

Styringsgruppens møte 16.03.2017

Sak 09b/2017 Status elektronisk meldingsutveksling

Forslag til vedtak

Fremlagt informasjon tas til orientering

1. Bakgrunn

Notatet gir en oversikt over utfordringer knyttet til den eksisterende elektroniske samhandlingen mellom kommuner og andre samhandlingsparter man ut fra et nasjonalt perspektiv er pålagt å samhandle med. Følgende overordnede føringer styrer partenes samhandling med hverandre:

[Forskrift om IKT- standarder i helse- og omsorgssektoren](#)

[Krav til elektronisk meldingsutveksling](#)

[Avtale om IKT-samarbeid mellom Vestre Viken HF og 26 kommuner, punkt 4.](#)

[Driftsavtale om IKT- samarbeid mellom Vestre Viken HF og NN- Kommune](#)

2. PLO-meldinger og basismeldinger

2.1 PLO-meldinger (Pleie-og omsorgsmeldinger)

Pleie og omsorgsmeldinger handler om 2 sett meldinger. Det ene settet er meldinger mellom pleie- og omsorg og fastleger. Det andre er meldinger mellom Pleie- og omsorg og helseforetaket. Det er viktig å bemerke at disse er to ulike sett av meldinger, med ulike meldingstyper og ulike rutiner. Sistnevnte skal dekke kommunikasjonsbehovet mellom kommuner og helseforetak, herunder alle tjenester tilknyttet pleie- og omsorg i kommunen og alle tjenester hos helseforetaket. Ulikhetene mellom disse to settene av meldinger er særlig knyttet til kommunikasjonsflyten av utskrivningsklare pasienter. Mens meldinger mellom kommune og fastleger er tiltenkt en kommunikasjonsform der kommunen og legen deler opplysninger partene ut fra et medisinskfaglig perspektiv mener er nødvendig for forsvarlig behandling av pasienten, er fase 2- meldingene i større grad knyttet til samhandlingsreformen og den logistiske delen av overføring av pasienter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Herunder ligger eksempelvis "Melding om innlagt pasient og "Melding om utskrivningsklar pasient".

2.2 Basismeldinger

Andre viktige meldingstyper er basismeldinger. Dette er meldinger som er konkret medisinskfaglige. Begrepet basismeldinger dekker laboratoriesvar knyttet til klinisk kjemi og mikrobiologi. Under laboratoriesvar er også røntgensvar. Basismeldinger dekker også epikrise og henvisning. De to sistnevnte blir omtalt spesifikt senere.

2.3 Organisering

I kommuner er ofte psykisk helse og ergo/ fysio for voksne organisert under pleie og omsorg. Hos helseforetakene har ofte psykisk helse og rus tette bånd organisatorisk. I kommunene organiseres ofte rus under NAV, basert på det som tidligere var sosialkontor.

Ruskonsulenter som er organisert under NAV, vil ikke kunne motta/lese eller skrive/ sende meldinger til/fra EPJ-systemet som benyttes hos NAV, fordi systemene som benyttes hos NAV ikke har vært del av den nasjonale satsningen rundt elektronisk samhandling. Den som har ansvar for rus-omsorg i kommunen må dokumentere i pleie- og omsorgssystemet, og være underlagt

instruksjonsmyndigheten til systemeier av pleie- og omsorgssystemet. Hos flere kommuner er det ikke slik.

I kommunen skiller ergo og fysio på barn og voksne. Journalopplysninger om voksne pasienter registreres i pleie- og omsorgssystemet, mens journalopplysninger om barn registreres i helsestasjonssystemet. Likevel er som regel ikke ergo og fysio organisatorisk skilt i kommunene. Meldinger som skal til ergo/fysio knyttet til helsestasjon, skal av avsender i henhold til nasjonal standard, adressere til ergo/fysio helsestasjonstjeneste, men for voksne skal meldingen adresseres til pleie- og omsorg. Dette betyr at man for ergo og fysio får 4 ulike tjenesteadresser. Inkluderer man tjenester knyttet til oppvekst, ser man i enkelte kommuner at ergo- og fysio må forholde seg til journalopplysninger i 3 ulike EPJ-systemer (fagsystemer). Dette stiller store krav til organisering av meldingshåndteringen i kommunen.

