



Helsedirektoratet

Norwegian Directorate of Health

Internasjonale erfaringer i nasjonale e-helse prosjekter – hva kan Norge lære av andre land i arbeidet med Én innbygger – Én journal

Irene Olaussen, Seniorrådgiver Helsedirektoratet

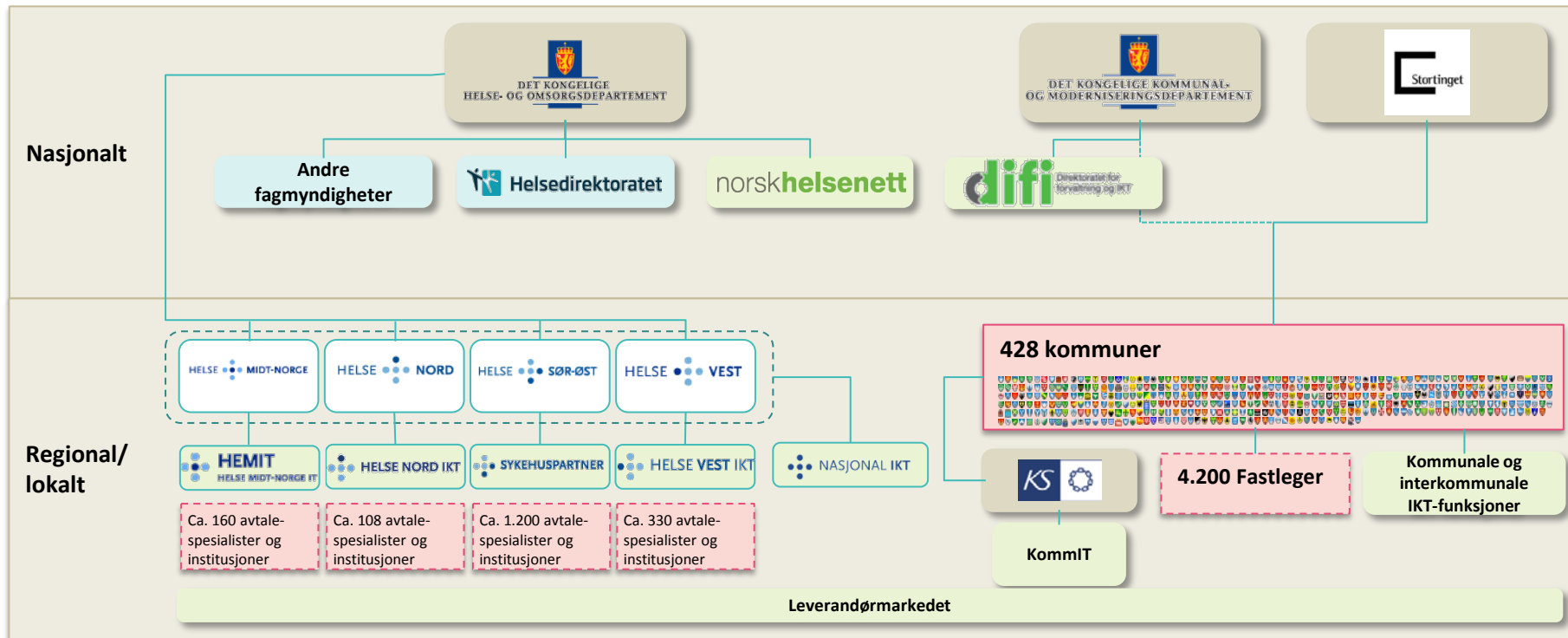
Nyborg strand, 7.10.2015

helse

aktivitet

omsorg

Overordnet aktørbilde norsk e-helsesystem



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

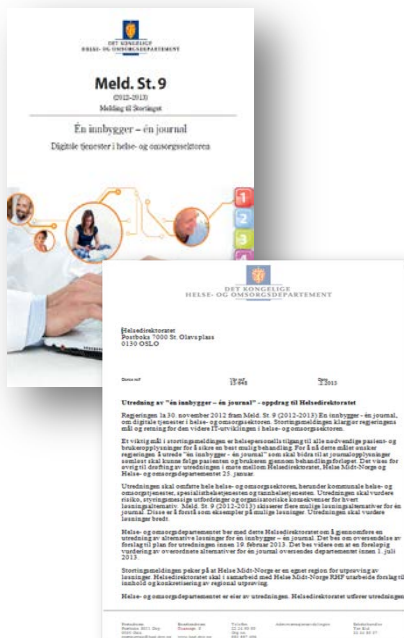


Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger

Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester

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

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan målene i Meld. St. 9 (2012-2013) kan realiseres



Mandat for utredning av «én innbygger – én journal»

Omfatte hele helse- og omsorgssektoren

Vurdere løsningsalternativer bredt

Vurdere risiko, styringsmessige utfordringer og organisatoriske konsekvenser for hvert løsningsalternativ

Tett samarbeid med sektoren



Utredningens hovedaktiviteter

Behovsanalyse

- Hva er behovene?
- Hvilke behov bør et tiltak oppfylle?

Mål og krav

- Hva er målene?
- Hvilke krav må et tiltak oppfylle?

Strategi og mulighetsstudie

- Hvilke konsept-/løsningsalternativer finnes?
- Hvilke alternativer er realistiske og relevante?

Alternativanalyse

- I hvilken grad oppfyller konseptalternativene behov, mål og krav?
- Hva er den samfunnsøkonomiske nytten i de ulike konseptalternativene?

Referanser/erfaring

- Vurdere internasjonal og nasjonal erfaring



Kartlegging av internasjonale erfaringer med e-helse

Formål: Styrke beslutningsgrunnlaget for «Én innbygger - én journal» og etablere nettverk for erfaring og læring



Steg I:

- Internasjonalt nettverk for kunnskapsutveksling
- Komparativt rammeverk for datainnsamling og analyse
- Prosjektoversikt og skrivebordsundersøkelse

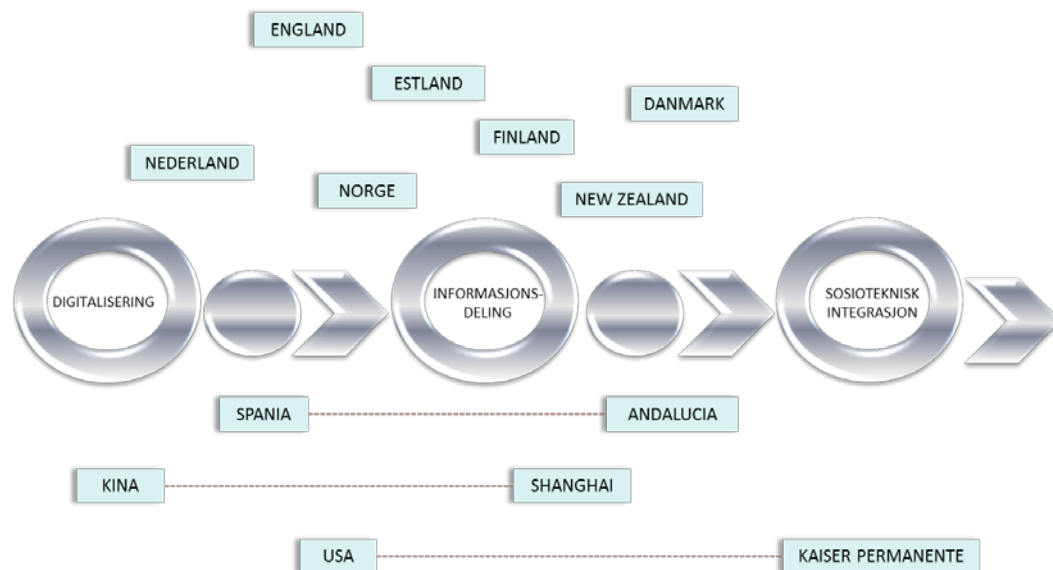
Steg II:

- Studiebesøk
- Dybdeanalyse av utvalgte case
- Komparativ analyse og kunnskapsoverføring

Kriterier for utvalg av 15 case:

- Nordisk utvikling
- Distinkt forskjellige caser
- Sentrale trender

Vi finner en fasedelt utvikling i gjennomgangen av landenes e-helsestrategier



1990 – 2000: Fra strøm til papir

- Introduksjon av EPJ
- Lite sentralstyring og koordinering

2000 – 2010: Elektronisk samhandling

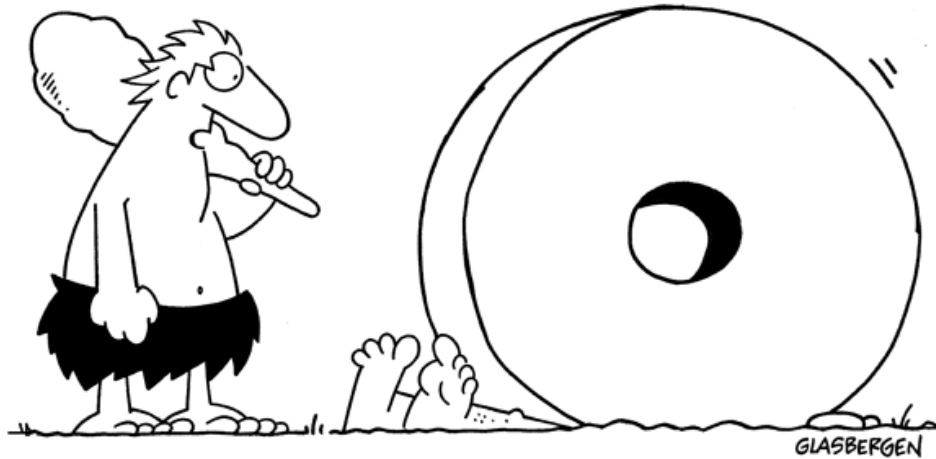
- Utveksle informasjon og unngå brudd i samhandling
- Nasjonal styring og utvikling
- Lokal fleksibilitet – Nasjonal informasjonsdeling

2010 – dd: Høste gevinster og sosioteknisk integrasjon

- Omsette data til kvalitativ verdi
- IKT: understøtte – muliggjøre
- Behov for felles løft

1990 – 2000: Fra strøm til papir

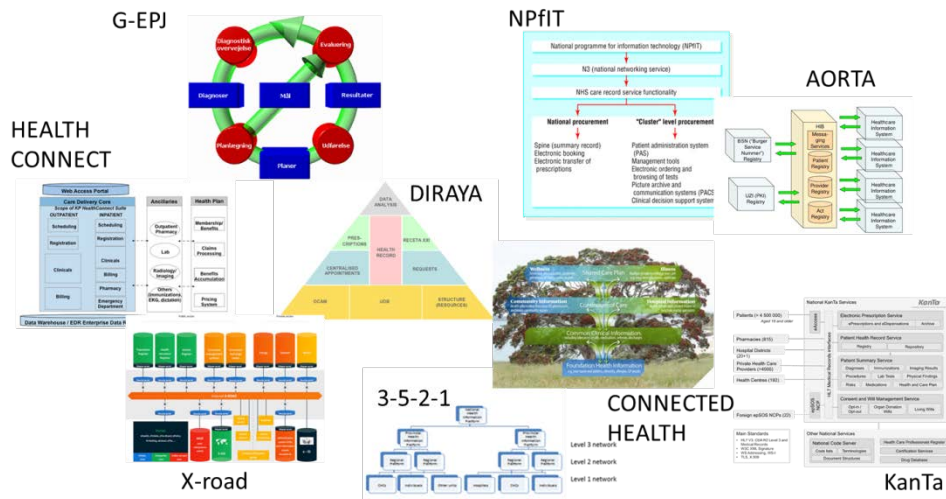
© Randy Glasbergen / glasbergen.com



- Introduksjon av EPJ
- Lite sentralstyring og koordinering

- That's the risk you take when you're an early adopter of technology

2000 – 2010: Elektronisk samhandling



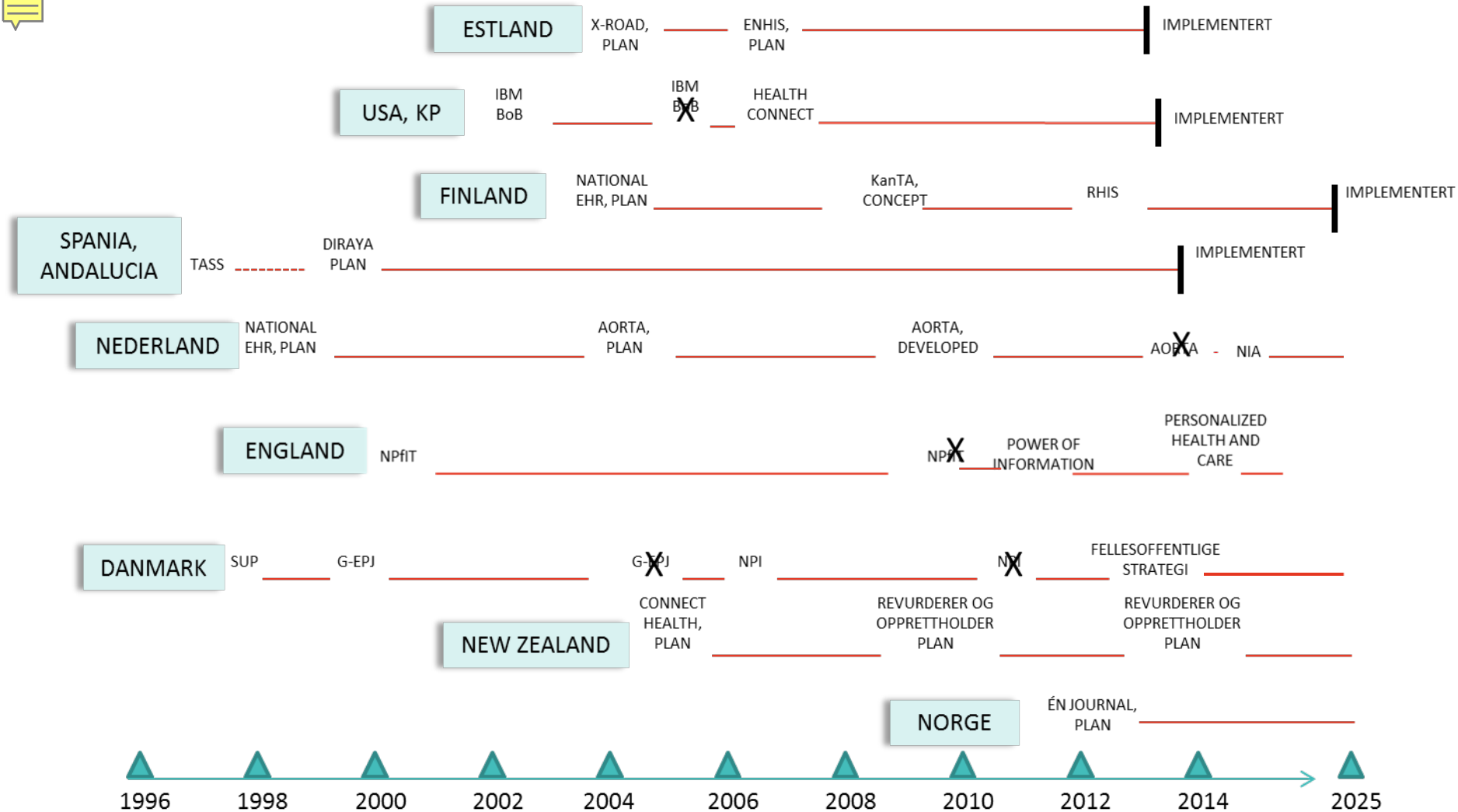
- Utveksle informasjon og unngå brudd i samhandling
- Landene tar konseptvalg
- Nasjonal styring og utvikling
- Balanse mellom lokal fleksibilitet og nasjonal informasjonsdeling

