

Elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren

Aktører og samhandlingskjeder – status og utfordringer

Versjon 1.1

Dato: 10.09.2009

KITH Rapport 09/09

KITH-rapport

KITH

TITTEL

Elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren

Aktører og samhandlingskjeder – status og utfordringer

Forfattere:

Jacob Hygen, Vigdis Heimly og Robert Landsem

Oppdragsgiver(e):

Innovasjon Norge

Postadresse

**Sukkerhuset
N-7489 Trondheim**

Besøksadresse

Sverresgt 15

Telefon

+47 - 73 59 86 00

Telefaks

+47 - 73 59 86 11

e-post

firmapost@kith.no

Foretaksnummer

959 925 496

ISBN:

Dato:

10.09.09

Antall

sider: 49

Kvalitetssikret av:

Bjarte Aksnes

Gradering:

Åpen

Godkjent av:

Adm. dir. Tom Christensen

Rapportnr: KITH 09/09

Sammendrag:

Rapporten gir med basis i aktører og samhandlingskjeder i helse- og omsorgssektoren en oversikt over status og muligheter for elektroniske løsninger.

Rett behandling på rett sted til rett tid stiller store krav til tett samhandling mellom helse- og omsorgssektorens ulike aktører. Samhandlingsreformen legger vekt på i større grad å forbygge og på behandling i sykdomsforløpenes tidlige faser, og vil styrke primærhelsetjenesten for å oppnå dette, og også aktivisere pasienten til i større grad å aktivisere seg i forhold til forebygging og behandling. Dette stiller enda sterkere krav til samhandling, både mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i kommunene, internt mellom de ulike aktørene innenfor kommunene, og med pasienten.

Rapporten viser at selv om Norge ligger langt framme i anvendelser av IKT innen helse- og omsorgssektoren, er det viktige samhandlings -kjeder og -situasjoner der mulighetene for elektronisk samhandling er mangelfulle. Disse er til dels sammenfallende med kjeder og situasjoner som gjennom Samhandlingsreformen vil få enda større vekt, som tjenester til personer med kroniske lidelser, forebygging og kommunikasjon med pasient/ tjenestemottaker.

1. Innholdsfortegnelse

	<i>1. Innholdsfortegnelse</i>	<i>3</i>
	<i>2. Utredningens hovedbudskap, bakgrunn, formål og avgrensning</i>	<i>5</i>
	<i>3. Status og sentrale utfordringer</i>	<i>7</i>
3.1.	Status for IKT i helse- og omsorgssektoren	7
3.2.	Samhandlingsutfordringen	8
3.3.	Pasientens ansvar for egen helse	9
3.4.	Samarbeidet med leverandørindustrien	9
	<i>4. Oversikt over elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren</i>	<i>11</i>
4.1.	Samhandlingskartet.....	11
4.2.	Særlige utfordringer og forbedringsmuligheter	14
	<i>5. Aktører innen helse- og omsorgstjenesten</i>	<i>15</i>
5.1.	Pasient og pårørende.....	17
5.2.	Primærhelse- og omsorgstjenesten	17
5.3.	Spesialisthelsetjenesten.....	19
5.4.	Apotek og bandasjister.....	20
5.5.	Tannhelsetjenesten	21
5.6.	Sosialtjenesten og velferdstjenesten forøvrig.....	21
5.7.	Andre tilgrensende tjenester	22
5.8.	Helseregistre m.v.	22
	<i>6. Samhandling mellom aktørene</i>	<i>23</i>
6.1.	Den medisinske samhandlingskjeden – henvisning, utredning og behandling.....	23
6.2.	Den omsorgsmessige samhandlingskjeden – utskriving, rehabilitering, tilbakeføring.	24
6.3.	Den veiledende samhandlingen – ”shared care”	25
6.4.	Den akuttmedisinske kjeden	26
6.5.	Helsefaglige service- og støttetjenester	26
6.6.	Forebyggende tjenester.....	27
6.7.	Trygdemedisinsk samhandling.....	28
6.8.	Punktkontakt (pasient - primærlege).....	29

6.9.	Andre samhandlingssituasjoner	29
------	-------------------------------------	----

7. Samhandlingsmetoder 30

7.1.	Samhandlingens karakter	30
7.2.	Samhandlingsarkitektur for helsesektoren	31

8. Allmenne prosjektegenskaper 33

8.1.	Samhandlingsnivå	33
8.2.	Faser	34
8.3.	Organisering og gjennomføring.....	34

9. Situasjonsanalyse 35

9.1.	Forutsetninger for elektronisk samhandling	35
9.1.1.	Tilgang til Elektronisk pasientjournal (EPJ)	35
9.1.2.	Felles terminologi og informasjonsgrunnlag	36
9.1.3.	Etablerte innholds- og kommunikasjonsstandarder	36
9.1.4.	Tilgang til Helsenettet.....	37
9.2.	Status for elektronisk samhandling.....	37
9.2.1.	Medisinsk utredning og behandling.....	38
9.2.2.	Omsorg- og rehabiliteringsskjeden.....	39
9.2.3.	Veiledende samhandling ("shared care")	40
9.2.4.	Akuttmedisinsk samhandling	41
9.2.5.	Service og støttefunksjoner, lab og radiologi	42
9.2.6.	Forebyggende samhandling.....	43
9.2.7.	Trygdemedisinsk samhandling	44
9.2.8.	Punktkontakt pasient - lege/tannlege	44

10. Vedlegg 1 – Referanseliste 46

11. Vedlegg 2 – Utredningens gjennomføring 49

2. Utredningens hovedbudskap, bakgrunn, formål og avgrensning

Hovedbudskap

Det finnes i liten grad muligheter for IKT-støttet standardisert samhandling innenfor *individrettet forebygging, i tjenester til personer med kroniske lidelser* og for *kontakt mellom pasient og lege/tannlege*. Dette er nettopp de samhandlingskjeder som er sentrale i Samhandlingreformen.

Bakgrunn. Både Helse og IKT er prioriterte sektorer for **Innovasjon Norge (IN)**, og IN er initiativtaker til og støtter en rekke initiativer i skjæringsfeltet mellom Helse og IKT, blant annet har IN innenfor OFU-ordningen (OFU: Offentlige Forsknings- og Utviklingskontrakter) støttet ELIN-prosjektene [1]. Dette engasjementet har synliggjort kompleksiteten i helse- og omsorgssektoren, og at det mangler oversikt over ulike initiativer og prosjekter og mulighet til å se dem i sammenheng. Dette er bakgrunnen for at IN har gitt økonomisk støtte til **Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH)** utarbeider et notat over nasjonal samhandling innen helse- og omsorgssektoren. Notatet er utarbeidet i nær kontakt med andre sentrale aktører, slik at det i stor grad kan bli et felleseie.

Formål. Det skal gis en oversikt over aktører og pasientforløp i helse- og omsorgssektoren. Oversikten skal være egnet til å se hvilke sammenhenger det er tilrettelagt for elektronisk samhandling samt gi mulighet for å vurdere ny og utvidet bruk av elektronisk samhandling. Notatet skal også kunne brukes som bakgrunnsinformasjon ved vurdering av nye OFU-prosjekter i helse- og omsorgssektoren.

Det er også intensjonen at denne oversikten kan være et strukturert utgangspunkt for utarbeiding av mer detaljert dokumentasjon på de områder som beskrives.

Målgruppe. Beslutningstakere, leverandører av IT-systemer, brukere og eiere av IT-systemer, prosjekteiere og forskningsmiljø antas å kunne ha nytte av et slikt utdypende notat.

Avgrensning. Oppgaven avgrenses til *behandlingsrettet samhandling i helse- og omsorgssektoren*, inkludert pasient og pårørende samt samhandling med tilgrensende virksomhet (sosialtjenester, NAV m.v). Fokus er på den samhandling som hensiktsmessig kan skje elektronisk. Behandlingsrettet samhandling vil i hovedsak omfatte utveksling av helsefaglig informasjon, samt logistikkinformasjon (hvor pasienten har vært, er eller planlegges å være i et pasientforløp).

Vi ser på den virksomhetsovergrepene samhandling. Samhandling internt i virksomheter, som for eksempel mellom avdelinger innen et helseforetak faller utenfor. Samhandling mellom enheter av samme type (f. eks. mellom helseforetak) skal dekkes.

Leserveiledning. Hovedformålet er å gi et grunnlag for vurdering av prosjekter og initiativer.

- Er prosjektene/ initiativene rettet mot sentrale aktører og samhandlingskjeder?
- Hva er status på området fra før?
- Forholder de seg til eksisterende standarder og løsninger?

I kapitel 3 beskriver vi overordnet status og potensial for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, og beskriver noen sentrale utfordringer.

I kapitel 4 gir vi en mer utfyllende oppsummering av status for elektronisk samhandling innen helse- og omsorgssektoren. Dette gjøres i et tabelloppsett over de viktigste *aktørene* (se kap.5) og *samhandlingskjedene* (se kap.6) innen helse- og omsorgssektoren, der det angis i hvilken grad forutsetningene (i form av standardisert kommunikasjon og implementerte løsninger) for elektronisk samhandling er til stede.

For den mer utdypende beskrivelse har vi valgt å etablere *egenskapsakser* som de ulike initiativer kan karakteriseres etter. Våre egenskapsakser er:

1. Aktører (kap. 5)
2. Samhandlingskjeder (kap. 6)
3. Samhandlingsmetoder med IT-støtte (kap. 7)
4. Samhandlingsnivå (kap.8.1)
5. Prosjektfaser (kap.8.2)
6. Prosjektorganisering og gjennomføring (kap. 8.3)

De tre første egenskapsaksene er spesifikt knyttet til helse- og omsorgssektoren, mens de tre andre beskriver prosjekter og organisatoriske forhold mer allment. Vi har derfor valgt å gå mest i dybden for egenskapsaksene *Aktører*, *Samhandlingskjeder* og *Samhandlingsmetoder*, mens vi for *Samhandlingsnivå*, *Prosjektfaser* og *Prosjekt kvalitet* gir kortfattede beskrivelser med vekt på forhold vi anser viktig for evaluering av prosjektforslag innenfor helse- og omsorgssektoren.

Kapitel 9 gir en situasjonsanalyse av elektronisk samhandling for de viktigste samhandlingskjedene innen helse- og sosialsektoren, og må ses i sammenheng med den oppsummeringen som er gitt i kapitel 4.

3. Status og sentrale utfordringer

3.1. Status for IKT i helse- og omsorgssektoren

Tjenestene i helse- og omsorgssektoren ytes av et stort antall aktører, som i stor grad og i ulike sammenhenger samhandler tett med hverandre. Samhandlingen skjer over og innen forvaltningsnivåer, mellom organisasjoner og profesjoner. Rett behandling på rett sted til rett tid stiller store krav til håndtering og kommunikasjon av behandlingsrettet informasjon. Dette kan sikres best ved IKT-baserte løsninger.

Internasjonale sammenlikninger viser at Norge (og de nordiske land for øvrig) ligger langt framme når det gjelder å ta i bruk informasjonsteknologi i helse- og omsorgssektoren. Praktisk talt alle primærleger i Norge bruker elektronisk pasientjournal (EPJ), og har gjort det i flere år. Alle sykehus har anskaffet EPJ, og de har tatt i bruk digital radiologi. KS har nylig gjennomført en undersøkelse som viser at 95 % av kommunene har anskaffet elektronisk pleie- og omsorgssystem (PLO), og 75 % av kommunene anvender EPJ-delen av PLO-systemet. Reseptformidling skjer i dag papirbasert, men et bredt anlagt eResept-program vil i løpet av få år løfte forskrivningsprosessen over til å bli elektronisk.

På den annen side: I mange sammenhenger lever papirbaserte og elektroniske systemer og arbeidsprosesser side om side, eller arbeidsprosessene er ikke tilpasset de nye muligheter elektroniske løsninger gir. Ikke minst skjer mye informasjonsutveksling manuelt og papirbasert, selv om partene hver for seg håndterer informasjonen elektronisk i sine interne systemer. Det skorter ofte på et målbevisst arbeid med å ta ut gevinstene – et hvert IT-prosjekt er egentlig et organisasjonsprosjekt. I noen sammenhenger kan også lovgrunnlaget og finansieringsmekanismer virke hemmende.

Noen indikatorer for elektronisk informasjonsutveksling i helsesektoren:

- 24 % av sykmeldingene til NAV ble sendt elektronisk (april 2008)
- 42 % av epikrisene ble sendt elektronisk (oktober 2006)
- 8 % av henvisningene sendes elektronisk (oktober 2006)

3.2. Samhandlingsutfordringen

Samhandlingsutfordringen

Det handler ikke primært om pasienter med betent blindtarm og enkle beinbrudd, men om mennesker med kroniske lidelser, som KOLS, diabetes og hjertesykdom, om demens, psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Tall fra USA tilsier at 70 prosent av helseressursene går til ti prosent av befolkningen – i hovedsak mennesker med sammensatte lidelser. Forholdstallet kan langt på vei overføres til norske forhold. God forebygging og oppfølging i disse pasientgruppene, vil gi enorme gevinster – i form av bedre livskvalitet, gode tjenester og sparte penger. Derfor må de få riktig hjelp på riktig nivå så tidlig som mulig.

