Kvalitetskonferansen
– parallellsesjon «Egen mestring og ny teknologi»

06.06.16 / Lillestrøm

Norsk Forum for kvalitet i Heletjenesten

(NFKH)

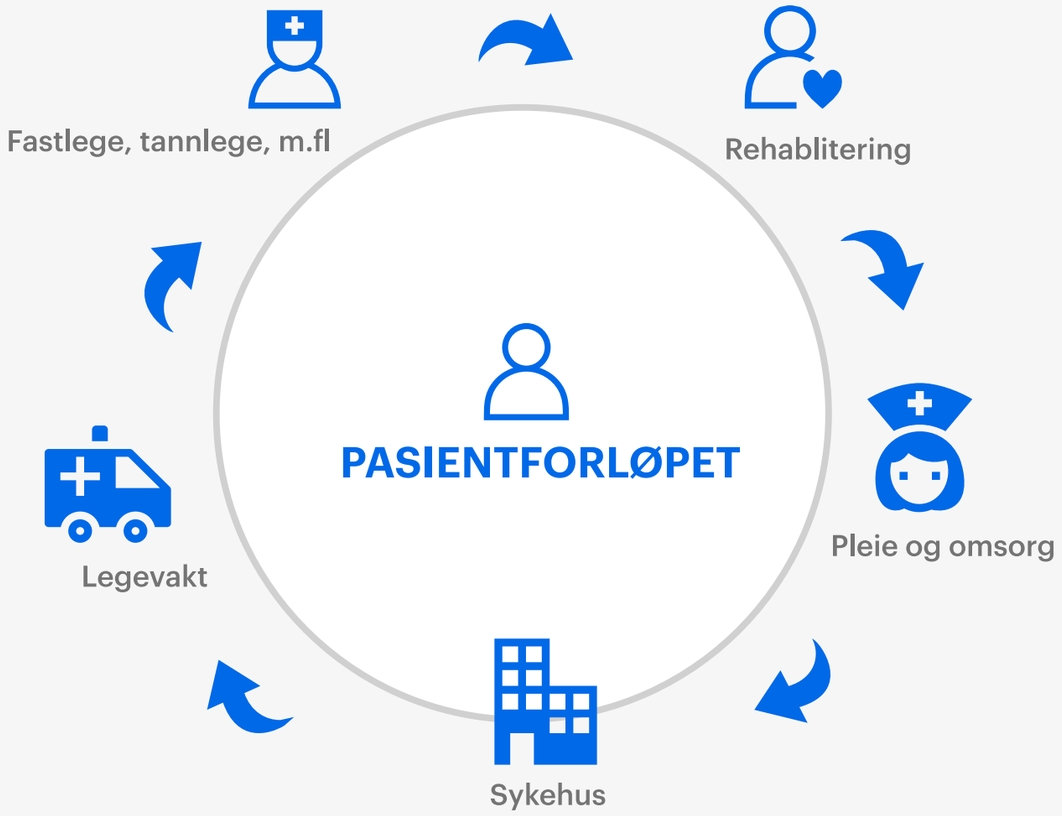
Bakgrunn

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

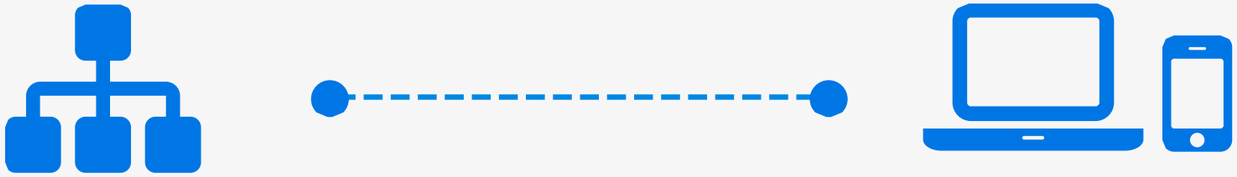
- Informasjonen følger ikke automatisk pasienten
- Behov for bedre informasjonsflyt mellom aktører og systemer
- Behov for bedre kontroll med ansvarsoverføring
- Det trengs felles innsats og sterkere nasjonal styring