2010 – dd: Høste gevinster og sosioteknisk integrasjon



- Omsette data til kvalitativ verdi i helsefaglig praksis
- Forskyvninger i teknologiforståelsen: understøtter *og* muliggjør
- Behov for felles løft og sterkere styring og koordinering

Erfaringer med konseptvalg og gjennomføringsstrategier



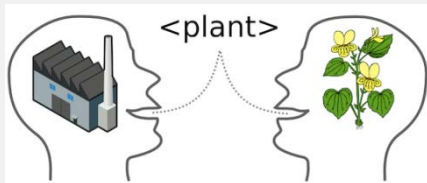
Erfaringer med bruk

ANDALUCIA



- Systemintegrasjon komplisert og tidkrevende å håndtere.
- Stor avhengighet mellom installerte systemer, gjør det risikabelt å oppdatere eksisterende eller introdusere nye løsninger.
- «La Ventana Magica» - Felles utsnitt basert på strukturert informasjon mye brukt.
- Mangel på god søkefunksjonalitet gjør det tidkrevende å finne frem i ustrukturert dokumentasjon.
- Resultatet er at tilgjengelig felles informasjonen ikke tas i bruk.

FINLAND



- Erfarer at felles informasjon basert på ustrukturert dokumentasjon ikke tas i bruk ved etablering av av RHIS
- KanTa programmet skal sikre semantisk interoperabilitet vha Nasjonal kodeserver og en svært strukturert informasjonsmodell
- Målet er bruk og gjenbruk av data til ulike formål
- Tar tid og krever mye i form av kompetansebygging

Nasjonale e-helse prosjekter stiller store krav til mobilisering, behovskartlegging, brukermedvirkning, prioritering, forankring, og offentlig debatt

AORTA – NEDERLAND



2003 – 2011 kansellert

NPfIT – ENGLAND



2002 – 2011 kansellert

SHOWSTOPPERS

Snever, teknisk tilnærming

Ingen behovskartlegging

Manglende, eller manipulerende tilnærming til brukermedvirkning

Konflikter med fagorganisasjoner

Manglende håndtering av personvern spørsmålet

E-helse opererer ikke i et politisk vakuum
Viktig med sosioteknisk oversettelseskompetanse

DRIVERE

Mobiliserer rundt omforent utfordringsbilde og felles visjon

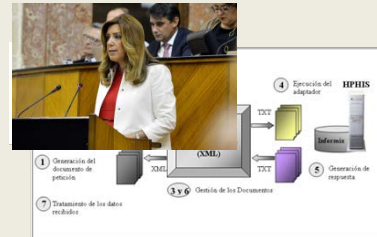
Reell brukermedvirkning

Politisk tft og oversettelseskompetanse

Tett integrasjon mellom organisatoriske og teknologiske endringer

Nødvendig med mekanismer for prioritering av behov.

DIRAYA - ANDALUCIA

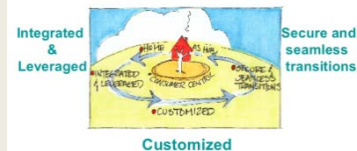


2003 – 2013 implementert

KP – HEATH CONNECT

Our Vision for the Future: "Blue Sky"

Home as the Hub



Customized

2003 – 2013 implementert



Styringsmodeller



Ulike modeller figurerer i landene

Markedsorientert tilnærming med fokus på minimal statlig intervensjon og lokal innovasjon.

Sentralisert basert på total kontroll med IKT strategier, budsjetter og (spesifikasjoner) anskaffelser.

Privat selskapsmodell der eier tar kostnader forbundet med implementering av EPJ systemet og kan pålegge ansatte å bruke det.

Gitt at styringsmodellen må vekke resonans i bredere kulturell og politisk kontekst.

- Hva er en egnet styringsmodell for nordiske forhold?

Samstyring som grunnlag for strategisk fleksibilitet

Én innbygger – én journal:

Konseptvalg og grep for styrket gjennomføringsevne



Utredningens hovedaktiviteter og tilleggsoppdrag

Utredningens hovedaktiviteter

Behovsanalyse

Vurdere pasientenes, brukernes, sektorens og samfunnets behov

Referanser/erfaring

Vurdere internasjonal og nasjonal erfaring

Strategi og mulighetsstudie

Utarbeide strategi, mål og krav, samt identifisere konseptalternativer

Alternativanalyse

Evaluerings av konseptalternativer, inkl. samfunnsøkonomisk analyse

HOD tilleggsoppdrag

RHF IKT - komparativ analyse

Komparativ analyse av de regionale helseforetakene på IKT-området

Sammenstilt IKT utfordringsbilde

Sammenstilt oversikt over utfordringsbildet på IKT i helse- og omsorgssektoren

Leverandøranalyse

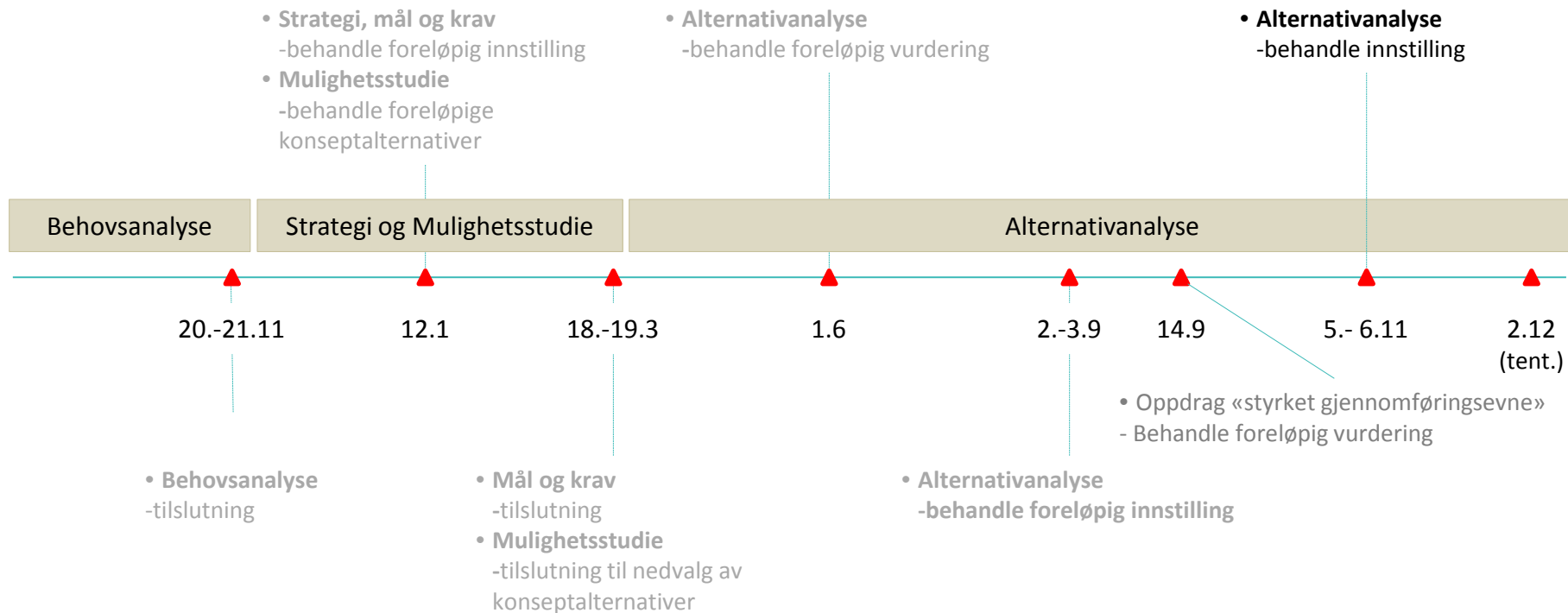
Analyse av relevante EPJ-systemer og leverandører

Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling

Utredning av styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten



Utredning av «én innbygger – én journal»: overordnet tidslinje og styringsgruppens møter





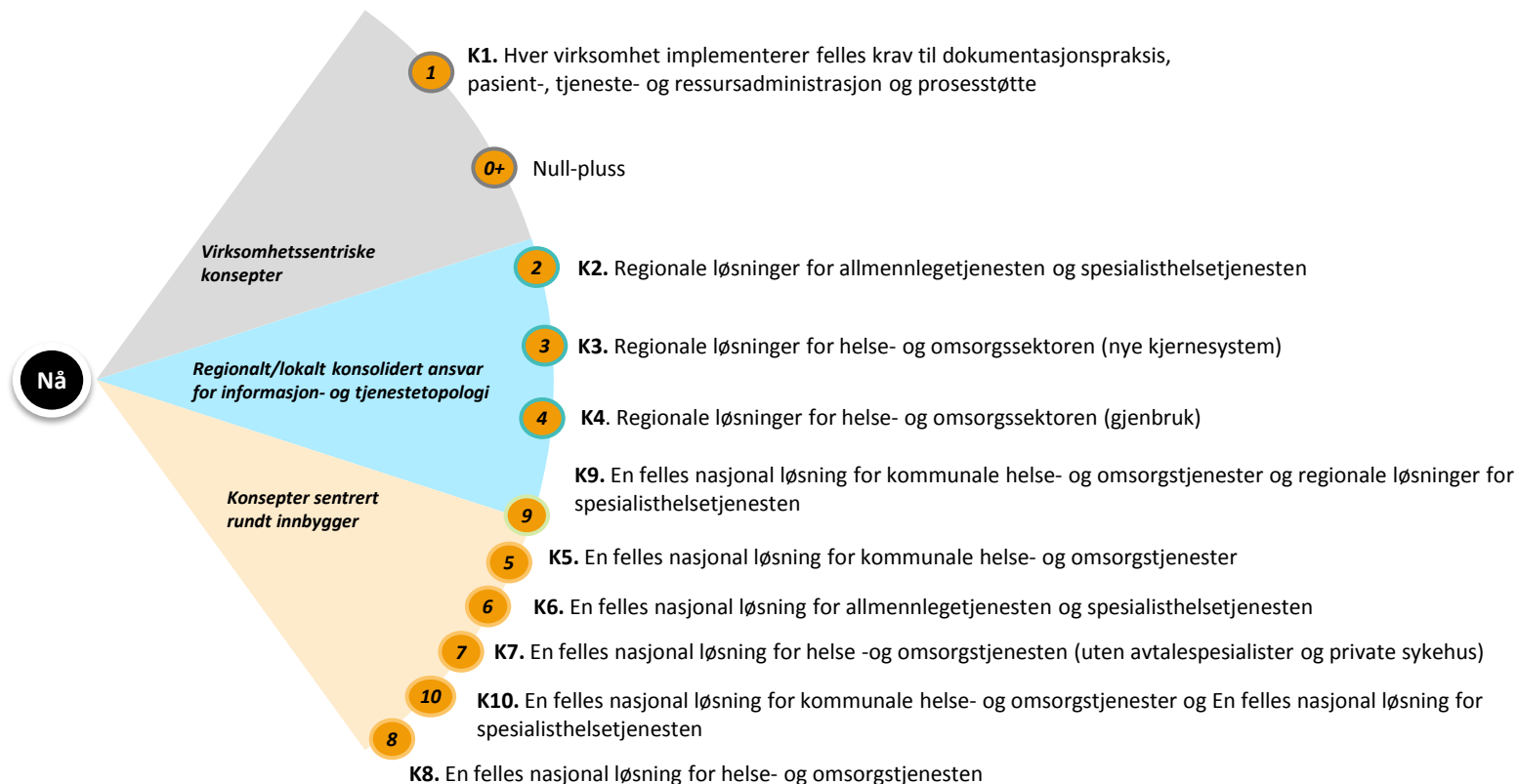
Oppsummering av interessentgruppebaserte behov

Interessentbehov	Kort sagt
 Det er behov for at korrekt, nødvendig og relevant informasjon, raskt og effektivt, gjøres tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlig behov, uavhengig av hvor pasienten har fått behandling tidligere.	Rett informasjon til rett tid til rett person
 Det er behov for løsninger som muliggjør effektiv samhandling, kommunikasjon og pasientadministrasjon gjennom pasientforløpet og på tvers av virksomheter.	Effektiv samhandling på tvers
 Det er behov for at data registreres én gang, og registreres automatisk der det er mulig.	Registrere én gang
 Det er behov for at helsepersonell får tilgang på relevant kunnskapsstøtte, beslutningsstøtte og prosess støtte.	Støtte for beste og riktig praksis
 Det er behov for at innbygger får tilgjengeliggjort egne helseopplysninger, rettigheter, utrednings- og behandlingsplaner, samt status i pågående saker.	Innsikt i status og planer
 Det er behov for at innbygger skal kunne samhandle og kommunisere effektivt med helse- og omsorgssektoren.	Samhandling
 Det er behov for at innbygger skal kunne registrere personlige helseopplysninger og dele dem med helse- og omsorgstjenesten.	Egenregistrering
 Det er behov for at innbygger har tilgang til relevant kunnskapsstøtte og beslutningsstøtte.	Hjelp til å gjøre gode valg
 Det er behov for at innbygger skal kunne tilgjengeliggjøre relevant informasjon til andre, samt gi dem mulighet til å samhandle med helse- og omsorgstjenesten.	Involvere andre

Interessentbehov	Kort sagt
 Det er behov for at opplysninger sikres mot spredning til uvedkommende gjennom blant annet tilfredsstillende tilgangsstyring og kontroll.	Kontroll på hvem som vet
 Det er behov for at innbygger kan skjerme hele eller deler av journalen for enkeltpersoner eller grupper.	Skjerme og dele
 Det er behov for at virksomhetene får tilgang til oppdaterte data og løsninger som understøtter god ledelse, kvalitetsforbedring og ivaretagelse av pasientsikkerhet.	Innsikt for ledelse og kvalitetsutvikling
 Det er behov for at ansvarlige myndigheter får tilgang til oppdaterte data og løsninger som gjør dem i stand til å: a) styre helse- og omsorgssektoren b) ta raske og kunnskapsbaserte beslutninger i krise- og beredskapssituasjoner c) ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og risikofaktorer for sykdom	Innsikt for styring og forebygging
 Det er behov for en forskningsinfrastruktur med felles IKT-løsninger som forenkler bruk av helsedata, styrker forskningssamarbeid på tvers av helse- og omsorgssektoren, forenkler forskningsadministrative prosedyrer, og tilrettelegger for formidling og bruk av forskningsresultat.	Forskning og formidling
 Det er behov for at løsningene er lett tilgjengelige, sømløse og brukervennlige.	Tilgjengelig og brukervennlig
 Det er behov for kompetansebygging som bidrar til effektiv og trygg bruk av løsningene, samt kunnskap om deres begrensninger. Videre er det behov for at løsningene understøtter helsetjenestens rolle i utdanning av helsepersonell.	Kompetanse og undervisning