I dag er mennesker med sammensatte lidelser tapere i helsesystemet. De fleste trenger tett oppfølging på flere områder, men får ofte ikke de tjenestene de trenger. Det svikter i overgangen mellom nivåene, men også innad i kommunetjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel kan være utskrivingsklare pasienter som blir liggende i sykehus, fordi kommunen ikke har noe tilbud til dem. Hvert år utgjør dette rundt 150 000 liggedøgn, og kostnaden for sykehusene er ca. 800 millioner kroner. I et tenkt regnestykke vil pasientene bak disse tallene, trenge rundt 400 sykehjemsplasser. Tar vi hardt i, vil plassene koste omkring 500 millioner kroner. Dette gir all grunn til å spørre om pengene brukes der de trengs mest.

Helseminister Bjarne Håkon Hansen i kronikk i VG 22.10.08

For noen pasientgrupper er samhandlingsutfordringene særlig store.

- syke eldre pasienter
- pasienter med kroniske og sammensatte lidelser
- pasienter (funksjonshemmede) med behov for habilitering og rehabilitering
- pasienter med store psykiske problemer
- pasienter med rusproblemer

Antall innbyggere over 80 år forventes i følge SSBs befolkningsframskriving å øke fra 190 000 i dag til 320 000 i 2030 og 500 000 i 2050. Det er også en sterk vekst i livsstilsrelaterte sykdommer som diabetes, KOLS, rusmiddelavhengighet og psykiatriske lidelser. Den demografiske utviklingen og sykdomsutviklingen viser at disse utfordringene bare vil øke. Dette er bakgrunnen for *Samhandlingsreformens* [24] sentrale mål om å styrke kommunenes evne til å ivareta folks helse (forebygging, lokal behandling).

Samhandlingsreformens hovedgrep er:

- Klarere pasientrolle – vekt på helhetlige forløp
- Ny kommunerolle – større vekt på forbygging og på innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser
- Økonomiske insentiver – kommunalt økonomisk ansvar for medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og for utskrivingsklare pasienter
- Styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode og spesialiserte helsetjenester
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

I utviklingen av IKT-politikken er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder både:

- I forholdet mellom tjenesteyter/behandler og pasient/brukere. Dette innebærer bl.a. elektronisk timebestilling, helseinformasjon/ -opplæring, online-konsultasjoner/ telemedisin og tilgang til egen journal
- I forholdet mellom de ulike tjenesteytere/ behandlere. All dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk.

Fra St.meld.nr.47 (2008-09) – Samhandlingsreformen – Riktig behandling på rett sted til rett tid [24]

Fremtidens helse- og omsorgstjenester skal altså i større grad gis der brukerne bor og i samarbeid med brukerne. Dette stiller økte krav til informasjonssystemene og mobile tjenester. Ny helse- og omsorgsteknologi, som nettbaserte tjenester, mobile helsetjenester (mobil røntgen i sykehjem, mobile laborietjenester, mobile dialyseapparater, ...) og smarthusløsninger, vil inngå som en integrert del av helse- og omsorgstilbudet. Nye tekniske og organisatoriske løsninger vil kunne gjøre samhandlingen enklere og kan også bidra til redusert arbeidsbelastning og bedre utnyttelsen av både arbeidskapasiteten i helse- og omsorgssektoren og kostbart medisinsk utstyr [2].

3.3. Pasientens ansvar for egen helse

Helse- og omsorgstjenesten utnytter i liten grad de mulighetene som elektronisk samhandling gir for at pasienten skal stimuleres til i større grad å ta ansvar for egen helse. Enkelte legekontor har i dag muligheter for enkle tjenester som timebestilling, reseptfornyelse og spørsmål/ svar.

Det mangler løsninger som kan trekke pasienten mer aktivt inn, som:

- Førings av egenjournal, innrapportering av egne målinger (f. eks. blodsukker)
- Telemedisinske overvåking og oppfølging i hjemmet
- Tilgang til egen journal

3.4. Samarbeidet med leverandørindustrien

EPJ-systemene er sentrale ved kommunikasjon av pasientinformasjon. Det finnes i det norske marked et begrenset antall leverandører av EPJ-systemer (typisk 2-4 per aktørgruppe) for de mest sentrale aktører som sykehus, allmennleger, pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjoner.

I utgangspunkt bør et betydelig marked som deles mellom et begrenset sett aktører gi muligheter for en dynamisk leverandørindustri som raskt etterkommer krav og ønsker om videreutvikling og fornyelse av løsninger.

Likevel er det en erfaring at det langt fra alltid er slik, og at veien fram til utbredelse av gode nasjonale løsninger blir unødvendig lang (om sertifisering i KITHs test- og godkjenningssystem, se kap. 7). Dette kan skyldes leverandørindustrien selv, men har delvis årsak i de vilkår leverandørindustrien tilbys. Noen av årsakene kan være:

- Komplekse systemer med store utskiftingsbarrierer og vanskelig tilpasning til nye løsninger.
- Manglende fagkompetanse og kapasitet hos leverandørene. Dette gjelder både helsefaglig kompetanse, grunnleggende IKT-kompetanse og kompetanse på hvordan brukerkravene best kan realiseres i fremtidsrettede IKT-løsninger.
- Lavt investeringsnivå for IKT i helse- og omsorgssektoren
- Manglende samordning og prioritering av krav på kjøpersiden
- Kjøpersiden mangler forståelse av behovet for standardiserte løsninger.
- For lite forskning på IKT og helse, og for dårlig samarbeid mellom leverandører og forskningsmiljø.

Det er likevel en positiv utvikling på disse områdene (med mulig unntak av investeringsnivå). Gjennom ELIN-prosjektene blir det utviklet funksjonelle kravspesifikasjoner for kommunikasjon mellom de viktigste aktørene, som sammen med sertifisering av kommunikasjon i KITHs test- og godkjenningssystem gir mulighet for en mer forutsigbar dialog mellom kjøper og leverandør. Men det er for tiden stor oppmerksomhet om elektronisk samhandling, og leverandørene utsettes for en form for krysspress mellom ulike prosesser (Meldingsløftet, eResept, ELIN-prosjektene, større anskaffelsesprosjekter, ...).

4. Oversikt over elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren

4.1. Samhandlingskartet

I nedenstående figur ("Samhandlingskartet") har vi oppsummert nåsituasjonen for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Figuren gir en oversikt over aktører (vertikal akse) og samhandlingskjeder (horisontal akse) i helse- og omsorgssektoren. Aktørene og samhandlingskjedene er nærmere beskrevet i henholdsvis kapittel 5 og 6, mens en mer utdypende situasjonsanalyse er gitt i kapittel 9. Følgende samhandlingskjeder er inkludert:

1. Medisinsk samhandling
2. Omsorgskjeden
3. Veiledende samhandling("shared care")
4. Akuttmedisinsk samhandling
5. Service- og støttefunksjoner, eksempel lab
6. Forebyggende samhandling
7. Trygdemedisinsk samhandling
8. Punktkontakt pasient – lege/tannlege

For de aktørene som inngår i den enkelte samhandlingskjede, er det med fargekode/ tall angitt i hvilken grad forutsetningene for IT-støttet samhandling for den aktuelle aktør i den aktuelle samhandlingskjede er til stede (hvitt felt betyr at aktøren ikke er sentral i den aktuelle samhandlingskjeden). Figuren viser altså *ikke* i hvilken grad aktørene har systemer for elektronisk pasientjournal (EPJ) eller andre fagsystemer og/eller faktisk samhandler elektronisk, men kun om forutsetningene i form av standarder og løsninger er til stede.

Følgende fargekoder er brukt i figuren:

	Lite aktuell
1	Det mangler standarder for viktig kommunikasjon. Få samhandlingsløsninger er implementert.
2	De mest sentrale standarder finnes. Få samhandlingsløsninger er implementert.
3	De mest sentrale standarder finnes og flere samhandlingsløsninger basert på standardene er implementert.
4	Sertifiserte og standardisert kommunikasjon er implementert i de mest aktuelle fagsystemer

4.2. Særlige utfordringer og forbedringsmuligheter

En målsetting i Samhandlingsreformen er at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder både:

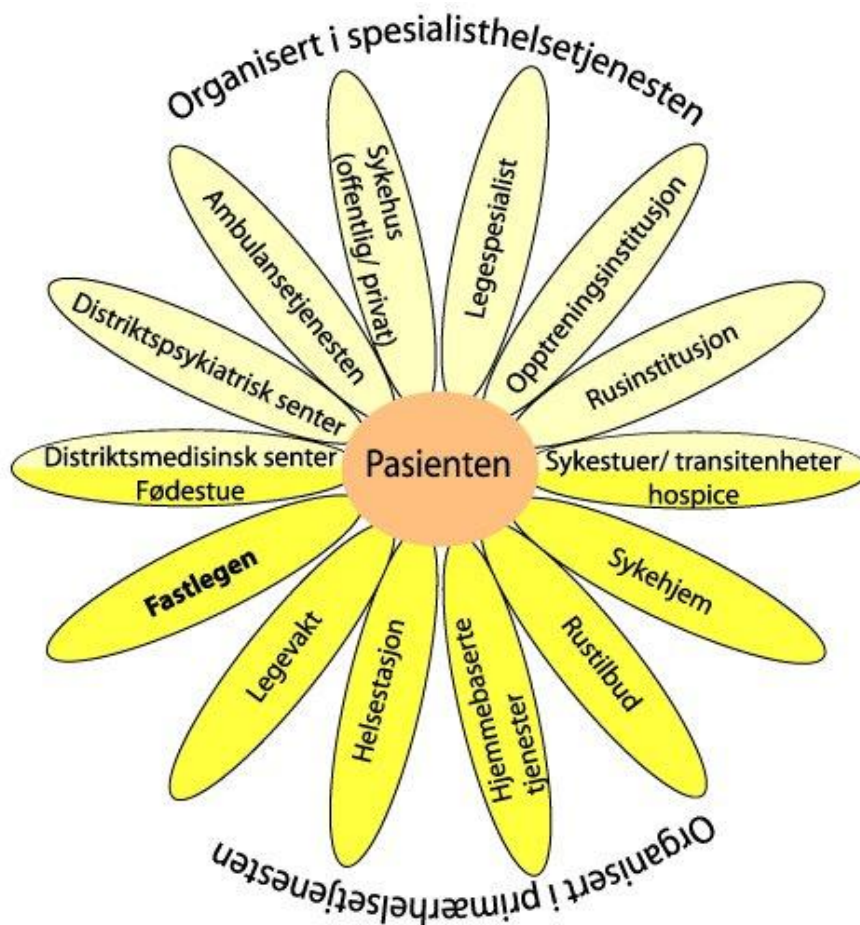
- I forholdet mellom tjenesteyter/behandler og pasient/brukere. Dette innebærer bl.a. elektronisk timebestilling, helseinformasjon/ -opplæring, online-konsultasjoner/ telemedisin og tilgang til egen journal
- I forholdet mellom de ulike tjenesteytere/ behandlere. All dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk.

Samhandlingsreformens hovedmål er rett behandling på rett sted til rett tid, og hovedfokus er å styrke forebyggende innsats og forsterket innsats i sykdomsutviklingens tidlige faser. Dette skal først og fremst skje ved styrking av primærhelsetjenesten i kommunene.

Samhandlingskartet viser at det i liten grad finnes muligheter for standardisert samhandling innenfor den *forebyggende samhandlingskjeden*, i den *veiledende samhandlingskjeden* og for *kontakt mellom pasient og lege/tannlege*. Dette er nettopp de samhandlingskjeder som er sentrale i Samhandlingsreformen.

De aktørene der det i minst grad er tilrettelagt for å samhandle elektronisk er pasienter, helsestasjoner, apotek/bandasjist, rehab/habiliterings-institusjoner, fysioterapeuter, ergoterapeuter, tannleger, arbeidsgivere og aktører i den akuttmedisinske samhandlingskjeden.

5. Aktører innen helse- og omsorgstjenesten



Helse- og omsorgssektoren utfører i dag ca. 263 000 årsverk. Utgiftene til helse og omsorg var i 2007 203 mrd. kroner, dette utgjør i underkant av 9 pst. av BNP [2].

Ansvar for helsetjenesten er delt slik at 430 kommuner har ansvaret for primærhelse- og omsorgstjenesten, mens fire regionale helseforetak har ansvaret for spesialisthelsetjenesten.

Disse to tjenesteområdene er relativt jevnstore i ressursbruk. I 2007 utgjorde utgiftene i pleie- og omsorgssektoren sammen med helsetjenesten i kommunene ca 82 milliarder kroner, mens tilsvarende beløp for spesialisthelsetjenesten var ca 87 milliarder. Øvrige helsetjenester (tannhelse, legemidler og hjelpeutstyr m.v) beløp seg til 34 mrd. kr., hvorav ca halvparten til kjøp av legemidler. Den sterkeste veksten har de senere år vært innen spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene i helse- og omsorgstjenesten ytes av et stort antall aktører som i stor grad og i ulike sammenhenger samhandler med hverandre. Det finnes ikke en entydig beskrivelse og

oppdeling av sektoren. Ulike kilder gir ulike beskrivelser og oppdelinger, ut fra det formål de tjener, der det, særlig på detaljert nivå, må kompromises mellom tjenestens innhold, organisering og lokalisering.

