



Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang

Utredning fra Avdeling statistikk

Publikasjonens tittel: Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang

Utgitt: August 2015

Publikasjonsnummer: IS-2336

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling statistikk og kodeverk

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Lenke til pdf: Tilgjengelig elektronisk på www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Johanne Alhaug

Eivind Bjørnstad

Stephan Ore

Ranvir Rai

Janne Lind

Illustrasjon: © Platform/Johnér (illustrasjonsbilde)

FORORD

Det er et økende fokus og krav om kvalitet på den norske Helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester er den første stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som dekker hele helse- og omsorgstjenesten, tannhelse inkludert. Åpenhet om kvaliteten på tjenestene er viktig for pasienter og brukere ved valg av tjenester, for lokalt forbedringsarbeid, for ledere i styring av virksomheten, for å gi befolkning informasjon om kvalitet i tjenesten og for lokale og sentrale myndigheter i politikk utformingen.

Helsedirektoratet fikk i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 1. januar 2012, ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Det ble etablert en kvalitetsindikatorgruppe for pleie og omsorgstjenester (PLO) for anbefaling og utvikling av kvalitetsindikatorer innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Arbeidet er en del av Helsedirektoratets arbeid med utvikling av et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Kvalitetsindikatorgruppen PLO anbefalte utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor området ernæring og legemiddel. Føringerne for de anbefalte kvalitetsindikatorer er basert på Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580 og Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	5
SAMMENDRAG	8
1 KARTLEGGING AV DAGENS DOKUMENTASJONSPRAKSIS	10
1.1 Oppsummering	10
1.2 Hovedfunn ernæring	11
1.3 Hovedfunn legemiddelgjennomgang	12
1.4 Hovedfunn samhandling	14
1.5 Andre kjente faktorer	15
2 STANDARDISERINGSFORSLAG	16
2.1 Eksisterende datagrunnlag og registre	16
2.2 Datainnsamling for kvalitetsindikatorer	18
2.3 Standardiseringsforslag for ernæringspraksis	19
2.4 Standardiseringsforslag for legemiddelgjennomgang	28
2.5 Behov for endrede og nye kodeverk	33
3 KOSTNADESTIMATER FOR IMPLEMENTERING	36
3.1 Kostnadsoverslag for endringer i EPJ i omsorgstjenesten	37
3.2 Kostnadsoverslag for endringer i EPJ i allmennlegetjenesten	38
3.3 Kostnadsoverslag for endringer i EPJ i spesialisthelsetjenesten	38

INNHold

4	PLAN FOR GJENNOMFØRING	39
4.1	Forslag til teknisk løsning	39
4.2	Overordnet tidsplan for gjennomføring og kritiske avhengigheter	40
4.3	Finansiering	43
4.4	Forslag til eierskap og organisering ved implementering	43
4.5	Viktige risikopunkter som må ivaretas ved implementering	44
4.6	Veien videre – gjennomføring av planleggingsfase	45
5	POTENSIAL FOR GEVINSTREALISERING	47
5.1	Målrettet forebygging og behandling av underernæring	47
5.2	Optimal legemiddel-behandling og -bruk	47
6	REFERANSER	49
7	VEDLEGG	50
7.1	Vedlegg: Anbefalt prosessflyt for ernæringspraksis	51
7.2	Vedlegg: Anbefalt prosessflyt for legemiddelgjennomgang	52
7.3	Vedlegg: Overordnet kostnadsoverslag	53
7.4	Vedlegg: Overordnet tidsplan for gjennomføring av hovedprosjekt	54
7.5	Vedlegg: Helsedirektoratets prosjektmodell	55

INNLEDNING

Målet med forprosjektet er å anbefale standardisert måte å dokumentere ernæringspraksis og legemiddelgjennomgang i elektronisk pasientjournal (EPJ) for helsepersonell i norske kommuner. Standardiseringen anbefales på grunnlag av hvordan Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580 og Veileder om legemiddel - gjennomganger IS-1998 er implementert i primærhelsetjenesten. Videre har det blitt utredet hvilke konsekvenser anbefalt klinisk dokumentasjon har for EPJ systemer, helsefaglig kodeverk, rapportering, helseregistre og i forbindelse med samhandling med spesialisthelsetjenesten og også fastleger. I tillegg har det blitt gjort et kostnadsoverslag for evt. utvikling av helsefaglig kodeverk, tilpasninger til journalsystemer og til de ulike registrene (NPR, IPLOS, Reseptregisteret mm.). Det har blitt etablert to arbeidsgrupper under prosjektleder, der en har hatt fokus på ernæring og den andre har hatt fokus på legemidler. Det har vært svært overlappende prosesser i hver av gruppene rettet mot samhandlingspartnerne i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og IKT-aktørene.

Overordnede målsettinger

Utredning og kartlegging i forprosjektet skal legge til rette for at:

Nasjonale kvalitetsindikatorer måler kvalitet i ernæring i tråd med nasjonal retningslinje (IS-1580) for forebygging og behandling av underernæring der det er implementert ved blant annet å måle:

- Andel pasienter/brukere med kartlagt ernæringsstatus
- Andel pasienter/brukere i ernæringsmessig risiko/underernæring
- Andel sykehjem som kan dokumentere at nattfasten ikke overstiger 11 timer

Nasjonale kvalitetsindikatorer måler kvalitet innen legemiddelgjennomgang i tråd med veileder om legemiddelgjennomganger (IS-1998), siste seks måneder, der den er implementert ved blant annet å måle:

- Andel beboere i institusjon (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.
- Andel brukere i hjemmebaserte tjenester (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.
- Andel eldre (≥65 år) som har fått foreskrevet 10 eller flere legemiddel.

INNLEDNING

Resultatmål

Forprosjektet har ferdigstilt følgende leveranser:

- Kartlagt status på implementering av nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring og veileder for legemiddelgjennomgang i sykehjem og hjemmetjenester i 10 ulike fylker. Kartleggingen vil forsøke å avdekke hvilke forutsetninger kommunene har for å ta i bruk nasjonale retningslinjer – med spesiell fokus på hvordan EPJ blir benyttet som verktøy i forbindelse med dokumentasjon av ernæringspraksis og LMG
- Anbefaling av nasjonal standardisert implementering for underernæring og legemiddelgjennomgang, med foreslått minstekrav om hva som skal registreres og dokumenteres av informasjon om beboere i sykehjem og mottakere av hjemmetjenester i EPJ systemene
- Estimert kostnadsoverslag for videre utviklingsbehov relatert til tilpasning av EPJ systemer, elektronisk meldingsutveksling, rapportering, registre og helsefaglig kodeverk
- Plan for gjennomføring basert på anbefaling

Effektmål

Tjenestemottakere og innbyggere

Brukere og beboere ved hjemmetjenesten og sykehjem kan få bedre oppfølging gjennom forbedret ernæringspraksis og legemiddelgjennomgang som igjen kan forbedre livskvalitet og helse. Dette kan også gi mer forutsigbarhet og trygghet for pårørende.

Helse- og omsorgssektoren

Bedre grunnlag for dokumentasjon som igjen gir bedre datagrunnlag for bl.a. prioritering, planlegging, evaluering og kvalitetsutvikling av tjenester. Dette kan potensielt føre til mer effektiv og målrettet ressursallokering.

INNLEDNING

Samfunnsmessig effekt:

Bedre datagrunnlag for (nasjonal) helsestatistikk og kvalitet i helsetjenesten som bl.a. gir grunnlag for helsepolitiske beslutninger. I tillegg kan man oppnå mer åpenhet omkring kvalitet og pasientsikkerhet med tanke på ernæringspraksis og legemiddelgjennomgang.

Tall fra Danmark, Nederland, Storbritannia og USA viser at man kan redusere liggetiden i sykehus med minimum 20 % for dem som blir vurdert og behandlet for underernæring (IS-1580). Det blir derfor antatt at forebygging og behandling av underernæring kan gi store økonomiske besparelser. En rapport fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo indikerer at målrettet forebygging og behandling av underernæring i sykehus kan bidra til en besparelse i spesialisthelsetjenesten på rundt 800 millioner i året (Juil 2010).

En målrettet identifisering og behandling av underernæring i primærhelsetjenesten vil sannsynligvis gi enda større helse- og økonomiske gevinster, da flere kan behandles på et lavere og billigere tjenestenivå og dermed redusere behovet for spesialisthelsetjenester (NICE 2006).

SAMMENDRAG

Funn fra gjennomført kartlegging viser at det foreligger informasjon relatert til ernæringspraksis og legemiddelgjennomgang (LMG) i dagens EPJ systemer i sykehjem og hjemmetjenester. Informasjonen er imidlertid i stor grad ustrukturert, ikke standardisert og dermed ikke egnet som data for nasjonal kvalitetsmåling. Dette kan delvis forklares ved at EPJ systemene ikke er tilrettelagt for standardisert dokumentasjon av ernæringspraksis og LMG. Helsepersonell ved sykehjem og hjemmetjenester har dermed ikke tekniske forutsetninger for å implementere retningslinjer relatert til ernæringspraksis og legemiddelgjennomgang fra Helsedirektoratet på riktig måte. En kan dermed argumentere at mangel på standardisering hemmer både intern tjenesteforbedring og samhandling til og fra spesialisthelsetjenesten.

Denne utredningen adresserer disse utfordringene og anbefaler standardisert klinisk dokumentasjonskrav for ernæringspraksis og legemiddelgjennomgang i EPJ systemene uavhengig av tjenestetilbud og omfang. Dette innbefatter også innhold i elektroniske meldinger mellom aktører i sektor samt bruk av helsefaglig kodeverk. Arbeidsgruppene for ernæring og LMG har tatt utgangspunkt i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580 og Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998. Selv om prosjektet har tatt utgangspunkt i disse to førende dokumentene har det blitt gjort visse forenklinger i den anbefalte standardiseringen for begge områdene. Dette er gjort for at dokumentasjon av praksis ikke skal ta mer tid enn nødvendig, men samtidig ivareta komplekse etiske beslutninger hos alvorlig syke, og sikre at dokumentasjon er godt faglig forankret.

Det totale estimatet for implementering av foreslåtte endringer er estimert til ca. 21 MNOK. Dette er et grovt estimat og har blitt kalkulert uten at det foreligger en detaljert kravspesifikasjon til leverandørene. Det foreligger dermed en betydelig usikkerhet i hva faktiske kostnader vil bli i en eventuell innføringsfase. Det har derfor blitt lagt til et kompletthetspåslag på 10 % for å ivareta ytterligere krav som eventuelt inkluderes i en mer detaljert kravspesifikasjon. Prosjektledelse, bestilleroppgaver og overordnet oppfølging av et prosjekt med dette omfanget og kompleksitet må også ivaretas - her har det blitt lagt til 20 %. I tillegg er det lagt til en risikoreserve for hele prosjektgjennomføringen på 15 %. Dette resulterer i et endelig estimat på ca. 32 MNOK.

SAMMENDRAG

Prosjektet har utarbeidet en overordnet plan for framtidig implementering av hovedprosjektet. Kritiske nøkkelfaktorer for en vellykket implementering relaterer seg blant annet til rapportering gjennom IPLOS, forankret prioritering i NUIT, bruk av ny meldingsstandard for PLO meldinger og bred forankring mot alle berørte aktører. Forventet publisering av nye kvalitetsindikatorer relatert til ernæringspraksis og LMG er mai/juni 2017.

Det sees behov for revisjon av både retningslinje IS- 1580 og veileder IS-1998. Det er tilkommet ny kunnskap og erfaring innen fagområdene både for ernæring og legemidler samt lovverk med forskrifter er endret. I IS-1580 er det anbefalt jevnlig revisjon av retningslinjen. Kartlegging av ernæringspraksis i kommunene viser at arbeidet med forebygging og behandling av underernæring er mer utbredt nå enn i 2009. Ernæringspraksis, slik anbefalingene legger opp til i henhold til IS-1580, har vist seg å være utfordrende å få fullgodt implementert. Det er derfor ønskelig med en forenkling av rutiner for kartlegging av ernæringsstatus, i tillegg til bedre kvalitetssikring av igangsatte ernæringstiltak.

Forprosjektet har avdekket behov for helsefaglig kodeverk tilknyttet legemiddelgjennomgang og kartlegging av ernæringsstatus. Det er ønske om koder for å standardisere dokumentasjon i journalsystem, PLO-meldinger og for uttrekk av data til helsestatistikk.

Ved å standardisere dokumentasjon for ernæring- og legemiddelgjennomgang finnes det gode muligheter for kostnadsbesparelser i sektoren. Flere studier viser at forebygging og behandling av underernæring kan gi store økonomiske besparelser – spesielt i spesialisthelsetjenesten hvor antall liggedøgn kan reduseres med minimum 20 %. Mer systematisk legemiddelgjennomgang kan potensielt redusere antall innleggelse i medisinske sykehusavdelinger med opptil 5- 10 %.

Standardiseringsarbeidet har blitt fortløpende forankret med relevante fagpersoner internt og øvrige ressurser i prosjektet. Det har i tillegg vært etablert en bred referansegruppe for å ivareta en god faglig forankring fra både interne og eksterne ressurser. Eksterne ressurser har innbefattet representanter fra: KS, Fylkesmannen, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Legemiddelverket, Klinisk Ernæringsfysiologers Forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF), Ernæringscenteret ved UNN og Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester.