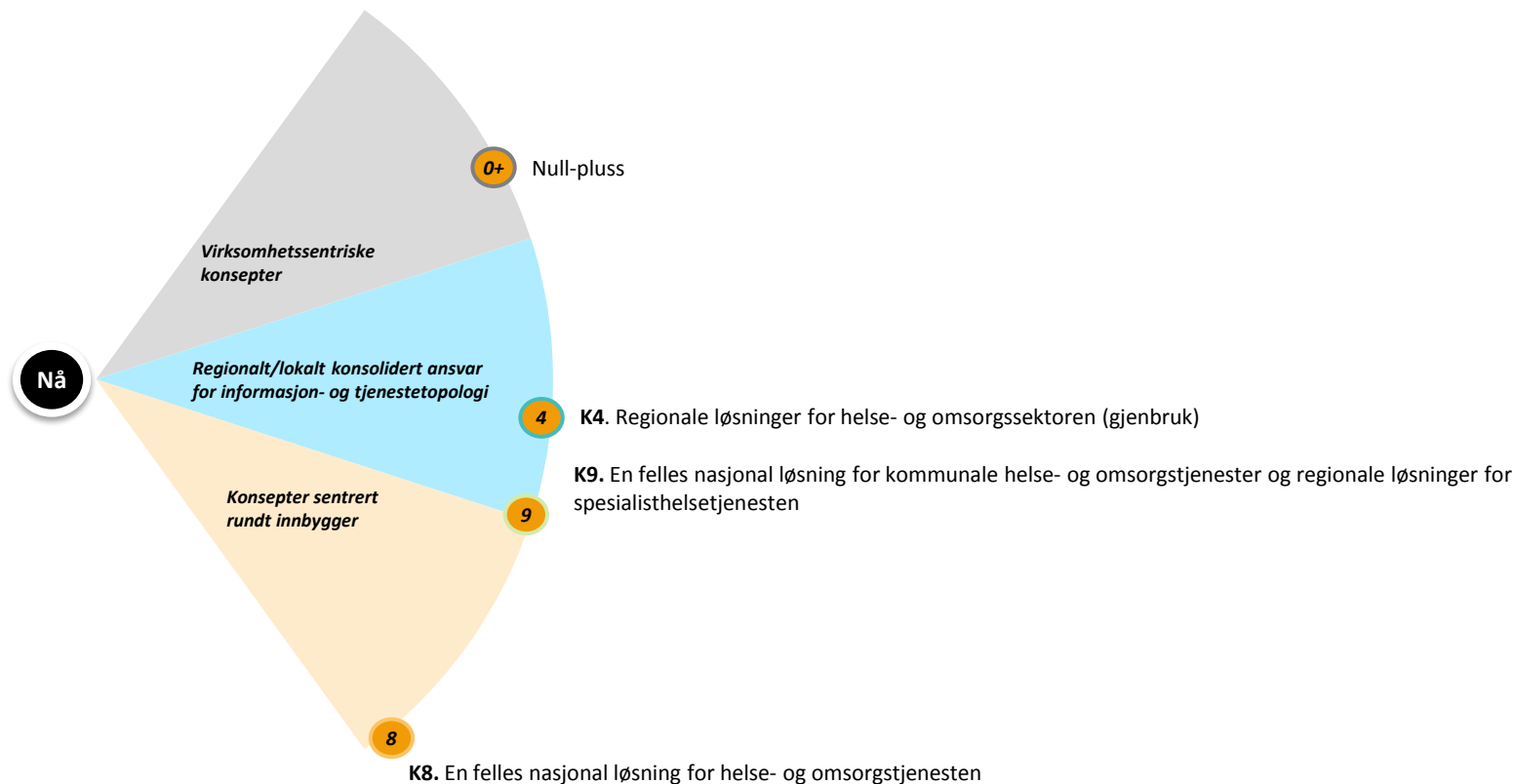


Gjennom mulighetsstudien har vi identifisert en rekke alternative konsepter for realisering av én innbygger – én journal





Gjennom mulighetsstudien har vi identifisert en rekke alternative konsepter for realisering av én innbygger – én journal





Foreløpig innstilling fra styringsgruppen september 2015

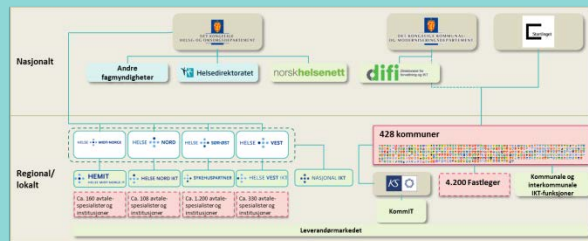
Styringsgruppen stiller seg bak det langsiktige målbilde om «én innbygger – én journal» som beskrevet gjennom Konseptalternativ 8, *en felles nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten*, men mener at risiko knyttet til styring og gjennomføring av Konseptalternativ 8 er så stor at en ikke kan tilrå dette nå.

Styringsgruppen mener at Konseptalternativ 9, *en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester og regionale løsninger for spesialisthelsetjenesten*, er det alternativet som foreløpig best balanserer risiko knyttet til styring og gjennomføring med behov, krav og kost/nytte.

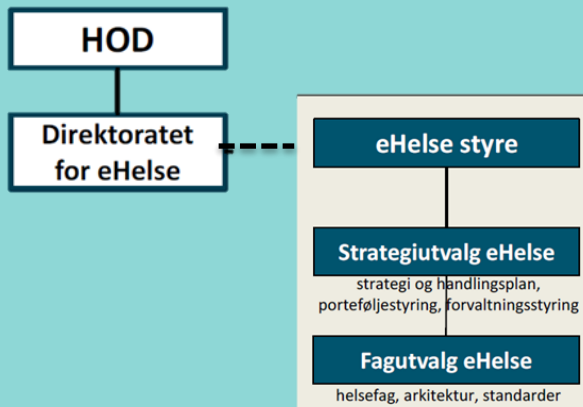


Utredningen har vurdert og anbefalt ny styrings- og finansieringsmodell for å styrke gjennomføringsevnen.

AKTØRBILDET



NY NASJONALSTYRINGSMODEL MED HJEMMEL TIL Å BESLUTTE OG STYRE



VIRKEMIDLER



Styring



Finansiering



Regelverk



Pedagogiske



Tusen takk for oppmerksomheten!

