

Sak 36_16-Notat -Utfordringer med bruk av tjenester som avsender og mottaker av meldinger og mangelfull informasjon i henvisninger-SamUT 09 03 16.docx

Sak 37_16 Mandat Adresseringsutvalg-tilSamut-2016-03-09.pdf

Sak 38_16_Notat_SamUT_FIA Samhandling.docx

Sak 39_16-Notat_Norsk laboratoriekodeverk _SamUT 9 mars 2016.pdf

Sak 40_16 Notat _Nasjonal varslingsjeneste.docx

Sak 41_16 Brukerhistorie meldinger i forbindelse med KAD.docx

Sak 41_16-Notat_ SamUT_Behov for nasjonale retningslinjer _KAD.docx

Sak 42_SamUT-saksinnmelding-frittstaende-dialogmelding_090316.docx

NOTAT

17. februar 2016

Til: Deltagere i SamUt
Fra: Jeanette Wiger, Sykehuspartner

SAK SamUT: utfordringer med bruk av tjenester som avsender og mottaker av meldinger og mangelfull informasjon i henvisninger

Bakgrunn for saksinnmeldingen:

I HSØ jobbes det mye for å få på plass tjenestebasert adressering på meldinger omfattet av forskriften om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren. Det er flere utfordringer man ser i forhold til adressering av meldinger som også tidligere er forsøkt løftet nasjonalt. Fokuset i denne saken er de utfordringene vi ser og opplever ved bruk av tjenester som avsender og mottaker av meldinger, samt utfordringer rundt håndtering av at kommunikasjonen ikke er elektronisk ende til ende. Det oppleves at informasjonen som følger henvisningen ikke er tilstrekkelig for å identifisere rekvirent og sikre korrekt mottaksadresse av svar. EPJ-system er bygget opp slik at det er avsender/ rekvirent på en henvisning som alltid er mottaker av en svarmelding, og det kan kun registreres en rekvirent.

Problemstilling med beskrivelse av tema til drøfting, endringsbehov og beslutningsbehov

I dag er det mange HF som mottar eksterne henvisninger på papir, signert av aktuell lege. Dette skaper ikke problemer ift legekantor da aktuell henvisende lege i henvisningen er det samme som nivå 2 (og nivå 1) tjeneste i Adresseregisteret. Men det er derimot sjelden det fremgår av henvisningen hvilken kommunal tjeneste vedkommende lege/helsepersonell er knyttet til. utfordringen blir da at når man f.eks på radiologisk avdeling har mottatt en papirhenvisning fra en lege så finner man ikke denne aktuelle legen i adresseregisteret. Man må da vite hvilken tjeneste legen er tilknyttet (kan også ha ulike roller) og oppmøtet må registreres på tjenesten og ikke person. I EPJ vil det da være tjenesten som er rekvirenten i videre arbeidsflyt og det er kun på den skannede henvisningen man vil gjenfinne den reelle rekvirenten. Ved elektronisk forsendelse av henvisninger vil det også skape utfordringer dersom det kun er angitt en tjeneste som avsender og rekvirent. En tjeneste har ikke henvisningsrett og oppfattes problematisk ift lovverk. Det er også en utfordring ift at nødvendig kontaktinformasjon ikke alltid følger med i henvisningen. Det hersker også noe forvirring rundt begrepet "tjenestebasert". Dette er det også ønskelig å problematisere/drøfte i møtet. Vi mener det kan være behov for at hele arkitekturen både beskrives bedre og forstås bedre, samt et mulig behov for endring i meldingsstandarden. Dette vil nærmere beskrives i saksunderlag og i møtet, i tillegg til beskrivelse av en "ideell prosess" (?) for henvisning/svar (epikrise og svrapport).