For vårt formål er vi blitt stående ved følgende inndeling av aktørene:

1. Pasient og pårørende
2. Primærhelse- og omsorgstjenesten
 - a. Pleie- og omsorgstjenesten (Hjemmebaserte tjenester, sykehjem, rustilbud, ...)
 - b. Legetjenesten (Allmennlege, Legevakt, ..)
 - c. Forebyggende tjeneste (Kommunelege, Helsestasjon og skolehelse, Jordmor, Institusjoner innen barnevern, barnevernstjenester, ...)
 - d. Habilitering og rehabilitering utenfor institusjon (Fysioterapi, Ergoterapi, Hjelpemidler, ...)
3. Spesialisthelsetjeneste
 - a. Somatikk (sykehus, spesialsykehus, DMS)
 - b. Psykisk helsevern (Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, Voksenpsykiatriske poliklinikker/ DPS, institusjoner)
 - c. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (institusjoner, sosialtjenester utenfor institusjon)
 - d. Akuttmedisinsk beredskap
 - e. Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner
 - f. Avtalespesialister (somatikk og psykiatri)
 - g. Røntgeninstitutter og laboratorier
 - h. Privatpraktiserende spesialister
 - i. Ambulanse og syketransport
4. Apotek og bandasjister
5. Tannhelse
6. Sosialtjenesten og velferdstjenesten forøvrig
7. Andre tilgrensende tjenester

8. Helseregistre m.v.
9. Myndigheter og myndighetsorganer(Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, ...)

5.1. Pasient og pårørende

Pasientbegrepet er omfattende. Et individ vil i ulike faser av livet kunne være pasient i ulike sammenhenger, fra tilnærmet frisk med sporadisk legekontakt, til kronisk syk med eventuelt sammensatte lidelser, pleietrengende m.v.

Elektronisk kommunikasjon gir mulighet for økt medvirkning i omsorg for helse fra pasienten og pårørende. I dag er det i noen grad tilrettelagt for enkel samhandling med helsetjenesten, som timebestilling, fornying av resept og enkle spørsmål og svar.

Pasienten har videre en lovmessig rett til å se egne journalopplysninger. Tilrettelagt elektronisk tilgang til disse opplysningene vil gjøre denne retten mer effektiv, og dermed gi langt større muligheter til positivt engasjement i egen behandling. Kommunikasjon med pasient kan også omfatte føring av egenjournal, innrapportering av egentatte prøver, overvåkning m.v.

5.2. Primærhelse- og omsorgstjenesten

Primærhelse- og omsorgstjenesten er et kommunalt ansvar. Kommunene skal i følge Kommunehelsetjenesteloven ”sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen”. Kommunehelsetjenesten skal drive forebyggende arbeid og gi befolkningen et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov. Selv om ansvaret først og fremst er å sikre at aktuelle tjenester er tilgjengelige, innebærer det også i praksis ansvar for drift, organisering og finansiering av en rekke tjenester, innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg.

Kommunene har i tillegg ansvar for å yte sosiale tjenester. Dette omfatter blant annet praktisk bistand og opplæring til de som har behov for særlig hjelp i hjemmet. I tillegg skal kommunen tilby støttekontakt, avlastning og institusjonsopphold [3].

Pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene har ansvar for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for pleie- og omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. I 2007 utgjorde disse tjenestene mer enn en tredjedel av de kommunale budsjettene. Det ble utført over 118 000 årsverk og mer enn 200 000 personer mottok tjenester (42 000 i sykehjem, ca. 160 000 i omsorgsbolig eller egen bolig) enten i form av hjemmesykepleie, hjemmehjelp, avlastning, støttekontakt, omsorgsbolig, sykehjem, aldershjem eller andre tjenestetilbud.

Legetjenester. Det var nær 23 millioner legekontakter i kommunehelsetjenesten i 2006. Konsultasjoner utgjorde nesten 13 millioner, av de var 1,3 millioner (10 %) ved legevakt. Det var nesten 100 000 sykebesøk ved legevakt, dette utgjorde 51 % av alle sykebesøk.

Mens 69 % av befolkningen hadde kontakt med fastlege i form av konsultasjon eller sykebesøk i 2006, gjaldt dette for 14,5% for kontakt med legevakt [4].

Fastlegen. Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Ordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å velge en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. 99,5 prosent av befolkningen deltar i fastlegeordningen, og drøyt 98 prosent har fått fastlege i 2004. Legen har plikt til å prioritere de personene som står på sin liste, og er primærkontakt ved behov for legehjelp. Fastlegene har henvisningsrett til andre deler av helsetjenesten. En av intensjonene med ordningen er at fastlegen skal koordinere pasientenes behov for annen helsehjelp, herunder vurdere behov for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Informasjonsutvekslingen i allmennpraksis 2002 [3]:

- omlag 20 millioner lege-pasient-kontakter per år, som utløser et tilsvarende tall enkeltregninger sendt trygden
- ca 1,9 millioner henvisninger til sykehus eller spesialist og mottar 3,8 millioner epikriser
- ca 1,0 millioner henvisningertil fysioterapi og omlag 1,3 millioner henvisninger til røntgen/billeddiagnostikk
- omlag 3,5 millioner sykmeldinger og sykepengeattester
- henimot 200.000 legeerklæringer ved arbeidsuførhet
- omlag 7 millioner rekvisisjoner til laboratoriene, og hver av disse inneholder i snitt bestillinger av 6-7 analyser som skal besvares
- ca. 17 millioner resepter per år

Legevakt. Kommunal legevakt skal sikre befolkningen et trygt og oversiktlig medisinsk nødhjelpstilbud av høy kvalitet hele døgnet og ytes av legevaktsleger og legevaktsentral bemannet med sykepleiere.. Tjenestene skal både være organisert som og fungere som samhandlende med pasienten sin nytte i fokus. Neste ledd som skal stå klar til eventuelt å ta over, uten unødvendig avbrudd og opphold, er ambulansetjeneste, AMK og akuttmottak i sykehus eller psykisk helsevern.

Legevakt er en sentral del av en moderne primærhelsetjeneste og står i nær sammenheng med en velfungerende fastlegeordning. Legevakt er allmennmedisinsk virksomhet, men også en viktig og første del av den akuttmedisinske kjeden, der allmennlegene skal være den primære legeressursen i prehospitalet akuttmedisin.

Per desember 2008 er det 153 legevaktsentraler, 241 legevaktdistrikt med i alt 116 kommunale og 112 interkommunale legevakter [4].

Helsestasjon og skolehelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er en lovpålagt tjeneste til alle barn og unge 0-20 år, og til gravide som ønsker å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud, og det stilles krav til tilgjengelighet for alle grupperinger innenfor målgruppene. Gjennom kontakten med nær alle familier, barn og ungdom sikrer tjenesten hele befolkningen tilbud om vaksiner,

helseundersøkelser og informasjon om hvordan forebygge sykdom og skader, og støtte til mestring og positiv utvikling.

Helsestasjonen er den viktigste arena for forebyggende helsearbeid for barn i Norge. Virksomheten består dels i undersøkelse av alle barn, dels av rådgivning og opplysningsvirksomhet generelt, og dels av støtte og oppfølging, eventuelt henvisning av barn med spesielle behov. Videre tilbys alle barn vaksinasjon i henhold til vaksinasjonsprogrammet. Helsestasjonen er også et sted der foreldrene kan henvende seg med sin bekymring angående barnets vekst og utvikling, atferd eller helse generelt (bortsett fra akutt sykdom). Oppslutningen i befolkningen er meget god, over 95 %. Primærteamet på helsestasjonen er helsesøster og lege, som begge i prinsippet utfører somatisk og mentalhygienisk forebyggende helsearbeid.

5.3. Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er siden 2002 et statlig ansvar. Spesialisthelsetjenesten inndeles grovt sett i tre tjenesteområder, som er gjensidig overlappende. *Somatikken* omfatter de fleste sykehus, legespesialister, opptreningsinstitusjoner og noen mindre institusjoner. Behandlingen gis ved innleggelse eller poliklinisk. *Psykisk helsevern* omfatter hovedsaklig behandlingstilbud i distriktpsikiatriske sentra, men også i sykehusavdelinger, samt hos privatpraktiserende spesialister. *Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk* har vært ansvar for spesialisthelsetjenesten siden 2004. Noe av behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere gis i private institusjoner. Det er dokumentert sterke sammenhenger mellom rusmiddelavhengighet og sikiatriske lidelser

Spesialisthelsetjenesten omfatter også medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste, transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten og transport av behandlingsspersonell.

Det ble i 2007 utført nær 96 000 årsverk i spesialisthelsetjenesten.

Somatikk. Den vesentlige del av kapasiteten ytes av offentlige sykehus; private sykehus og avtalespesialister utgjør under 2 % av behandlingsskapasiteten. På årsbasis var det i i 2007 ca 1.4 mill. sykehusopphold og ca. 3,7 mill. polikliniske konsultasjoner, samt ca 2,1 mil. konsultasjoner hos private spesialister.

Psykisk helsevern. *Psykisk helsevern* omfatter de tilbud som samfunnet gjennom spesialisthelsetjenesten gir til personer med mentale lidelser.

Distriktpsikiatriske sentre har hovedansvar for generelle tilbud innen den sikiatriske spesialisthelsetjenesten. Med døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk og akutt-team er disse sentrene statlige klinikker som samarbeider nært med kommunene i sine respektive områder. Siden distriktpsikiatriske sentre tilbyr spesialiserte sikiatriske tjenester, kan man bli henvist fra sin fastlege til et DPS for utredning og eventuell behandling

Mer spesialiserte psykiatriske tjenester som barne- og ungdomspsykiatri og alderspsykiatri gis ved egne avdelinger, så også behandling av alvorlige lidelser som tvangslidelser og personlighetsforstyrrelser etc. Det er vanlig at pasienter etter utskrivning fra psykiatriske avdelinger blir henvist til poliklinisk behandling ved DPS.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige ble ved Rusreformen i 2004 en del av spesialisthelsetjenesten. De rusmiddelavhengige har nå de samme pasientrettigheter som andre pasienter innen spesialisthelsetjenesten.

Tverrfaglig spesialisert behandling innebærer at behandlingstilbudene i stor grad er sammensatt av både helsefaglig og sosialfaglig personell. Tilbudene består både av polikliniske tjenester, døgnbaserte avrusningsenheter, korttidsbehandling og langtidsbehandling i institusjon.

Det er både sosialtjenesten i kommunene og lege som kan henvise pasienter til tverrfaglig spesialisert behandling. Alle vurderinger av henvisninger skal foretas på grunnlag av Helsedirektoratets veileder for slike vurderinger. De pasienter som har alvorligst rusmiddelavhengighet, skal få behandling raskest. Ved behov for akutt-/øyeblikkelig hjelpsbehandling skal dette tilbys uten unødig opphold.

Mange personer med rusmiddelproblemer har behov for tjenester både fra ulike kommunale instanser og fra spesialisthelsetjenesten. Levekårsproblemer har en tendens til å hope seg opp. Belastninger og problemer øker i takt med økende misbruk. Omfattende helsemessige og sosiale problemer kommer ofte i tillegg til et komplisert avhengighetsbilde og gjentatte behandlingsforsøk.

5.4. Apotek og bandasjister

Apotekene i Norge drives i hovedsak som privat næringsvirksomhet. Bare sykehusapotekene er offentlig eid. Sykehusapotekenes primære oppgave er forsyning av legemidler internt i spesialisthelsetjenesten. Det er i Norge ca 780 apotek, hvorav 33 sykehusapotek. Apotekene har ca 6200 ansatte hvorav de aller fleste er autorisert helsepersonell.

Til sammen ble det i 2007 behandlet 27,9 mill. resepter på norske apotek, en økning på over 4 % i forhold til 2006. Av reseptene er omtrent halvparten hvite resepter, mens blåresepter utgjør 45 % av alle reseptene. Legemiddelrekvireringen i Norge foregår hovedsakelig i primærhelsetjenesten. Det er primærleger som står for mesteparten av forskrivningen, og med en reseptandel på 96 prosent er det primærapotekene som står for mesteparten av reseptekspedisjonen [5].

Bandasjistbutikkene står sentralt i oppfølgingen av kronisk syke og pasienter som bruker dietetiske næringsmidler.. En stor andel av Rikstrygdeverkets refusjonsbaserte utgifter til sykepleieartikler på blå resept faktureres gjennom bandasjistbutikker.

Hjelpemidler som er oppført på Rikstrygdeverkets lister er å få kjøpt hos en bandasjist. Brukerne betaler bare egenandel på disse produktene.

5.5. Tannhelsetjenesten

Den offentlige tannhelsetjenesten er et fylkeskommunalt ansvar. Den skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. I tillegg skal den offentlige tannhelsetjeneste gi et oppsøkende tannhelsetilbud til følgende grupper:

- Barn og ungdom 0 - 18 år
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie
- Ungdom 19 - 20 år (betaler 25 % vederlag)
- Andre grupper i befolkningen som fylkeskommunen selv definerer

Om lag 1, mill personer var i 2007 under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten yter også behandling til voksent betalende klientell der det er behov for det.

Andre tannhelsetjenester ytes av privatpraktiserende tannleger.

5.6. Sosialtjenesten og velferdstjenesten forøvrig

Sosiale tjenester omfatter i hovedsak tjenester og ytelse som gis i henhold til Lov om sosiale tjenester. De skal bidra til økonomisk og sosial trygghet, og til å styrke muligheten for mennesker i en vanskelig livssituasjon.

I hver kommune skal det være en sosialtjeneste som skal bistå den som ikke klarer seg selv på grunn av sosiale problemer, eller som har særlige hjelpebehov på grunn av funksjonshemming, sykdom, alder eller andre forhold.