1 KARTLEGGING AV DAGENS DOKUMENTASJONSPRAKSIS

1.1 Oppsummering

Forprosjektet baserer seg på publiserte rapporter, tilsynsmeldinger og også innhentet journaluttrekk fra enkeltkommuner samt kartlegging ved bruk av Questback-undersøkelse som i desember 2014 ble besvart av kommunalt helsepersonell i totalt 10 fylker. Disse kildene vil her bli nærmere omtalt.

Basert på svar fra til sammen 289 respondenter ansatt i sykehjem og hjemmetjenester har man dannet seg et overordnet bilde av dagens praksis relatert til ernæring og LMG. Inntrykket er at det brukes store mengder fritekst i EPJ systemene, og at systemene ikke er tilrettelagt for å dokumentere praksis på en standardisert måte. Det er i tillegg forholdsvis stor variasjon mellom kommunene med tanke på hvordan praksis er implementert i form av prosedyrer, hjelpemidler og dokumentasjon.

I flere rapporter er ulike problemstillinger presentert når det gjelder ernæring, legemidler og samhandling mellom aktørene. Både Helsedirektoratet, Riksrevisjonen¹ og andre undersøkelser indikerer at det er behov for videre satsninger.

Helsetilsynet har gjennom tilsynsmeldinger i flere år problematisert både omfang av dokumentasjon, innhold og samhandling mellom helsepersonell i samme avdeling og når pasienter skifter omsorgsnivå. Dette gjelder ikke eksplisitt for emnene ernæring og legemidler, men temaene har i flere år vært prioriterte tilsynsområder. Tilgjengelige prosedyrer for ansatte har ikke vært oppdatert og tilpasset nye systemer, ikke blitt gjort kjent for nyansatte og ikke vært fremhevet for å endre arbeidsmåter for helsepersonell i kommunene. Videre har Helsetilsynet avklart at det ved flere tilsyn ses at system for avviksmelding og -håndtering ikke er godt nok kjent, i tillegg til manglende kunnskap og uklarheter om hva som skal meldes som avvik og hvordan dette skal håndteres av ansvarlig leder

¹ Se for eksempel: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/ElektroniskMeldingsutveksling.aspx>, Helsedir/KS (IS-2221)

1.2 Hovedfunn ernæring

Kartlegging av ernæringsstatus, vurdering ernæringsmessig risiko, vurdering samt igangsetting av ernæringstiltak er vesentlig i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring blant mottakere av hjemmetjenester og beboere i sykehjem. Informasjon om tjenestemottakers ernæringsstatus og eventuelle igangsatte tiltak skal dokumenteres på en forsvarlig måte og være en del av informasjonen ved overføring fra et omsorgsledd til et annet. Dette er god ernæringspraksis i henhold til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580.

Kartleggingsfunn viser at IS-1580, er godt kjent blant respondentene. Innhold og anbefalinger i IS-1580, er delvis kjent. Det er imidlertid stor variasjon i hvilken grad anbefalingene er implementert i de ulike kommunene. Der retningslinjene ikke ligger til grunn for dagens ernæringspraksis, framheves manglende kunnskap om IS-1580, manglende forankring av ansvar, manglende fokus på eldre og ernæring, samt mangel på rutiner for systematisk ernæringskartlegging som årsaker til manglende rutiner og praksis.

Hele 91 % svarer at de helt eller delvis har ernæringspraksis i tråd med retningslinjene (IS-1580). Forståelse av hva dette innebærer varierer. Det er bekymringsfullt at 52 % av respondentene kartlegger ernæringsstatus kun ved behov (40 %) eller kun tilfeldig (12 %). En individuell tolkning av behov for ernæringskartlegging er ikke forenlig med implementering av IS-1580. I tillegg kan det se ut til at "kartlegging av ernæringsstatus" ofte tolkes som primært vekt, vektkontroll og eventuelt høyde.

En stor andel av respondentene har hatt tilbud om opplæring om innhold i IS-1580. Kartlegging av ernæringsstatus (74 %), samt utforming av individuell ernæringsplan og evaluering (60 %) har vært prioriterte tema. Hele 16 % har ikke hatt eller vet ikke om det har vært gitt opplæring.

IS-1580 anbefaler validerte ernæringskartleggingsverktøy, blant annet MNA i sykehjem og for personer over 65 år, MUST i hjemmetjenesten og NRS 2002 i spesialisthelsetjenesten. Nesten 30 % benytter ikke et kartleggingsverktøy. To tredjedeler (64 %) av respondentene benytter kartleggingsverktøy, der MNA og Ernæringsjournalen er mest brukt. Der kartleggingsverktøy benyttes, foreligger de i papirversjoner eller som integrert skjema i EPJ systemet. Begge er å anse som manuell kartlegging, da det per i dag ikke er mulig for systematisk dokumentasjon av data. Dokumentasjon skjer vesentlig i fritekst, som forhåndsdefinert tekst og/eller i pasientpermer/-mapper. Det samme gjelder for dokumentasjon av matinntak, individuelle ernæringstiltak, ernæringsplan, samt evaluering og oppfølging.

Det er bekymringsverdig at 11 % av respondentene oppgir at de ikke dokumenterer individuell ernæringsplan ved ernæringsmessig risiko, verken i EPJ, pasientperm eller andre steder. 4 % dokumenterer ikke ernæringskartlegging. Samtidig ser man at et stort antall av respondentene

oppgir at vekt, høyde og mat- og væskeinntak dokumenteres i en eller annen form - men i vesentlig grad ved bruk av fritekstfelt i EPJ.

Den generelle tilbakemeldingen er at dokumentasjon av ernæringsvurdering, -tiltak og evaluering av tiltak kan være mangelfull. Dagens EPJ system er ikke tilrettelagt for standardisert dokumentasjon og tilgjengelig dokumentasjon er i fritekst (ref. EPJ uttrekk fra kommunene). Dette vanskeliggjør målrettet ernæringskartlegging, -dokumentasjon og oppfølging av pasienter på system- og individnivå.

Kosthåndboken (IS-1972) anbefaler at nattfaste ikke overstiger 11 timer, som et ledd i arbeidet for forebygging og behandling av underernæring. Hele 87 % av respondentene dokumenterer ikke nattfaste i EPJ. Matinntak i løpet av kveld eller natt blir hos enkelte eventuelt rapportert som fritekst i EPJ. Det foreligger ingen systematikk i registrering av antall timer nattfaste.

En landsomfattende spørreundersøkelse om mat og måltider i sykehjem 2015 viser at det har skjedd en forbedring i sykehjemmene sammenlignet med tall fra 2007, knyttet til prosedyrer for ernæringsstatus og veiing. Det er fortsatt bare rundt halvparten av helsepersonellet som svarer at de har skriftlige prosedyrer knyttet til ernæringskartlegging. Både ledere og helsepersonell rapporterer at de opplever behov for mer kunnskap om ernæringsarbeid, blant annet kunnskap om vurdering av beboernes ernæringstilstand. (ref. rapport fra Aagaard)

1.3 Hovedfunn legemiddelgjennomgang

Arbeidsgruppen legger til grunn at tjenestemottakere bør ha legemiddelgjennomgang (LMG) ved endringer i helsetilstand og/eller endring av omsorgstilbud. Det er også presentert praksis der sykehjem har årskontroller og også halvårskontroller der LMG skal vurderes/gjennomføres. Før slike kontroller er det nødvendig at dokumentasjon foreligger, både for å sikre hensiktsmessig bruk av legemidler og for å forebygge andre skader, ulykker mv.

For å avklare bruk av Helsedirektoratets veileder for legemiddelgjennomgang (2012) og Sjekkliste (2014) ble dette etterspurt i Questback-undersøkelse til et utvalg kommuners helsepersonell. 63 % av respondentene oppgir at de er kjent med den nasjonale veilederen, som ofte brukes sammen med sjekklisten. En forutsetning for bruk av veileder og sjekkliste er at helsepersonell har hatt anledning til å delta på undervisning/samlinger der temaet har vært relatert til legemidler med tilgjengelige hjelpemidler for interaksjonsanalyse mv. Per 31/12-14 har det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24/7" hatt 55 % deltagelse i læringsnettverk, der de fleste kommunene har hatt legemidler som fokus, der veileder, sjekkliste og andre hjelpemidler omtales. For nærmere beskrivelse vises det til egen nettside.

I Questback-undersøkelsen oppgir respondentene at LMG gjennomføres både jevnlig, ved behov og også ved innkost til tjenesten (sykehjem eller hjemmesykepleie). Dette understøttes ved at respondentene har oppgitt at LMG foregår tilfeldig (9 %) og aldri (13 %). 90 % av respondentene

oppgir at praktiske forberedelser (samstemming, blodprøver og utfylling av sjekklister) dokumenteres (i EPJ, pasientperm eller andre steder). Det kan også trekkes frem at **kun** 3,9 % av respondentene oppgir at LMG ikke gjennomføres. 35,5 % oppgir at LMG gjøres på årlig basis, og ytterligere 40 % oppgir at det også foregår halvårlig. Det er ikke kjent om dataene baseres på fastsatte rutiner i kommunene, om dette nylig er igangsatt eller som oppfølging av tiltak skissert i Pasientsikkerhetsprogrammet. Veileder for legemiddelgjennomgang oppgir at LMG skal gjennomføres jevnlig (ikke nærmere beskrevet) og ved behov.

Respondentene opplyser at mange av opplysningene rundt LMG dokumenteres ved bruk av fritekst. Det er også vist tiltaksplaner som eksemplifiserer dokumentasjon av alle deler av forberedelser og oppfølgende tiltak/endringer med fritekst. Bruk av fritekst oppgis også av mange respondenter som mye brukt.

Når det gjelder total bruk av legemidler har forprosjektet søkt etter kvalitative data i både nasjonale og nordiske publikasjoner. Det har ikke lyktes å finne data for totalt legemiddelbruk for alle innbyggere nasjonalt.

Fastleger har, gjennom Normaltariffen fra 1/3-13, refusjon for legemiddelgjennomgang (takst 2ld), på lik linje med andre takster. Bruk av taksten forutsetter at LMG gjøres i tråd med Veileder IS-1998. Videre er det gitt restriksjon ved bruk: takst gjelder fastlegens egne listepasienter med behov for langvarig behandling med fire legemidler eller mer når fastlege finner dette nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Taksten kan benyttes inntil en gang pr. kalenderår pr. pasient. Uttrekk fra HELFO viser at 75 % av alle fastleger benyttet taksten i tidsrommet 1/3-13 til 31/12-13 - med et gjennomsnitt på 18 ganger (der fastleger i gjennomsnitt har 750 listepasienter). Tall for 2014 viser en økning i andelen fastleger som benytter taksten - men gjennomsnittet for antall ganger er tilsvarende som i 2013. Det er også avklart at fastleger benytter andre takster fra Normaltariffen for tilsvarende arbeid, eksempelvis ved bruk av takst 14 ved tverrfaglig møte og takst 2cd (tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min). Omfang i bruk av disse takstene er ikke kjent for prosjektgruppen. Forprosjektet vil anbefale at bruk av takst 2ld hos HELFO endres/følges opp videre, både når det gjelder omfang og bruk, innhold og gevinster/kostnader for tjenestemottakere og andre involverte.

Forprosjektet er kjent med Helsedirektoratets arbeid med "EPJ-løftet" (prosjektleder Espen Hetty Carlsen) (forankret i Normaltariffen), der flere satsninger nettopp omfatter videreutvikling av fastlegenes EPJ-systemer med bl.a. fokus rundt LMG, PLO-meldinger og andre beslutningsstøtte-verktøy.

1.4 Hovedfunn samhandling

Elektronisk meldingsutveksling er én måte å samhandle på, og har lenge vært en prioritert løsning i alle nasjonale IKT-strategier i helse- og omsorgstjenesten. Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå tilkoblet helsenettet. På mange områder har elektroniske meldinger erstattet papirforsendelser, eksempelvis er elektroniske henvisninger, epikriser, laboratoriesvar og automatisk frikort nå bredt tatt i bruk.

På spørsmål om hvordan informasjon om ernæringsarbeid og LMG kommuniseres mellom kommuners sykehjem/hjemmetjeneste og til og fra sykehus oppgir 91 % at dette skjer elektronisk, i tillegg oppgir 25-29 % bruk av direkte kontakt, telefon, vanlige brev og fax. 1 % oppgir at de ikke samhandler.

Mellom PLO og fastlegen, både til og fra oppgis det at dette skjer elektronisk i litt over 70 % og ca. 28-44 % oppgir dialog via møte, telefon, papirbrev eller fax. Det er videre bekymringsverdig at ca. 6,5 % av respondentene oppgir at de ikke kommuniserer med fastlege. På spørsmål om i hvilken form den skriftlige/elektroniske informasjon overføres er det oppgitt at 55 % har dialog i fritekst til og fra sykehus. 60 - 64 % benytter standardiserte skjema og 23 % standardisert tekst. Til og fra fastlege ble et svart at 6-7 % ikke overfører informasjon, 68 - 69 % benytter fritekst, 38 % benyttet standardisert skjema og 13 % standardisert tekst.

Kartleggingen støtter tilsvarende rapporter om at elektroniske meldingsutveksling mellom sykehus og kommunene fungerer rent teknisk og har en god utbredelse (90 %). Videre viser den at innholdet i meldingene hovedsakelig er i fritekst. Eksempler fra anonyme journaluttrekk kunne ikke påvise grad av kvalitet på den oversendte helseinformasjonen, men viser at fritekst gir stor variasjon når det gjelder informasjon som distribueres, både i kvalitet og relevans.