Drøfting:

Hvilken risiko gir dette for feilsendinger? Henvisningsrett? Hvordan kontakte riktig person/enhet ved behov? Brudd på lov/forskrift? Hvordan løser vi disse utfordringene på kort og lang sikt? Hvilke utfordringer har øvrige regioner ift dette? Hva mener man nasjonalt om utfordringene? Hva må endres/ikke endres i meldingsstandarden? Manglende implementering? Er modellen som helhet gjennomtenkt? Ivaretas alle funksjonelle behov?

Hvem er berørt og hvem er saken særlig interessant for:

Sykehus er antagelig berørt i størst grad mtp å leve med utfordringene da det er hit de fleste henvisninger og rekvisisjoner sendes. Men dette berører helse sektoren med tanke på nødvendige tiltak og informasjon som skal følge med i henvisningene, uavhengig om de er på papir eller elektronisk.

Forslag til vedtak, med tiltak, eier og frist:

Kortsiktig løsning:

- Ved henvisninger fra kommunene må det alltid fremgå både rekvirerende lege og tilhørende tjeneste, samt nødvendig kontaktinformasjon.

Eier: KomUT – sikre at alle kommuner forholder seg til dette. Frist: ?

- Gode rutiner for kobling av tjenester mot person hos mottakende instanser på HF'ene.

Eier: Det enkelte HF/RHF. Frist: Samtidig som tjenestebasert adressering innføres på svarmeldinger og epikriser til kommuner.

Langsiktig løsning:

Elektronisk ende til ende!

- Sikre at meldingsstandard er tilstrekkelig og implementert, samt at krav til standard og funksjonalitet er oppdatert og distribuert.

Eier: Direktoratet for e-helse. Frist: ?

- At det er tilstrekkelig funksjonalitet i EPJ for å registrere det som er nødvendig

Eier: Det enkelte HF/RHF. Frist: For HSØ vil antagelig ikke dette komme på plass før innføring av regionale løsninger (2019/2020)

Utkast til MANDAT

Utvalg for tjenestetyper i Adresseregisteret

Bakgrunn

Det er krav om bruk av tjenestebasert adressering og bruk av HER-id som entydig identifikator ved elektronisk samhandling over Norsk Helsenett. Tjenestebasert adressering ble vedtatt brukt for kommunene i 2007 [1] av KS og for spesialisthelsetjenesten i 2010 av Nasjonal IKT og Nasjonalt meldingsløft.

Direktoratet for e-helse har ansvar for løpende vedlikehold av kodeverk som benyttes til adressering og publisering av kommunikasjonsparter i Adresseregisteret.

Tjenestebasert adressering er under innføring. Hurtigarbeidende gruppe ble opprettet høsten 2014 i regi av SamUT for å håndtere innkomne ønsker om nye tjenestetyper. Gruppen har tatt stilling til innkomne henvendelser, og flere nye tjenestetyper er opprettet.

Det er et løpende behov for å vurdere bruk av tjenesteadresser og opprettelse av nye koder i relevante kodeverk. SamUT ønsker derfor at Hurtigarbeidende gruppe omgjøres til permanent rådgivende utvalg.

Formål

Formålet med etablering av utvalg for tjenestetyper i adresseregisteret, er å sikre at adresseringsutfordringer løses til det beste for sektoren med å etablere gode og forutsigbare prosesser. Utvalget skal håndtere forespørsler knyttet til oppretting av nye tjenesteadresser og bidra til å etablere nasjonale prinsipper som skal sikre enhetlig bruk av eksisterende og nye tjenesteadresser.

Oppgaver og ansvar

Utvalget skal:

- Utarbeide forslag til prinsipper og krav til opprettelse av nye tjenestetyper som legges fram for Direktoratet for e-helse for godkjenning
- Behandle og vurdere innmeldte forslag til tjenestetyper, sikre forankring og eierskap ut i organisasjonene og anbefale overfor Direktoratet for e-helse oppretting og eventuell endring av tjenestetyper før de publiseres eller eventuelt fjernes
- Understøtte koordinert og samordnet innføring av tjenestebasert adressering i sektoren

Sammensetning

Utvalget skal ha 4 medlemmer fra spesialisthelsetjenesten, 4 fra kommuner, 1 fra Legeforeningen (allmennlege), 1 fra Norsk helsenett, 2 fra Direktoratet for e-helse (leder og sekretær). Utvalget kan kalle inn andre eksperter til møtene ved behov.