Hovedmål

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



Direktoratets to roller



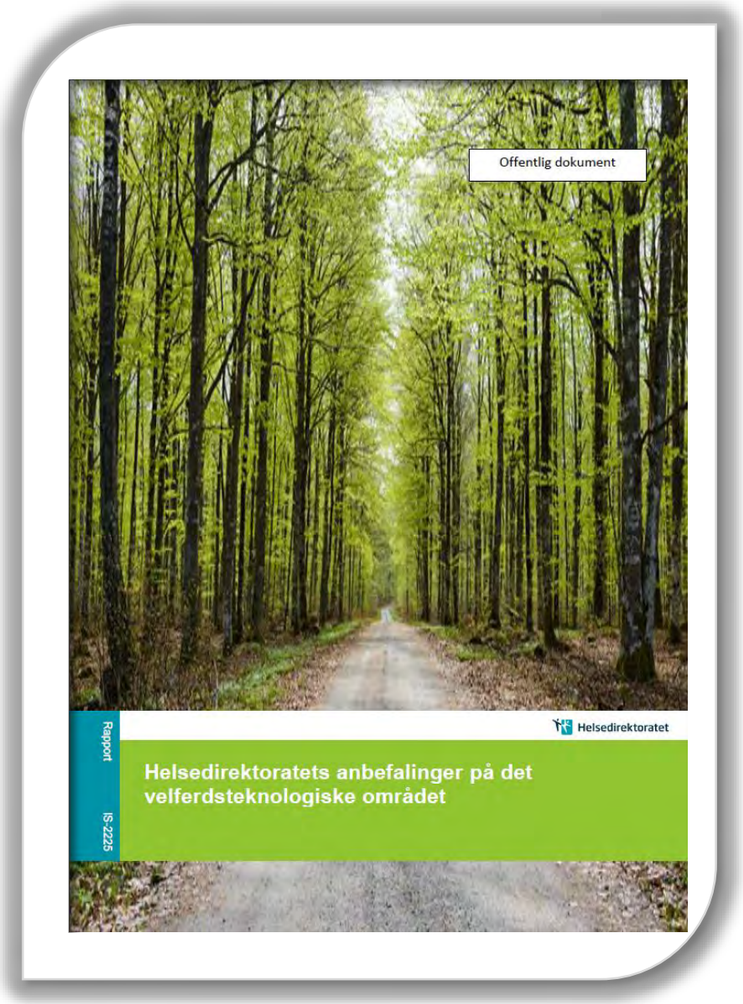
Myndighet

Sørge for nasjonal styring og koordinering

Nasjonale e-helseløsninger

Få på plass og forvalte digitale løsninger som forbedrer og forenkler

To aktuelle temaer i konteksten «egen mestring og ny teknologi»