Funn fra kartleggingen samstemmer med data presentert av Norsk Helsenett (NHN). Ved utgangen av 2014 var det kun en håndfull kommuner som ikke var tilknyttet systemet for sikker, elektronisk datatrafikk. Det ses en markant økning både av sendte og mottatte PLO-meldinger til og fra kommunen (som sendte/mottok fra spesialisthelsetjeneste, fastleger og andre aktører tilknyttet NHN).

Emnene ernæring og LMG har også i forhold til samhandling blitt trukket frem som to av områdene der svikt er avdekket i Helsetilsynets årsmeldinger gjennom flere år. Dette trekkes frem også i rapport (IS-2221) fra Helsedirektoratet og KS, som hadde flere forslag til tiltak for disse emnene. Denne rapporten oppgir at 95 % av befolkningen er dekket når det gjelder primærhelsetjenestens tilknytning for å kunne gjennomføre elektronisk meldingsutveksling. Disse dataene viser også ønsket utvikling satt opp mot Riksrevisjonens rapport (Dokument 3:6, 2013-2014).

1.5 Andre kjente faktorer

Det er ulike systemer, regler, verktøy og hjelpesystemer som aktørene benytter, påvirkes av og må forholde seg til i arbeidet. Bruk av e-Resept og papirresepter (med vurdering om synonympreparat kan benyttes) og involvering av andre behandlende leger er ytre faktorer. Det foregår parallelle løp med innføring av e-resept, kjernejournal og økt bruk av Reseptformidleren som vil gi ytterligere informasjon for helsepersonell med behandlingsansvar. Multidose (ferdigpakkede legemidler i person-knyttede poser basert på dato og klokkeslett) piloteres som del av eResept og forventes i Reseptformidler-systemet. Dette forventes å omfatte både legemidler og næringsmidler til spesielle medisinske formål (dietetiske næringsmidler), basert på Blåreseptforskriftens §6 og Folketrygdlovens § 5-14.

2 STANDARDISERINGSFORSLAG

2.1 Eksisterende datagrunnlag og registre

Forprosjektet har avklart behov for å standardisere informasjon som dokumenteres av helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse dataene kan ligge til grunn for uttrekk av informasjon fra EPJ til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (NKI), og strukturert informasjon er en forutsetning for uttrekk av data til nasjonale kvalitetsindikatorer.

Forprosjektet har vurdert ulike løsninger og alternativer for å kunne anbefale hvordan standardisert informasjon skal dokumenteres i elektronisk pasientjournal (EPJ). Videre presenteres også forslag for uttrekk til nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) i tråd med mandatet fra forprosjektet. Forprosjektet har vurdert datauttrekk via:

- **KOSTRA**: (Kommune-Stat-Rapportering) er et rapporteringssystem for norske kommuner og brukes på nasjonalt nivå. Systemet benyttes for å rapportere informasjon om kommunale tjenester og bruk av ressurser på ulike tjenesteområder i hver enkelt kommune. Denne informasjonen rapporteres til Statistisk sentralbyrå (SSB) som publiserer den. Tallmaterialet omfatter det meste av virksomheter som økonomi, skole, helse, kultur, miljø, sosiale tjenester etc. Tallene belyser prioriteringer, dekningsgrad og produktivitet.
- **IPLOS** (Individbasert Pleie- og Omsorgsstatistikk) omfatter informasjon om alle søkere og mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapportering til IPLOS-registeret ble obligatorisk i kommunene fra 1. mars 2006. IPLOS er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. Registeret har som mål å gi styringsinformasjon for tjenesten og kommuneledelsen og bidra til bedre kvalitet i saksbehandlingen og i tjenesten
- **KHOR** (Kommunalt Helse- og OmsorgstjenesteRegister) er planlagt til å bli et nytt nasjonalt helseregister for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Registeret skal dekke tjenester som utøves etter lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, lov om folkehelsearbeid og lov om helsepersonell. En utredning har nylig blitt levert til HOD (februar 2015). Utredningen omhandler innholdet av et KHOR, blant annet nærmere beskrivelse om eksisterende data og behov for nye data, og anbefalinger for innholdet i KHOR. Utredningen kommer også med forslag til et nytt hjemmelsgrunnlag for KHOR.

Utredningen er avgrenset til ikke å inneholde forslag til tekniske løsninger, det skal først vurderes i senere fase

- NPR (Nasjonal Pasientregister). Registeret inneholder opplysninger om alle pasienter som venter på eller har fått behandling i spesialisthelsetjenesten

Av alternativene utpeker IPLOS seg som særskilt positiv, da det allerede har funksjonalitet for uttrekk fra EPJ og overføring av pseudonyme data skjer til SSB etter fastlagt forskrift. IPLOS-registeret har variabler som allerede omhandler ernæring og LMG. I 2013 mottok registeret data for mer enn 271.000 tjenestemottakerne i de fleste kommunale helse- og omsorgstjenestene, og det publiseres allerede data etterskuddsvis med årlig intervall. Dataene fra 2013 viser at 63 % av tjenestemottakerne er 67 år eller eldre. IPLOS-registeret er under årlig revisjon og endringer i tråd med både lovverk og tjenester kan gjøre data tilgjengelig for NKI. Forprosjektet kan ikke anbefale datauttrekk med en nedre aldersbegrensning fra 65 år, da dette utelukker mer enn 100.000 tjenestemottakere (2013-tall) som kan ha tilsvarende utfordringer både når det gjelder ernæring og LMG.

Ved å tilpasse IPLOS til også å omfatte data rundt ernæringsmessig risiko og LMG vil antall variabler/registreringer øke, men samtidig bidra til ytterligere styringsdata for både kommuner og nasjonale myndigheter. For at kommunene skal sikres et minimum av standardisert styrings- og dokumentasjonsinformasjon til utvikling av helse- og omsorgstjenestene er det utviklet et sett av sumrapporter basert på IPLOS-data, som kan hentes ut fra journalsystemene til bruk for kommunene. Hensikten med rapportene er å sikre et ensartet verktøy for styring lokalt i kommunene og muligheter for sammenligning av virksomheten på tvers av kommunegrensene. Dette gir kommune aktuelle styringsdata tilgjengelig utenfor NKI.

Forprosjektet har vurdert om det er faser og problemstillinger for tjenestemottakerne som kan utelukke rapportering til nasjonale kvalitetsindikatorer. Eksempelvis er tjenestemottakere i terminal fase omtalt i kapittel 6.6 i IS-1580, der det fremkommer at det ikke er indisert med aktiv ernæringsbehandling ved forventet levetid under 2-3 måneder. En individuell ernæringsoppfølging, med hensikt å lindre, kan imidlertid være en viktig del av den totale behandlingen i en palliativ og terminal fase. En tverrfaglig etisk vurdering bør ligge til grunn for valg av individuell ernæringsoppfølging.

Det er generelt et behov for å gjennomføre LMG ved terminal fase, slik at optimal legemiddelbehandling også er mulig i denne fasen av livet. Det bør her særlig trekkes frem at optimal smertelindring og tettere oppfølging av både behandlende lege og annet helsepersonell må ligge til grunn for en legemiddelgjennomgang i terminal fase. Forprosjektet oppfatter at behandlende lege må se legemiddelbruken som en av mange vurderinger rundt den medisinske behandlingen i denne fasen.

2.2 Datainnsamling for kvalitetsindikatorer

Det utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer basert på forslag fra en tverrfaglig sammensatt gruppe (Kvalitetsindikatorgruppen (KI-gruppen)) med representanter fra helse- og omsorgssektoren, Helsedirektoratet og registermiljø. Dagens prosess for å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer har hatt fokus på «hva bør vi måle». NKI-systemet skal nå også ta hensyn til «hva kan vi måle». På den måten ønsker man å bidra til å tilpasse ressursbruk ved utvikling av kvalitetsindikatorer basert på tilgang eller manglende tilgang på strukturert informasjon.

Prosjektgruppen har vurdert muligheter for datainnsamling for kvalitetsindikatorerne som er foreslått for ernæringspraksis og LMG. Noen av kvalitetsindikatorerne er mer utfordrende å innhente datagrunnlag på enn andre. Dette beskrives nærmere nedenfor.

2.2.1 Datainnsamling for kvalitetsindikatorer innen ernæringspraksis

For ernæring har følgende kvalitetsindikatorer blitt foreslått:

- Andel pasienter/brukere med kartlagt ernæringsstatus
- Andel pasienter/brukere i ernæringsmessig risiko
- Andel sykehjem som kan dokumentere at nattfasten ikke overstiger 11 timer

De to førstnevnte indikatorene er det mulig å innhente data på gjennom IPLOS og tilrettelegging av systematisk oppsett i EPJ systemer.

Prosjektgruppen har vurdert mulighet for datafangst for kvalitetsindikator som omhandler nattfaste. Det er avklart at innhenting av data for slik indikator blir svært utfordrende, med særlig bakgrunn i manglende funksjonalitet i EPJ-systemene. Videre kan variasjon i døgnrytme forventes for mange av tjenestemottakerne, som igjen vil medføre svekkede data og øke rapporteringsmengden for ansatte. Det foreslås at nattfaste ikke skal overstige 11 timer, og dette bør omtales og ha fokus i en ernæringsplan. Prosjektgruppen kan, på nåværende tidspunkt, ikke ta inn nattfaste som kvalitetsindikator, men foreslår at dette vurderes i forventet revisjon av retningslinje, samt også i videre arbeid med standardisering og kvalitetsindikatorer for ernæringspraksis.

Retningslinjene (IS-1580) fastslår at alle tjenestemottakere skal kartlegges for ernæringsmessig risiko. Det påpekes at om tjenestemottaker er i ernæringsmessig risiko skal en individuell ernæringsplan utarbeides og tiltak igangsettes. Utarbeidelse og igangsetting av en individuell ernæringsplan vil si noe om kvaliteten av ernæringspraksis etter ernæringskartlegging. Derfor anbefaler prosjektgruppen at “Er ernæringsplan utarbeidet?” skal inkluderes som kvalitetsindikatorer for ernæringspraksis.

2.2.2 Datainnsamling for kvalitetsindikatorer innen legemiddelgjennomgang

For legemiddelgjennomgang har følgende kvalitetsindikatorer blitt foreslått:

- Andel beboere i institusjon (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder
- Andel brukere i hjemmebaserte tjenester (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder
- Andel eldre (≥65 år) som har fått foreskrevet 10 eller flere legemiddel

Begrepet ekstrem polyfarmasi har blitt definert som forskrivning av 10 eller flere medisiner i rapport fra Nordisk Råd. Innsamling av data om legemiddelbruk for tjenestemottakere vanskeligjøres av nåværende EPJ-systemer, da det ikke finnes funksjonalitet for automatisk telling.

Ekstrem polyfarmasi kan være berettiget hos enkelte, mer spesielle, pasienter, men vil oftere tolkes som en bekymringsfull overmedisinering.

Det er grunnlag for å vurdere om stor variasjon i antall faste medisiner for samme gruppe pasienter i ulike deler av landet og innen ulike tjenesteområder kan relateres til praksis rundt forskrivningspraksis hos behandlende lege. Her kan kvalitetsforbedrende tiltak bli målrettede, da en forståelse av omfanget av ekstrem polyfarmasi vil være til stor hjelp.

Doseringer som ikke er faste (kan være hver dag, hver 3. dag eller hver 3. måned) innebærer en ytterligere risiko for manglende/feil rapportering og dokumentasjon. Erfaringer med "generell forordningsliste", der sykehjemslege har gitt generell forordning for enkelte legemidler, kan medføre manglende registrering, eller som fritekst uten nærmere oppfølging. Kvalitetsindikator på bakgrunn av Nordisk Råds rapport omtalt som "forskrevet 10 medisiner" er i dette forprosjektet ikke prioritert, men prosjektgruppa foreslår at dette vurderes på et senere tidspunkt.

2.3 Standardiseringsforslag for ernæringspraksis

Minstekrav for god ernæringspraksis i hjemmetjenesten og sykehjem er basert på anbefalinger i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring 2009, IS-1580:

1. "Alle beboere i sykehjem/institusjon og personer innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg" (side 8, IS-1580)
2. "Fastlegen skal vurdere hjemmeboende pasienter som tilhører en risikogruppe (eldre, kronisk syke osv.) regelmessig" (side 8, IS-1580)
3. "Alle pasienter i ernæringsmessig risiko skal ha en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak" (side 9, IS-1580)

Ved en systematisering av ernæringspraksis er det nødvendig med standardiserte metoden for ernæringskartlegging. Metoden vil fange opp tjenestemottakere i risiko for underernæring, samt lede til videre ernæringsvurderinger, igangsetting av målrettede tiltak og evaluering av disse.

IS-1580 anbefaler at kartleggingskår fra ulike kartleggingsverktøy, skal være kriterier for dokumentasjon av ernæringsmessig risiko (side 15, IS-1580). Prosjektgruppen anbefaler at IS-1580 revideres slik at beskrivelse av "ernæringsmessig risiko" ikke kobles direkte til en skår ved ulike kartleggingsverktøy. Det foreslås at benevnelsen "ernæringsmessig risiko" blir et resultat av ett eller flere "Ja" i standardisert ernæringskartlegging. Datagrunnlaget for valg av en slik forenkling er ikke stort. Men studier har vist at bruk av innledende kartlegging i NRS 2002 fanger opp pasienter i ernæringsmessig risiko, predikerer sykelighet, liggetid og dødelighet (Tangvik 2014). Studier hvor en kortversjon av MNA (MNA SF) er testet viser noe av det samme (Kaiser, Rubenstein, Isering 2009). «Ernæringsmessig risiko» vil være dekkende for alle tjenestemottakere som har behov for større eller mindre individuelle ernæringstiltak.