www.ehelse.no

irene.olaussen@helsedirektoratet.no



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

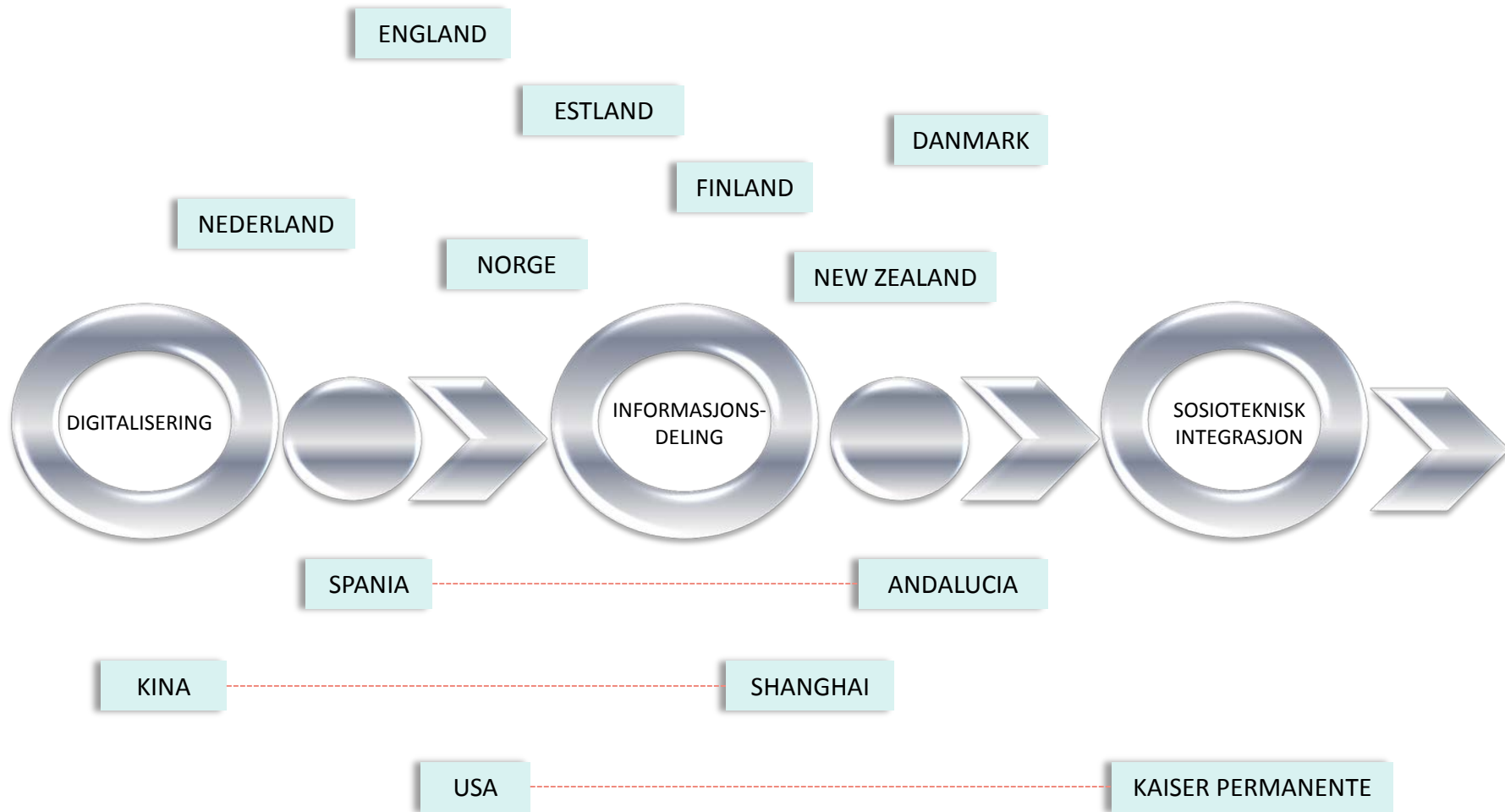


Hovedanbefalinger for å styrke gjennomføringsevnen

- 1 IKT skal være en integrert del i all utredning og politikkutforming som berører helse- og omsorgstjenesten gjennom at HOD i sine utredningsoppdrag stiller krav til at muligheter og konsekvenser innen IKT beskrives.
- 2 Det etableres et « eHelse styre» for helse- og omsorgssektoren med hjemmelsfullmakt til å beslutte nasjonal e-helsestrategi, rullerende treårige planer, oppstart og finansiering av nasjonale prosjekter, arkitektur og standarder, samt sourcingstrategi.
- 3 eHelse styret oppretter et utvalg for Strategi og porteføljestyling som med mandat og delegert fullmakt utarbeider nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan. Nasjonal strategi gir rammer for aktørenes strategier.
- 4 Nasjonal porteføljestyling tas i bruk for å sikre at de riktige prosjektene startes og følges opp for å realisere vedtatt strategi og handlingsplan. Utvalg for Strategi og porteføljestyling gis mandat og fullmakt fra eHelse styret til være sektorens porteføljestyre.
- 5 For å sikre faglige nasjonale beslutninger oppretter eHelse styret et utvalg for Helsefag, arkitektur og standarder. Utvalget gir overordnede faglige føringer og kan opprette ulike ekspertgrupper i tråd med mandat og fullmakter.
- 6 Nasjonale prosjekter skal ha en nasjonal prosjekteier, og skal gjennomføres i henhold til Difis Prosjektveiviser. Tilsvarende skal nasjonale IKT systemer ha en nasjonal systemeier.
- 7 Gjennomføring av nasjonal eHelse strategi sikres gjennom sterkere styring i linjen fra HOD og ved forskrift for de utenfor linjen.
- 8 Det etableres en finansieringsmodell som styrker gjennomføringsevnen gjennom å differensiere finansiering etter type aktivitet.
- 9 Det er behov for en helhetlig og felles nasjonal leverandørfunksjon for helse- og omsorgssektoren som skal sørge for anskaffelse, utvikling, drift og forvaltning av nasjonale fellesløsninger, ovenfor både statlige, kommunale og private aktører.

Spørsmål Are og Konstantin

- Har vi gjort det som vi savnet i internasjonale studier, bygd en kost/nytte – samfunnsøkonomisk beregningsmodell for e-helse, er dette noe vi kan dele med andre land?
- Hvordan forstår vi nå HIE – er alle samhandlingsløsningene i Europa HIE, eller er det noe mer spesifikt?
- Lagrer en data felles i en HIE løsning, eller er poenget nettopp at dette er en løsning for konsept der data kun er lagret lokalt?
- Mer inn om styringsmodell – viktig uavhengig av om det er et nasjonalt eller et regionalt prosjekt (Middle-out), det er en erkjennelse som vi har fått i arbeidet med Én journal. Selv uten innblanding i regionenes IKT-prosjekter, må regionene evne å forholde seg til nasjonal arkitektur og standarder, og de må evne å finne gode samstyringsmodeller med kommunene for å sikre elektronisk samhandling.
- Det vanskelige med å balansere intensivt arbeid med arkitektur og navigering/posisjonering i et politisk-strategisk mulighetsrom. Med ettertanke er det det vi nå gjør når vi velger K8, vi forholder oss til politiske realiteter, unngår å låse oss ned i kjelleren og tegne det perfekte system



Overordnet ulike IKT-løsningsstrategier

Egenutvikling/ Skreddersøm

Med egenutvikling/skreddersøm menes at en teknisk løsning (system, applikasjon) utvikles spesielt for en kunde/virksomhet. Teknisk og funksjonell løsning er tilpasset de behov som skal dekkes. I og med at det ikke er en standardløsning som selges til flere kunder vil det ofte være en høyere kostnad å utvikle og forvalte skreddersydde løsninger fremfor å kjøpe standardprodukter.



Eksempel: e-resept, Kjernejournal

Kjøp: «Best of breed»

Med «Best of breed» menes at det velges systemer som enkeltvis er vurdert å best oppfylle behov/krav i en konkret funksjon eller delprosess, og hvor virksomheten selv tar ansvar for å integrere alle (del-)systemene i en helhetlig løsning som understøtter virksomhetsprosessene. Produkt- og utviklingsansvaret for systemene ligger i all hovedsak hos leverandøren av løsningene.



Eksempel: løsningene innen spesialisthelsetjenesten

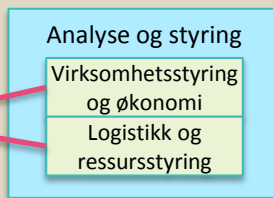
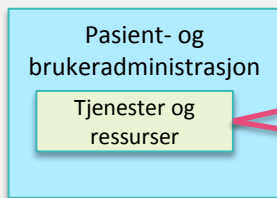
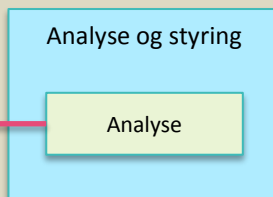
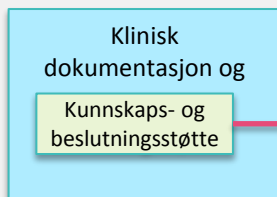
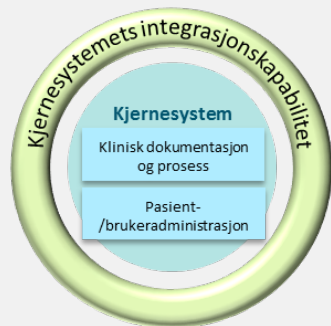
Kjøp: «Suite»

Med «Suite» mener vi at virksomhetens prosesser understøttes av et fåtall systemer som er ferdigintegret eller av et system som er så funksjonelt omfangsrikt at det tilstrekkelig dekker virksomhetens prosesser innen et virksomhetsområde.