Medlemmene må ha erfaring med tjenestebasert adressering og ha god kjennskap til hvordan adressering håndteres i egen virksomhet.

Direktoratet for e-helse utnevner medlemmer.

Arbeidsform

Utvalget skal ha møte hver 4. uke. Møteform er video/telefon.

Medlemmer i Utvalget har ansvar for å forankre innspill og forslag med relevante fagmiljøer.

Virksomheter i helse- og omsorgstjenesten kan fremme forslag om nye tjenestetyper eller endringer av eksisterende tjenestetyper.

Vedlegg

Utvalget har per 1.1.2016 følgende medlemmer:

Annebeth Askevold	Direktoratet for e-helse
Jostein Ven	Direktoratet for e-helse
Kjell Åge Tingstad	Norsk helsenett
Susanne Prøsch	DNLF
Irene Henriksen Aune	Arendal kommune/KS
Egil Rasmussen	Stavanger kommune/KS
Atle Betten	Kristiansund kommune/KS
Anne Marit Rennemo	Oslo kommune/KS
Gro Wangensteen/ Line Nordgård	Helse Nord RHF
Rut Naversen	Helse Midt RHF
Hallvard Lærum	Helse SørØst RHF
nn	Helse Vest RHF

Til SamUT
Kopi
Dato 09.03.2016
Saksnr

Fra Direktoratet for e-helse, FIA Samhandling
Saksbehandler Georg F. Ranhoff, Jon Stolpnæssæter
Ansvarlig Georg F. Ranhoff

Notat

FIA Samhandling – prioriteringsliste for innspill til tjenestebasert adressering og presentasjon av teknisk arkiv for standarder

Prosjektet FIA Samhandling jobber med å tydeliggjøre nasjonale krav og retningslinjer for bruk av adressering, kvitteringer (apprec) og kopimottak. En del av arbeidet har vært å tydeliggjøre implementering og bruk av tjenestebasert adressering. Gjennom dette arbeidet, kommer det mange henvendelser fra sektoren på scenario og eksempler som trenger en tydelig avklaring, slik at sektoren kan implementere på en enhetlig måte. En del av innspillene som kommer inn, har tidligere vært løst lokalt eller regionalt, men målsetningen nå er at det skal være en tydelig beskrivelse på hvordan det skal implementeres nasjonalt.

I prosjektet FIA Samhandling er det etablert et prioriteringsråd som består av deltakere fra prosjektet FIA Samhandling, sekretariatet for referanse katalogen og Norsk Helsenett. Målsetningen for rådet er å sørge for at alle innspill fra sektoren er godt koordinert mellom de forskjellige gruppene, ha en tydelig prioriteringsliste tilgjengelig for sektoren mm.

Direktoratet for e-helse ved prosjekt FIA Samhandling vil kort orientere om prioriteringsprosessen.

Videre vil prosjektet gi en demonstrasjon av et konkret tiltak for forbedret samhandling i sektoren – nytt teknisk arkiv for standarder (Sarepta).

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med Norsk Helsenett etablert et teknisk arkiv for informasjon og filer tilknyttet e-helse-standarder. Det nye arkivet vil være tilgjengelig for samhandling mellom flere aktører som arbeider med standarder, primært Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett. Arkivet gir mulighet for å arbeide direkte på innholdet for alle relevante aktører, noe det gamle arkivet ikke tillot pga manglende mekanismer for å gi tilgang utenfor direktoratet.

Innholdet i arkivet vil også publiseres i nettbasert løsning på Internett og i Helsenettet. Den offisielle versjonen vil til enhver tid inneholde gjeldende versjoner av e-helse-standarder for bruk nasjonalt. Eksempler på innhold er XML-skjema, visningsfiler, eksempelfiler, testcase og annen beskrivende informasjon om standardene.