Fram til det er enighet om endring og revidering av IS-1580, blir uttrykket «risiko for underernæring» brukt av prosjektgruppen. Målet med ernæringskartlegging er en rask identifisering av risikopasienter slik at målrettet ernæringsbehandling kan igangsettes. Det vurderes at prosjektgruppens forslag til standardisering vil oppfylle disse kravene. En forenkling av rapporteringsprosessen vil være gunstig:

- for målrettet ernæringskartlegging
- for målrettet individuell ernæringsoppfølging
- være tidsbesparende
- gjøre datagrunnlaget egnet for kvalitetsmåling

Gjeldende forslag til standardisering av dokumentasjon har tatt utgangspunkt i anbefalte validerte verktøy for ernæringskartlegging. Standardiseringene valgt er ikke knyttet opp mot spesifikke kartleggingsskjema, men variabler fra disse.

IS-1580 anbefaler bruk av validerte kartleggingsverktøy for kartlegging av ernæringsstatus (MNA, NRS 2002, MUST og Ernæringsjournalen). Noen av disse er gjort tilgjengelig i enkelte EPJ systemer, men uten mulighet for systematisk rapportering. Dagens rutiner, relatert til ernæringspraksis, fungerer ulikt i ulike kommuner, ulikt ved tjenestested innen samme kommune og ulikt ved enheter innenfor samme tjenestested. God ernæringspraksis anbefalt i IS-1580 innebærer standardisering av rutiner for ernæringskartlegging, -vurdering, -tiltak og -evaluering. Rutiner for god ernæringspraksis kan ikke baseres på vilkårlig kunnskap og engasjement hos enkeltpersoner. Som resultat av dagens mangel på ernæringsfaglig spesialkompetanse (klinisk ernæringsfysiolog) i pleie- og omsorgstjenesten, ligger ansvar for implementering og gjennomføring av IS-1580 på annet helsepersonell. For å kvalitetssikre anbefalt ernæringspraksis og ernæringsbehandling, anbefales det imidlertid at klinisk ernæringsfysiolog blir en del av et tverrfaglig team i pleie- og omsorgstjenesten, representert i hjemmetjenesten og i sykehjem.

Prosjektgruppen anbefaler en forenkling av dagens forslag til registrering av ernæringspraksis i pleie- og omsorgstjenesten, slik at det er praktisk mulig å gjennomføre ernæringskartlegging og igangsetting av tiltak. Anbefalinger i IS-1580 skal allikevel ligge til grunn for god ernæringspraksis i hjemmetjenesten og i sykehjem. Det kan derfor være behov for tillegg av lokale prosedyrer for å sikre kvalitet i eget omsorgsledd. En standardisering vil kunne sikre at resultater av ernæringskartlegging, -vurdering og -tiltak samt dokumentasjon blir overført mellom omsorgsledd i kjeden.

God ernæringspraksis for forebygging og behandling av underernæring, i henhold til IS-1580, skal inkludere: Ernæringskartlegging, ernæringsvurdering, ernæringsplan og evaluering. Innhold skal dokumenteres.

1. Ernæringskartlegging

Kartlegging av ernæringsmessig risiko legger grunnlaget for et godt ernæringsarbeid. Ved identifisering av tjenestemottakere i ernæringsmessig risiko, kan målrettede ernæringsbehandling igangsettes, før utvikling av underernæring.

Validerte ernæringskartleggingsverktøy, anbefalt i IS-1580, ligger til grunn for forslag til minimumskrav for standardisering av ernæringskartlegging. Det er vurdert at minimumskrav vil identifisere tjenestemottakere i ernæringsmessig risiko. Praktisk gjennomføring av ernæringskartlegging (i henhold til IS-1580) foreslås forenklet.

Forprosjektet anbefaler følgende variabler: Vekt, høyde, KMI, vekttap og redusert matinntak siste måned.

FASE / SKJEMA	HVA	VALGALTERNATIVER
1. ERNÆRINGS-KARTLEGGING	Fakta: Alder	<tall> (alder i år)
	Fakta: Vekt	<tall> (antall i kg)
	Fakta: Høyde	<tall> (antall i cm) Vet ikke
	Fakta: KMI	<tall> med en desimal Vet ikke
	Spørsmål 1: 18-65 år: Er KMI under 20? 65+ år: Er KMI under 22?	Ja Nei Vet ikke Ikke relevant
	Spørsmål 2: Vekttap siste mnd?	Ja Nei
	Spørsmål 3: Redusert næringsinntak siste måned?	Ja Nei
	IPLOS 1: Er ernæringsstatus for tjenestemottaker kartlagt?	Ja Nei Ikke relevant
	IPLOS 2: Er tjenestemottaker i risiko for underernæring?	Ja Nei Ikke relevant

Foreslåtte ernæringsvariabler er essensielle for vurdering av ernæringsmessig risiko.

Høyde og vekt ligger til grunn for beregning av KMI. KMI er valgt som en av tre variabler for kartlegging på risiko for underernæring. WHO har angitt referanseverdier for KMI for ulike aldersgrupper. Er KMI under 20 hos personer 18-65 år eller under 22 for personer over 65 år, kan dette utgjøre en risiko for utvikling av underernæring (ref. WHO referanseverdier). En tjenestemottaker med lav normal KMI, er ikke nødvendigvis i risiko for underernæring. Imidlertid kan KMI under referanseverdier innebære økt risiko for underernæring når sykdom inntreffer. Vektendring over tid vil indikere endring i ernæringsstatus. Vekttap mer enn 5 % siste tre måned, er et alvorlig vekttap, som vil utgjøre en risiko for utvikling sykdom og komplikasjoner samt underernæring.

Reduksjon i næringsinntak vil resultere i vektnedgang. Vektnedgang er ugunstig ved sykdom. Økt risiko for komplikasjoner, infeksjoner, redusert almenntilstand og forlenget rehabilitering er relatert til reduksjon i næringsinntak og vekttap (Tangvik 2014).

Tre spørsmål skal besvares med «Ja» eller «Nei». Blir alle spørsmål besvart med «Nei», vurderes tjenestemottaker å ikke være i ernæringsmessig risiko. Ernæringskartlegging gjentas en gang per måned. Er resultatet ett eller flere «Ja», er tjenestemottaker i ernæringsmessig risiko og skal få ICPC-2 diagnosekoden T05 (ernæringsproblemer hos voksne)(IS 1580). Videre ernæringsvurdering skal da gjennomføres.

Svaret «Vet ikke» kan benyttes som alternativ dersom det er helt umulig å få frem korrekt vekt og høyde. Dette vil avvike fra den standardiserte kartleggingen og helsepersonell må på annen måte avklare og dokumentere om det er risiko for at også disse tjenestemottakerne er i ernæringsmessig risiko og/eller har behov for en ernæringsplan med tiltak.

Svaret «Ikke relevant» er tenkt benyttet primært for terminale pasienter. Det er ikke anbefalt ernæringskartlegging for pasienter i terminal fase (IS-1580, kap. 6.6). En individuell ernæringsoppfølging, med hensikt å lindre, kan imidlertid være en viktig del av den totale behandlingen i en palliativ og terminal fase. En tverrfaglig etisk vurdering bør ligge til grunn for valg av individuell ernæringsoppfølging.

I anbefalt standardiseringsforslag for ernæring, er blant annet KMI brukt som en av variablene for å vurdere risiko for underernæring. Dokumentasjonsgrunnlaget er imidlertid ufullstendig hva gjelder prediksjonsverdi ved bruk av KMI i sykehjem. Det kan være utfordrende å fremskaffe korrekt høydemåling, noe som kan gjøre KMI til en usikker variabel. Dette må det tas hensyn til i den totale vurderingen av tjenestemottaker hva angår risiko for underernæring. Ved framtidig revisjon av Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er det ønskelig med avklaring på dette punkt.

2. Ernæringsvurdering

Er tjenestemottaker i ernæringsmessig risiko, skal videre ernæringsvurdering utføres. IS-1580 anbefaler at denne inkluderer en vurdering av ernæringsstatus (grad av underernæring), vurdering av faktisk næringsinntak opp mot beregnet næringsbehov samt grad av sykdomsrelaterte ernæringsutfordringer. Vurdering av faktisk næringsinntak opp mot beregnet behov har vist å være en tidkrevende og vanskelig gjennomførbar rutine i pleie- og omsorgstjenesten, på grunn av manglende kompetanse og antatt høyt tidsbruk.

Arbeidsgruppen anbefaler en forenklet vurdering av faktisk matinntak, vurdering av grad av underernæring og sykdom/tilstand som kan påvirke næringsinntak og -behov, som minimumskrav til punkter i en ernæringsvurdering.

FASE / SKJEMA	HVA	VALGALTERNATIVER
2. ERNÆRINGS- VURDERING	Antatt næringsinntak	100-75 % av vanlig inntak 75-50 % av vanlig inntak 50-25 % av vanlig inntak 25-0 % av vanlig inntak Vet ikke
	Grad av underernæring	Ernæringsmessig risiko Moderat underernæring Alvorlig underernæring
	Sykdom og tilstand som kan påvirke næringsinntak og -behov	Kronisk syk Svelgevansker Mindre kirurgisk inngrep (flere spesifiseres senere)

I forslag til standardisering, er det valgt å gradere faktiske næringsinntak som prosent av tjenestemottakers vanlige næringsinntak. Dette vil kunne gi en indikasjon på hvilke og hvor omfattende ernæringstiltak som må igangsettes. Forslag til gradering av faktisk matinntak er hentet fra blant annet NRS 2002- hovedkartlegging. Den tar utgangspunkt i et naturlig variabelt næringsinntak beregnet til 75 - 100 % av vanlig inntak. Næringsinntak under 75 % av vanlig, ansees som redusert næringsinntak og vil føre til vekttap og negativ innvirkning på ernæringstilstanden. Næringsinntak på 0 - 25 % av vanlig ansees som «lite eller ingenting» og et alvorlig redusert næringsinntak. I slike tilfeller bør en medisinsk faglig vurdering utføres og fagkompetanse innen klinisk ernæring konsulteres for kvalitetssikring av målrettede tiltak.

Det finnes få prosesskoder i forhold til ernæringsvurdering. WJFX99-Vurdering av ernæringsstatus kan brukes.

3. Utarbeidelse av ernæringsplan

IS -1580 påpeker at Utarbeide/oppdatere ernæringsplan skal inkludere behandlingsmål, energi- og væskebehov, energi- og væskeinntak samt ernæringstiltak/-behandling. Prosjektgruppen anbefaler at beregning av næringsbehov og -inntak legges under punkt 1.1, og i tillegg inkluderes i en videre evaluering av effekt av tiltak.

Ernæringsvurdering og næringsinntak skal ligge til grunn for konkrete tiltak i en ernæringsplan. En ernæringsplan skal være en del av tjenestemottakers tiltaksplan. En anbefalt forenkling vil inkludere tre spørsmål som skal besvares; mattilbud, igangsatte tiltak og frekvens for evaluering.

FASE / SKJEMA	HVA	VALGALTERNATIVER
3. ERNÆRINGSPLAN	Spørsmål 4: Er det gitt tilpasset mattilbud?	Standardkost Energi- og næringstett kost Konsistenstilpasset kost Spesialkost
	Spørsmål 5: Er tiltak igangsatt?	Berikning/Mellommåltid Næringsdrikker Sondeernæring Intravenøs ernæring
	Spørsmål 6: Hvor ofte skal tiltaks-/ernæringsplan evalueres?	Daglig Ukentlig Månedlig
	IPLOS: Er det utformet ernæringsplan som del av tiltaksplan?	Ja Nei Ikke relevant

I hjemmetjenesten skal en ernæringsplan inneholde igangsatte ernæringstiltak (for eksempel berikning av vanlig mat, ekstra mellommåltider eller tilskudd av næringsdrikker), målsetning for tiltak samt en plan for evaluering av disse. Evaluering av ernæringstiltak bør fastsettes til for eksempel daglig, ukentlig eller månedlig.

I sykehjem skal en ernæringsplan i tillegg omfatte valg av mattilbud (for eksempel energi- og næringstett kost eller spesialkost)

4. Evaluering, eventuelt justering av ernæringsplan

En evaluering av igangsatte tiltak er en forutsetning for vurdering av om tiltakene har hatt ønsket effekt eller om det er behov for revidering av ernæringsplanen. Prosjektgruppen foreslår evaluering av vektendring og næringsinntak som effektmål av ernæringsplanen.

Evaluering av virkning og toleranse av ernæringstiltak/-behandling kan kreve en medisinsk og klinisk ernæringsfaglig vurdering.

FASE / SKJEMA	HVA	VALGALTERNATIVER
4. EVALUERING AV ERNÆRINGSPLAN	Fakta: Vektendring etter tiltak	<tall> med en desimal i % Vet ikke
	Spørsmål 7: Hva er næringsinntak etter tiltak?	100-75 % av vanlig inntak 75-50 % av vanlig inntak 50-25 % av vanlig inntak 25-0 % av vanlig inntak Vet ikke
	Spørsmål 8: Har tiltak hatt ønsket effekt?	Ja Nei Vet ikke
	Spørsmål 9: Skal ernæringsplan endres?	Ja Nei Vet ikke

Prosjektgruppen anbefaler dokumentasjon av oppnådd målsetning med ernæringstiltak.

