

Elektroniske henvisninger, Nasjonale og internasjonale utfordringer

Vigdis Heimly

NTNU

KITH

HelsIT 2009

Bakgrunn

- Jobber i 75% stilling med PhD på NTNU
- 25% stilling på KITH
- Siv. ing og bedriftsøkonom
- Har jobbet lenge med utarbeidelse og utbredelse av meldingsstandarder

Fokus for min PhD

- Hva er de største organisatorske utfordringene ved innføring av elektroniske henvisninger?
- Hvordan kan organisatoriske tiltak støtte innføringen av elektroniske henvisninger?
- Hvorfor tar det lengre tid å innføre elektroniske henvisninger enn epikriser?

Mitt arbeid så langt

- Samler materiale om pågående norske, nordiske og internasjonale prosjekter som kan være relevante
- Ser på erfaringer fra disse prosjektene og sammenligner med Norge for å se om vi kan lære noe av dem
- Følger nasjonale prosjekter og innføringsprosjekter hos HF
- Intervjuer med brukere
- Sprørreundersøkelse

Historien om elektroniske henvisninger I Norge

- Første nasjonale standard i 1996
- ELIN-prosjektet for allmennleger har bidratt til oppdatert standard og krav til EPJ-systemene
- Leverandører har fått delfinansiering
- Sykehus og fastleger har god utbredelse av elektroniske journalsystemer
- Helsenetten er tilgjengelig
- Meldingsløftet støtter innføringsprosessen



Spørreundersøkelsen

- Skjema utarbeidet og kommentert av Helsedir, KITH, St. Olav og Helse Sør-Øst
- Utsendt til samtlige HF
- 80% besvart, jevnt fordelt fra hele landet
- Samtlige store HF med
- Skjemaene er besvart av ulike ressurspersoner: Fagdirektør, rådgiver, prosjektleder EPJ, bestiller hos HF

Ti hovedspørsmål

1. Status for henvisninger i dag
2. Forventning til vekst i meldingsvolumet
3. Tidligere utført kartlegging av meldingsflyt ifm henvisning hos HF
4. Planlagte endringer i arbeidsflyt ifm innføring av elektronisk henvisning
5. Eventuelle endringer som allerede er gjort ved innføring av elektronisk henvisning
6. Eventuell bruk av praksiskonsulenter
7. Hva er de største utfordringene ved innføring av elektronisk henvisning?
8. Hvorfor tar innføring av elektronisk henvisning lengre tid enn innføring av elektronisk epikrise?
9. Planlegges felles henvisningmottak innført parallelt med innføring av elektronisk henvisning?
10. Hvor stor andel av henvisningene krever innhenting av tilleggsinfo?

Status høsten 2008

- 15 HFene brukte ikke elektronisk henvisning
- 2 hadde en dekning på 75-100%: UNN og Finnmark
- 5 hadde dekning på 1-25%
- 1 hadde dekning ca 25%

Forventet status ved utgangen av 2010

- 17 forventer 75-100% dekning
- 5 forventer 50-75% dekning
- 1 forventer 25-50% dekning

Kartlegging av informasjonflyt ifm innføring av elektronisk henvisning

- 11 har hatt prosjekter/aktiviteter knyttet til kartlegging av arbeidprosesser og informasjonsflyt
- 8 oppga å ha innført/planlagt endringer i arbeidsprosesser ifm planlegging av innføring av elektronisk henvisning
- 10 har allerede gjennomført endringer i arbeidprosesser ifm innføringen

Praksiskonsulenter

- 16 HF hadde praksiskonsulenter.
- 13 av disse oppgir at de bruker praksiskonsulentene aktivt ifm innføringen av elektronisk henvisning
- Praksiskonsulenter ser ut til være et nytt "satsingsområde" for mange HF. De fleste har innført ordningen fra 2005 eller 2006.

Utfordringer ved innføring av elektronisk epikrise

- Svarene spriker ganske mye. Ingen entydig konklusjon på hva som er den største utfordringen
- De vanligste svarene er:
 - Nytteverdien ved å ta i bruk elektroniske henvisninger er for liten for helseforetakene i forhold til investeringene ved å ta dem i bruk
 - Helseforetaket kan motta elektroniske henvisninger, men allmennlegene sender ikke henvisninger
 - Ønsker å avvente innføring av elektroniske henvisning i påvente av nye tekniske løsninger
 - Mangel på integrasjon av mottak av henvisning i pas eller epj-system
 - Helseforetaket har ikke økonomi til å prioritere elektronisk henvisning

Hvorfor tar det lengre tid å innføre elektronisk epikrise enn henvisning?

