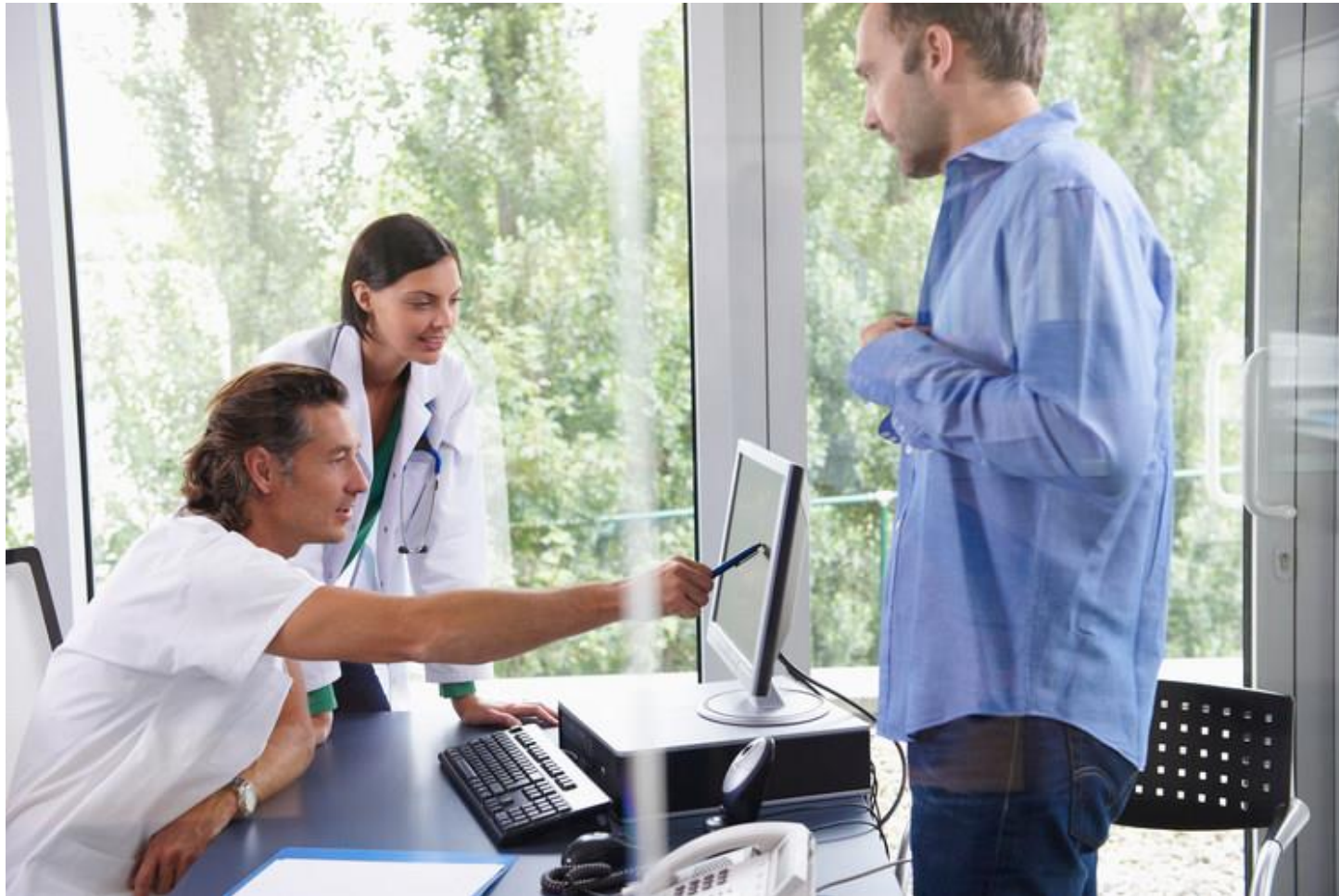
1	Introduksjon og bakgrunn
2	Én innbygger – én journal. Hva kan det bety for rehabilitering og habilitering?
3	Pågående arbeid og veien videre

Detaljerings av egenskaper (E-helsekapabiliteter)



Informasjonstilgang til helsepersonell:

1. Dokumentasjon av forløp og tilstand



- Dokumentasjon fra helsepersonell,
- Dokumentasjon fra teknisk utstyr
- Lesing og deling av informasjon.