Følgende effektmål foreslås:

1. Vektendring i prosent. Et aktuelt mål der vektøkning eller stabilisering av vekt er ønsket.
2. Faktisk næringsinntak i forhold til tjenestemottakers vanlige inntak. Et aktuelt mål der økt næringsinntak er ønsket.

Begge effektmål er avgjørende i forhold til forebygging og behandling av underernæring. Enkelte standardiserte tiltak er knyttet opp mot NCPC-kodeverk, som oversikten viser.

Det er foreslått at spørsmål om ernæringstiltak har hatt ønsket effekt besvares med Ja/Nei. Hvis Nei må ernæringsplanen revideres og ny ernæringsplan med målsetning dokumenteres. Ved Ja og oppnådd ønsket effekt, skal det vurderes om ernæringsbehandling skal avsluttes.

Noen sykehjem/hjemmetjenester vil i perioder ha flere palliative og terminalt syke. For at deres eventuelt større andel "Ikke relevant" ikke skal tolkes som kvalitetssvikt, er det viktig med klare retningslinjer for når svaralternativet skal benyttes. Alternativet "Ikke relevant" bør være definert, i all hovedsak, å omfatte terminalt syke og deres spesielle behov.

2.3.1 Aktører

Forutsetning for god ernæringspraksis er kunnskap om forebygging og behandling samt følger av underernæring, ledelsesforankring i alle ledd, klare ansvarsforhold, pasientmedvirkning samt tverrfaglig samarbeid. HelseDirektoratets rapport "Ernæringskompetanse i helse- og omsorgssektoren" (IS-2032), med oppdatering "Ansvar for ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten" ligger til grunn for anbefaling av aktører innen systematisk ernæringsarbeid. "Faget ernæring er omfattende, komplekst og i rask utvikling. Dette stiller krav til de som forvalter ernæringsfaget i pleie- og omsorgssektoren og i andre sektorer" (IS-2032).

1. **Ledelsen**; ansvarlig for å etablere systemer slik at tjenestemottakers behov for næringsstoffer sikres. I tillegg skal det legges til rette med gode rutiner for kartlegging, et godt mattilbud, observasjon, målrettet ernæringsbehandling og tilstrekkelig ernæringskompetanse.
2. **Lege**; har det overordnede ansvar for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling. Ernæringskartlegging, -vurdering, -tiltak og -evaluering er en del av den totale behandlingen. Legen har ansvar for å innhente bistand fra annet kvalifisert personell, der det er behov.
3. **Sykepleier**; har ansvar for tilstrekkelig mat og drikke tilpasset tjenestemottakers behov og ønsker. I tillegg har sykepleier ansvar for ernæringskartlegging, utarbeiding av ernæringsplan og oppfølging av ernæringsbehandling. (eventuelt sammen med annet helsepersonell).
4. **Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider**; har ansvar sammen med sykepleier for å følge opp tjenestemottakers matinntak, ernæringsstatus og ernæringsrelaterte problemer.
5. **Klinisk ernæringsfysiolog**; er kvalifisert for å utrede, diagnostisere og behandle, samt forebygge ernæringsrelaterte sykdommer og tilstander (IS-2032). Det er naturlig å benytte klinisk ernæringsfysiolog der tjenestemottakers ernæringsstilstand eller sykdom krever medisinsk ernæringsbehandling med en individuell ernæringsvurdering, -behandling og -oppfølging (IS-2032).
6. **Matfaglig personell**; har ansvar for at maten tilfredsstillende ernæringsmessige kvalitetskrav og at måltidene som tilbys dekker tjenestemottakers behov, blant annet i henhold til Kosthåndboken (IS-1972).
7. **Fysioterapeut, ergoterapeut og logoped**; er en naturlig del av et tverrfaglig team i samarbeid om tjenestemottakers ernæringsrelaterte utfordringer, som for eksempel funksjonell og motoriske vansker i forhold til spisesituasjon eller vurdering av tjenestemottakers spise- og svelgefunksjon.

2.3.2 Forslag til framtidig prosessflyt mellom aktører, systemer og registre

Samarbeidet mellom aktørene har en klar forutsetning for å kunne etableres; funksjonalitet i flere ulike EPJ-systemer. Forprosjektet har utformet skisser der aktørenes avhengighet til EPJ-systemene er omtalt. Forprosjektet legger til grunn at datauttrekk skjer fra eksisterende data i kommunenes EPJ-systemer for behandling, analysering og publisering. Se vedlegg 7.1 for visualisering av anbefalt prosessflyt.

2.3.3 Forslag til standardisert innhold i PLO melding for ernæringspraksis

Ved elektronisk meldingsutveksling gis helsepersonell anledning til å kommunisere med behandlende leger og helsepersonell ved andre tjenestesteder der tjenestemottaker har aktiv pasientjournal. IS-1580 anbefaler systematisk ernæringsdokumentasjon for å lette informasjonsflyt og samhandling mellom de ulike omsorgsnivåene i helsetjenesten. Ernæringsinformasjon har tidligere ikke vært inkludert i elektroniske meldinger. Denne mangelen kan være årsaken til at vesentlig ernæringsinformasjon går tapt ved overføring mellom omsorgsledd. Prosjektgruppen vil særlig fremheve at ernæringsinformasjon blir utvekslet som en av flere viktige opplysninger via PLO-meldingene.

Det forslås at følgende standardisert data fra EPJ skal inkluderes i PLO melding: Vekt, høyde, KMI er obligatorisk. Der tjenestemottaker er i risiko for underernæring skal i tillegg vektendring siste måned, faktisk næringsinntak, innhold i ernæringsplan og eventuelt ernæringsrelaterte diagnosekoder dokumenteres.

HVA	BENEVNELSE
Vekt	kg
Høyde	cm
KMI	tall med en desimal
Diagnosekoder	diagnosekoder
Vektendring siste måned	%
Faktisk næringsinntak	%
Ernæringsplan	mattilbud, tiltak og evalueringsfrekvens

Høyde, vekt og KMI er variabler som raskest vil forklare en eventuell endring av tjenestemottakers ernæringsstatus. Vektendring siste måned og faktisk matinntak er foreslått som variabler for å vurdere effekt av igangsatte tiltak. Innhold i en ernæringsplan må inkluderes i en PLO- melding, slik at videreføring av tiltak er sikret i neste omsorgsledd. Ernæringsrelaterte diagnosekoder må rapporteres for å sikre oppfølging og evaluering av tjenestemottaker ernæringsstatus i de ulike omsorgsledd.

2.4 Standardiseringsforslag for legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomganger bør gjennomføres i tråd med Nasjonal veileder fra Helsedirektoratet, IS-1998. En systematisk og strukturert LMG vil øke pasientsikkerhet og medføre systematisk kvalitetsforbedring hos både tjenesteytere og samarbeidende aktører (omtales i neste kapittel).

Selve gjennomføringen av en LMG omtales i veilederen i kap. 2.3 og 2.4. Det henvises til disse kapitlene hvis ønske om ytterligere behov for informasjon. Veilederen oppgir i kap. 2.5 verktøy som BEST, e-resept og kjernejournal som alle skal bidra til bedre legemiddelbruk. Satsningene har avhengigheter som både kan bidra og svekke resultatene som forprosjektet søker å løse. Ut fra rapporter fra Helsetilsynet og Helsedirektoratet oppfattes det ikke at EPJ-systemene i kommunenes helse- og omsorgstjenester kan ta i bruk slike verktøy med det første.

Det er behandlende lege (oftest fastlege, sykehjemslege eller pasientansvarlig lege i sykehus) som har det medisinske ansvar for at legemiddelbruk er forsvarlig. Dette ligger også til grunn ved samhandling og ved endring av omsorgsnivå for tjenestemottakere er dialog nødvendig.

Forprosjektet vil foreslå at det innhentes og offentliggjøres bruk av LMG for alle tjenestemottakere i kommuners helse- og omsorgstjenester. PLO arbeidsgruppe foreslo opprinnelig at indikatorene skulle omfatte tjenestemottakere fra 65 år og oppover, relatert til forskning og kjente data om andelen legemidler som brukes av aldersgruppen. Forprosjektet ser det som mest hensiktsmessig at også tjenestemottakere under 65 år kan gis LMG. Både veileder IS-1998 og andre lover og forskrifter understøtter dette og ved å utelate tjenestemottakere under 65 år vil innrapporterte data til NKI ha kjente svakheter og hindre datagrunnlag for en stor andel tjenestemottakere.

Legemiddelrelaterte problemer ses særlig hos personer med høy alder og skrøpelighet. Der dette ses vil LMG særlig være nødvendig. Uavhengig av dette bør alle tjenestemottakere få avklart hvordan legemiddelbruk kan utløse problemer både ved bruk, avvik og manglende oppfølging.

Også innen LMG anbefales foretatte IPLOS-registreringer som datagrunnlag for uttrekk til NKI. Dette på bakgrunn av at IPLOS allerede er etablert som et register for de aktuelle tjenestemottakerne og også har etablerte systemer for rapportering til Helsedirektoratet. Det vil derfor foreslås følgende standardisering og rapportering:

HVA	BENEVNELSE
Er legemiddelgjennomgang gjennomført?	DD.MM.ÅÅÅÅ

Det forutsettes ved bruk av «JA» at LMG gjennomføres i henhold til veilederen. «Dato» her er når legemiddelgjennomgang (i tråd med veileder) er foretatt av behandlende lege med eventuell bistand fra andre grupper helsepersonell. Videre kan det avtales oppfølging og evaluering, men dette vil ikke rapporteres til IPLOS-registeret på nåværende tidspunkt.

Alternativet "nei" knyttes til at tjenestemottaker vurderes av helsepersonellet som foretar IPLOS-kartleggingen til å være i behov av LMG, men at dette ikke er foretatt. Dato, måned og år for når IPLOS-kartlegging er foretatt settes her inn.

I motsetning til ernæring har LMG hos terminalt syke spesiell oppmerksomhet, da dette vil være viktig del av behandlingen i livets slutfase. En LMG i terminal fase er ofte hensiktsmessig, men vil ofte ikke være sammenfallende med definert, helhetlig prosess (IS-1998, kap. 2.3). Helsepersonell som ivaretar IPLOS-kartlegging må avklare hvorvidt LMG som tiltak i terminal fase sammenfaller med veileder IS-1998 og da kan oppgis gjennomført ved IPLOS-kartlegging.

Alternativet "ikke relevant" er foreslått som alternativ. Her er også IPLOS-registreringens dato, måned og år rapporteringsgrunnlag. Alternativet vil særlig gjelde tjenestemottakere som vurderes til å ikke ha behov for faglig vurdering av eventuell legemiddelbruk. Også andre alternativer kan ligge til grunn for at "ikke relevant" benyttes.

Forprosjektet har utarbeidet forslag for annen standardisering, utover IPLOS. Dette omtales nærmere i senere kapittel.

PLO arbeidsgruppens forslag (i tråd med anbefalinger fra Nordisk råd), om å få frem andel tjenestemottakere med 10 eller flere legemidler i bruk er vurdert. Legemidler i bruk vil variere fra dag til dag og bruk av plaster (som byttes hver 3./7. dag), tabletter med dosering ukentlig, dråper, vitamintilskudd og eventuelt-medisiner som tjenestemottakere selv administrer viser at legemiddelbruk kan vanskelig måles med dagens EPJ og vanskeliggjør helsepersonells mulighet til å registrere korrekte data, som igjen vil øke risikoen for manglende faglig relevans ved publisering gjennom NKI. Dette medfører at forslaget om å presentere andel tjenestemottakere som har 10 eller flere legemidler foreskrevet ikke bør rapporteres til NKI på nåværende tidspunkt. Forventet utviklingsløp av Reseptformidler med tilgang og datafangst også fra kommunes EPJ-systemer vil senere kunne vurderes som datakilde for denne informasjonen. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at antall faste legemidler i bruk, med ATC-kode, gir godt datagrunnlag, men må legges til grunn for videre utredning på et senere tidspunkt.

2.4.1 Aktører

En legemiddelgjennomgang forutsetter at medisinsk ansvarlig lege avklarer at det foreligger et behov for en strukturert vurdering av legemiddelbruk. Dette har særlig fokus hos pasient og pårørende - og også hos samarbeidende helsepersonell og andre leger. Ved en LMG har ofte behandlende lege behov for forberedende bistand fra flere grupper helsepersonell.

Det er kjent at tjenestemottakerne ofte har flere behandlende leger, med avgrensede deloppdrag. Henvisninger og akutt behov hos eksempelvis spesialister, øyeleger og legevakt medfører foreskriving av legemidler uavhengig av fastlege/sykehjemslege. Endringer medfører økt pasientsikkerhetsrisiko.

2.4.2 Forslag til framtidig prosessflyt mellom aktører, systemer og registre

Samarbeidet mellom aktørene har en klar forutsetning for å kunne etableres; funksjonalitet i flere ulike EPJ-systemer. Forprosjektet har utformet skisser der aktørenes avhengighet til EPJ-systemene er omtalt. Forprosjektet legger til grunn at datauttrekk skjer fra eksisterende data i kommunenes EPJ-systemer for behandling, analysering og publisering. Se vedlegg 7.2 for visualisering av anbefalt prosessflyt.