Ved NAV- kontorene jobber ansatte i Arbeids- og velferdsetaten og kommunens sosialtjeneste sammen om å finne gode løsninger for brukerne. Kommunen og NAV i fylket har inngått en samarbeidsavtale som beskriver hvilke tjenester kontoret skal tilby.

Tjenesteinnholdet vil variere fra kommune til kommune. Minstekravet til et NAV- kontor er:

- økonomisk sosialhjelp fra kommunen
- hele det statlige tjenestespekteret fra tidligere trygdeetaten og Aetat

5.7. Andre tilgrensende tjenester

Helsetjenesten må i mange sammenhenger samarbeide med en rekke organisasjoner og statlige etater om pasientgrupper. Helsetjenesten har blant annet samarbeid med pasientorganisasjoner, frivillige organisasjoner, private helsetjenesteytere, barnevernet, barnehage, skolen, PP-tjenesten, arbeidsgiver og politiet.

Noen pasientgrupper vil ha behov for ulike typer tjenester, behandlingshjelpemidler, tekniske hjelpemidler og ha krav på ulike økonomiske stønader. Mange pasienter har behov for tjenester fra NAV (trygd, attføring og arbeidsmarkedstiltak).

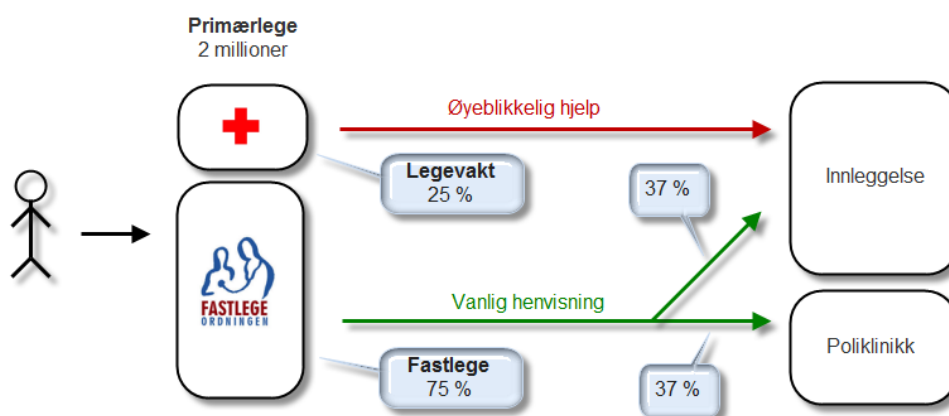
5.8. Helseregistre m.v.

Dette er instanser som ikke inngår i den helsefaglige samhandling, men hvor det er krav til ulike aktører om avrapportering av helsefaglig informasjon

Sentrale helseregistre. I Norge har vi 8 sentrale helseregistre: Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret, Det sentrale tuberkuloseregisteret, Medisinsk fødselsregister, System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK), Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), Reseptbasert legemiddelregister og Norsk Pasientregister (NPR). Det eldste av disse – Dødsårsaksregisteret – ble etablert i 1951, mens Reseptbasert legemiddelregister er nytt fra januar 2004. I tillegg til de sentrale helseregistrene finnes flere mindre registre (medisinske kvalitets- eller forskningsregistre). Disse brukes i første rekke til kvalitetssikring og forskning innen én bestemt pasient- eller behandlingsgruppe. Nasjonalt register for leddproteser er det eldste og mest dekkende av de 33 nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i Norge. Nyere eksempler er et norsk diabetesregister og et nasjonalt multippel sklerose- register. Et nasjonalt hjerte-/kar- register er foreslått [6].

6. Samhandling mellom aktørene

6.1. Den medisinske samhandlingskjeden – henvisning, utredning og behandling

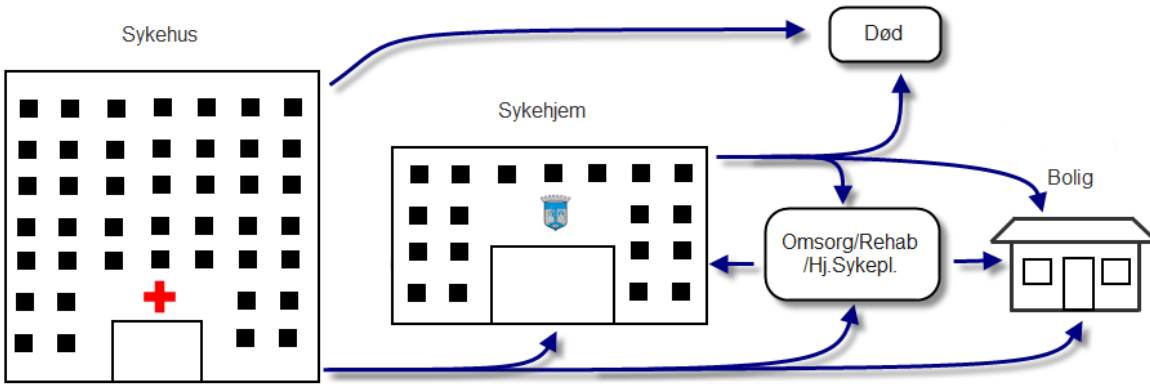


Henverdeler til spesialist om behandling skjer ved henvisning fra primærlege (2 millioner per år). Unntakene er få og i volum av liten betydning. Om lag 25 % av henvendelsene er øyeblikkelig hjelp og fører til direkte innleggelse, mens om lag 75 % av henvendelsene fra primærlegen først blir vurdert poliklinisk. Om lag halvparten av de polikliniske henvendelsene blir også avsluttet poliklinisk. Den andre halvdelen blir i neste omgang lagt inn elektivt (1/3 av alle henvendelser). Spesialisthelsetjenesten selv utfører slik 60 % av innleggelsene i sykehus [7].

Medisinen blir stadig mer spesialisert, og det etableres i økende grad en funksjonsfordeling mellom sykehus. I pakt med dette øker omfanget av kommunikasjon mellom sykehus om den enkelte pasient, enten pasienten overføres eller blir værende ved sitt opprinnelige sykehus.

Etter behandling i spesialisthelsetjenesten sendes epikrise til fastlegen som overtar ansvaret for den videre oppfølging av pasienter. Noen pasienter avslutter forløpet ved avslutning av behandling i spesialisthelsetjenesten, mens andre krever videre behandling i primærhelsetjenesten. Noen går også videre over i den omsorgsmessige samhandlingskjeden.

6.2. Den omsorgsmessige samhandlingskjeden – utskrivning, rehabilitering, tilbakeføring



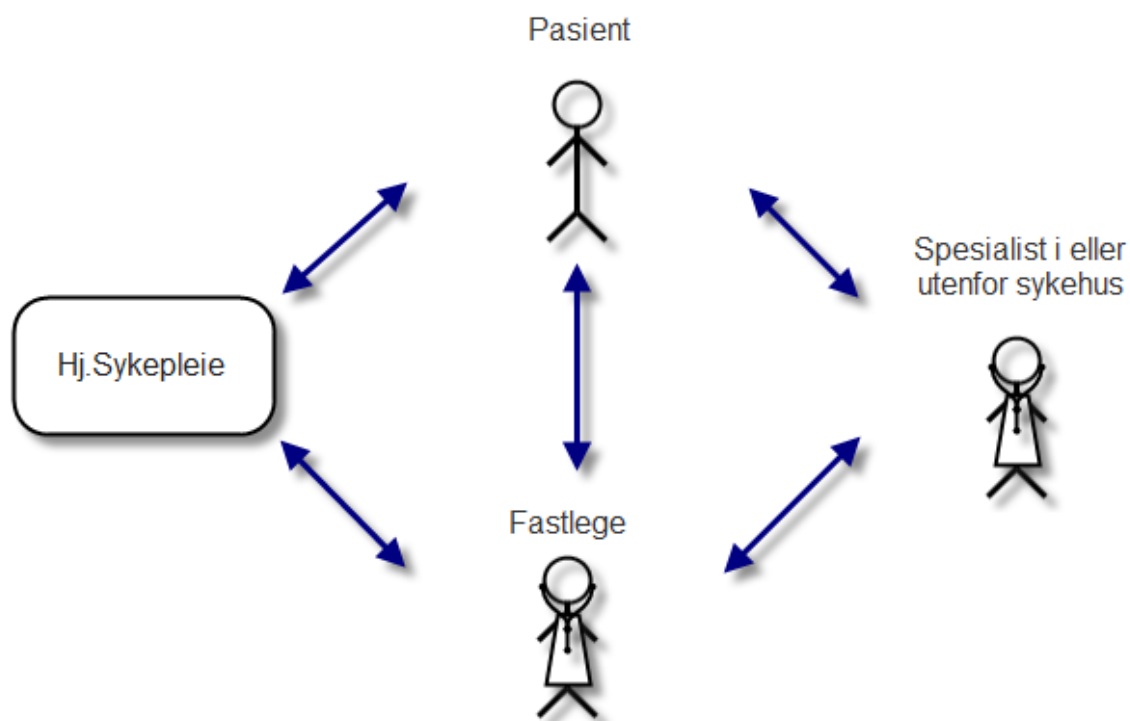
Den omsorgsmessige samhandlingskjeden er knyttet til samspillet mellom sykehus og kommuner ved utskrivning av pasienter fra sykehus i en tilstand som utløser behov for rehabilitering og omsorgstjenester. Omsorgskjeden kan se slik ut:

- Behandlende lege på sykehuset erklærer den medisinske behandlingen for avsluttet og pasienten klar for utskrivning
- Avdelingssykepleier vurderer pasientens tilstand, og finner at det er behov for pleie- og omsorg etter utskrivning
- Avdelingssykepleier melder fra til inntakskordinator, soneleder, eller andre ansvarlige i kommunen – telefonisk, elektronisk, i møter, eller på annen måte – at det er behov for et kommunalt tilbud til pasienten
- En representant for omsorgstjenesten vurderer pasientens behov, på grunnlag av pasientbesøk, samtale med pleiepersonale i sykehuset, eller mottatt skriftlig eller elektronisk informasjon (helseopplysninger ved søknad). Ved utskrivning sendes det med en utskrivningsepikrise som inkluderer sykepleieropplysninger og medisinkort (også kalt utskrivningsnotat, sykepleienotat, foreløpig epikrise mv.).
- Omsorgstjenesten organiserer et tilbud til pasienten, som tjenester i eget hjem, eller ved innleggelse i et sykehjem på korttids eller permanent basis

Den omsorgsmessige samhandlingskjeden er tverrfaglig hvor først og fremst sykepleiere, men også fysio- og ergoterapeuter er viktige aktører. Mens det finnes relativt god statistikk og forskning på innleggelser, er det vanskeligere å finne noe vedrørende utskrivning av pasienter. Vi vet at om lag 18 000 årlig dør i sykehus, hvilket er samme antall som i sykehjem, men forløpet til resten som blir utskrevet, har vi i Norge ingen tallmessig oversikt over. Mindre enn halvparten av epikrisene forteller hvor pasienten er sendt, implisitt hvem som konkret skal ta

over ansvaret. I en undersøkelse av pasienter over 75 år ved Aker sykehus ble 78 % skrevet ut til hjemmet, 16 % til institusjon og 6 % døde, men det er ikke angitt hvor mange som fikk hjemmetjenester [7].

6.3. Den veiledende samhandlingen – ”shared care”



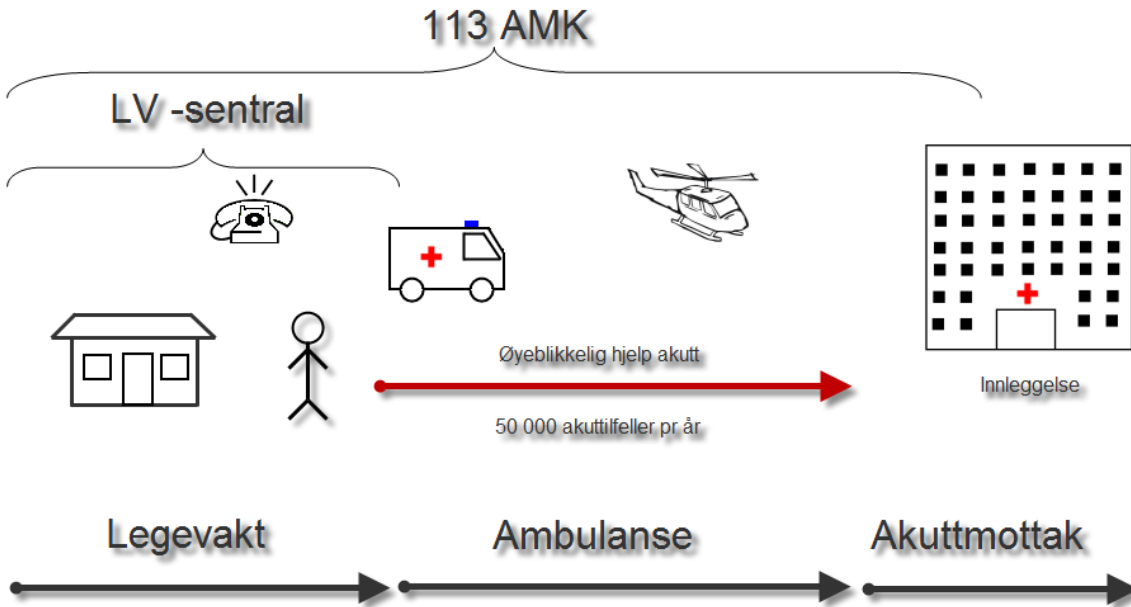
Personer med kroniske lidelser (som ofte også er eldre og pleietrengende) er den pasientgruppe som vokser rasket, og er en hovedmotivasjon for *Samhandlingsreformen*. Realisering av denne betyr at pasienten i mye større grad skal ivaretas lokalt, reduksjon i sykehusinnleggelse og økt vekt på forebyggende tiltak. Dette setter nye krav til kommunikasjon og samarbeid, både internt i primærhelse- og omsorgstjenesten og mellom denne tjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Oppbyggingen av henholdsvis den medisinske og omsorgsmessige samhandlingskjeden er i hovedsak sekvensiell både når det gjelder ansvar, aktører og informasjonsflyt. Når pasienter er kronisk syke er det et behov for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester parallelt og i tett samarbeid. Denne samhandlingen går under betegnelsen ”shared care” i internasjonal litteratur, og en betydelig søken og forsøk med løsninger også her til lands har avstedkommet mange begreper som sømløs omsorg, ambulerende team, ressurspersonmodellen, osv.