Dette er egenskaper som sikrer at relevant informasjon om pasientens forløp og tilstand fanges, lagres og gjøres tilgjengelig ved behov. Det er en grunnleggende evne for at helsehjelpen skal ha den kvaliteten og sikkerheten som er nødvendig

© Copyright Johnér Bildbyrå AB

Informasjonstilgang til helsepersonell: 2. Pasient-, tjeneste- og ressursadministrasjon



- Egenskaper til å understøtte effektiv allokering av tjenester og ressurser til pasienter etter behov og rettigheter. Det fremgår tydelig for alle behandlere og pasienter hvem som har koordineringsansvaret for helsehjelpen til enhver tid.
- Effektiv og trygg samhandling
- Forenkler og effektiviserer prosessene for tildeling av ressurser og tjenester

Informasjonstilgang til helsepersonell:

3. Plan, oppgave- administrasjon og fagfellestøtte.



© Copyright Johnér Bildbyrå AB

- Planer for den enkelte pasient kan opprettes, deles og følges opp på tvers av helse- og omsorgstjenesten. En pasient kan ha flere planer
- Det skal tydelig fremgå hvilken aktør som til enhver tid har ansvaret for gjennomføring av aktuelle oppgaver
- Understøtte helsepersonells planlegging, koordinering og gjennomføring av helsehjelp (prosesstøtte)
- Planen kan fremstilles både overordnet og detaljert
- Benytte standardiserte behandlingsforløp og prosedyrer i planlegging
- Hvert tiltak/oppgave vises med status(planlagt/gjennomført)

Voksne kronikere: Hanne (58 år)



Bakgrunn

- Enke. Ett barn som bor i utlandet
- Jobber som førskolelærer. Arbeidet er en viktig trivselsfaktor
- Bor i leilighet, 4. etg. uten heis
- Er ganske inaktiv på fritiden pga. mye smerter, overvekt og bosituasjonen
- Kjører bil, men har redusert bevegelighet i foten så hun burde ha ny bil med automatgir

Helse

- Leddgikt
- Gjennomgikk hjerteinfarkt for et halvt år siden
- Diabetes 2 ble konstatert på sykehuset da hun gjennomgikk hjerteinfarkt



Fastleger

Hun går til jevnlig kontroll hos fastlege og diabetessykepleier. Der kontrolleres blant annet blodsukker. Hun er tidligere henvist til fysioterapeut og ergoterapeut.

Offentlige sykehus

Medikamentell behandling for leddgikt følges opp av spesialist på lokalsykehuset. På grunn av mer smerter og funn på røntgenbilder henvises hun til eventuell kirurgi.

Private/ideelle sykehus/ institusjoner

Sykehuset har mottatt henvisning med tanke på kirurgi på grunn av økende smerter i foten. Den er vurdert til operasjon, men hun har ikke fått time enda.

Apotek

Hun bruker mye medisiner og får ofte veiledning av farmasøyt på apoteket ved behandling av resepter.

**Avtale-
spesialist 1**

Oppfølging av privatpraktiserende øyelege pga. diabetes.

**Avtale-
spesialist 2**

Oppfølging av privatpraktiserende kardiolog pga. tidligere hjerteinfarkt.

Øvrige kommunale tjenester

Oppfølging av kommunal ergoterapeut for tilrettelegging i hjemmet.

Øvrige kommunale tjenester

Hanne har tatt kontakt med kommunens frisklivssentral for kostholdsveiledning. Får samtaler med klinisk ernæringsfysiolog.

Private aktører u/avtale

Hun går til en privatpraktiserende fysioterapeut.

For tiden 50% sykemeldt fra sin 100%-stilling. Dialog med arbeidsgiver og NAV for å se på alternative tilretteleggingsmuligheter.