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

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

Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester

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

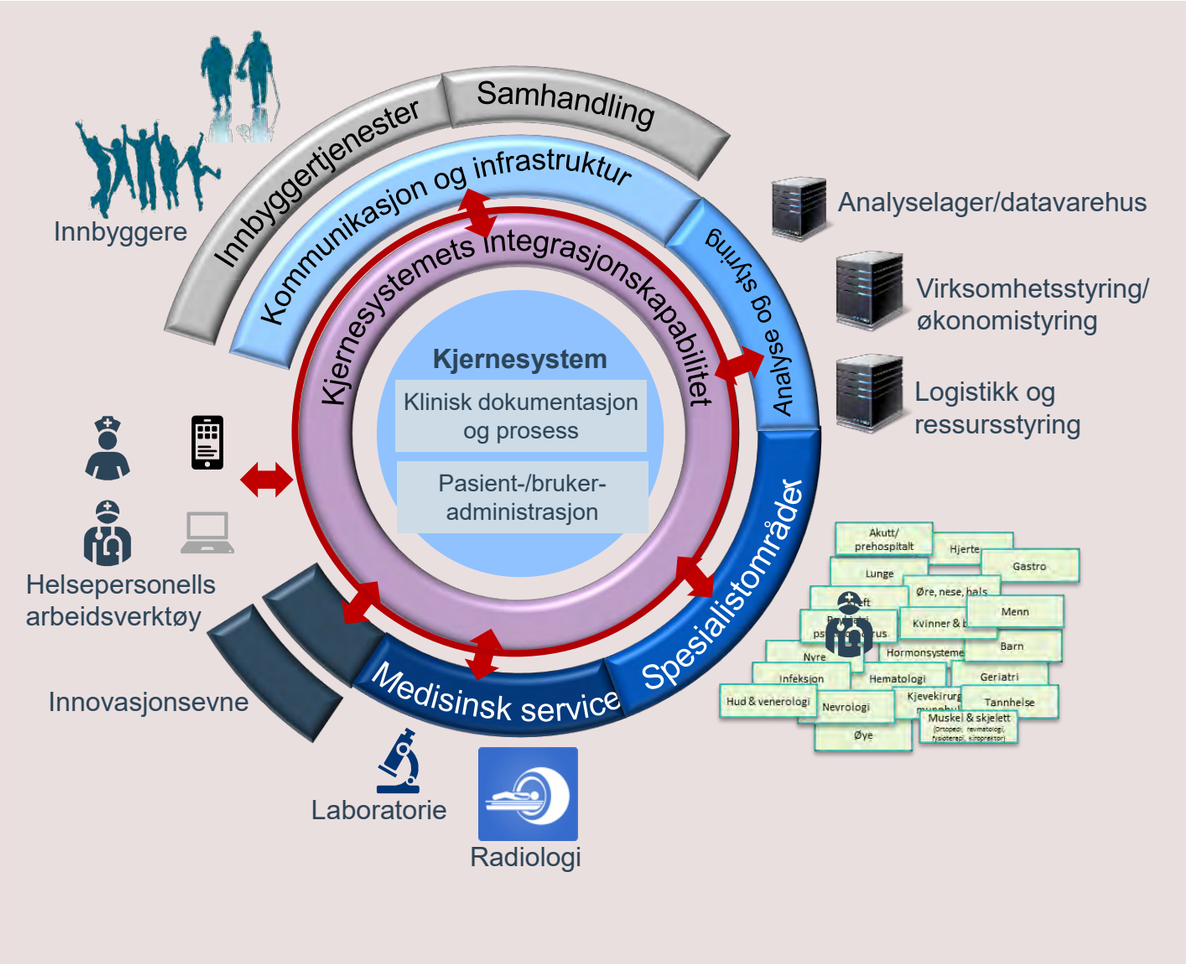
Nøkkeltall knyttet til aktivitet og samhandlingsvolum i helse- og omsorgssektoren

	FASTLEGE	SPESIALITHELSETJ.		PLEIE OG OMSORG	
	Kontakter	Innleggelser	Dagbehand. og polikl.	Sykehjem Døgnopph.	Hjemmesyke-pleie mv.
Andel av befolkn. i kontakt med	69 %	11 %	32 %	1 %	4 %
Andel av årsverk	2 %	31 %		26 %	27 %
Andel av kostnader	6 %	26 %	11 %	18 %	11 %

NØKKELTALL

FASTLEGE	SPESIALISTHELSETJ.	SAMHANDLING
14 MILL KONSULTASJONER HOS ALLMENLEGE	**9,4 MILL** EPIKRISER OG POLIKL. NOTATER	**40 MILL** UTSKREVNE RESEPTER
11 MILL KONTAKTER PER BREV OG TELEFON	**2 MILL** MOTTATTE HENVISNINGER	**5 MILL** RADIOLOGISKE UNDERSØKELSER
600 000 ÅRLIGE BYTTER AV FASTLEGE	**>600 MILL** DOKUMENTERTE JOURNALNOTATER	**16 MILL** LABORATORIE-PRØVER