Det er avgjørende at leverandører av EPJ-systemene følger nasjonale krav og spesifikasjoner, som i neste runde vil medføre gevinstrealisering for pasienter, ledere og myndigheter.

Forprosjektet foreslår at alle EPJ-systemer tilpasses felles standardisering rundt LMG. Dette for å bidra med beslutningsstøtte og ledelsesverktøy med mulighet for løpende kvalitetsfokus.

Tilsvarende foreslås standardisering av innhold ved elektronisk meldingsutveksling, der LMG (med dato for sist gjennomført) legges til som ny opplysning. Det er kjent at meldinger allerede har standardisert utveksling av opplysninger om cave og diagnosekoder fra helsefaglig kodeverk, slik at opplysningen om at LMG er gjennomført og dato vil være nyttig informasjon når det gjelder samhandling mellom gruppene helsepersonell.

2.4.3 Prosessflyt for kommuners helse- og omsorgstjenester

Behandelende lege ses som navet i forhold til de ulike aktørene som vanligvis omfattes av et tverrfaglig team ved LMG. Allikevel kan både samarbeidende helsepersonell, farmasøyter og andre aktører (som tjenestemottakere, pårørende og andre) foreslå at LMG gjennomføres. Det er uansett behandelende lege som beslutter at tiltaket skal iverksettes.

Forslagene om standardisering baserer seg på allerede eksisterende data (dersom dette finnes lagret i EPJ). Slik vil EPJ-systemet være et verktøy for at både helsepersonell, ledere, pasienter og tilsynsmyndigheter kan gis relevante opplysninger ut fra de ulike behov og ønsker.

Helsedirektoratet oppfatter at det er utstrakt bruk av tverrfaglighet ved LMG i kommuner som har deltatt i læringsnettverk gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet. Dette er også et foreslått tiltak i innsatsområdene for sykehjem og hjemmetjenester, basert på erfaringer og kunnskap på området. Etter fastlagte prosedyrer innhenter helsepersonell data etter standardisert skjema, i tillegg til blodprøver og andre kartlegginger.

Det er også hensiktsmessig å trekke frem at LMG bør gjennomføres for tjenestemottakere med vedtak om langtidsplass i institusjon. Erfaringer som er presentert fra fagmiljøet viser at det etableres praksis for dette ofte gjennom dialog mellom sykehjemslege og annet helsepersonell. Dette forankres senere i virksomhetens internkontroll, da både ved innkomst, halvårs-, årskontroller og ved behov.

Behandelende lege må ha tilgang til oppdatert pasientinformasjon forut for en LMG. Informasjonen skal eksempelvis være om samstemming av hvilke legemidler som er i bruk, og annen informasjon tilgjengelig fra EPJ og svar på kartlegginger og laboratorieprøver. Med dette som bakgrunn vurderes helsetilstand, herunder legemiddelbruk. Her kan ulike hjelpeverktøy benyttes; både for å avklare faremomenter, gi anbefalinger og veiledning. Dette gir legen grunnlag for å identifisere problemer, utforme tiltak og beslutte hvordan disse skal iverksettes, følges opp og evalueres. Her kan det benyttes dialog med annet helsepersonell, og det forutsettes at tjenestemottaker også informeres om endringer, avtaler om oppfølging og evaluering.

2.4.4 Forslag til minimumskrav for LMG dokumentasjon

I tråd med ønsket om beslutningsstøtte og som et verktøy forslås det at EPJ-systemene standardiseres rundt LMG på følgende måte:

1. Kartlegging
2. Vurdering
3. Tiltaksplan
4. Tilknytning til IPLOS

Fase 1: Kartlegging

Det er tre hovedelementer i denne fasen, som her knyttes til alternativer for valg og omtales kort:

Beskrivelse	Alternativer	Utfyllende informasjon
Vekt	kg - tall med en desimal	Legemidler påvirkes av kroppsvekt. Dette forutsetter individuell vurdering
Er legemidler (med ATC-kode) registrert i bruk?	Ja/Nei	Hvis legemidler er registrert i EPJ (fane/system/modul) skal ja være et automatisk svaralternativ
Er det legemiddelrelaterte problemer?	Ja/Nei	Omtales på side 13 i IS-1998. Forslag til aktuelle ICPC-2-koder vil kunne legges inn her

Disse elementene anses som et minimum av behov før LMG, både for behandlende lege og for annet helsepersonell (som kan melde behov for LMG til behandlende lege).

Fase 2: Vurdering

I denne fasen innhentes ytterligere data, lege gjennomfører gjennomgang (med eller uten annet helsepersonell) og dette dokumenteres og kodes. Det er vanskelig å standardisere flere av momentene i fasen, da dette er basert på avklaringer som foregår i de enkelte møtene.

Beskrivelse	Alternativer	Utfyllende informasjon
Datainnsamling	Standardisert fritekstmal i tiltaksplan	Oversikt over anbefalt informasjon foreligger bl.a. i tiltakspakker hos Pasientsikkerhets- programmet
Oppsummering fra LMG/tverrfaglig møte	Standardisert fritekstmal i tiltaksplan	

Diagnoser		Forslag til aktuelle ICPC-2-koder vil kunne legges inn her
LMG gjennomført	Ja/Nei	Foreslås standardisert da ICPC-2-kode bør opprettes og vil ved gjennomført LMG siste 6/12 måneder her automatisk foreslå JA som alternativ og som grunnlag for videre rapportering

Fase 3: Oppfølging av tiltaksplan

Fasen er rettet mot oppfølging av tjenestemottaker ved observasjon og/eller endring av legemiddelbruk. Ved LMG i forrige fase må slik oppfølging avtales og det må være avtalt dialog og løpende rapportering mellom flere av aktørene.

Beskrivelse	Alternativer	Utfyllende informasjon
Oppfølging av endret legemiddelbruk	Individuell tiltaksplan i EPJ	Tiltak baseres

Fase 4: Tilknytning til IPLOS

Det er ønskelig at EPJ-systemene får data til IPLOS-vurderingen automatisk, da basert på tidligere automatisering. Her vil også eventuell kobling til kodeverk forenkle dette ytterligere.

	Registrering	Beskrivelse
Legemiddelgjennomgang (LMG) gjennomført	JA – gjennomført dato/mnd/år NEI – dato/mnd/år Ikke relevant – dato/mnd/år	LMG ihht Veileder IS-1998 (Helsedir., 2011)

2.4.5 Forslag til standardisert innhold i PLO melding for LMG

Ved elektronisk meldingsutveksling gis helsepersonell anledning til å kommunisere med behandlende leger og helsepersonell ved andre tjenestesteder der tjenestemottaker har aktiv pasientjournal. Dette er etablert gjennom en standardiseringslinje der tidligere KITH har definert en meldingsstandard med fastsatt innhold. All meldingsutveksling er basert på en kravspesifikasjon samt alle EPJ-leverandører skal innfri. Forprosjektet er også kjent med at det er ulike versjoner som brukes av de ulike kommunikasjonspartene (fastleger, sykehus og kommuners helse- og omsorgstjenester).

Ved elektronisk meldingsutveksling bør det legges til opplysninger om når siste LMG er gjennomført, i henhold til veileder IS-1998. Det foreslås at det i ny standard for PLO-meldinger også kan utveksles informasjon om LMG der dette er kjent:

HVA	BENEVNELSE	KODEVERK
Dato for LMG	DDMMÅÅÅÅ	Kodeverk skal utredes

Dato for siste LMG foreslås som et tillegg til opplysninger som allerede utveksles mellom ulike nivåer. Det overføres allerede opplysninger om cave og diagnosekoder, og forslaget om LMG samt dato forventes da relatert til at LMG gjennomføres i tråd med veileder IS-1998.

2.5 Behov for endrede og nye kodeverk

Forprosjektet har avdekket behov for koder tilknyttet legemiddelgjennomgang og kartlegging av ernæringsstatus. Det er ønske om koder for å standardisere dokumentasjon i journalsystem, PLO-meldinger og for uttrekk av data til helsestatistikk.

I primærhelsetjenesten (pleie- og omsorgstjenesten, fastlege, sykehjem) brukes ICPC-2 (Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten). I spesialisthelsetjenesten benyttes ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer) og kodeverkene NCMP/NCSP/NCRP som dekker helsefaglige prosedyrer. Forprosjektet illustrerer utfordringer i forhold til dagens bruk av koder.

2.5.1 Nye koder

Det er ønske om egne koder for prosessene (også omtalt som hendelser) legemiddelgjennomgang (LMG) og kartlegging av ernæringsstatus. Det finnes ingen koder for dette i ICPC-2 i dag. Det er helt unntaksvis at det opprettes nye koder i ICPC-2, og det er ingen hovedkoder som er fjernet eller lagt til siden 2005. Det kan opprettes nasjonale særkoder, og i Norge har man to ekstra koder sammenlignet med den internasjonale masterutgaven (svangerskapskontroll og celleprøve fra livmorhals).

2.5.2 Eksisterende koder, men ikke i bruk i primærhelsetjenesten

I prosedyrekodeverket NCMP (som brukes i spesialisthelsetjenesten) finnes en kode for ernæringsvurdering: WJFX99 Vurdering av ernæringsstatus IKA. Underteksten til koden «Inkl: hudfoldsmåling, fettinnhold i hud, m.m», samsvarer ikke med hvordan kartlegging av ernæringsstatus anbefales i forprosjektet.

Ved selve kartleggingen av ernæringsstatus har prosjektet ønske om koder for mattilbud, tiltak og hyppighet for evaluering av ernæringsplan. Det er ingen koder for dette i ICPC-2. Det finnes koder som delvis dekker disse behovene i NCMP (se tabell), men med en grovere sorteringsgrad enn det som er beskrevet i forprosjektet. Det er ingen egen kode for standardkost i NCMP.

Frist for innmelding av endringer i NCMP er 01.05.15.

Kategori i ernæringsplan	Inndeling	NCMP
Mattilbud	Standardkost	----
	Energi- og næringstett	WJAT15 Ernæringsbehandling med

	kost	spesialkost/individuell tilpasset kost
	Konsistenstilpasset kost	
	Spesialkost	
Tiltak	Berikning/mellommåltid	WJAT10 Total enteral ernæring med eller uten tilsetningsstoffer, i sonde
	Næringsdrikker	
	Sondeernæring	WJAT00 Parenteral ernæring med eller uten tilsetningsstoffer
	Intravenøs ernæring	
Hvor ofte skal plan evalueres?	Daglig	ZWNM00 Daglig gjennomføring av prosedyre
	Ukentlig	ZWNM02 Ukentlig gjennomføring av prosedyre
	Månedlig	ZWNM04 Månedlig gjennomføring av prosedyre

2.5.3 Vedlikehold av dagens koder

Prosjektet har avdekket at ICPC-2-koden T05 Ernæringsproblem voksen ikke peker til riktig ICD-10-kode E46.00 Ernæringsmessig risiko. Det er også aktuelt å endre underteksten til E46.00 slik at det harmonerer med den nye definisjonen på ernæringsmessig risiko. Innmelding av denne endringen må skje innen 01.05.15. Det bør tidsmessig være samordnet med revidering av nasjonale retningslinjer for ernæring.

Ved legemiddelgjennomgang kan det være aktuelt å bruke ICPC-2-kodene A84 Legemiddelforgiftning og A85 Bivirkning legemiddel. Det er ikke behov for endringer tilknyttet disse kodene.

2.5.4 Veien videre kodeverk

Prosjektet tydeliggjør behov for koder som følger pasientdokumentasjon på veien fram og tilbake mellom hjem og behandlingsapparatet. I dag er det flere kodeverk, og det er ikke å forvente at helsepersonell kan forstå og bruke disse kodeverkene om hverandre. I tillegg er det behov for nye koder og endring av eksisterende koder.

I Stortingsmelding 9 (2012-2013) *En innbygger – en journal* gis det føringer for arbeidet videre: «Det bør tilbys oppdaterte kodeverk med støtte til klinisk koding i alle aktuelle fagsystemer for å sikre best mulig kvalitet ved dokumentasjon og rapportering til ulike registre. Det bør tilstrebes at man benytter samme kodeverk og terminologi både i primær- og spesialisthelsetjenesten der dette er hensiktsmessig og mulig, og det bør tilbys koblingsmuligheter når ulike kodeverk benyttes».

Ideelt sett bør man ha samme kodeverk i stedet for dagens todelte system med ICPC-2 og ICD-10 i hhv. primær- og spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende bør det være med kodeverk for helsefaglige prosedyrer/tiltak. Et samordningsløft for felles kodeverk må først utredes og planlegges. Et slikt samordningsløft vil ta mange år (5-10 år) før alle systemene er oppdatert med den valgte løsningen. Det gjøres oppmerksom på at WHO arbeider med å ferdigstille ICD-11 (som skal erstatte ICD-10) og ICHI (som skal omfatte alle typer helseintervensjoner/prosedyrer). Dette arbeidet skal etter nåværende plan ferdigstilles i løpet av 2017. Det er ikke tatt stilling til om og når Norge tar i bruk ICD-11 og/eller ICHI.