I denne samhandlingen er pasienten kommunens ansvar, men spesialisthelsetjenesten bidrar tett med kompetanseoverføring i planlegging og veiledning i tråd med veiledningsplikten i Spesialisthelsetjenesteloven. Denne plikten er i begrenset grad satt i system. Veiledning har

fått noe utbredelse vedrørende samarbeid om pasienter innenfor psykisk helse og i den akuttmedisinske kjeden. På andre områder er det mer tilfeldig og er løftet frem av spesielt engasjerte personer eller miljøer. Ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten har en vesentlig komponent av innebygd veiledning når slik virksomhet fungerer etter hensikten [7].

6.4. Den akuttmedisinske kjeden



En annen samhandlingsarena for samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er akuttmedisinen. Den akuttmedisinske kjeden trer i kraft i nødsituasjoner – der liv er truet (rød respons) og ved behov for lege/ambulanse uten ventetid (gul respons). Et sykehus med et nedslagsfelt på 100 000 innbyggere har om lag 110 tilfeller med rød respons per måned. Dette utgjør om lag 12 % av ambulanseoppdragene (rød + gul respons).

90 % av henvendelsene til legevakten (grønn respons) gjelder ikke øyeblikkelig hjelp og er i første omgang en oppgave for primærhelsetjenesten alene. Henvendelser om akuttoppdrag (rød respons) fordeler seg likt på LV-sentral og 113 i distriktene, med henholdsvis 50 % på hver. I de største byene går 95 % av henvendelsene via 113, og bare i knapt en fjerdedel av tilfellene blir primærlege kontaktet av AMK. I distriktene blir primærlege kontaktet i 90 % av tilfellene av rød respons [7].

6.5. Helsefaglige service- og støttetjenester

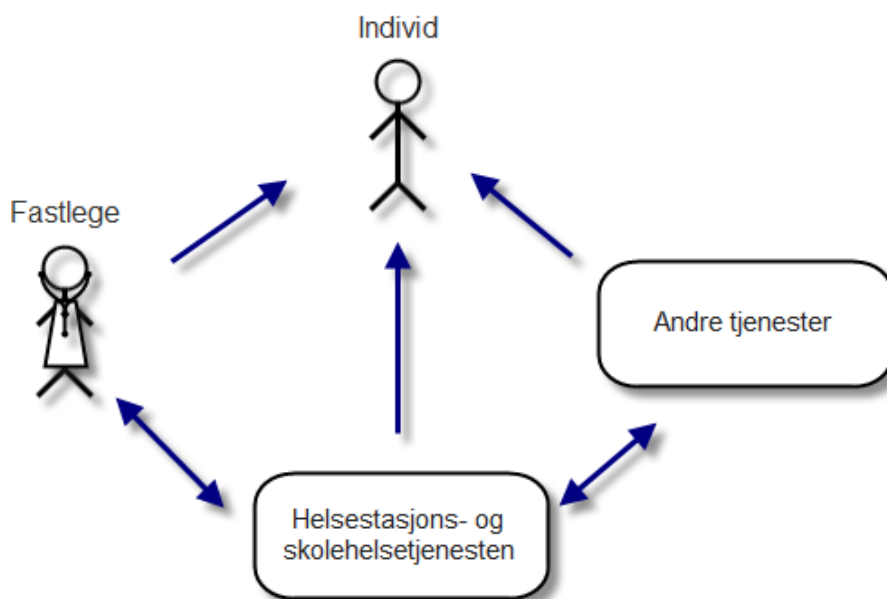
Dette er en viktig arena for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Legemiddelforsyning. Resepten er en behandlingsplan, men den initierer også selve legemiddelforsyningen.

Laboratorietjenester. Allmennleger rekvirerer omlag 7 millioner biologiske prøver fra sykehuslaboratorier per år, og i bestillingene til medisinsk biokjemi finner vi gjerne 6-7 analyser i hver bestilling. Videre rekvireres det om lag 1,3 millioner bildeundersøkelser (ultral lyd, røntgen, CT og MR). Oversikt over antallet elektrofysiske undersøkelser (EEG, EKG) som blir bestilt finnes ikke.

Syke transport. Finansieringsansvaret for syke transport og reiseutgifter for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ble overført til regionale helseforetak fra 1. januar 2004. Det anslås at det utføres over 3 millioner transporter årlig [7].

6.6. Forebyggende tjenester



Mens infeksjonssykdommer tidligere utgjorde en stor del av sykdomsbyrden, utgjør nå ulykker, hjerte/kar, kreft, kols, diabetes, depresjon, angst samt skjelett- og muskelsmerter en stadig større andel. Det finnes god dokumentasjon på at forebyggende tiltak har god effekt overfor livsstilsrelaterte lidelser, dels som folkehelsearbeid, dels som individbaserte tiltak overfor personer i risikogrupper. I Samhandlingsreformen vurderes det om fastlegene bør ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging samt koordinere den medisinske oppfølgingen av pasientene [24].

For utvalgte grupper finnes veletablerte forebyggende tjenester:

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i det forebyggende helsearbeid for barn og unge og i svangerskapsomsorgen. Forutsetningen for at dette fungerer godt er nært samarbeid mellom helsesøster og helsestasjonslege, og helst også godt samarbeid mellom helsestasjonslege og allmennpraktiker og områdepediatr eller annen spesialist. Tjenesten er

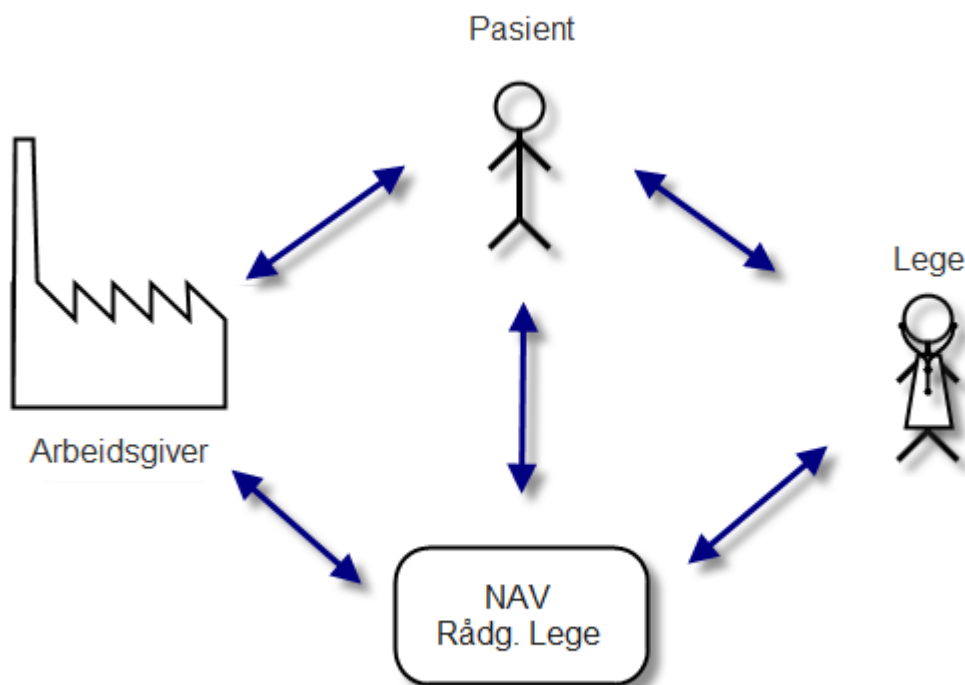
pålagt å ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Helsestasjonslege og fastlege har en betydelig samarbeidsflate. Det gjelder blant annet hvor langt en helsestasjonslege skal bevege seg i retning av diagnostikk og behandling av presenterte symptomer og tegn, og ansvaret for oppfølging av kronisk syke barn.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre kommunale tjenester som for eksempel sosialtjenesten, barnevernstjenesten, barnehage, skole, PP-tjeneste og hjemmesykepleie.

Svangerskapsomsorg. Gravide kvinner med behov for spesiell hjelp og omsorg er særlig avhengige av en svangerskapsomsorg der samarbeidet fungerer godt mellom jordmor, helsestasjonslege / fastlege/ spesialisthelsetjenesten og helsesøster. Har den gravide eller hennes familie behov for særlig omsorg, er det spesielt viktig at det er utviklet et godt samarbeid mellom jordmor, lege og helsesøster. Det kan være behov for å samarbeide med blant andre fysioterapeut, psykolog, barnevernstjeneste, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og helse- og treningsrådgiver [8].

6.7. Trygdemedisinsk samhandling



Legen er den mest sentrale premissleverandøren for at en pasient skal få en trygdeytelse, enten dette gjelder hva pasienten skal henvises til eller hvilke ytelser legen mener at pasienten bør

få. Legen blir dermed satt til å være mer enn smertelindrer, og kan også bli pasientens advokat eller trygdeetatens portvokter.

Legen forholder seg til sykdommer, plager og symptomer som pasienten har. Legen setter dette inn i sin sammenheng som omfatter prognoser, behandlingsformer og muligheter som finnes enten for å lette personens smerter eller for å kurere pasienten. Gjennom folketrygdloven gis legen rett til å henvise pasienter videre, for eksempel til fysioterapeuter eller spesialister på grunnlag av eget skjønn.

Legen er også en forvalter av folketrygdens ytelser på grunn av retten til å sykmelde, friskmelde eller skrive ut legeerklæringer i forbindelse med uførhet og rehabilitering. Legen kan kanskje anbefale personen å søke om uførepensjon, attføring eller yrkesskade, og erklæringene fra legen legges til grunn når en slik søknad foreligger. Legen kan dermed settes i en vanskelig dobbeltrolle. Som behandler er hun avhengig av pasientens tillit. Som forvalter av trygdeytelsene skal legen være portvokter.

Rådgivende lege skal være kunnskapsformidler og bindeledd mellom den medisinske fagverden og trygdeetaten. Den rådgivende legen skal også på eget initiativ ta opp trygdefaglige problemstillinger og presentere disse for den administrative instansen hun jobber mot. Den rådgivende legen skal altså forholde seg til trygdeetaten og de medisinske opplysningene som foreligger i saken og ikke til brukeren [9].

6.8. Punktkontakt (pasient - primærlege)

Mange av møtene mellom fastlege og pasient er punktkontakt, i den forstand at konsultasjonen ikke fører til videre oppfølging ut over denne kontakten.

6.9. Andre samhandlingssituasjoner

Vi har i dette og foregående kapittel beskrevet sentrale aktører og dekket noen viktige samhandlingssituasjoner mellom disse aktørene. De beskrevne situasjonene er langt fra uttømmende, og innen hver situasjon vil man kunne tilføre flere detaljer og aktører.

Dekker man imidlertid de beskrevne aktører og samhandlingssituasjoner med gode IT-løsninger, vil man ha dekket en god del av den samhandling som foregår, og også ha etablert et grunnlag som kan utvides og tilpasses flere aktører og samhandlingssituasjoner.

7. Samhandlingsmetoder

7.1. Samhandlingens karakter

Fram til i dag har den elektroniske kommunikasjonen mellom helsepersonell konsentrert seg om elektroniske meldinger (bl.a. henvisninger, epikriser og rekvisisjoner). Helsefaglig meldingsutveksling fungerer godt for planlagte tjenester i enkle behandlingsforløp og når sender og mottaker er kjent på forhånd, men har sine begrensninger i uplanlagte situasjoner når det haster og når pasienten har vansker med å gjøre rede for seg. Det er da behov for en løsning som kan gi rask tilgang til livsviktige og tilrettelagte helseopplysninger i kompliserte øyeblikkelig hjelp situasjoner og for pasientforløp som involverer flere aktører samtidig, for eksempel i form av kjernejournal.

Tilsvarende vil tjenester til personer med kroniske lidelser fordre at ett sett med ulike aktører samhandler tett, og der dette i liten grad er beskrevet i forhåndsdefinerte forløp. Spesielt for primærhelsetjenesten i kommunene er det at disse aktørene i stor grad er organisert i separate virksomheter. Gjennom lovendringer [10] er det nå åpnet adgang til å etablere virksomhetsovergrepene behandlingsregistre som kan gi disse aktørene tilgang til et felles informasjonsgrunnlag om pasientens helsetilstand.

Målrettet eller ikke målrettet kommunikasjon kan benyttes for samhandling mellom de ulike aktørene. Målrettet og ikke målrettet kommunikasjon kan igjen deles inn i undergrupper avhengig av om kommunikasjonen er asynkron eller synkron. Det finnes også ulike løsningsalternativer for hvordan kommunikasjonen kan realiseres i praksis. Figuren under illustrerer noen eksempler.