Arbeidsgiver

Informasjonstilgang til helsepersonell: 4. Kunnskap- og beslutningsstøtte



© Copyright Johnér Bildbyrå AB

- **Kunnskapsstøtte** : gir helsepersonell tilgang til forskningsbasert kunnskap, eksempelvis prosedyresamlinger, elektroniske oppslagsverk, kunnskapsdatabaser eller søkemotor for vitenskapelige artikler. Kunnskapsstøtte gir en mulighet for å hente kunnskap før, under og etter den konkrete situasjonen, men den tilpasser ikke eller velger ikke ut informasjonen etter en konkret pasient.
- **Beslutningsstøtte** kombinerer medisinsk, helsefaglig og annen forskningsbasert kunnskap med individuelle pasientopplysninger for å understøtte beslutninger i utredning, pleie og behandling av pasienter. Beslutningsstøtte finnes i både enkle og komplekse varianter. Dette avhenger av hvor mange aspekter som hensyntas.

Erik (27 år), Motorsykkelulykke



Bakgrunn

- Jobber som forskalings snekker
- Samboer, ingen barn
- Bor i egen leilighet
- Trener mye, spiller fotball i 2. divisjonsklubb

Helse

- Tidligere stort sett frisk

	Kommunale helse- og omsorgstjenester		Aktører utenfor helse- og omsorgssektoren
	Spesialisthelsetjenesten		Pårørende
	Andre aktører som yter helse- og omsorgstjenester		Arbeidsgiver
	Helseforvaltning		

AMK

Ambulanse

Luftambulanse

Legevakt

Offentlige sykehus

Motorsykkelulykke:
Erik kjører av veien i stor hastighet. Får hodeskade og knusningsskade i høyre ben.
Tilfeldig forbigående kontakter AMK som slår redningsalarm. Når ambulansen ankommer åstedet gir de beskjed til AMK om behov for luftambulanse. Erik fraktes til sykehusets akuttmottak i ambulanse.

Erik ligger i koma i tre dager. Opereres for intrakraniell blødning, og venstre underekstremitet amputeres midt på låret. Henvises til ortopedi-teknisk verksted for benprotese.
Regional koordinerende enhet

Private/ideelle sykehus/ institusjoner

Private/ideelle sykehus/ institusjoner

Private/ideelle aktører

Fastleger

Arbeidsgiver

Rehabiliteringsopphold på privat rehabiliteringsinstitusjon.

Får tilpasset benprotese fra ortopediingeniør ved privat ortopediteknisk verksted.

Oppfølging av privatprivatpraktiserende fysioterapeut med driftsavtale med kommune.

Erik har i begynnelsen store hukommelsesvansker, men dette bedrer seg etter noen måneder. Følges opp av fastlege.

Sykemeldes for rehabilitering. Kan ikke fortsette i sin jobb som forskalings snekker, og omplasseres derfor til kontorarbeid.

Effektmål

1. Bedre helse, økt pasientsikkerhet og kvalitet

Effektområde

1.1 Innbyggermedvirkning

1.2 Kvalitet i helsehjelp og forebygging

1.3 Grunnlag for styring og kunnskapsutvikling

1.4 Personvern

2.1 Effektivitet i samhandling med innbygger

2.2 Effektivitet i informasjonshåndtering

2.3 Effektivitet i bruk av kompetanse og infrastruktur

2.4 Effektivitet og stabilitet i IT-drift, vedlikehold og utvikling

Effekt

1.1.1. Grunnlag for etterlevelse av behandling og råd

1.1.2. Mulighet for egenvurdering og etterprøvbarehet

1.2.1. Omfang av feil, svikt og skader

1.2.2. Presisjon og virkningsgrad i behandling

1.2.3. Konsistens i behandlingspraksis og innsikt i kvalitet som grunnlag for kontinuerlig kvalitetsforbedring og valgfrihet