1. Helseforetaket prioriterer innføring av elektronisk henvisning lavere enn innføring av elektronisk epikrise
2. Det er mer utfordrende å tilpasse journalsystemene på sykehuset til mottak av henvisninger enn sending av epikrise
3. Fastlegen har i mindre grad etterspurt elektronisk henvisning enn elektronisk epikrise

Andre innspill

- Fastlegene kvier seg for å knytte seg til helsenettet pga kostnader
- Fastlegene ønsker ikke å endre sine rutiner fra papir til elektronisk løsning. Dagens løsning er enkel og fungerer.

Behov for tillegginfo

- Mange vet ikke
- 9 har oppgitt 1-25 %
- 1 har oppgitt 25-50%
- En har svart at de heller kaller pasienten inn til poliklinikk

Generelt

- HFene positive til undersøkelsen
- Mange ser ut til å ha gjort mye med henvisningsrutiner internt på sykehuset
- Mange scanner og håndterer henvisningene elektronisk etter mottaket. Noen har også redusert antall kontoransatte.
- Mange innfører felles henvisningsmottak, og dette gjøres delvis uavhengig av innføringen av elektronisk henvisning
- Mange har innført praksiskonsulentordninger og bruker dem aktivt ifm elektronisk henvisning
- Utfordringene er ulike fra HF til HF og delvis regionavhengig
- Pasienthensynet ser i liten grad ut til å styre innføringen
- Epikriser mer etterspurt fordi de er nødvendige for pasientoppfølgingen?
- Offentlig helsevesen med ventelister og liten konkurranse tilsier ikke det samme behovet for henvisninger, kommer uansett før pasienten?

Funn fra intervjuer med sykehusene

- Forventning om at elektroniske henvisninger skal føre til bedre kvalitet på henvisningene
- Ønsker kontroller på input av informasjon hos fastlege og mer struktur
- Viss skepsis til direkte henvisninger til operasjon uten å gå via poliklinikk
- Ser betydelige gevinster av elektronisk av henvisningene internt og scanning av papir

Fastlegens ønsker

- Ett grensesnitt fra journalsystemet for henvisning
- Sømløs overføring av henvisningsinformasjonen
- Sender allerede elektroniske henvisninger private aktører
- Ønsker ikke for detaljerte kontroller
- Så kanskje ikke store fordeler før innføring, men stort sett fornøyd etter innføring

Er problemet særnorsk? Hva kan vi lære av andre land?

INHEALTH MOLECULAR IMAGING
NHS

NHS PET/CT Diagnostic Imaging Service

REQUEST FORM

*Compulsory Information Fields. Failure to complete these fields will result in a delay of booking a patient appointment.

<p>PATIENT INFORMATION</p> <p>*NHS number: _____</p> <p>*Name: _____</p> <p>*Address: _____</p> <p>*Post code: _____</p> <p>*Date of birth: _____</p> <p>Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/></p> <p>*Telephone: _____ (home) _____ (work) _____ (mobile)</p> <p>*Email: _____</p> <p>*GP Name: _____</p> <p>*PCT: _____</p> <p>Language spoken: _____</p> <p>Is Interpreter required: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>*Accession No.: _____</p>	<p>PATIENT INFORMATION</p> <p>*Patient type <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/></p> <p>*Is there any possibility of the Patient being Pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>*Breastfeeding? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date of last menstrual period dd / mm / yyyy <small>Physical/Mobility/communication difficulties (please specify)</small></p> <p>*Mobility of Patient: <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Chair <input type="checkbox"/> Trolley Transport required <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (Transport to be arranged by referer)</p> <p>*Known allergies _____</p> <p>*Infection Risk <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CDIF <input type="checkbox"/> Active TB *Is the patient more than 204 kgs or 450 pounds or 32 Stone <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>*Diabetic <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (specify) <input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II</p> <p>*Claustrophobia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>*Can patient put hands above head <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Has patient had previous problems with venous access <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Referring Clinician</p> <p>*Name: _____</p> <p>Job Title: _____</p> <p>*Referrer Identification No: _____</p> <p>*Referring Trust: _____</p> <p>*Urgent Telephone: _____</p> <p>NHS email: _____</p>	<p>INPATIENT INFORMATION *(where applicable)</p> <p>Ward: _____</p> <p>Hospital: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Post code: _____</p> <p>Telephone: _____</p> <p>Fax: _____</p>
<p>Alternative Contact Details</p> <p>*Name: _____</p> <p>Job Title: _____</p> <p>*Urgent Telephone: _____</p> <p>NHS email: _____</p>	
<p>For office use only</p> <p>URN: _____</p>	