Løsningsalternativer	Målrettet kommunikasjon	Ikke målrettet kommunikasjon
Synkron	Telemedisinske løsninger Sanntidstjenester (ex. booking) Sanntids dialog (ex. chatting)	Broadcast av video. f.eks ifm opplæring
Asynkron	Meldinger og web-tjenester	Løpende oppdatering og tilgang til felles informasjon (ex. kjernejournal)

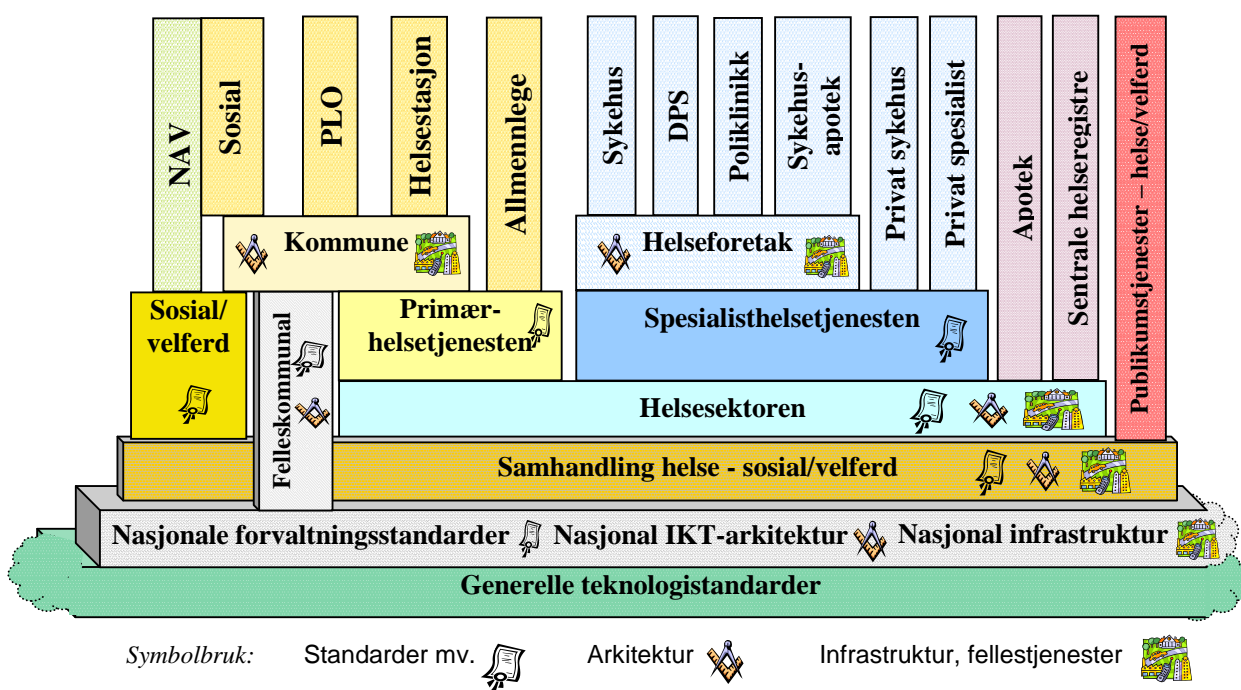
7.2. Samhandlingsarkitektur for helsesektoren

Hvilke løsninger for samhandling som er mulig, vil reguleres av lovverk og anbefalinger som er gitt av sentrale aktører. KITH har et nasjonalt ansvar for standardisering innenfor helse- og sosialsektoren og utarbeider i samarbeid med leverandører, brukermiljø og beslutningstakere nasjonale standarder på oppdrag fra Helsedirektoratet. Nasjonal IKT utarbeider anbefalinger for spesialisthelsetjenesten, og dette arbeidet samordnes i størst mulig grad med standardiseringsarbeidet.

Standarder og nasjonale føringer videreutvikles over tid, og det vil være en gradvis overgang til nye standarder. Nye prosjekter bør følge anbefalinger for samhandling som er gitt av KITHs Samhandlingsarkitektur og NIKTs styringsdokument for tjenesteorientert arkitektur for spesialisthelsetjenesten.

Nye utprøvningsprosjekter trenger ikke nødvendigvis å dekke alle krav, men det vurderes om disse prosjektene kan ha et potensial for bredding over tid, gitt at de kan inngå i en fremtidig migrasjonsstrategi.

Figuren under viser hvilke nasjonale standarder og arkitekturer de ulike aktørene i helse- og sosialsektoren må forholde seg til.



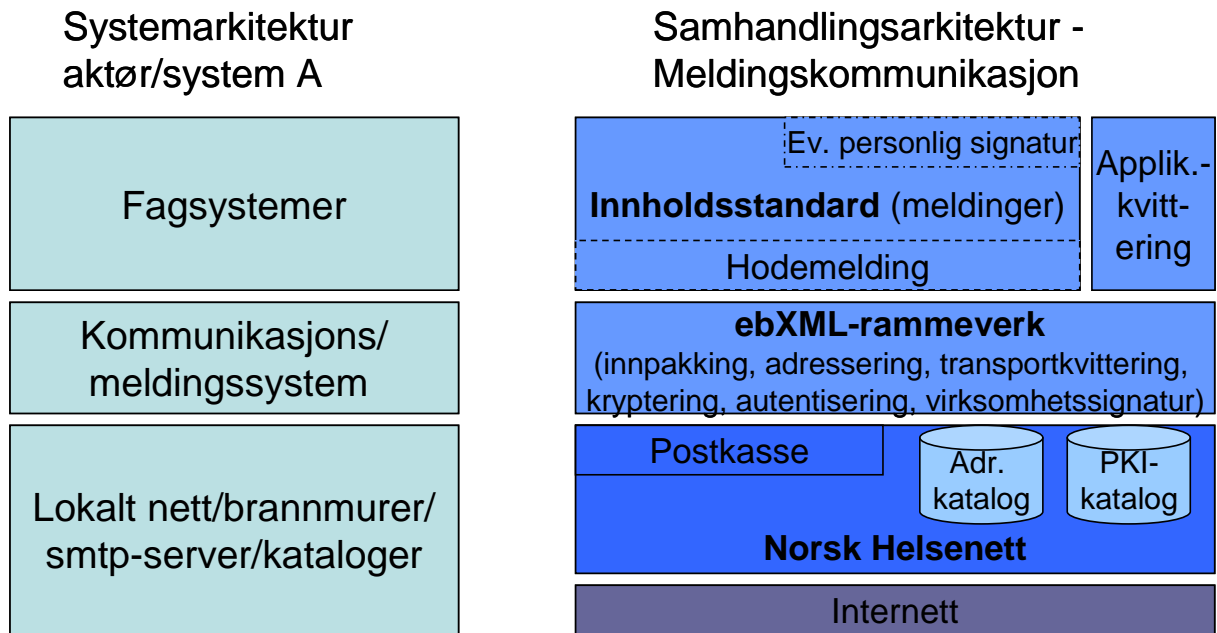
Figur 7. 1: Helse – Omsorg og Sosial – Velferd, Standardisering – avhengigheter og samordning

En samhandlingsarkitektur er en overordnet beskrivelse av de ulike elementene som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk mellom ulike aktører eller IT-systemer i sektoren, og hvordan elementene forholder seg til hverandre. Den sikrer at ulike systemer og aktører kan

kommunisere elektronisk. Samhandlingsarkitekturen definerer infrastruktur, basistjenester, kommunikasjons tjenester og innholdsstandarder. Innenfor denne rammen må arkitekturen detaljeres for ulike kommunikasjonsformer (webtjenester, annen informasjonsdeling), slik det per i dag er gjort for meldingsbasert kommunikasjon.

For å beskrive detaljer i arkitekturen vil det være nødvendig å ha med en egen arkitektur for henholdsvis meldingskommunikasjon, web-services eller for andre behov. For mer informasjon, se www.kith.no.

Samhandlingsarkitekturen er utviklet av KITH i samarbeid med sentrale aktører og systemleverandører i helse- og sosialsektoren.



Standardene som brukes i Norge tar utgangspunkt i europeiske CEN-standarder, men det er etter hvert et tett samarbeid mellom CEN, ISO og HL7. Disse er alle organisasjoner som arbeider med standardisering i tilknytning til helseinformatikk.

8. Allmenne prosjektegenskaper

Vi vil nedenfor beskrive noen egenskaper ved prosjekter for å forbedre IT-støttet samhandling innen helse- omsorgssektoren, som er relevant ved evaluering av søknader og forslag.

8.1. Samhandlingsnivå

God elektronisk samhandling fordrer bearbeiding av flere faktorer og rammebetingelser på ulike nivåer:

- Finansiering
- Lovgiving
- Organisering
- Systemer
- Arkitektur og infrastruktur

Ved etablering av elektroniske løsninger som understøtter god samhandling, vil finansiering og lovgiving som hovedregel kunne ses på som rammebetingelser, men enkelte løsninger kan kreve endringer av disse rammebetingelsene for å kunne realiseres. Ved nylig gjennomførte endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven er det nå åpnet for tilgang til behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomhetsgrenser og etablering av behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomheter [10].

Også ”organisering i stort”, dvs. grunnleggende ansvarsforhold og arbeidsdeling mellom aktørene, vil normalt være en rammebetingelse i vår sammenheng.

De prosjekter og initiativer som skal vurderes, vil derfor normalt kunne inneholde elementer av følgende:

- ”Organisering i smått”, dvs. endring i arbeidsprosesser internt i en virksomhet og mellom samhandlende virksomheter. Erfaring fra for eksempel arbeidet med innføring av elektronisk epikrise og henvisning, viser at man ikke kan se på kun de elektroniske løsningene uten å gå inn i de tilhørende arbeidsprosessene og forta nødvendig opplæring.
- Systemer. Etablering av systemer som gir IT-støtte (endesystemer hos brukerne, kommunikasjonsløsninger m.v).
- Arkitektur og infrastruktur. Det må være et avklart forhold til den nasjonale samhandlingsarkitekturen, inkludert den nasjonale infrastrukturen (Helsenettet, kommunikasjonsstandarder, kodeverk og terminologi...) som er del av denne.

Utprøving av utvidelse eller endringer i Samhandlingsarkitekturen må forankres i KITHs standardiseringsarbeid.

8.2. Faser

Fra idé til etablert løsning gjennomløpes flere faser, aktuelle prosjekter og initiativer kan dekke én eller flere av disse:

- Forskning og utvikling (FoU). Utarbeidelse og utprøving av nye konsepter for IT-støttet samhandling. Disse konseptene behøver nødvendigvis ikke være i samsvar med sektorens vedtatte grunnlag (lover, forskrifter, arkitektur og infrastruktur,...), men implikasjonene av avvik bør være utredet før oppstart. Dersom utprøvingen omfatter reelle pasienter, må nødvendige tillatelser i forhold til lover og forskrifter innhentes (personvernlovgiving og helselovgivning).
- Spesifikasjon. Behovskartlegging og kravspesifikasjon. KITH har uarbeidet standarder og generelle kravspesifikasjoner som må ligge til grunn, se www.kith.no, samt ELIN-prosjektene [1].
- Realisering. Etablering av løsninger for IT-støttet samhandling (utvikling og implementering) .
- Utbredelse. Innføring i stor skala. Overgang fra papirbaserte til elektroniske rutiner.

8.3. Organisering og gjennomføring

Helse- og sosialsektoren er kompleks, med mange organisasjonsledd og utøvelse av en rekke profesjoner. Dette stiller særlige krav til organisering og gjennomføring av prosjekter, der bruker- og behovsforankring må tillegges betydelig vekt.

Innenfor helse- og sosialsektoren, har det nå vært gjennomført flere vellykkete prosjekter etter den såkalte ELIN- metodikken. Prosjektene har vært gjennomført med støtte fra Innovasjon Norge, med utgangspunkt i deres BIT- program for utvikling av felles Bransjeløsninger.