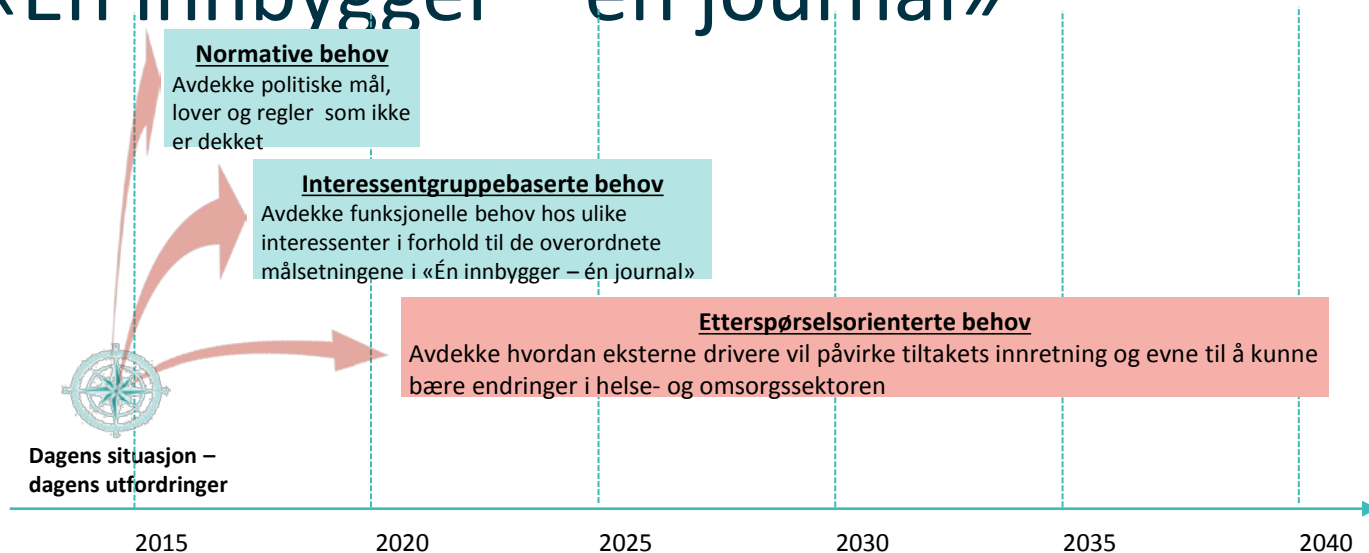
Eksempel: løsningene for fastleger eller PLO-systemer

Området for analyse og styring er tett integrert med systemområdene innen kjernesystemene og det må avgjøres om disse også er innenfor tiltakets kjerne



- Tradisjonelt har det vært separate systemer som innhenter nødvendige kliniske og administrative data fra kjernesystemer, fra spesialistsystemer og fra systemer for styring.
- Systemene inneholder funksjonalitet for å kunne lage analyser og rapporter for å forbedre ressursutnyttelsen, kvaliteten på helsehjelpen og pasientsikkerheten.
- Dette er systemområder som oftest er en integrert del av kjernesystemene (Gartner generasjon 3).
- Enkelte av disse systemene inneholder informasjon og funksjonalitet som er kritisk for å kunne etablere felles tjenestekatalog og tjenestekalendere.
- Dette omfatter primært systemer for turnusplanlegging, vaktlister, romadministrasjon, etc.
- I alle konseptene unntatt nullpluss-alternativet må det avklares om valg av denne type systemer fortsatt skal være et virksomhetsanliggende eller om det skal foretas en standardisering.

interessentgruppebaserte/normative behov for «Én innbygger – en journal»



Informasjonstilgang til helsepersonell:

Mål: Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, Meld. St. 9 (2012-2013) Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren

Digitale innbyggertjenester

Mål: Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester, Meld. St. 9 (2012-2013) Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren

Informasjonstilgang til sekundærbruk

Mål: Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning, Meld. St. 9 (2012-2013) Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren

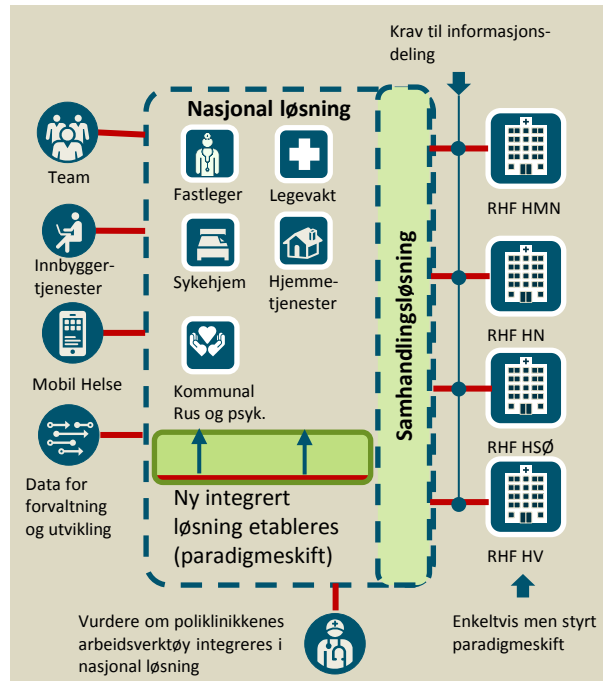
Overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan målene i Meld. St. 9 (2012-2013) kan realiseres

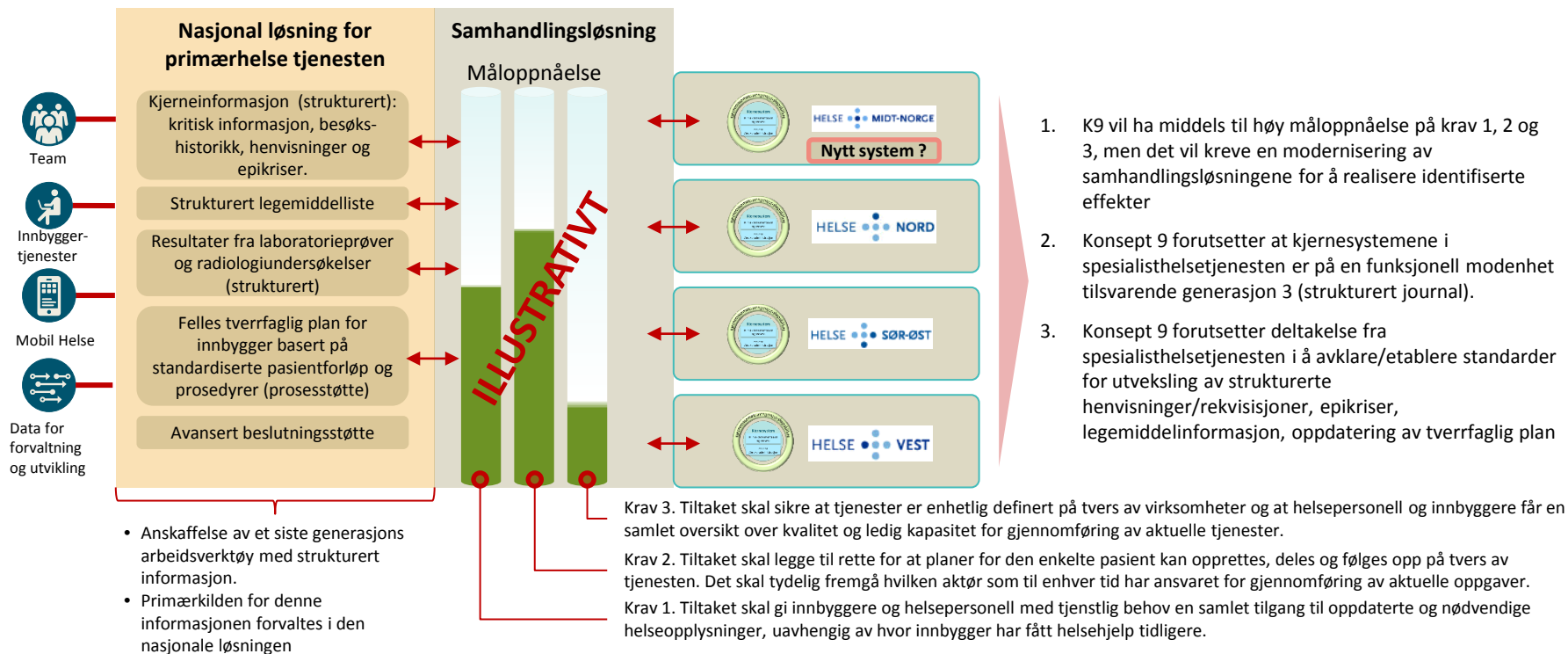
Mandat for utredning av «én innbygger – én journal»