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



- **Systemområde Klinisk dokumentasjon og prosess**

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

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

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

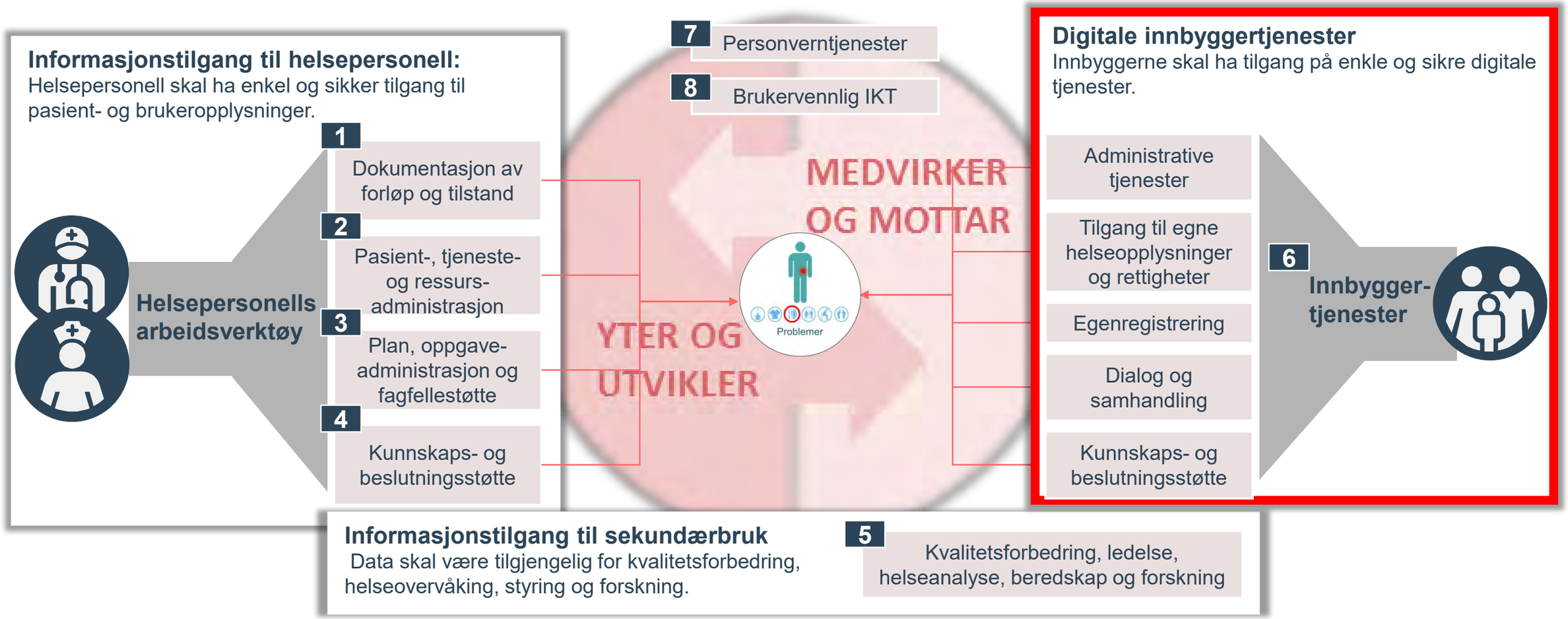
- **Systemområde Pasient-/brukeradministrasjon**

Området inneholder systemer for:

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

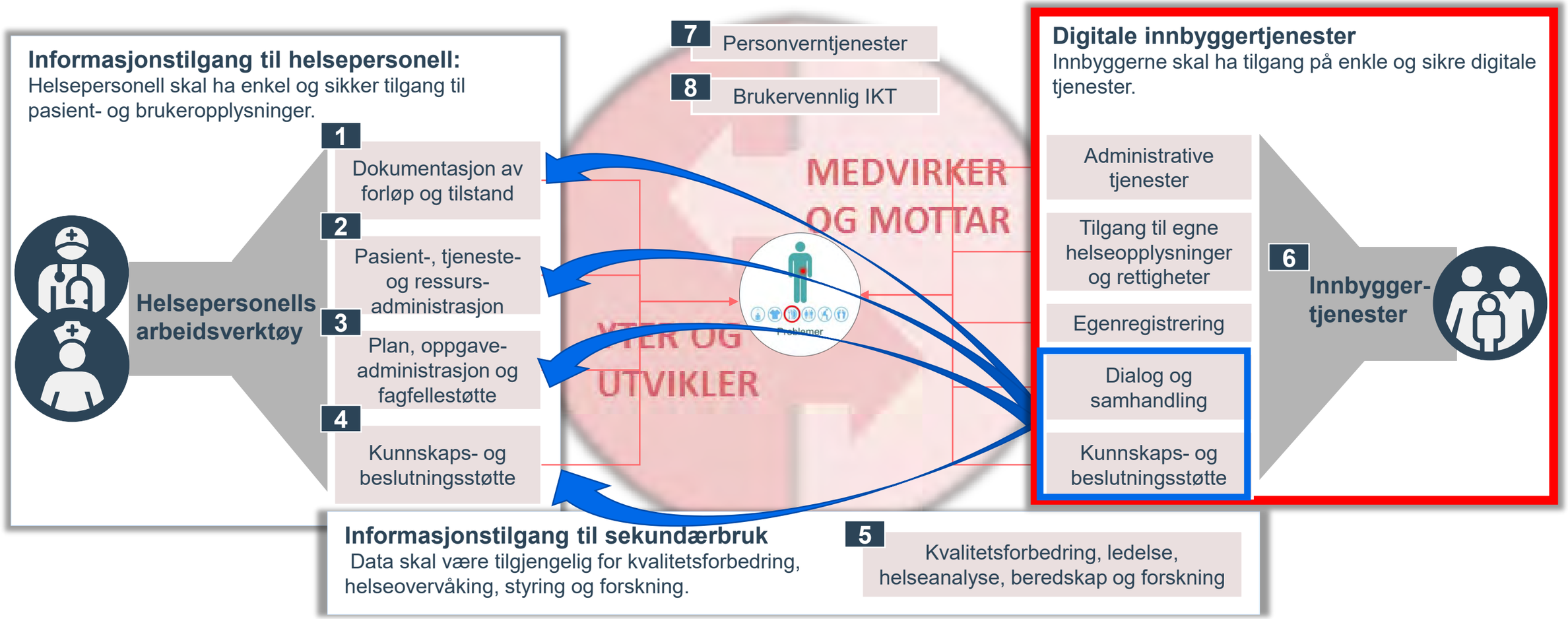
Pasientadministrasjonssystemer (PAS) har tradisjonelt vært egne systemer for administrasjon av pasientens avtaler, men er i mer moderne systemer en integrert del av løsningen og direkte knyttet til pasientens journal.

Sektorens samlede landskap for «kjerneløsning» er av stor betydning for hva vi kan få til av mestringsteknologi for innbyggere, pasienter og pårørende



Direktoratet for e-helse

Sektorens samlede landskap for «kjerneløsning» er av stor betydning for hva vi kan få til av mestringsteknologi for innbyggere, pasienter og pårørende