En eventuell samordning av kodeverk mellom primær- og spesialisthelsetjenesten må nødvendigvis sees i sammenheng med en eventuell innføring av ICD-11 og/eller ICHI i Norge. Det vil ta mange år (5-10 år fra tidligst 2017) før ICD-11/ICHI er tilgjengelig i alle relevante kliniske fagsystemer, hvis Norge velger å ta det i bruk.

Hva gjør man i mellomtiden (2016 – 2020/2025)?

- Primærhelsetjenesten: utvide ICPC-2
 - Alternativ 1: Utvide med flere nasjonale koder. Utvidelse av ICPC-2 skjer så sjelden at det ikke er en fastlagt prosess og det eksisterer ingen referansegruppe. Generelt ønskes det å unngå nasjonale koder, og holde seg til det internasjonale kodesettet. Det er imidlertid «lovlig» å legge til et ekstra, fjerde siffer, for eksempel W781 Svangerskapskontroll. Det er en mulighet å opprette nye nasjonale fire-tegnskoder som kan dekke dokumentasjonsbehovet for legemiddelgjennomgang og vurdering av ernæringsstatus.
 - Alternativ 2: Benytte koder fra prosesskodenedelen til ICPC-2. Det er ingen prosesskoder som er direkte dekkende for legemiddelgjennomgang eller vurdering av ernæringstilstand. Prosesskodene gir ingen refusjon fra Helfo, og er heller ikke innført i EPJ hos fastlegene. Dette framstår som en løsning som vil gi unødvendig store endringer for primærhelsetjenesten.
 - Innføre NCMP i primærhelsetjenesten. Innføring av et nytt kodeverk vil øke registreringsbyrden. Det må vurderes om det kan forsvares i forhold til behovet for et begrenset antall koder som inngår i ernæringsplan som beskrevet i denne rapporten.
- Spesialisthelsetjenesten:
 - Utvide NCMP i forbindelse med årlige revisjoner av NCMP.
- Kobling mellom kodeverkene for primær – og spesialisthelsetjenesten
 - Konvertering («mapping») mellom kodene slik at riktige koder peker til hverandre i de to kodeverkene ICPC-2 og ICD-10.
 - Samordne årlige revisjoner slik at de aktuelle kodene går i takt med hverandre der det er mulig.

3 KOSTNADESTIMATER FOR IMPLEMENTERING

For helsetjenesten, både primær- og spesialisthelsetjenesten, er elektronisk pasientjournal (EPJ) det viktigste kjernesystemet for dokumentasjon av helsehjelp. I tråd med økende bruk av elektronisk meldingsutveksling i sektoren, har Helsedirektoratet over tid sett stadig flere behov for at EPJ-systemene tilpasses med ny funksjonalitet som kan understøtte dette. Utviklingen går nå i en retning hvor EPJ-systemet ikke lenger bare er et verktøy for dokumentasjon av helsehjelp, men blir i stadig større grad et verktøy for samhandling og en kilde for elektronisk innrapportering til myndighetene. Anbefalt standardisering følger denne tankegangen hvor innhold for både dokumentasjon og samhandling standardiseres.

Med bakgrunn i anbefaling for standardisert innhold har prosjektgruppen gått i dialog med samtlige åtte EPJ-leverandører som leverer data/EPJ-løsninger til både sykehjem, hjemmetjenester, fastleger og sykehus. Leverandørene har blitt bedt om å levere Helsedirektoratet et uforpliktende kostnadsoverslag på et grovt nivå. Estimattoppsettet har blitt strukturert på følgende måte:

- Prosjektadministrasjon
- Design og utvikling (standardisering, integrasjon mot IPLOS og tilpasning av PLO melding)
- Test
- Pilotering
- Utrulling
- Opplæring
- Dokumentasjon

Det totale estimatet for implementering av foreslåtte endringer er estimert til ca. 21 MNOK. Dette er et grovt estimat og har blitt kalkulert uten at det foreligger en detaljert kravspesifikasjon til leverandørene. Det foreligger dermed en betydelig usikkerhet i hva faktiske kostnader vil bli i en eventuell innføringsfase. Det har derfor blitt lagt til et kompletthetspåslag på 10 % for å ivareta ytterligere krav som eventuelt inkluderes i en mer detaljert kravspesifikasjon. Prosjektledelse, bestilleroppgaver og overordnet oppfølging av et prosjekt med dette omfanget og kompleksitet må også ivaretas - her har det blitt lagt til 20 %. I tillegg er det lagt til en risikoreserve for hele prosjektgjennomføringen på 15 %. Dette resulterer i et endelig estimat på **ca. 32 MNOK**. Kostnadselementene for totalestimatet er kort oppsummert nedenfor. Se vedlegg 7.3 for overordnet kostnadsoverslag.

3.1 Kostnadsoverslag for endringer i EPJ i omsorgstjenesten

Dagens journalsystemer i omsorgstjenesten dekker saksbehandling, pasientadministrasjon og klinisk dokumentasjon. Dokumentasjonen skjer i hovedsak i fritekst og det mangler grunnleggende funksjonalitet på flere av de medisinske faglige områdene. Systemene har i ulik grad integrerte funksjonaliteter og forutsetninger for beslutningsstøtte. Strukturerte data som kan sammenstilles og brukes som beslutningsstøtte er i liten grad en del av disse EPJ-systemene. Faglige retningslinjer, prosedyrer, veiledende behandlingsplaner og maler er i noen av EPJ-systemene delvis integrert (Helsedirektoratet 2014).

Følgende leverandører leverer elektroniske pasientjournaler til sykehjem og hjemmetjenesten: Visma (Profil), Tieto (Geric) og Acos (CosDoc). Fra estimatoversikten ser man estimatene fra disse leverandørene utgjør størstedelen av kostnadene. Dette skyldes at systemene i utgangspunktet ble utviklet til å være saksbehandlingssystemer på 1990-tallet. De ble dernest videreutviklet ut fra behov meldt fra omsorgstjenesten, i første omgang med hovedfokus på hjemmetjenester, pasientjournal og arbeidsplan for tjenesten. Systemene er videre utviklet for å dekke et mangfoldig spekter av tjenester og funksjonalitet tilpasset svært mange brukergrupper. Det viser seg at systemene ikke er videreutviklet i tilstrekkelig grad for å møte endringer i pasientgrunnlaget, de siste årenes tjenesteutvikling og ulike helsepersonellgruppers behov (IS-2221).

Videreutvikling av systemene er dermed meget kostnadsintensivt - og dette framkommer også av estimatene som Helsedirektoratet har mottatt fra EPJ leverandørene. Totalt kostnadsestimat mottatt utgjør ca. 13,8 MNOK. Det gjøres oppmerksom på at en av leverandørene ikke har levert estimat – og at tallene fra denne leverandøren er kalkulert ved å foreta et gjennomsnitt fra to andre tilsvarende leverandører som har levert kostnadsoverslag.

Fra estimatet er det spesielt selve standardiseringsarbeidet som er estimert med en forholdsvis høy kostnad på totalt ca. 8,3 MNOK.

Totalt estimat inkluderer også integrasjon mellom EPJ og IPLOS (ca. 1,6 MNOK). Dette er kun relevant for EPJ leverandører mot kommunal helse- og omsorgstjeneste hvor IPLOS er integrert som del av systemene.

Estimat for utrulling og opplæring utgjør ca. 0,2 MNOK. Tallet kan imidlertid bli mye høyere avhengig av om kommunene har ressurser til å gjennomføre installasjon og oppgradering av journalsystemet på egenhånd.

3.2 Kostnadsoverslag for endringer i EPJ i allmennlegetjenesten

Dagens journalsystemer i allmennlegetjenesten er i stor grad fritekst som egner seg dårlig for implementering av avansert funksjonalitet som beslutningsstøtte (med knytning til etablerte retningslinjer for behandling), automatisk stemmegjenkjenning, skjematisk anamnesenotat, strukturerte medikamentforskrivninger, bestilling og svar av laboratorieundersøkelser med standardiserte laboratorienavn og automatisk uttrekk av nødvendige data ved henvisning til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2014).

Fastlegene utgjør en sentral del av helsetjenesten. Markedet, som er på 1550 legekontorer, er i dag i hovedsak delt mellom tre norske leverandører: CGM (WinMed), Hove Medical Systems (System X) og InfoDoc AS (InfoDoc).

Totalt kostnadsestimat fra leverandørene utgjør ca. 4,4 MNOK. Her er det spesielt utviklingskostnader relatert til standardisering av strukturert informasjon som utgjør en større kostnad (1,6 MNOK). Kostnader for utrulling og opplæring er estimert til 1,2 MNOK og avhenger også av hvorvidt ulike fastlegekontorer har ressurser til å gjennomføre installasjon og oppgradering på egenhånd.

3.3 Kostnadsoverslag for endringer i EPJ i spesialisthelsetjenesten

Dagens IKT-systemer i spesialisthelsetjenesten dekker primært grunnleggende dokumentasjonsbehov. På enkelte viktige områder mangler det fortsatt gjennomgående IKT-støtte. IKT-systemene i spesialisthelsetjenesten inneholder med noen få unntak, ikke funksjonalitet som understøtter kvalitet i behandlingen, ei heller muligheten for å gjenbruke informasjon til å bedre beslutningsstøtten (Helsedirektoratet 2014).

Det er primært to EPJ leverandører som leverer journalsystemer til spesialisthelsetjenesten i dag: DIPS ASA (DIPS) og Cerner (Doculive). DIPS ASA er hovedleverandør av EPJ til helseforetakene i tre av fire regioner i Norge, med konsern- og rammeavtaler med Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF samt en rekke private sykehus. Programvaren DIPS brukes i dag ved mer enn 35 norske sykehus. I Helse Midt-Norge RHF brukes derimot DocuLive fra Cerner.

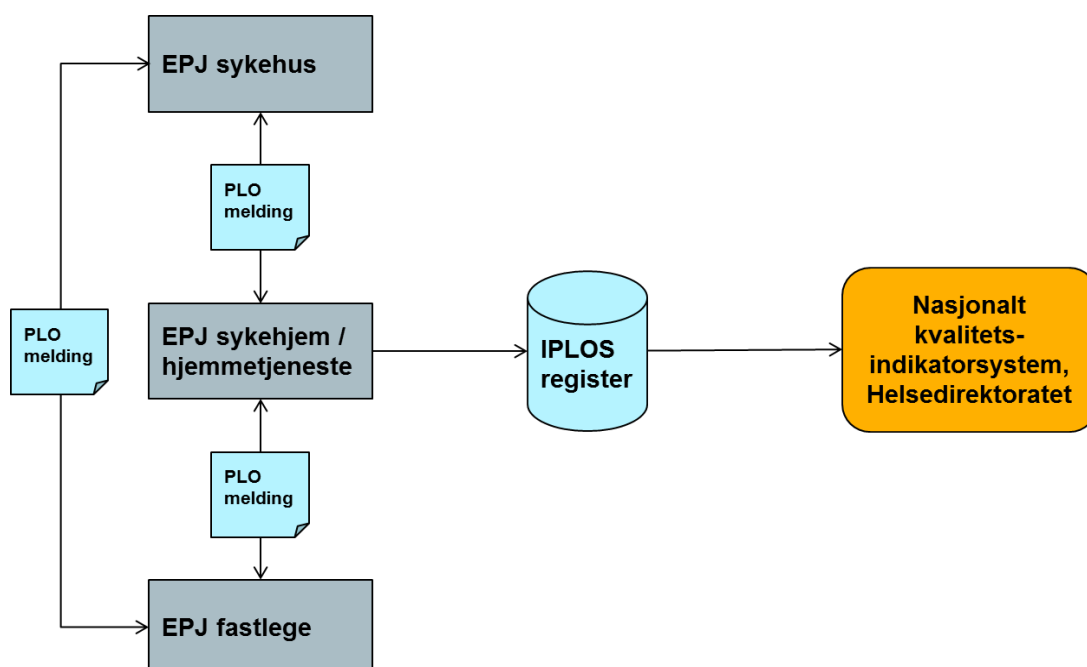
Totalt kostnadsestimat fra leverandørene utgjør ca. 2,6 MNOK. Kostnader for test, pilotering og dokumentasjon utgjør ca. 0,6 MNOK. Tilsvarende, er kostnader for tilpasning av PLO melding estimert til ca. 0,6 MNOK. Estimerte kostnader for utrulling og opplæring er estimert til 0,15 MNOK. Dette tallet er betydelig lavere enn tilsvarende estimer i omsorgs- og allmennlegetjenesten da antall installasjoner vil bli langt færre.

4 PLAN FOR GJENNOMFØRING

4.1 Forslag til teknisk løsning

Ulike tekniske løsningsalternativer for implementering av framtidig prosjekt har blitt vurdert av prosjektgruppen. Foreslått løsning som presenteres nedenfor er imidlertid den som anses mest gjennomførbar da man tar i bruk eksisterende strukturer, standarder og registre for rapportering så langt dette er mulig.

Anbefaling på teknisk løsning tar utgangspunkt i eksisterende EPJ systemer, nasjonalt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) og helsefaglig kodeverk. Det planlegges at EPJ systemene videreutvikles og tilrettelegges for standardisert dokumentasjon. Videre skal innhold i PLO meldinger standardiseres for å sikre at pasientdata er konsistent på tvers av aktører (sykehus, fastleger, sykehjem og hjemmetjenester). Data relatert til ernæring og LMG kan hentes fra EPJ gjennom IPLOS-registeret til NKI, som vist nedenfor.



Forslag til teknisk løsning har vært diskutert i arkitekturforum, NUFA og i diverse møter internt i Helsedirektoratet.