0845 600 2953 Referral email address: nhs.petct@nhs.uk NHS PET/CT South, 84M Patient Referral Centre, Benchwood Hall, Kingsmead Road, High Wycombe, Buckinghamshire, HP11 1J
Tel: 0845 600 2953 Fax: 0845 600 2954 Referral email address: nhs.petct@nhs.uk

Zorg Domein

Verwijsaanbod

Verwijsreden	Verwijst naar specialism...	Verwijstype	Traject in zorginstelling	TT dagen	Verwijs-criteria	Voor-bereiding
>> Urologie >> Steniasatie man	MCH Antoniushove	Leidschendam	Vasectomie + consult urolog	12	ja	ja
Aanvraag eerstelijns di...	Ziekenhuis Bronovo	Den Haag	1. Gesprek met nurse practitioner, waarna ingreep door urolog of arts assistent 2. Semianalyse 3 maanden na de ingreep	25	ja	ja
Onafgeronde verwijsbrieven (1) Verzonden verwijsbrieven (0)	MCH Westeinde	Den Haag	Vasectomie + consult urolog	10	ja	ja
	HagaZiekenhuis Leyweg	Den Haag	Voorbereiding gezien: • Informeer patient over onomkeerbaarheid van de ingreep • Antistolling staken 7 dagen voor ingreep in overleg met de trombosediens! • Verwijsbrief aannaken en elektronisch verzenden • Patientens/formate printen en meegeven	10	nee	ja

Kriterier for review

- Prosjekter med engelsk eller nordisk dokumentasjon
- I hovedsak forskningsdokumentasjon
- Primært nasjonale prosjekter
- Ikke piloter
 - Mange piloter gir gode resultater
 - Veien fra pilot til spredning er ofte vanskelig

Reviewprosessen

- Vanskelig å finne dokumentasjon
- Henvisningsprosjekter har ofte ikke forskningsfokus, mye "fremmedspråk"
- Få review er gjort, telemedisinprosjekter
- I hovedsak vurdert nordeuropeiske prosjekter

Kost/Nytte

- Finland har gjennomført evaluering av et tidlig prosjekt i Peijas
- Ari Hasmans (Nederland) har gjort en kost/nytte analyse
- Danmark gjennomførte en studie i forkant av innføringen av henvisningshotellet

Internasjonal henvisningshistorie

- Finske prosjekter i Oulu og Helsinki
 - Telemedisinprosjekter med henvisning og e-konsultasjon
 - Tidlig evaluering av prosjektene: Lovende
- Tidlige prosjekter i Danmark og Norge
 - Meldinger basert på EDIFACT og XML
 - Pilotene var lovende, men manglet infrastruktur for tidlig spredning. Få EPJ-systemer tidlig tilgjengelige i sykehus