De viktigste gevinstene som følge av det nye arkivet vil være enklere og mer effektiv samhandling mellom aktører i helsesektoren som utvikler, vedlikeholder eller har behov for informasjon om standarden. Nå vil standardene og tilhørende filer være lett tilgjengelig på ett sted, med tilgangsstyring for hvem som kan lese, oppdatere og legge til informasjon. Aktører som ønsker å laste ned hele eller deler av arkivet kan gjøre dette. Samtidig kan man gjennom nettløsningen bla i standarder og vise filer og annet innhold. Dette vil redusere tid og ressursbruk internt i Direktoratet for e-helse, men ikke minst for de aktører som har behov for denne informasjonen.

Til SamUT
Dato 09.03.2016
Saksnr [Saksnr]

Fra Direktoratet for e-helse
Saksbehandler Annette Larsen
Ansvarlig Avdelingsdirektør Alfild Stokke

Notat

Innføring av Norsk laboratoriekodeverk

Bakgrunn

Norsk laboratoriekodeverk er et nasjonalt kodeverk som angir norsk bruksnavn og definisjon for alle analyser som utføres av laboratorier. Kodeverket skal benyttes i elektronisk kommunikasjon mellom laboratoriene og den kliniske enhet som har ansvar for pasienten. Specialisthelsetjenesten er pålagt å benytte kodeverket i xml-meldingen utenfor egen virksomhet. Det vil si at det er opp til det regionale helseforetaket å beslutte hva som gjøres i kommunikasjonen innenfor egen virksomhet.

Aktuell problemstilling

Laboratorievirksomhetene, det vil si de fire regionale helseforetak og to private, kommersielle laboratorier samt Folkehelseinstituttet tar i bruk kodeverket senest 30.06.2016.

De tre leverandørene av elektroniske pasientjournaler hos allmennlegene har i ulik grad forberedt overgangen til Norsk laboratoriekodeverk. En del legekontor fant allerede i juni 2014 en løsning som håndterer det faktum at ulike laboratorier har ulike koder for samme analyse i dag. De resterende legekontor vil i hovedsak være klar i løpet av 2016 for en mer automatisert håndtering av tidligere analyseresultater for pasienten.

Når det gjelder pleie- og omsorgssystemer, fant en kartlegging av situasjonen i mars 2015 ut at:

«245 (57 %) kommuner sender/mottar basis meldinger med HF/sykehus», Kommunal Utbredelse 2012 – 2014, kilde: <https://www.nhn.no/aktuelt/Documents/vedlegg/KomUT-sluttrapport.pdf#search=heidi%2520slagsvold>

Til drøfting

Innføringsprosjektet ønsker å vite om de kommunene som benytter elektroniske meldinger benytter Norsk laboratoriekodeverk i meldingen. Det er også ønskelig med kunnskap om når de resterende kommunene går over til elektronisk meldingsutveksling.

Det er i dag mange lokale kodeverk som benyttes for samme analyse. Dette kan føre til misforståelser som deretter kan få konsekvenser for pasientbehandlingen. Av denne grunn bør tidsperioden med lokale kodeverk bør være så kort som mulig.

Norsk laboratoriekodeverk oppdateres 10 ganger årlig. Oppdateringene er tilgjengelig fra kodeverksplattformen til Norsk Helsnett. Vil IKT-leverandørene følge opp og tilby sine kunder den til enhver tid gjeldende versjon av kodeverket?

Forslag til vedtak i saken

SamUT tar orienteringen til etterretning.

NOTAT TIL SamUT

SAK: NASJONAL VARSLINGSTJENESTE

Med bakgrunn i bestilling fra SamUT (etter BuyPass-saken) har NHN utarbeidet et løsningsforslag - i samarbeid med en tverrsektoriell arbeidsgruppe - til en nasjonal varslingsjeneste for helsesektoren.