1.2.4. Samspill mellom personell og IKT

1.3.1. Kvalitet og tilgjengelighet i data

1.3.2. Nye aktivitets- og helsedata

1.4.1. Ivaretagelse av pasient- og brukerrettigheter, tilgangsstyring mv.

1.4.2. Eventuelle personvernulemper

2.1.1. Selvbetjening, samhandling og grunnlag for hjemmemåling

2.2.1. Tidsbruk til innhenting og bearbeiding av behandlingsinformasjon

2.2.2. Kostnader til papirbasert informasjonsdeling

2.2.3. Tidsbruk til innhenting og bearbeiding av sekundærdata

2.2.4. Kostnader til forvaltning av beste praksis/IKT-fagutvikling

2.3.1. Omfang av duplikate undersøkelser og utredninger/vurderinger

2.3.2. Ressursforbruk i behandlingsforløp

2.3.3. Utnyttelsesgrad for utstyr og personell

2.4.1. Kostnader til drift og vedlikehold av IKT-løsninger

2.4.2. Stabilitet og robusthet i IKT-løsninger

Prissatte effektpotensialer fordelt på virkninger (K8)

Fordeling av totalt effektpotensiale (høyest mulig kravoppnåelse) for prissatte effekter* på type resultat

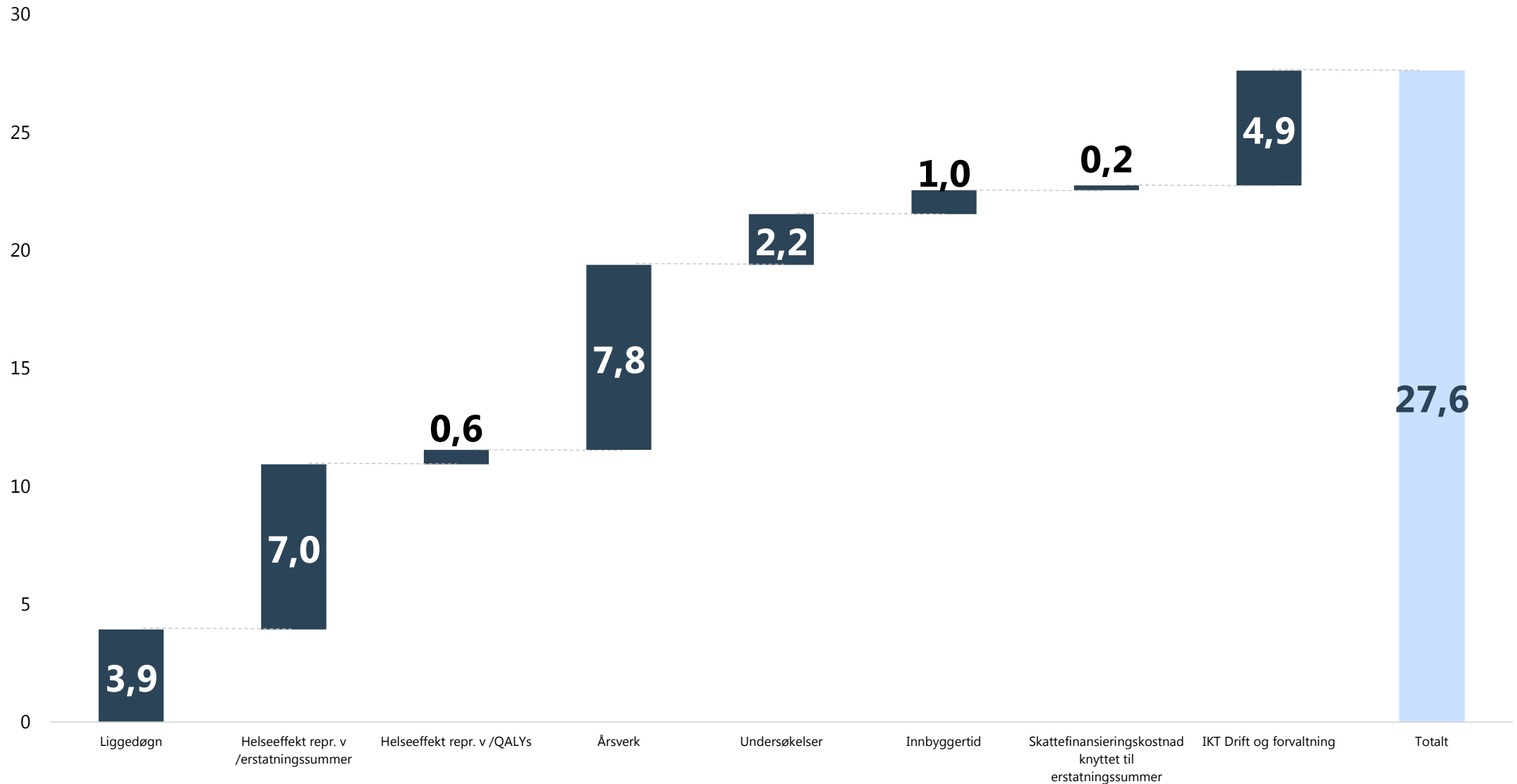
Nåverdi, 15 års levetid, 4% diskonteringsfaktor, før usikkerhet (tilsv. basisestimat)