3. PLO- meldinger mellom kommune og HF

PLO-meldingene mellom kommunene og HF'et er i stor grad designet for å ivareta en tenkt flyt knyttet til inneliggende pasienter som skrives ut fra HF til kommunale helsetjenester. Denne flyten gjør at det er forhåndsdefinert hvilke meldingstyper som skal sendes mellom partene på bestemte tidspunkt i et pasientforløp. Forutsetning for at denne kommunikasjonsformen, med en predefinert arbeidsflyt, skal kunne fungere, er at begge parter følger opp meldingene i henhold til fastsatt prosedyre. For å sikre at alle kommuner og alle helseforetak følger samme prosedyre, er det utarbeidet [nasjonale retningslinjer for bruk av pleie- og omsorgsmeldinger](#). Dette krever at partene har utarbeidet rutiner for opplæring av de ansatte som skal benytte meldingene. Hos mange kommuner finnes en slik prosedyre som er basert på de nasjonale retningslinjene, men i det daglige oppleves det fra begge parter at det ofte er utfordrende å ivareta prosedyren. De største utfordringene er to-delt:

Eks. *Helseforetaket sender melding til kommunen om en pasient som ikke mottar sykepleietjenester, til sykepleietjenesten.*

Kravet til tilgang til pasientopplysninger er knyttet til hvorvidt en ansatt har tjenestelig behov for opplysninger. Dersom en pasient kun mottar hjemmehjelp eller matombringning har sykepleietjenesten ikke et tjenestelig behov for å se/lese pasientopplysninger på vedkommende pasient og den ansatte vil følgelig ikke ha tilgang til disse opplysningene. **Sykepleietjenesten** (hjemmesykepleie, sykehjem og korttid) **vil dermed heller ikke ha tilgang til meldingene som sendes på disse pasientene.**

Spørsmålet da er om det er rimelig å forvente at de enkelte ansatte i helseforetaket kan vite/ sette seg inn i hva som defineres som sykepleiertjenester i de enkelte kommuner? Å få 26 kommuner til å organisere sine tjenester sammenhengende sees på som en utfordring.

Risikoen for daglige avvik i denne meldingsflyten, vurderes per i dag som høy i alle kommuner og helseforetak. Avvikene varierer mellom feil meldingstyper til feil tid, manglende oppfølging av meldinger, feil innhold i meldingene, meldingen kommer ikke til riktig person, meldinger er adressert til feil kommunikasjonspart osv. Det er svært sjelden feil oppstår på grunn av teknisk svikt. Nær 100% av avvikene har bakgrunn i organisatoriske forhold hos partene (roller, ansvar, rutiner, opplæring).

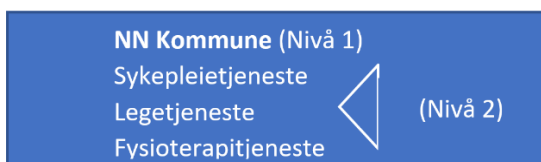
4. Adressering

Adresseringsutfordringene synes per i dag å være de største hindrene for total avvikling av papir.

4.1 Avsender og applikasjonskvitteringer

Som tidligere nevnt, er forutsetningen for avvikling av papir basert på en løsning der avsender mottar en bekreftelse på at alle mottakere har mottatt meldingen som er sendt. Dersom denne applikasjonskvitteringen uteblir, må det enten igangsettes feilsøking, både av avsender, om hvorvidt meldingen er riktig adressert, og teknisk fra begge parter for å finne ut hvor applikasjonskvitteringen har stoppet. Dersom applikasjonskvittering ikke mottas hos avsender, må det gjøres nytt forsøk på å sende meldingen. Dersom dette ikke nytter må man ta utskrift av meldingen og sende den per post. Dersom det er noe som haster, må telefon benyttes i tillegg. Konklusjonen er at dersom mottaker- eller avsendersystemet er satt opp slik at applikasjonskvittering ikke kommer fram til avsender av en melding, vil det gi større gevinst, både ressursmessig og pasientsikkerhetsmessig, å beholde papir- og telefonrutiner.

I henhold til forskrift om IKT-standard i helse- og omsorgssektoren, skal alle parter sende og motta meldinger tjenestebasert på nivå 2. Nivåene omtalt her er knyttet til oppsettet i Norsk Helsenett adresseregister. For kommunen skal det se slik ut:



Prinsippet er at når en virksomhet legger ut sin informasjon i adresseregisteret til Norsk helsenett, er det ikke for å vise hvordan virksomheten er organisert, men for å vise hvilke tjenester virksomheten leverer. På denne måten trenger ikke avsender å vite hvordan mottaker er organisert, men kun at meldingen går til tjenesten, f. eks i kommunen som avsender ønsker å sende til, eksempelvis Sykepleietjeneste, som dekker hjemmesykepleie, sykehjem langtid og korttid. Tjenestebasert adressering har siden 2010 fungert relativt godt i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og meldingene som er spesifikt knyttet til samhandlingen om utskrivningsklare pasienter mellom kommune og HF. Dette til tross for at sykehusene ikke er organisert i henhold til tjeneste, men diagnose og fag. Nå som nye kommunale tjenester skal tas inn i samme meldingsflyt som den som har ivaretatt samhandlingen som var et resultat av samhandlingsreformen som kom 2012, og som primært dekker den somatiske delen, ser man nye utfordringer. Fra helseforetakssiden er flere meldinger adressert hardkodet til sykepleietjenesten i kommunene, med det resultat at systemene i kommunen ikke kan konfigureres til å sortere disse meldinger under andre tjenester enn sykepleietjenesten. Dette betyr at meldinger om utskrivningsklare, helseopplysninger osv. knyttet til psykisk helse og rus også adresseres til sykepleietjenesten. For kommunene betyr det to ting. For det første må kommunen organisere meldingsmottaket slik at de sikrer at meldinger som skal til en ansatt i psykisk helse, kommer fram. For det andre må alle ansatte som jobber med rus, dokumentere i pleie- og omsorgssystemet for å få tilgang til meldingene. Det betyr at disse ikke kan være organisert under NAV.