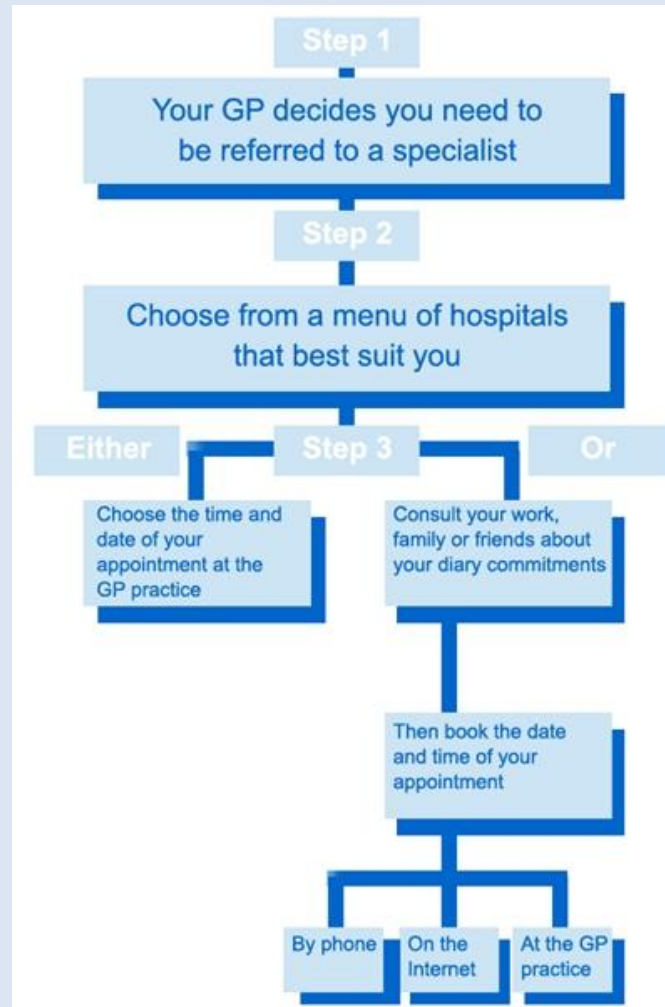
Zorg Domain, Netherlands

- Systemet er tenkt å tilby informasjon i et felles "domene" som er tilgjengelig for primærleger og spesialister
- Inkluderer både henvisninger og epikriser
- Tilbyr beslutningsstøtte og tilgang til kliniske retningslinjer
- Førte delvis til endringer i pasientforløpet med tanke på effektivisering
- Legene var skeptiske til bruken
- Begrenset suksess

Choose and book, NHS

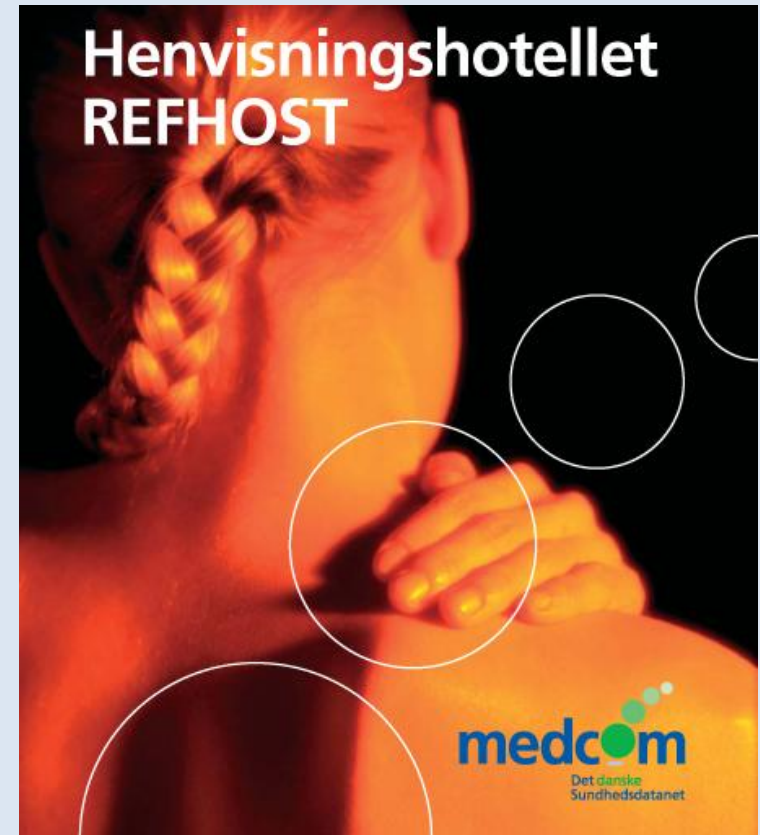
- Dyrt og har hatt lang innføringsfase
- Tilfredsstilte ikke legene og pasientenes behov
- Var vanskelig å bruke i praksis
- Forsøk på å utbre delvis ferdig løsning
- Produktet er forbedret og ser ut til å bli brukt i økende grad

NHS: Choose and book



Danmark

- Henvisningshotellet, spredning fra 2008
 - Fastlegen legger henvisning i hotellet
 - Pasienten henter henvisningen og velger spesialist
 - Lovende



Konklusjoner



- Ikke en beste løsning, kan variere med nasjonal helseorganisering og lovverk
- Viktig å innse at spredning av henvisninger er tidkrevende og utfordrende
- What's in it for me? Hvem investerer og hvem får gevinstene?
- Aktørene trenger bedre forståelse for hverandres arbeidsprosesser
- Gradvis utvikling fra meldingsbaserte løsninger sannsynlig
- Systemer med økt beslutningsstøttemulighet og tilgang til kliniske retningslinjer kan vise seg nyttige
- Nasjonal koordinering nødvendig
- Økt fokus bør legges på pasientens behov