- Omfatte hele helse- og omsorgssektoren
- Vurdere løsningsalternativer bredt
- Vurdere risiko, styringsmessige utfordringer og organisatoriske konsekvenser for hvert løsningsalternativ
- Tett samarbeid med sektoren
- Ta høyde for at forstudien kan bli vurdert iht. statens ordning for kvalitetssikring av store investeringsprosjekter (KS-ordningen)



Konsept 9 vil kreve en vesentlig deltakelse fra spesialisthelsetjenesten for å kunne sikre en helhetlig tjeneste



Sosioteknisk integrasjon

Healthcare Today

Complex, Confounding, Challenging... and Definitely Changing

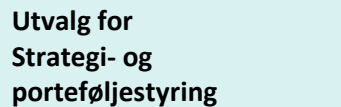


Nasjonale fora med hjemmel til å beslutte og styre

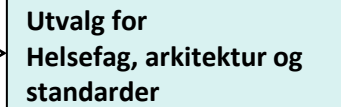
Strategi og rammer



Øverste leder i virksomhetene



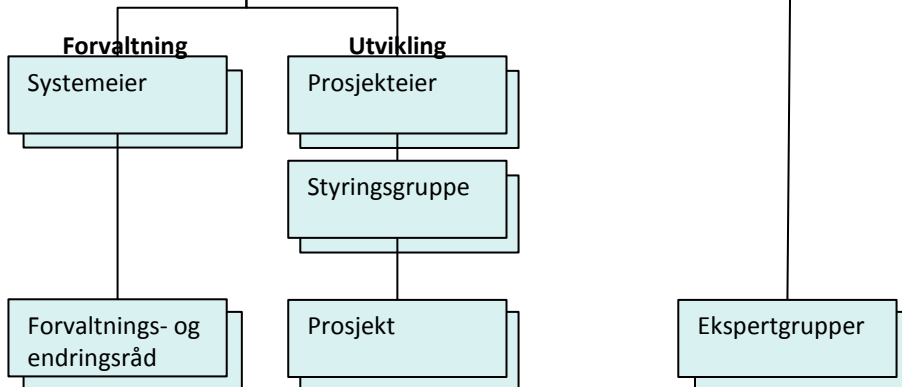
Personer med tilstrekkelig myndighet innenfor e-helsestrategi og IKT



Senior fagpersoner fra aktørene

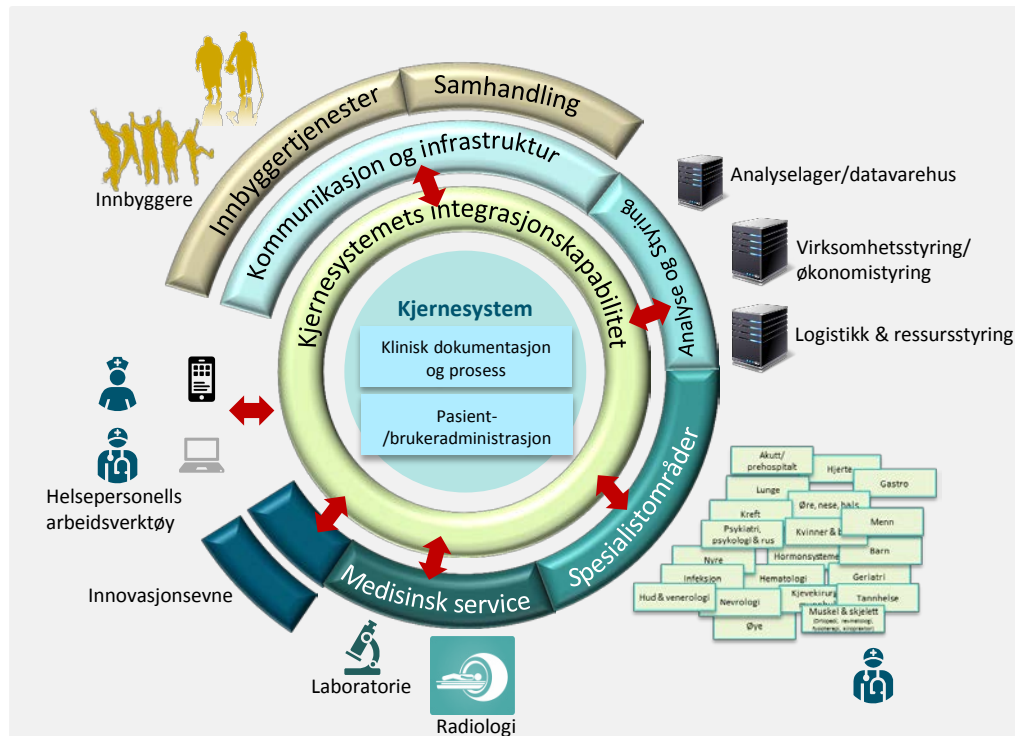
Strategiutforming, handlingsplaner, porteføljestyling

Gjennomføring



Fagpersoner fra ulike brukergrupper utpekes av linjeorganisasjonen til å delta i prosjekter, forvaltnings-/endringsråd og i ekspertgrupper.

For å analysere de ulike konseptene har vi utarbeidet en modell som representerer ulike systemområder



Kjernesystem (inkludert kjernesystemets integrasjonskapabilitet)

Systemer som er sentrale for å yte helsehjelp. Omfatter systemer for Klinisk dokumentasjon og prosessstøtte samt systemer for Pasient/brukeradministrasjon

Spesialistsystem for medisinsk service

Systemer som brukes for å understøtte arbeidsprosesser og diagnostikk innen laboratorie og radiologi. Disse er alltid tilknyttet ulike typer av utstyr (røntgenutstyr, laboratorieutstyr).

Spesialistsystem for øvrige spesialistområder

Systemer som brukes av ulike spesialiteter der kjernesystemene ikke dekker behovet. Ofte integrert med medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og inneholder funksjonalitet for analyse av resultater fra disse.

Analyse og styring

Systemer som er knyttet til virksomhetenes styring av ressurser, økonomi, og analyse- og rapporteringsverktøy.

Innbyggertjenester

Systemer som brukes for å gi innbygger tilgang til digitale innbyggertjenester.