BAKGRUNN

Det finnes i dag ingen felles krav til aktører i sektoren på når og hvordan man skal varsle planlagt eller uplanlagt nedetid på sine digitale systemer som samhandler med andre. Det er opp til den enkelte aktør og de tjenester de leverer, samt de avtaler de har med sine samarbeidsparter.

Det er et mer eller mindre lokalt anliggende hvor man varsler internt i organisasjonen, mellom samarbeidspartnere, pr. system, lokasjon, brukergruppe, og som oftest fra person til person. De fleste større nasjonale tjenester har etablert egne varslingsrutiner, men for den meldingsbaserte samhandlingen – som involverer mange samtidige brukere med et fragmentert eierskap/ansvarsområde og stor geografisk spredning – finnes ingen slik felles nasjonal varslingsjeneste.

Dette gir en rekke utfordringer og begrensninger:

- Varslingsrutinene er ikke robuste eller solide nok til at aktørene klarer å opprettholde meldingsflyten ved nedetid.
- Mangel på varsler om uplanlagt (eller planlagt for den del) nedetid medfører tap av tid og ressurser for å finne ut hvorfor meldingsutvekslingen har stoppet opp
- Det er vanskelig å ha oversikten over hvem som skal varsles, og hvem som blir påvirket av en hendelse i et lokalt eller nasjonalt system
- Direktoratet for e-helse har egne lister og varsler på tjenester NHN drifter, som i enkelte tilfeller medfører parallelle varsler (eks. Adresseregisteret).
- Det som foregår av varsling i dag er reaktivt, følger heller ingen form for SLA/OLA og det er ingen form for sentral loggføring. Evaluering i etterkant blir gjort på et tilfeldig grunnlag.
- Dagens løsning er ikke skalert for en nasjonal krise. Dette kan være alt fra medisinsk mobilisering, større målrettede elektroniske angrep på helsesektoren eller teknisk svikt av nasjonal elektronisk infrastruktur.

Byupass sitt bytte av rotsertifikat i fjor er et godt eksempel på utfordringer som kan oppstå ved at hendelser ikke blir godt nok varslet. NHN oppdaget selv rett før endringen tredde i kraft at skiftet kunne skape problemer og iverksatte mange ressurser for å få informere i forkant og løse de

utfordringene som dukket opp. Etterdønningen av hendelsen varte i noen uker for enkelte organisasjoner med tilhørende press på personell og kundesentre i hele sektoren.

Det finnes i dag ingen felles nasjonal tjeneste for varsling ved akutt oppståtte feil i samhandlingsløsningen/EPJ-systemene, eller ved planlagt oppgradering/nedetid, og det er behov for å etablere dette.

FORSLAG TIL OVERORDNET LØSNINGSBESKRIVELSE

NHNs varslingstjeneste (CIM) benyttes i dag til å varsle feil og planlagt arbeid til nøkkelpersonell i sektoren og dekker alle store tjenester i NHN med unntak av HelseCERT.

Denne løsningen kan videreutvikles med relativt enkle grep til å bli noe som kan favne alle tjenester og hele sektoren. Det legges, med utgangspunktet i adresseregisteret, vekt på vedlikeholdsfri kontaktinformasjon, dvs at sluttbruker selv er ansvarlig for korrekt kontaktinformasjon.

Adresseregisteret videreutvikles slik at brukerne fyller inn kontaktinformasjon i form av epost, telefon, geografisk plassering og tjeneste de er berørt av ved hjelp av et webgrensesnitt. Dette blir videre synkronisert med varslingsplattformen (CIM) i form av kontakter og distribusjonslister.

Når en kunde planlegger nedetid, eller har feil, skal han kontakte KS/driftssenteret i form av epost varsel eller telefon. Hendelsen blir så loggført og NHN distribuerer varsel til respektive kontakter og/eller distribusjonslister ved hjelp av standardiserte maler. Videre håndtering blir koordinert mellom tjenesteansvarlige/driftsansvarlige via driftssenteret (NHN) og varsleren. Driftssenteret holder i hendelsen til situasjonen er å betrakte som normal drift igjen.