Totalverdi = 27,6 MRD NOK

*jf. utvalg iht. kriterier grovanalyse → detaljert analyse, herunder kun effekter som ikke realiseres i nullpluss

- Liggedøgn: 782 806
- Legemiddelskader, som. døgnopphold: 33 223
- Øvrige skader, som. døgnopphold: 194 667
- Årsverk: 13 232
- Duplikate undersøkelser: 12,2 mill.
- Innbyggertimer: 19 mill.

MRD NOK



De største* ikke-prissatte virkningene er alle kvalitetseffekter

*De virkningene som har en konsekvens på 3 eller flere plusser

	Effekter tilknyttet effektmål 1	Ikke-prissatte virkninger	Konsept 4	Konsept 8	Konsept 9
	1.2.1. Omfang av feil, svikt og skader	Helseeffekt (feil, svikt og skader som ikke er prissatt)	+++	++++	++
	1.2.2. Presisjon og virkningsgrad i behandling	Etterlevelse av beste praksis	+++	++++	+++
		Likhet i tjenestetilbudet	+++	++++	+++
	1.2.3. Konsistens i behandlingspraksis og innsikt i kvalitet som grunnlag for kontinuerlig kvalitetsforbedring og valgfrihet	Mulighet for virksomhetsintern analyse for å understøtte kvalitetsforbedring	+++(+)	++++	+++
		Gjennomsiktighet og åpenhet for innbygger	++++	++++	++++
	1.2.4. Samspill mellom personell og IKT	Medarbeidertilfredshet	+++	+++(+)	++
	1.3.2. Nye aktivitets- og helsedata	Nye data til sekundærbruk	++++	++++	++++

Personvern er belyst, men ikke endelig vurdert

Overordnede vurderinger av personvern

- Tiltaket innebærer endringer i måten å behandle helseopplysninger på, ved økt samling og deling av opplysninger og mulighet for ny bruk.
- Det vurderes hvilke effekter de ulike konseptene vil ha for pasientens og brukerens personvern:
 - For innbygger: egen følelse av oversikt og selvbestemmelse eller mindre selvbestemmelse?
 - For databehandlingsansvarlig: muligheter for bedre kontroll eller utilsiktet spredning av helseopplysninger og brudd på taushetsplikten?
 - For samfunnet: sårbarhet ved samling av data, eksempelvis press på å bruke helseopplysninger til andre formål, eller nytte mv.?
- Forutsetning - nye løsninger skal ivareta pasientens og brukers personvern og krav til informasjonssikkerhet:
 - Krav i regelverket herunder pasient- og brukerrettigheter
 - Innebygd personvern
 - Tiltak settes inn for å ta ned evt. personvernulemper

Følgende momenter er vurdert

Kontroll med egne data og ivaretagelse av rettigheter

Korrekte og oppdaterte data (integritet og tilgjengelighet)

Tilgangsstyring, beskyttelse og kontroll med helseopplysninger (konfidensialitet)

vs.