Effektmål	Effektområde	Effekt
1. Bedre helse, økt pasientsikkerhet og kvalitet	1.1 Innbyggermedvirkning	1.1.1. Grunnlag for etterlevelse av behandling og råd
		1.1.2. Mulighet for egenvurdering og etterprøvbarhet
	1.2 Kvalitet i helsehjelp og forebygging	1.2.1. Omfang av feil, svikt og skader
		1.2.2. Presisjon og virkningsgrad i behandling
		1.2.3. Konsistens i behandlingspraksis og innsikt i kvalitet som grunnlag for kontinuerlig kvalitetsforbedring og valgfrihet
	1.3 Grunnlag for styring og kunnskapsutvikling	1.2.4. Samspill mellom personell og IKT
		1.3.1. Kvalitet og tilgjengelighet i data
		1.3.2. Nye aktivitets- og helsedata
	1.4 Personvern	1.4.1. Ivaretakelse av pasient- og brukerrettigheter, tilgangsstyring mv.
		1.4.2. Eventuelle personvernulemper
2. Bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser	2.1 Effektivitet i samhandling med innbygger	2.1.1. Selvbetjening, samhandling og grunnlag for hjemmemåling
	2.2 Effektivitet i informasjonshåndtering	2.2.1. Tidsbruk til innhenting og bearbeiding av behandlingsinformasjon
		2.2.2. Kostnader til papirbasert informasjonsdeling
		2.2.3. Tidsbruk til innhenting og bearbeiding av sekundærdata
		2.2.4. Kostnader til forvaltning av beste praksis/IKT-fagutvikling
	2.3 Effektivitet i bruk av kompetanse og infrastruktur	2.3.1. Omfang av duplikate undersøkelser og utredninger/vurderinger
		2.3.2. Ressursforbruk i behandlingsforløp
		2.3.3. Utnyttelsesgrad for utstyr og personell
	2.4 Effektivitet og stabilitet i IT-drift, vedlikehold og utvikling	2.4.1. Kostnader til drift og vedlikehold av IKT-løsninger
		2.4.2. Stabilitet og robusthet i IKT- løsninger

Effektmål

1. Bedre helse, økt pasientsikkerhet og kvalitet

2. Bedre utny av kapasite ressurs

Effektområde

1.1 Innbyggermedvirkning

1.2 Kvalitet i helsehjelp og forebygging

1.3 Grunnlag for styring og kunnskapsutvikling

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

Effekt

1.1.1. Grunnlag for etterlevelse av behandling og råd

1.1.2. Mulighet for egenvurdering og etterprøvbarhet

1.2.1. Omfang av feil, svikt og skader

1.2.2. Presisjon og virkningsgrad i behandling

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

1.2.4. Samspill mellom personell og IKT

mv.

asjon

ger

2.4.1. Kostnader til drift og vedlikehold av IKT-løsninger

2.4.2. Stabilitet og robusthet i IKT- løsninger

- Bedre etterlevelse av legemiddelbehandling
- Bedre etterlevelse av annen avtalt behandling i egenregi
- Bedre etterlevelse av forebyggende råd og veiledning
- Økt brukertilfredshet og trygghet

- QALY
- Tid

- Bedret datakvalitet
- Bedre informasjonsgrunnlag for helsepersonells behandling
- Økt brukertilfredshet
- Potensielt økt etterlevelse av retningslinjer og beste praksis for dokumentasjon
- Potensielt økt tidsbruk hos både innbygger og helsepersonell

- Skader
- Tid

Ikke all teknologi er avhengig av samhandling - velferdsteknologi?

Helsedirektoratet

…teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.

- Trygghetsskapende teknologier
- Mestringsteknologier
- Utrednings- og behandlingsteknologier
- Velværeteknologier

Velferdsteknologiprogrammet er satt til å løse fem nasjonale oppdrag

Helsedirektoratet

1

1) Trygghet og mestring i hjemmet

Hovedmål: Bidra til at mennesker kan gis økt trygghet for å kunne bo lengre hjemme.