MÅL

Det skal etableres en enhetlig og felles nasjonal varslingstjeneste for alle nasjonale sentrale og desentrale digitale tjenester.

Løsningen skal gi alle aktører mulighet til å etablere og abonnere på varsler knyttet til de tjenestene som benyttes.

EFFEKT MÅL

- Nasjonal varslingstjeneste vil bidra til mer stabil og sikker meldingsutveksling mellom aktørene i helsesektoren
 - Begrenser omfang av nedetid.
 - Reduserer antall stopp i samhandlingen i sektoren
- Gir oversikt over hendelser i sektoren
- Bedre og mer korrekt varsling ved hendelser avlaster feilrettere og nøkkelpersonell lokalt
 - Effektiviserer feilrettingsprosessen ved å koordinere flere instanser
 - Geografisk og tjenestebasert varsling vil redusere støy og "overvarsling" i sektoren.
 - Mer målrettet og presis informasjon om estimert rettetid

- Økt mulighet for rask spredning av "workarounds" ved tilfeller der feilretting tar tid
- Lavere kostnad på nedetid (eks BuyPass)
- Standardiserte varslinger sikrer at all viktig informasjon blir distribuert i form av maler og kritikalitetsmatriser
- Økt bruk av Adresseregisteret (til andre formål enn i dag) vil gi høyere kvalitet på registeret

RESULTATMÅL

- Adresseregisteret skal tilpasses til å også inneholde varslingsrelatert informasjon
 - Kontaktinformasjon
 - Berørte tjenester
- CIM skal tilpasses løsningen
 - Logikk
 - Abonneringsordning på tjenester
 - Integrasjon med AR
- Det skal defineres standardiserte varsel med kritikalitet, geografisk avgrensning og kontaktinfo, for både planlagte og uplanlagte hendelser
- Varslingsinformasjon skal legges inn i AR
- Det skal etableres abonneringsordninger der sluttbruker kan abonnere på varsel om systemer/tjenester de er avhengige av
- Det skal etableres en informasjonsstrategi som informerer om løsningen, og som tydeliggjør hva den enkelte virksomhet har ansvaret for
- Alle kunder/aktører skal kunne motta varsler på de tjenestene de selv ønsker innen 31.12 2016.




FORSLAG TIL VEDTAK


SamUT gir sin tilslutning til løsningsbeskrivelsen og fremdriftsplanen. SamUT ber om å bli holdt oppdatert i fremdriften av arbeidet.

Brukerhistorie:

Kari (80) har hjemmehjelp, føler seg uvel og oppsøker fastlegen sin. På grunn av uavklart diagnose ønsker fastlegen at Kari skal legges inn på observasjon. Fastlegen kontakter KAD-lege og blir enig om innleggelse på KAD. Karis kommune samarbeider med 5 andre kommuner om interkommunal KAD. Den interkommunale KAD-avdelingen befinner seg i en annen kommune enn Karis hjemkommune. Etter ett døgn's opphold på KAD forverrer Kari sin tilstand seg. KAD-legen velger å henvise Kari til HF (akutt). Etter behandling på sykehus er det fortsatt behov for observasjon av Kari. HF kontakter saksbehandler i hjemkommunen som vanlig med helseopplysning og nye behov for nye /utvidet tjenester blir vurdert. Kari sendes hjem med mer hjelp enn tidligere. I dette scenariet benytter den interkommunale KAD-avdelingen helse og omsorg sitt EPJ-system