Fare for utilsiktet spredning informasjon eller brudd på taushetsplikten

Sårbarhet og lekkasjer

Faktisk endring i pasientens mulighet til å la være å informere om tidligere helseopplysninger

Press på å tillate bruk av helseopplysninger til andre formål

Innhold

1	Introduksjon og bakgrunn
2	Én innbygger – én journal. Hva kan det bety for rehabilitering og habilitering?
3	Pågående arbeid og veien videre

Uansett valg av startpunkt for realiseringen av «Én innbygger – én journal» bør det komplette konseptet testes i et mindre geografisk område som inneholder hele tjenesten

Prinsipper for å redusere risiko for pasientsikkerhet:

- Kortest mulig tid på «parallele» løsninger innen en virksomhet
- Minst mulig oppstyking av hovedprosesser (les pasientforløp)

Uansett valg av startpunkt bør det komplette konseptet testes i et geografisk område

- I scenario der kommunen er startpunktet bør det velges en kommune der det også ligger et sykehus (helseforetak), for å få testet ut den tette integrasjonen som skal implementeres for å ivareta samhandlingen
- I scenario der det ønskes en tidlig uttesting av målbilde (K8) bør det også velges et HF som dekker størst mulig grad av pasientforløpene.

Nasjonal e-helsestrategi skal konkretiseres og etableres som grunnlag for nasjonal porteføljestyring i perioden 2017-2021

Behov

Felles mål og ambisjoner

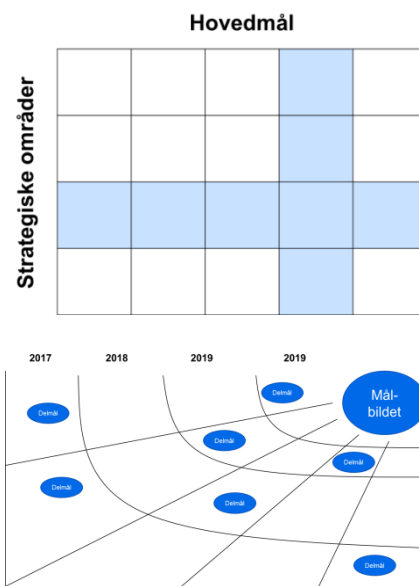
Prioriteringskriterier

Handlingsplan

Måleverktøy

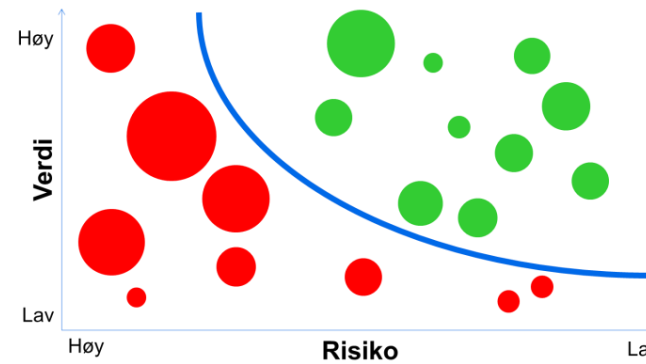
Leveranser

Strategi

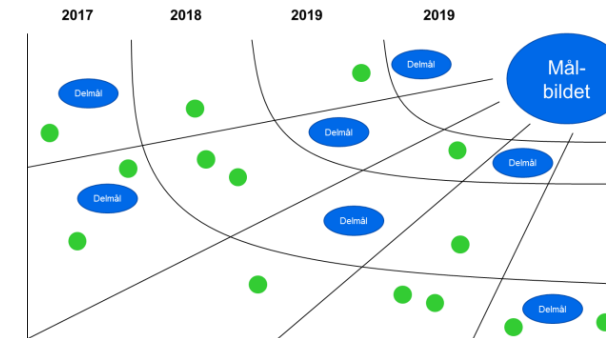


Delmål, KPI-er og strategiske tiltak

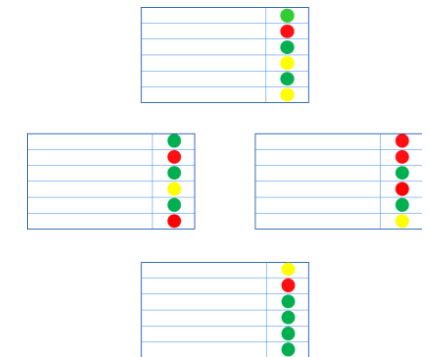
Porteføljestyring



Prioritering av tiltak og prosjekter (revideres årlig)



Veikart (revideres årlig)



Status mål, KPIer, tiltak og prosjekter (oppdateres løpende)



Direktoratet for
e-helse

Mer informasjon:

<https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal>



Direktoratet for
e-helse