ELIN- metodikkens hovedelementer er:

- Brukerstyrt behovsavklaring og spesifikasjon av funksjonskrav
- Bygger på omforente standarder og arkitektur
- Leverandørene utvikler løsningene
- Testing og sertifisering i henhold til definerte krav

9. Situasjonsanalyse

9.1. Forutsetninger for elektronisk samhandling

Elektronisk samhandling over virksomhetsgrenser forutsetter at virksomhetene i seg selv har IT-systemer (EPJ-systemer), samt et nasjonalt, standardisert grunnlag for håndtering og utveksling av informasjon:

- Felles terminologi og informasjonsgrunnlag
- Etablerte kommunikasjonsstandarder
- Felles infrastruktur (Helsenettet)

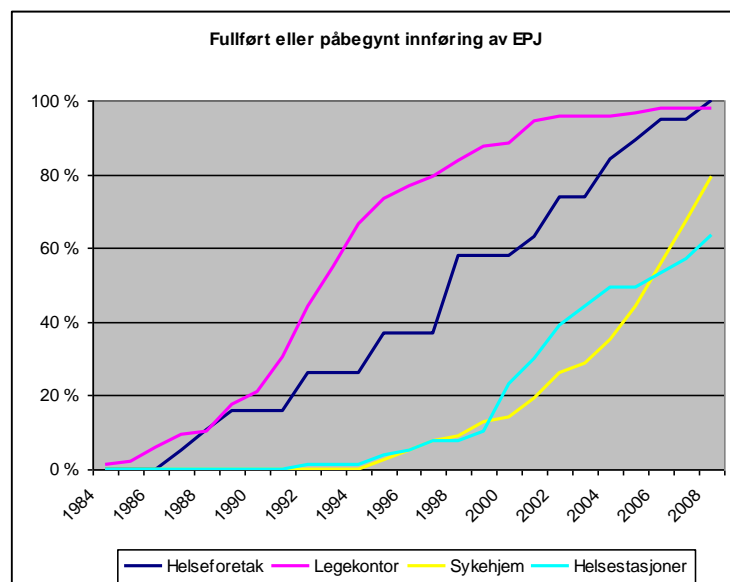
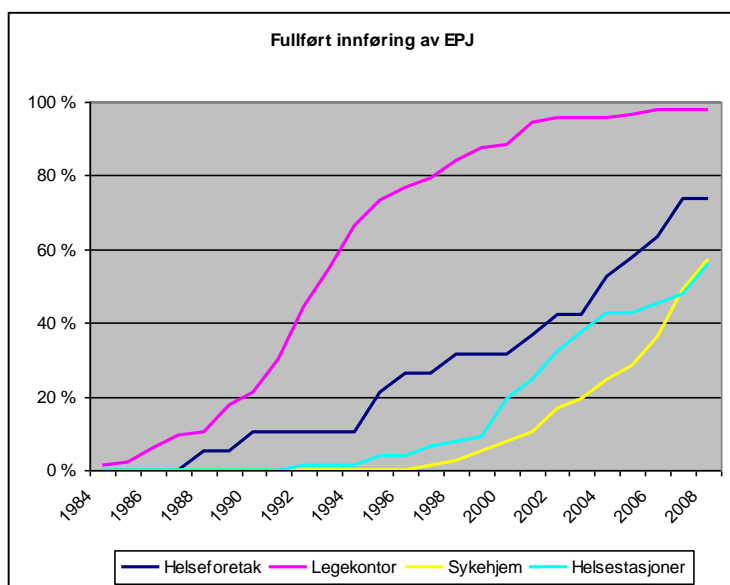
9.1.1. Tilgang til Elektronisk pasientjournal (EPJ)

En *elektronisk pasientjournal (EPJ)* er definert som:

Elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/ registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp.

Dersom to aktører skal samhandle elektronisk på en god måte, enten det er ved informasjonsutveksling eller informasjonsdeling, er det en forutsetning at de begge har innført EPJ.

Figurene nedenfor, viser status for EPJ innføring hos sentrale aktører [11]:



Mens nær sagt alle legekantorene i flere år har hatt EPJ, er de andre aktørene først kommet etter i løpet av det helt siste. Fortsetter utviklingen, vil det i løpet av nær framtid ligge til rette for full overgang til elektronisk samhandling mellom aktørene, uten at tids- og kostnadskrevende manuelle rutiner opprettholdes i parallell.

9.1.2. Felles terminologi og informasjonsgrunnlag

En av de viktigste faktorene i en vellykket faglig kommunikasjon er felles forståelse og konsistent bruk av termer som refererer til de faglige begrepene man kommuniserer om. Systematisk og korrekt bruk av helsefaglige kodeverk, klassifikasjoner og termer er en grunnpilar i moderne helsevesen. Enhetlig forståelse og bruk av kodeverk og begrepsdefinisjoner danner grunnlag for planlegging, rapportering, styring, resultatvurdering, kvalitetsutvikling og finansiering. Ønske og krav om mer strukturerte elektroniske pasientjournaler forutsetter også entydig definisjon og bruk av de journalelementene som skal struktureres.

Flere av de nødvendige diagnose- og prosedyrekodeverk er allerede på plass og er tatt i bruk, bl.a. ved nasjonal rapportering som også danner grunnlag for finansiering og refusjon av helsetjenester. Det er fortsatt behov for å utvikle og implementere kodeverk for helsetjenesteområder/pasientgrupper som ennå ikke er dekket av dagens portefølje av kodeverk (bl.a. pågående arbeid med kodeverk for områdene habilitering, rehabilitering, rus og psykiatri, laboratoriefagene samt radiologi). Den økende grad av elektronisk samhandling fører også til økende behov for å etablere felles terminologier på tvers av helsefagene/omsorgsnivåer. På dette området er det fortsatt mye ugjort.

Helsevesenets terminologi og informasjonsgrunnlag utvikles og vedlikeholdes av KITH, etter avtale med Helsedirektoratet

9.1.3. Etablerte innholds- og kommunikasjonsstandarder

Disse standarder utvikles av KITH i en prosess som sikrer innflytelse av helsesektorens aktører og leverandører.

Standardene legger grunnlaget for sikker og effektiv kommunikasjon mellom aktørene. De omfatter funksjoner som innpakking, adressering, mottakskvittering, kryptering og autentisering. For andre kommunikasjonsformer enn meldingsutveksling må det utvikles tilsvarende rammeverk for kommunikasjonstjenester.

Innholdsstandarder sikrer korrekt innhold, format og struktur (riktig informasjon på rett sted). Egen applikasjonskvittering bekrefter at meldingen er mottatt og tolket riktig av fagsystemet. For enkelte meldinger er det behov for personlig signatur, løsning for dette må da være implementert i avsendersystemet.

KITH har etablert og opererer en test- og godkjenningsordning som skal sikre at leverandørene av fagsystemer implementerer standardene på korrekt måte. Ordningen omfatter leverandører av systemer til spesialisthelsetjenesten, primærleger og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Sluttbrukere bør ved anskaffelser kreve at systemene er godkjent i henhold til ordningen. For leverandørene innebærer ordningen en harmonisering av krav til de ulike leveranser.

Det foreligger standarder for det meste av den aktuelle helsefaglige kommunikasjonen, men standardene er i ulik grad implementert av systemleverandørene og sertifisert i KITHs test- og godkjenningsordning.

9.1.4. Tilgang til Helsenettet

Norsk Helsenet er etablert som et lukket, dedisert nettverk for kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren. En oversikt fra mai 2009 viser at hele spesialisthelsetjenesten, over 90 % av fastlegene og 45 % av kommunene er tilknyttet helsenettet.

I første fase har en konsentrert seg om etablering av infrastrukturen mens aktuelle tjenester har hengt etter. For brukerne er tjenestene det avgjørende. De mest aktuelle tjenester er sikker tilknytning for ulike aktører (f. eks. hjemmekontorløsning), adressekatalog, PKI-katalog (godkjente sertifikater) og postkasse for meldingsutveksling. Videokonferanse og tilknytning til ulike informasjonstjenester er også aktuelt.







Norsk Helsenet har hittil vært et aksjeselskap eid av spesialisthelsetjenesten, men er fra 1. juli 2009 etablert som statsforetaket Norsk Helsenet SF. Foretaket får et utvidet nasjonalt ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur på helse- og omsorgsområdet.

9.2. Status for elektronisk samhandling

Dette kapittelet gir en oversikt over status for arbeidet med utbredelse av samhandlingsløsninger innenfor følgende samhandlingskjeder:

1. Medisinsk samhandling
2. Omsorgskjeden
3. Veiledende samhandling (shared care)
4. Akuttmedisinsk samhandling
5. Service- og støttefunksjoner, eksempel lab
6. Forebyggende samhandling
7. Trygdemedisinsk samhandling
8. Punktkontakt pasient – lege/tannlege

Følgende punkter er beskrevet:

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	Beskriver i hvilken grad EPJ-systemer er utbredt. Tilstedeværelsen av EPJ-systemer er en viktig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for de fleste former for samhandling i helsesektoren.	 Liten
		 Middels
		 God
Status på standarder	Beskriver i hvilken grad standarder for elektronisk samhandling er tilgjengelige. Dette kan være KITH-standarder som ligger til grunn for web-løsninger eller meldingsbasert kommunikasjon, eller profiler av internasjonale standarder som for eksempel standarder for bildeformater eller utveksling av sikker e-post.	 Liten
		 Middels
		 Stor

	Standarder omfatter sammenheng både syntaksstandarder og standarder for det faglige innholdet. På områder hvor det i dag er etablert standarder for meldingsutveksling, vil fargekoden være grønn, men det er viktig å merke seg at det også er behov for videreutvikling av eksisterende standarder. Nye og reviderte standarder bør i økende grad baseres på utveksling av gjenbrukbare journalelementer.							
Utbredelse av løsninger	Beskriver i hvilken grad samhandlingsløsninger er tatt i bruk.	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: red;"></td> <td>Liten</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow;"></td> <td>Middels</td> </tr> <tr> <td style="background-color: green;"></td> <td>Stor</td> </tr> </table>		Liten		Middels		Stor
	Liten							
	Middels							
	Stor							
Kommunikasjonsmetode	Beskriver om det brukes web-løsninger, meldingsbasert kommunikasjon eller andre former for samhandling.							
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale prosjekter	Referanser til nasjonale prosjekter og initiativer samt lokale prosjekter som antas å være av spesiell nasjonal interesse							
Spesielle utfordringer	Beskriver spesielle utfordringer og hindringer for utbredelse av samhandlingsløsningene.							

9.2.1. Medisinsk utredning og behandling

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	<p>Journalssystemer og kommunikasjonsløsninger er på plass både hos fastleger og sykehus, men to av RHFene (Vest og Sør-Øst) har utfordringer med overgang til nye EPJ-systemer og har derfor vært noe avventende.</p> <p>ELIN-a har bidratt med spesifikasjoner av nødvendig tilleggsfunksjonalitet for medisinsk samhandling i journalssystemene hos fastlegene. Det arbeides også med et ELIN-s prosjekt som skal sikre bedre løsninger på sykehussiden.</p>	
Status på standarder	Standarder for henvisninger og epikriser er utarbeidet. Det er også ønskelig å få gjort mer arbeid med spesialitetstilpassede henvisninger på nasjonalt nivå.. Henvisninger mellom sykehus er i liten grad dekket.	
Utbredelse av løsninger	Epikriser er i utstrakt bruk, men utbredelsen på henvisninger fortsatt er lav. Noen kommuner sender også epikriser fra legevakt til fastlege.	

Kommunikasjonsmetode	De fleste løsningene er i dag meldingsbaserte, men det finnes web-baserte løsninger for henvisninger med utfyllingsstøtte, som er i begrenset bruk.	
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale prosjekter	Meldingsløftet, ELIN-k, ELIN-s, ELIN-a, eResept, talegjenkjenningsprosjekter for epikriser, interaktiv henvisning (Ahus, Bærum og UNN), CONNECT (samhandling med pasienten, RH)	
Spesielle utfordringer	Få sykehus mottar elektroniske henvisninger. Få sertifiserte løsninger. Behov for videreutvikling: Løsninger for samhandling med pasient/pårørende. Videre arbeid med sending av henvisninger mellom sykehus og spesialistsystemer. Videre arbeid med spesialitetstilpassede henvisninger. Videreutvikling av web-baserte løsninger. Revisjon av eksisterende standarder etter hvert nødvendig.	

9.2.2. Omsorg- og rehabiliteringsskjeden

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	Journalsystemer og kommunikasjonsløsninger er på plass både hos kommuner, primærleger og sykehus, men to av RHFene (Vest og Sør-Øst) har utfordringer med overgang til nye EPJ-systemer og har derfor vært noe avventende. ELIN-k prosjektet bidrar i samarbeid med KITH med spesifisering av løsninger for samhandling.	
Status på standarder	Standarder for utskrivningsepikrise, forespørsel og svar, orientering om tjenestetilbud, konsultasjon, overføring av medisinske opplysninger, helseopplysninger ved søknad, legemiddelopplysninger, fraværsmelding, avviksmelding og pasientlogistikkmeldinger er utarbeidet og implementert av de fleste leverandørene av systemer til pleie- og omsorg samt primærleger. Sykehusene er i ferd med å implementere meldingsstandarder.	
Utbredelse av løsninger	Begrenset bruk av telemedisinløsninger (teledialyse, hud, øye, DMS-veiledning – Fosen, veiledningsmøter i.f.m. utskrivning til sykehjem og rehab)- og	

	<p>meldingsbasert kommunikasjon (labsvar, epikriser og utskrivingsnotater).</p> <p>Meldingene er under pilotering, ca 70 samspillkommuner har tilrettelagt for elektronisk samhandling når meldingene er ferdig pilotert.</p> <p>Flere kommuner har også tatt i bruk håndholdte løsninger for mobil tilgang til EPJ. som benyttes ved hjemmebesøk.</p>	
Kommunikasjonsmetode	<p>Meldingsbasert kommunikasjon brukes for sending av de standardiserte meldingene.</p> <p>Videokonferanseløsninger benyttes også i samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene.</p>	
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale prosjekter	ELIN-k, fyrtårnprosjektene, eResept, Satsingskommuner tilknyttet Hdirs Samspilloppfølging.	
Spesielle utfordringer	<p>Mange kommuner er ikke tilknyttet helsenettet (ca. 45% av kommunene tilknyttet pr. 1.5.09)</p> <p>EPJ-systemene i kommunehelsetjenesten brukes i økende grad i helsefaglig sammenheng, men flere kommuner trenger fortsatt å få på plass tekniske løsninger og EPJ.</p> <p>Behov for videreutvikling: Nye systemer for pasient- og pårørende- støtte.</p> <p>Videreutvikling av telemedisinløsninger som kan gjøre pasienten i stand til å bo hjemme.</p> <p>Videreutvikling av moduler for fysioterapeuter, ergoterapeuter, manuellterapeuter og andre aktører som fører journal.</p> <p>Etablering av løsninger for kommunikasjon hos samhandelnde aktører som sykehus, spesialister og fastleger.</p>	