Hendelse	Informasjonsbehov	e-melding?
Kari besøker fastlege Uavklart diagnose 		En kommune EPJ kan ta i mot elektronisk henvisning fra fastlege Mulig å benytte Medisinske opplysninger som henvisning Ambulerende legevakt henviser mange uten mulighet til å sende elektronisk (papir)
Kari blir innlagt på KAD for observasjon 	Informasjon om helsetilstand (Innleggelseskriv) og oppdatert medisinliste	<ul style="list-style-type: none"> • En (2) av kommune EPJ kan ikke sende Melding om innlagt (i dag ringer de).. • Innleggelsesrapport fra Karis hjemkommune sendes • Henvisning fra fastlegen? (elektronisk eller papir)
Tilstanden til Kari blir dårligere, besluttes innleggelse på sykehus 	Beskrivelse av helsetilstand og oppdatert medisinliste til HF. Melding om innlagt pasient til hjemkommunen	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning fra KAD-lege til HF (akutt) – Dette er i dag også innleggelsesrapporten. I denne innleggelsen kan det være mange utfordringer. KAD kan ha svært lite opplysninger om bruker og det er hjemkommunen som har informasjon. Medikamentlisten kan ha blitt endre. Hvordan skal dialogen være, KAD ber HF sende Melding om innlagt til hjemkommune slik at de sender innleggelsesrapporten. • Melding om innlagt fra HF til hjemkommune?

		<ul style="list-style-type: none"> • Ny innleggingsrapport fra hjemkommune? • Hvordan sikre at riktig legemiddelliste er fasit i innleggingsrapporten?
Utskrevet KAD	Melding om utskrevet fra KAD til hjemkommune.	<ul style="list-style-type: none"> • KAD-lege sender Helseopplysning fra lege (epikrise) til fastlege • KAD-lege sender meldingen Overføring av legemiddellisten til sykepleietjenesten • Sluttrapport i en forespørselsmelding (sykepleiesammenfatning) til sykepleietjenesten
<p>Karis tilstand er bedre og hun sendes hjem. Har behov for noe mer hjelp enn tidligere</p> 	<p>Informasjon om helsetilstand og oppdatert medisinliste til hjemkommunen Hva med info til fastlege?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Følger vanlig rutine for utskrivningsklare mot hjemkommunen – ingen videre dialog med KAD

Til: SAMUT

Fra: KomUT Midt-Norge

Saksbehandlere:

Hilde Grimnes Olsen - Prosjektleder Digital Samhandling (Meldingsløftet) Helse Midt-Norge

Atle Betten - Prosjektleder KomUT Møre og Romsdal

Sak: Behov for nasjonale retningslinjer for bruk av fagsystem/e-meldinger i KAD-avdelinger?

Kommunal akutt døgnetenhet er en ny og obligatorisk tjenestene for kommunene fom 1.1.16. Vi som samarbeider med kommunene gjennom KomUT-prosjektet og fra HF-siden ser med bekymring på praksis og utvikling knyttet til e-meldinger i de kommuner som velger å opprette KAD som en interkommunal tjeneste.

Vi ser at interkommunale KAD-avdelinger i mange tilfeller samlokaliseres med legevakt i såkalte Helsehus o.l., og at man som regel velger et legesystem som felles fagsystem. Dette er fagsystem som pr dato hverken kan kommunisere tjenestebasert eller sende/motta PLO-meldinger.

Bruken av meldinger mellom fastlege, kommuner og HF er nå en etablert meldingsflyt og «kanal» som vi ser fungerer. Opprettelse av samlokaliserte tjenester i Helsehus med legesystem som felles fagsystem vil, pga av manglende funksjonalitet, bryte med de prinsipper og muligheter som nå er innarbeidet. Dette mener vi er uheldig og representerer en stor risiko for pasienten.

Vi ønsker en drøfting rundt denne problemstillingen. Er det behov for nasjonale retningslinjer for bruk av fagsystem hvor KAD samlokaliseres med legevakt? Vi mener at legevakt og KAD er to ulike tjenester som bør ha hver sitt fagsystem inntil man kan dokumentere at et fellessystem oppfyller kravene til tjenestebasert adressering og inneholder de alle meldingstyper som oppfyller kravene til elektronisk samhandling.

Er det også behov for nasjonale retningslinjer på hvilke type meldinger som skal sendes til/fra KAD, og rollefordeling mellom vertskommune og kommune i interkommunale samarbeid.