For at EPJ-systemet skal være godkjent for å benytte tjenestebasert adressering på nivå 2, betinger det en godkjennelse fra sentralt hold. Denne godkjennelse gis leverandører som består akseptansetest på meldinger i Norsk helsenetts meldingsvalidator. Knyttet til helsestasjonssystemene, er det kun ett av fire systemer som er godkjent. Dette betyr at andre samhandlingsparter, som sykehus, fastleger og avtalespesialister, frarådes å samhandle elektronisk med en kommune som ikke har et godkjent system. Kommuner som ikke har godkjente systemer i henhold til nasjonale krav vil dermed bli ekskludert i etablering av elektroniske samhandlingsformer. Da krav om godkjenning er forskriftsfestet, kan man i framtiden se for seg både rettslige skritt fra

kommunikasjonsparter som mener virksomheten de skal kommunisere med bryter med forskrift, og tilsyn fra Fylkesmann.

Annet som er verdt å bemerke, er at kravet til tjenestebasert adressering ikke nødvendigvis alltid er å klandre kommunenes leverandører.

5. Epikrise

Det er flere forhold ved epikrise som er svært utfordrende. Vestre Viken HF består av 5 enheter, der noen kommuner har pasienter inneliggende på ulike enheter. Dersom en pasient har vært innom mer en enhet, mottar ofte kommunen ikke epikrise i etterkant av oppholdet.

En annen utfordring er at epikrisen, konsekvent ikke sendes kommunens helsetjenester dersom pasienten skrives ut til hjemmebaserte tjenester. Dette har bakgrunn i et gammelt prinsipp om at "epikrise er et dokument fra lege til lege". I prinsippet er derfor hjemmeboendes lege fastlegen. Den elektroniske epikrisen går dermed til fastlege og hjemmesykepleien må dermed ta kopi av papirkopien av epikrisen pasienten har med hjem, og oppbevare den som papirkopi. Dersom pasienten skrives ut med nye medikamenter eller diagnoser utenom ordinær arbeidstid, og fastlege ikke er på jobb, har ikke hjemmesykepleien tilgang til disse opplysningene gjennom elektronisk epikrise.

6. Henvisning

Henvisning er noe leger i kommuner i lang tid har hatt ønske å begynne med. I henhold til nasjonal standard, skal alle meldinger adresseres tjenestebasert. Men henvisningsretten er knyttet til person (lege, psykolog) og ikke en tjeneste. Mottakersystemene for en henvisning er per i dag ikke konfigurert til å motta tjenestebaserte henvisninger. Det er derfor frarådet at det igangsettes henvisningsmeldinger mellom HF og kommuner i VVHF opptaksområde.

7. Kjente alvorlige avvik

Flere kommuner har åpnet tilgang til annet personell enn helsepersonell med treårig utdanning til å dele medisinskfaglige opplysninger fra journalsystemet med helseforetaket. Dette gjelder særlig i bemannede boliger der det ikke er autorisert helsepersonell med bachelor kontinuerlig til stede. Det samme gjelder små kommuner, der noen ikke har sykepleiedekning i alle virksomheter kveldstid. Noen av meldingene som sendes fra kommunen til helseforetaket inneholder helseopplysninger som ligger lagret i kommunens EPJ, og det er ikke mulig å forhindre at disse helseopplysningene lastes inn i meldingen, da dette er opplysninger som meldingen i henhold til nasjonal standard skal inneholde. Det er derfor helt vesentlig for pasientsikkerheten at opplysningen som ligger lagret i EPJ er korrekt når de deles med helsepersonell i helseforetaket. For å ivareta dette på så forsvarlig måte som mulig, må kommunen ha kvalifisert personell på vakt til enhver tid.

Det finnes ingen risikovurdering i flere kommuner knyttet til medikamenthåndtering og deling av informasjon knyttet til dette.

Det finnes ingen risikovurdering i flere kommuner knyttet til Cave og vesentlig informasjon i EPJ-systemene, og hvordan denne informasjonen skal deles med andre samhandlingsparter.