2

2) Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer

Hovedmål: Gi personer med kroniske sykdommer bedre mulighet til å mestre egen sykdom

3

3) M-helse oppdraget (del av WHO / ITU-oppdrag)

Hovedmål: Bidra til at WHO's verdensmål om 25% reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer nås innen 2025

4

4) Utvikling og utprøving av teknologiske verktøy for sosial kontakt

Hovedmål: Motvirke ensomhet og opprettholde kontakt blant eldre og pårørende ved hjelp av teknologi

5

5) Støtte i fritidsaktiviteter for barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Hovedmål: Bidra til at barn og unge med nedsatt funksjonsevne enklere kan delta i og mestre fritidsaktiviteter ved hjelp av teknologi

Vår rolle: Infrastruktur for deling av data mellom pasient og behandler OG bidra til at teknologien blir tatt i bruk!

https://it.wikipedia.org/wiki/File:Swiss_highway_a1.png

Direktoratet for e-helse

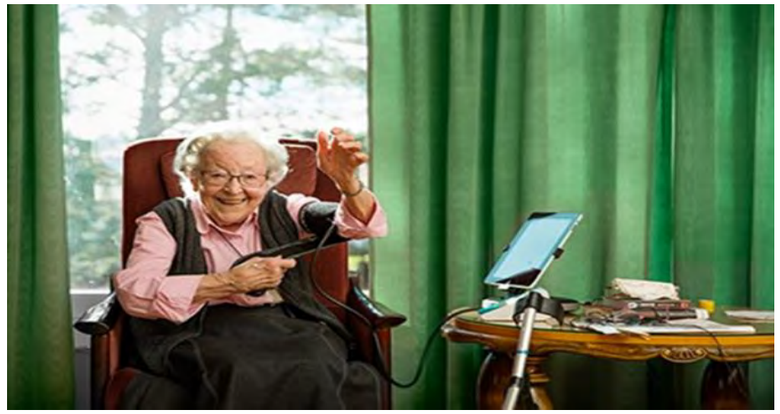
Effektene kommer…

- Elektronisk medisineringsstøtte
- Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)
- Elektroniske dørlåser

- Økt kvalitet
- Spart tid
- Unngåtte kostnader

Direktoratet for e-helse

Fornøyde brukere!
Fornøyde ansatte!
Fornøyde pårørende!



RESPONSSENTERET: Prosjektleder Kristin Skrede i bydel St. Hanshaugen ga helseminister Bent Høie (f.v.) og Venstre-politikerne Trine Skei Grande og Ketil Kjenseth omvisning i responssenteret der man overvåker innkomne data fra velferdsteknologien. **Foto:** Øyvind Bosnes Engen

VELFERDSTEKNOLOGI

Prøveprosjekt ga 19 prosent færre innleggelser

Både sykehusbesøk og bruk av hjemmetjenester sank blant kronisk syke i velferdsteknologi-prosjekt.

Lønnsom teknologi

Helsedirektoratet

Hjemmetjenesten bruker 60 prosent mindre tid hos brukerne etter innføring av velferdsteknologi. Forskning viser at man sparer 73 000 kroner i året på hver bruker.

Rigmor Sande har KOLS og sjekker dagens helsetilstand via velferdsteknologi hjemme. Hjemmesykepleien får automatisk oversendt dagens resultat og ringer henne hvis noe er unormalt.
FOTO: THOMAS MARTHINSEN / NRK

KS

Elektronisk medisindispenser (Pilly)