9.2.3. Veiledende samhandling ("shared care")

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	Journalssystemer er i stor grad tilgjengelig, men mangler løsninger for kjernejournal og delvis individuell plan.	
--	---	--

Status på standarder	Det er utarbeidet en standard for gjenbrukbare moduler fra SUMO-prosjektet, samt en standard for individuell plan basert på EPJ-standard	
Utbredelse av løsninger	Individuell plan er bl.a. prøvd ut i RHF Midt-Norge (SamPro, samarbeidsprosjekt mellom SINTEF/Helse, Visma Unique og Helse Midt-Norge). Ulike telemedisinløsninger er tatt i bruk, bla for kreftomsorg og kronisk syke barn.	
Kommunikasjonsmetode	Meldingsbasert kommunikasjon, testløsning på kjernejournal. Telemedisinløsninger. Lovverket åpner nå for virksomhetsovergrepene registre.	
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale prosjekter	NEXES - Samhandlingskjede for kronisk syke (St. Olav/RHF Midt-Norge og Trondheim kommune, Barcelona, Aten, EU), ELIN-k, SUMO, kjernejournal, telemedisinprosjekter	
Spesielle utfordringer	<p>Kronikere beslaglegger allerede i dag store ressurser. Lengre levetid vil i fremtiden føre til flere kronikere. Bør derfor legge opp til større grad av egenmestring og flytte mer oppfølging fra spesialisthelsetjeneste til primærhelse. (eks helsehus, intermedierposter...) og til pasienten/ brukeren.</p> <p>Dette krever nye elektroniske samhandlingsløsninger og muligens også endring av lovverk.</p> <p>Udekkete behov kan løses gjennom kjernejournalløsninger, gjerne for utvalgte grupper. (eks kreft, KOLS, hjertesvikt, slag)</p> <p>Pasienten bør i større grad involveres i mestring av egen sykdom og det bør utvikles bedre løsninger for samhandling med pasienten både fra spesialist- og primærhelsetjenesten.</p> <p>Fortsatt behov for å fokusere på økt bruk av EPJ i helsefaglig sammenheng i kommunene.</p>	

9.2.4. Akuttmedisinsk samhandling

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	AMK-sentralene har full utbredelse av akuttmedisinsystemet AMIS. Benytter ofte i tillegg "medisinsk indeks". Legevaktsentralene har ulike systemer, bla fra Profdoc. Helseforetakene har akuttmoduler for akuttmottaket i sine journalsystemer. Fly, helikopter, ambulanse og ambulansébåt har egne	
--	---	--

	systemer.	
Status på standarder	Definisjonskatalog er utarbeidet, men må revideres.	
Utbredelse av løsninger	Mangler i stor grad løsninger for utveksling av journalinformasjon mellom de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden.	
Kommunikasjonsmetode		
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale prosjekter	Forprosjekt for samhandling innen akuttmedisin i regi av NST. NIKT-prosjekt for spesifisering av akuttmodul og akuttdatabase på HF-nivå igangsettes. NIKT arbeider også med akuttmedisindatabase på HF/RHF-nivå. Nasjonalt nødnettprosjekt (Tetra) pågår. Triage-prosjekt i Helse Sør-Øst.	
Spesielle utfordringer	Mangel på kommunikasjon mellom de ulike aktørene. Informasjonen håndteres i separate journalsystemer. Bør vurdere om det er mulig å bruke deler av eksisterende standarder eller benytte kjernejournalløsninger. Nye prosjekter: Samhandlingsprosjekter nødvendig.	

9.2.5. Service og støttefunksjoner, lab og radiologi

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	God utbredelse på laboratoriesystemer, PACS og RIS.	
Status på standarder	Standarder for rekvisisjoner og svar er tilgjengelige.	
Utbredelse av løsninger	Tilnærmet full utbredelse på elektroniske laboratoriesvar for medisinsk biokjemi, men ikke alt er standardiserte løsninger. Økende utbredelse på andre laboratorieområder. Økende dekning på elektronisk rekvisivering med flere pågående prosjekter, bla AHUS og UNN og løsning fra Fürst lab (FORUM). Mangelfull dekning på radiologisvar (bilder). Sender CD-er. Økende utbredelse på radiologisk henvisning.	
Kommunikasjonsmetode	Meldingsbasert for laboratoriesvar, i noen grad web-basert for rekvisisjoner. CD-er for radiologi bilder.	
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale	Meldingsløftet	

prosjekter		
Spesielle utfordringer	<p>Utfordring for fastlegen hvis laboratorier og sykehus etablerer ulike web-baserte løsninger for rekvisisjon av prøver. Regionale løsninger kan også komplisere rekvisisjonsarbeidet for legene.</p> <p>Radiologisvar sendes elektronisk, men manglende løsninger for bilder gir fortsatt behov for bruk av CD-baserte løsninger.</p>	

9.2.6. Forebyggende samhandling

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	Journalssystemer er i stor grad tilgjengelig ved helsestasjon, fastlege og sykehus, men helsestasjoner mangler kommunikasjonsløsning. Bedriftshelsetjenesten har egne fagsystemer.	
Status på standarder	Behovene er i liten grad kartlagt. Mangler i stor grad standarder. Det fins standarder for meldinger til SYSVAK, fødselsregisteret, kreftregisteret og MSIS.	
Utbredelse av løsninger	Liten utbredelse av samhandlingsløsninger. Har noen telemedisinløsninger, bla i forhold til oppfølging av gravide. Rolleavklaring og samhandlingskjeder utover for barn og unge og gravide er i liten grad etablert	
Kommunikasjonsmetode	Telemedisin, dialogmelding og meldingbasert innrapportering til registre.	
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale prosjekter	ELIN-helsestasjon, helsekort for gravide; SYSVAK	
Spesielle utfordringer	Økt fokus fremover på forebygging nødvendig, spesielt i forhold til å forebygge livsstilssykdommer. Bør legge til rette for at pasienten kan holde seg hjemme lengst mulig, og ikke komme inn i omsorgskjeden. Telemedisinsk monitorering og innrapportering bør tas i bruk. Kommunikasjon mellom bedriftshelsetjeneste og andre aktører bør etableres.	

9.2.7. Trygdemedisinsk samhandling

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	Journalsystemer tilgjengelig hos legene. Funksjonaliteten er god i fastlegesystemene, men usikkerhet om status for løsningene hos sykehus.	
Status på standarder	Sykmeldinger, legeerklæring og oppgjørsmeldinger. Standard for overføring av fastlegelister er under utarbeidelse.	
Utbredelse av løsninger	Ca halvparten av legekontorene sender sykmeldinger elektronisk (55 % av legene har PKI). 30 % av alle sykmeldinger går elektronisk.	
Kommunikasjonsmetode	Meldingsbasert	
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale prosjekter	Meldingsløftet, Ei@-videreutvikling. ELIN-sykmelding.	
Spesielle utfordringer	NAV-reformen pålegger samhandling. Legene etterlyser elektronisk samhandling fra NAV og er skeptiske til å sende før de får noe igjen. Savner også kvitteringsmekanismer og brukerstøtteordningen. PKI-løsningen har tungvint brukergrensesnitt. Behov for standarder på erklæringer på uførhet og atføring.	

9.2.8. Punktkontakt pasient - lege/tannlege

Status på utbredelse av fagsystemer hos aktørene	Fastlegene og tannlegene har journalsystemer, men pasienten har i liten grad tilgang til egen journalinformasjon.	
Status på standarder	Standard er utarbeidet.	
Utbredelse av løsninger	Mange legekantor har enkle løsninger tilgjengelig for pasientkommunikasjon. Løsninger for bestilling av time og attester samt reseptfornyelse er tilgjengelig. Få løsninger for samhandling mellom sykehus og pasient, og tannlege – pasient.	
Kommunikasjonsmetode	Web-basert	
Nasjonale prosjekter og evt. strategiske lokale prosjekter	ELIN-a, ELIN-tann	

Spesielle utfordringer	Egenjournal burde kunne knyttet til en nasjonal kjernejournal. Pasienten vil få tilgang til noe informasjon via MinSide, bl.a. mine resepter ifm eReseptprosjektet.	
------------------------	---	--

10. Vedlegg 1 – Referanseliste

1. ELIN-prosjektene

ELIN: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_3164.aspx.

ELIN-k(ommune):

https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/Fagpolitikk/Prosjekter/Prosjekt?p_menu_id=17038&p_dimension_id=264384

ELIN-(helsestasjon):

https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/Fagpolitikk/Prosjekter/Prosjekt?p_menu_id=17038&p_dimension_id=326295

2. St. meld. Nr. 7 – Et nyskapende og bærekraftig Norge.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-7-2008-2009-.html?id=538010>
3. NOU 2005:3 – Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-2005-03.html?id=152579>
4. ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt, Rapport 1 – 2009, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, UNIFOB Helse, <http://www.unifobhelse.no/upload/Handlingsplan.pdf>
5. Apotek og legemidler 2008, Apotekforeningen 2009,
http://www.apotek.no/graphics/NAF-bibliotek/Diverse/PDF/Apotek_og_Legemidler/2008/apotek_legem_08_op_pslag.pdf
6. Helseregistre redder liv, FHI 2005,
<http://www.fhi.no/dav/DFA781C001.pdf>
7. Utredning vedr. samhandling mellom helseforetakene og kommunene, Nasjonal IKT, 2006
http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Nasjonal%20IKT_8_280606.pdf

8. Veileder til forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet 2005
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/veileder_til_forskrift_om_kommunens_helsefremmende_og_forebyggende_arbeid_i_helsestasjons_og_skolehelsetjenesten_18990
9. NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/nou-1999-13.html?id=141704>
10. Ot.prp. nr. 51 (2008-09) Om lov om endring i helseregisterloven og helsepersonelloven
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/2008-2009/otprp-nr-51-2008-2009-.html?id=553804>
11. EPJ monitor 2008, Helsedirektoratet 2009 (endelig versjon ikke publisert)
12. St. meld. Nr. 25 (2005-06), Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/Stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>
13. St.prp. nr. 1 (2006-07) kapittel 6, Nasjonal helseplan (2007-10)
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/prm/2006/0083/ddd/pdfv/292402-nasjonal_helseplan_saertrykk.pdf
14. Kommunale identiteter for pasientinformasjon, KS 2007
http://old.ks.no/uoddb/docs/2785_074021_komm_identer_rapport.pdf
15. Organisasjonskodeverk (OK) for spesialisthelsetjenesten, KITH
http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1136.aspx
16. Prosesstøttende EPJ-systemer – bakgrunn, definisjon og målsettinger, Nasjonal IKT 2007
<http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/ProsesstottendeEPJsys.pdf>
17. Tjenesteorientert arkitektur i spesialisthelsetjenesten, Nasjonal IKT 2008
http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Tjenesteorientert_arkitektur_i_spesialisthelsetjenesten_hovedrapport_reduisert_v1_0e.pdf
18. God vilje, dårlige verktøy – om, samhandlingen mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av omsorgstrengende eldre, SINTEF A7877, 2008
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00079/Rapport_God_vilje_-_79709a.pdf

19. Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-13, Helsedirektoratet 2008
http://www.helsedirektoratet.no/samspill/samspillplanen_2_0_for_2008_2013_169664
20. Helse- og omsorgssektoren: IKT en forutsetning for god samhandling, Tidsskriftet Helse/ Medisin/ Teknikk nr. 1 2009
<http://www.helsemedisinteknikk.no/default.asp?menu=4&id=4173#b4>
21. Helsevesenet 2013 – IKT-perspektiv, KITH 2008
<http://www.kith.no/upload/4266/R13-07Helsevesenet2013.pdf>
22. Undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten, Riksrevisjonen dokument 3:7 (2007-08), 2008
http://www.riksrevisjonen.no/NR/rdonlyres/100CD1C0-9B8B-40BB-B35C-82D10FF80F3A/0/Dok_3_7_2007_2008.pdf
23. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2004/NOU-2004-18.html?id=150699>
24. St.meld.nr.47 (2008-09) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

11. Vedlegg 2 – Utredningens gjennomføring

Utredningen er gjennomført av KITH AS i 1. halvår 2009. Prosjektgruppen har vært Jacob Hygen (prosjektleder), Vigdis Heimly og Robert Landsem.

Arbeidet har i hovedsak basert seg på tilgjengelig materiale. Det har i tillegg vært innhentet informasjon ved samtaler internt i KITH og eksternt (Anders Grimsmo, NTNU og Valborg Sund, St. Olavs Hospital).

Arbeidet har videre vært organisert med en intern referansegruppe og en ekstern referansegruppe. Den interne referansegruppen har bestått av Bjarte Aksnes, Annebeth Askevold, Tom Christensen og Jim Yang. Det har vært 4 møter i denne gruppen, samt at gruppen har kommentert på rapportutkast i ulike stadier.

Den eksterne referansegruppen har bestått av:

- John M. Tolleskoven, Innovasjon Norge
- Klara Borgen, Trondheim kommune
- Trond Knudsen, Norges Forskningsråd
- Anders Grimsmo, NTNU
- Steinar Lund, Helse- og omsorgsdepartementet (observatør)
- Sture Pettersen, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
- Asbjørn Seim, Helsedirektoratet

Også KS og Nasjonal IKT var invitert inn i referansegruppen. Det har vært 2 møter i denne gruppen, samt at gruppen har kommentert på rapportutkast i ulike stadier.