Vedlegg:

Brukerhistorie om samhandling med KAD. Spørsmålsstillinger knyttet til hvilke e-meldinger det er behov for.

Forslag til Vedtak:

Saken oversendes direktorat for E-helse for videre behandling og nærmere vurdering rundt behovet for nasjonale retningslinjer for bruk av e-meldinger i KAD-avdelinger.

Innmelding av sak

SamUT 9.3.2016

Tittel: Frittstående dialogmelding
Sakseier: Nasjonal IKT/Direktoratet for e-helse

Saken fremmes for utvalget som:

Orienteringssak Drøftingssak Tilslutningssak

Bakgrunn og begrunnelse for saksinmeldingen:

Bakgrunn: På NUITs møte den 12.09.2013 ble det besluttet å prioritere dialogmeldinger mellom helseforetak og fastleger, med Nasjonal IKT som tiltakskordinator. Dette resulterte i et prosjekt for uttesting av dialogmeldinger mellom legekantor og helseforetak. Piloten har blitt gjennomført av programmet «Støtte til Samhandling» i Helse Vest RHF og har hatt mål om å inkludere det nasjonale aspektet og gjennomføre prosjektet slik at det er forankret hos de andre RHFene. I denne piloten testet man frittstående dialogmeldinger dvs. dialogmeldinger uten tilknytning til henvisning eller epikrise.

Piloten foregikk i perioden januar-august 2015 og inkluderte to helseforetak og 16 legekantor i region vest, men hadde begrenset omfang (totalt ca 200 meldinger sendt i hele pilot-perioden).

Piloten har vist at

- Løsningen har et bredt anvendelsesområde, og er sterkt ønsket.
- Dialogmeldinger oppfattes som svært nyttige og tidsbesparende både på sykehussiden og fastlegesiden.
- Det var behov for lite modifikasjoner i eksisterende systemer.
- Løsningen var enkelt å ta i bruk.

Piloten har også avdekket behov for ytterligere funksjonalitet og arbeid med standardisering før ytterligere utbredelse kan anbefales.

Problemstilling: For å få et grunnlag for prioritering av videre arbeid med standardisering og utbredelse i regi av Direktoratet for e-helse, er det behov for en bedre og mer detaljert kartlegging av gevinster og kostnader ved innføring av frittstående dialogmeldinger.

Mulig fremgangsmåte:

- Helse Vest utarbeider, med bakgrunn i data fra piloten, en analyse av antatt omfang (volum av meldinger) ved en fullstendig utbredelse i regionen, samt besparelser (gevinster) per melding. Analysen omhandler også stipulerte kostnader knyttet til utvikling, installasjon, opplæring og øvrige nødvendige endringer for hvert system og installasjon som vil omfattes i en full utbredelse.
- Øvrige regioner utarbeider tilsvarende analyser med utgangspunkt i data fra Helse Vest og eventuelle spesifikke forhold i egen region.
- Nasjonal IKT koordinerer og samordner de ulike regionale analysene til en felles analyse av kost/nytte innen spesialisthelsetjenesten.
- Direktoratet for e-helse initierer tilsvarende analyser for primærhelsetjenesten gjennom for eksempel KomUT, KS og EPJ-løftet.
- Direktoratet for e-helse sammenstiller analysene fra spesialist- og primærhelsetjenesten til en felles nasjonal kost/nytte vurdering. Direktoratet innstiller en plan for videre arbeid og utbredelse basert på den nasjonale kost/nytte-analysen.

Det ønskes at SamUT drøfter og gir innspill til fremgangsmåte for en kost/nytte analyse av tilstrekkelig kvalitet til at beslutning om videre arbeid kan tas.

Omfang: Saken berører både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Innretning og tid i møtet:

Hanne Merete Glad (Direktoratet for e-helse) og Elin Kindingstad (Nasjonal IKT)

Det ønskes totalt 30 minutter til presentasjon og diskusjon.