Helsedirektoratet

Direktora

KS

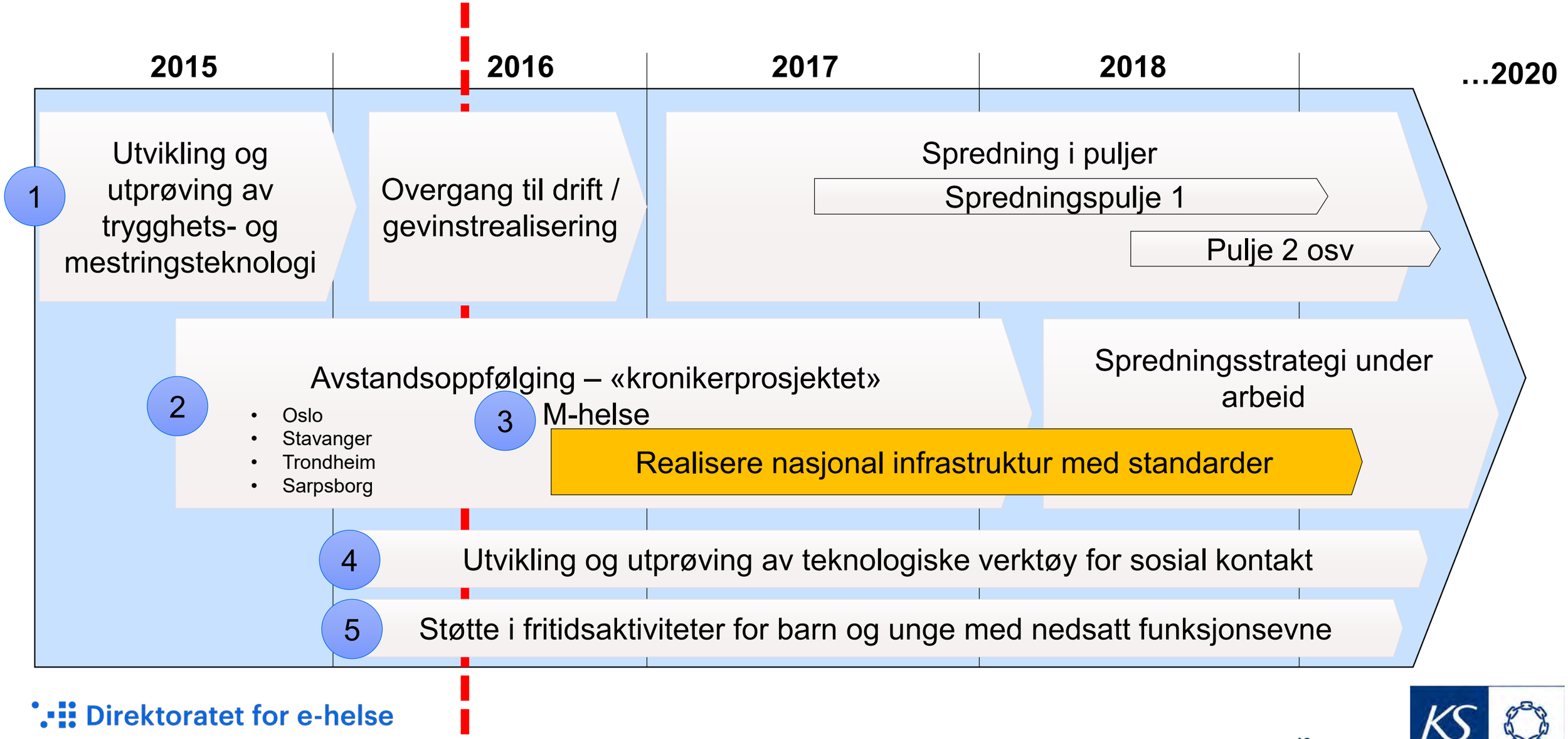
Helsesjekk

Helsedirektoratet

Direktora

KS

Hvor er vi nå?



Helsedirektoratet

Direktoratet for e-helse

KS

Veien videre for arbeidet med Én innbygger – én journal

- Startpunkt utredes
- Trinnvis utviklingsretning
- To tanker i hodet samtidig – kort/mellomlang sikt og land sikt
- Strategi for perioden 2017-2021 er under utarbeidelse
- Strategien skal understøtte det langsiktige målbildet, samtidig ivareta behov på kort/mellomlang sikt

Direktoratet for
e-helse

Mer informasjon:
https://ehelse.no/

Direktoratet for
e-helse