4.2 Overordnet tidsplan for gjennomføring og kritiske avhengigheter

Prosjektet har utarbeidet en overordnet plan for framtidig implementering av hovedprosjektet. Illustrasjonen nedenfor skisserer viktigste aktiviteter fra nåværende tidspunkt (mars, 2015) til publisering av nye kvalitetsindikatorer for ernæring og LMG i mai/juni 2017. Se vedlegg 7.4 for en mer leservennlig versjon av tidsplanen.

Aktivitet / Tid	2015										2016										2017						
	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai
Utredning ferdigstilt																											
IPLOS kravspesifikasjon levert																											
NUIT innspill sendt inn																											
Finansiering godkjent av NUIT (evt.)																											
Planleggingsfase gjennomført																											
Forankring og kommunikasjon																											
Kodeverk endringsforslag levert																											
Oppdaterte kodeverk tilgjengelig																											
Oppdaterte kodeverk utullet																											
Revidert meldingsstandard tilgjengelig																											
Revidert meldingsstandard utrulles																											
Nye IPLOS variable tilgjengeliggjøres																											
Standardisering tilrettelagt i EPJ'ene																											
Opplæring og utrulling																											
Rapportering fra kommuner til IPLOS																											
Publisering av nye kvalitetsindikatorer (NKI)																											

Tidsplanen indikerer også hvilke avhengigheter som er viktige for at prosjektet skal kunne gjennomføres. Kritiske nøkkelfaktorer for en vellykket implementering av hovedprosjekt relaterer seg til:

- Rapportering gjennom IPLOS registeret
- Forankret prioritering i NUIT og avklare finansiering
- Bruk av ny meldingsstandard for PLO meldinger
- Forankring og kommunikasjon mot alle berørte aktører

I tillegg er det kritisk at en egen planleggingsfase gjennomføres etter at utredningen har blitt godkjent – fortrinnsvis høsten 2015. Denne beskrives nærmere i kapittel 4.6.

4.2.1 Rapportering gjennom IPLOS

IPLOS-teamet fra Avdeling Statistikk og kodeverk planlegger å sende ut teknisk og funksjonell kravspesifikasjon til EPJ leverandører i mars/april (2015). I denne kravspesifikasjonen har prosjektgruppen spesifisert nye variabler for ernæring og legemiddelgjennomgang. De nye variablene vil inngå som del av eksisterende forskrift som omhandler opplysninger om tjenestemottaker (§ 1-8), herunder helsetilstand og sykdom (diagnose).

Det er videre planlagt at nye variabler blir tilgjengelige for bruk i kommunene fra januar 2016. Det er her viktig å notere seg at kommunene må rapportere informasjon om ernæring og legemiddelgjennomgang uavhengig av eventuell standardisering i EPJ systemene. Kommunene har innsending til IPLOS påfølgende år—medio 15. januar 2017 i henhold til IPLOS forskriftskrav. Tidsplanen viser at kvalitetsindikatorer for ernæring og LMG kan publiseres for første gang på nettsiden (helsenorge.no) i mai/juni 2017.

4.2.2 Prioritering

Prosjektgruppen har i løpet av vår 2015 presentert prosjektet til diverse høringsinstanser. For å kompensere for manglende felles styringslinje innen IKT i helse- og omsorgssektoren er det etablert en nasjonal e-helsegruppe med tilhørende utvalg som skal sikre en forutsigbar utvikling og innføring av nasjonale IKT-tiltak:

- **Nasjonal e-helsegruppe.** E-helsegruppen er etablert av Helse- og omsorgsdepartementet for å sikre overordnet samordning, koordinering og prioritering av IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren
- **NUIT** (Nasjonalt utvalg for IT prioritering i helse- og omsorgssektoren). NUIT er et utvalg med representanter fra Helsedirektoratet og sektor, som skal sikre koordinering og prioritering av nasjonale IT-tiltak, og gi forutsigbarhet for leverandørene og sikre en helhetlig prosess fra innmelding til anbefalt prioritert utvikling. Formålet med NUIT er å være et innstillingsråd for prioritering av nasjonale IKT-tiltak. Innstilling skal legges frem for E-helsegruppen i Helsedirektoratet til beslutning
- **NUFA** (Nasjonalt utvalg for fag- og arkitektur): NUFA skal bidra til at helsefaglige behov og nasjonale arkitekturprinsipper legges til grunn for nasjonal koordinering og prioritering av IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren. NUFA under E-helsegruppen skal på helsefaglig og arkitekturmessig grunnlag gi råd vedrørende prioritering og koordinering av nasjonale IKT-tiltak og valg av samhandlingsarkitektur i helse- og omsorgssektoren

Prosjektet ble først presentert i et internt høringsorgan - Arkitektforum (19. desember 2014) og dernest i NUFA (29. januar 2015) og (7.mai 2015). Som resultat fra NUFA høring vil saken spilles videre inn til NUIT til godkjenning og prioritering for eventuell implementering i 2016. Neste NUIT møte er 4. juni - og endelig beslutning for prioritering av prosjekter til 2016 er 22. oktober.

4.2.3 Innføring av revidert meldingsstandard (PLO melding)

En viktig forutsetning for at aktører i helsesektoren skal kunne samhandle elektronisk på en god måte er at alle parter benytter standardiserte løsninger. Elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren er basert på Samhandlingsarkitektur for helsesektoren, og det forventes at alle virksomheter legger denne til grunn. Målet med meldingsstandarder er at alle som skal kommunisere med hverandre bruker samme meldingsformat. Meldingsstandarder setter krav til innhold, struktur og format ved kommunikasjon av et bestemt innhold til andre aktører.

Seksjon for Standardisering i Helsedirektoratet reviderer for tiden eksisterende meldingsstandard og planlegger at ny versjon er klar januar 2016. Som del av standardiseringsarbeidet har prosjektgruppen utformet et forslag til standardisert innhold vedrørende ernæring og LMG som skal inkluderes i ny meldingsstandard (PLO melding) - se kapittel 2. Tidligere dialog med EPJ leverandører indikerer imidlertid at utrulling av ny standard kan ta forholdsvis lang tid. For eksempel kan utrulling av ny standard i sykehus / RHF'ene ta opp mot to år. Utrulling av ny meldingsstandard vil dermed forsinke elektronisk samhandling mellom aktørene i sektor hva gjelder konsistent informasjonshåndtering av blant annet ernærings- og LMG-informasjon på tvers av aktørene i sektoren.

4.2.4 Innføring av helsefaglig kodeverk

Helsefaglige kodeverk og prosedyrekoder med lik registreringspraksis er nødvendig for å kunne få pålitelige målinger av tjenesten. I dag foreligger det ikke et entydig kodeverk på alle fagområder. Det medfører at tjenesten ikke har komplett, strukturert informasjon som beskriver og måler fagområdet.

Prosjektet har gjennomgått behov for endringer i eksisterende kodeverk og vurdert behov for utarbeidelse av nye kodeverk relatert til registrering av ernærings- og LMG informasjon i EPJ systemene (se kapittel 2.5). Oppdaterte kodeverk blir tilgjengelig ved utgangen av 2015 - mens utrulling av kodeverkene i sektor er estimert til å ta 1-2 måneder.

4.2.5 Løpende forankring og kommunikasjon mot berørte aktører

Forankring i sentrale avdelinger hos Helsedirektoratet, hos interesseorganisasjoner, helsepersonell og andre brukere av systemet, er sentralt for å lykkes med implementering av forslagene fra prosjektgruppen. For en kommune vil forankring være nødvendig:

- administrativt: databehandlingsansvarlig, rådmann/byrådsleder, øvrig kommuneledelse og andre
- politisk: Kommunestyre/Byråd, ansvarlig utvalg/komiteé og lignende
- hos ansatte: som brukere av EPJ

Prosjektgruppen har foreslått endringer og tillegg som trolig vil være store og nye for mange av aktørene. Det er samtidig viktig å få frem at Helsedirektoratet har som oppgave å sørge for at gjeldende retningslinjer og veiledere tas i bruk og også vil oppfylle krav i henhold til lover og forskrifter.

Forslagene om standardisering vil kunne påvirke helsepersonells arbeidsmåter, og det er derfor viktig å sørge for forankring av prosjektets målsetninger hos disse. Det er også viktig med god informasjon om prosjektet ut til ansatte og brukere av systemet underveis i prosessen. Dette kan ivaretas gjennom nyhetsbrev, der eksempelvis IPLOS-teamet distribuerte informasjon om nye IPLOS-variabler i mars 2015 til samtlige kommuner i landet.

4.2.6 Standardisering av dokumentasjonskrav i EPJ

Selve standardiseringsarbeidet foreslås gjennomført som et særskilt IKT prosjekt i samarbeid med nasjonale IKT fora, berørte interessenter, kommuner og EPJ leverandører. Dette prosjektet innbefatter en viss kompleksitet og usikkerhet hvor arbeidet må koordineres mellom flere aktører for at standardiseringen skal bli riktig både i EPJ systemene og i samhandlingen som skal foregå mellom dem i form av elektroniske meldinger. Det anbefales derfor at en egen planleggingsfase gjennomføres for å ivareta denne kompleksiteten – hvor man blant annet utarbeider en detaljert kravspesifikasjon. Denne fasen er videre omtalt i kapittel 4.6.

4.2.7 Opplæring og utrulling

Prosjektgruppen har avklart at det finnes ulike strategier for både opplæring og utrulling i de ulike EPJ-systemene, altså i dedikert bruk av systemene. Det anbefales at aktørene og leverandørene følger tradisjonell plan for å formidle og installere nye momenter i EPJ-systemene.

Videre vil det trolig også være behov for faglig oppfølging av tiltak og vurderinger som denne rapporten foreslår – basert på retningslinje og veileder. Prosjektgruppen viser til Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt og også ansvaret som er tillagt Rådmann i kommuner for å ivareta internkontroll. Fastleger har for øvrig avtalefestet krav om kursdager/fordypning og veiledning/undervisning, som også kan benyttes for kompetanseheving innenfor emnene ernæring og legemidler.

4.3 Finansiering

Finansiering for utvikling og implementering av ernæringsmessig risiko og legemiddelgjennomgang er ikke avklart. Kartlagt kostnadsoverslag fremkommer i vedlegg 7.3

De estimerte totale kostnadene er som følger:

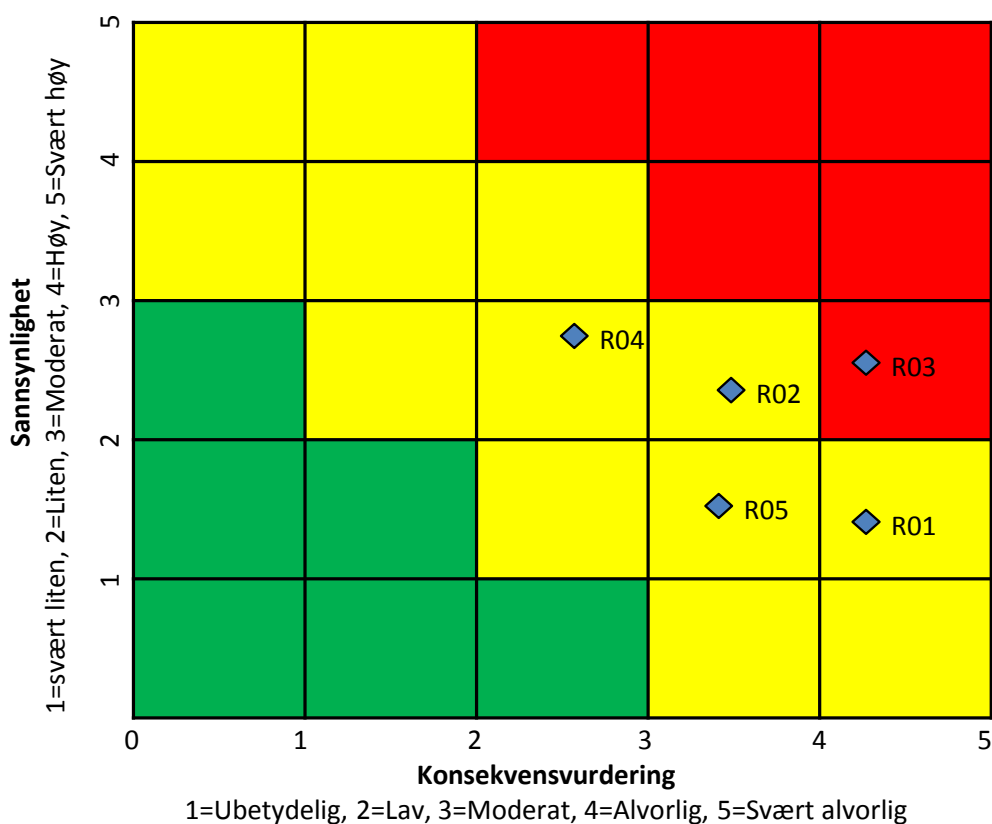
	TOTALT
2016	26,7
2017	5,4
TOTALT	32,2

4.4 Forslag til eierskap og organisering ved implementering

Hovedprosjektet vil formelt eies av Avdeling Statistikk og kodeverk gjennom eksisterende styringslinjer i NKI og IPLOS. Det vil imidlertid være et stort samarbeidsbehov med andre relevante divisjoner og avdelinger i Helsedirektoratet. Divisjon for e-Helse og avdeling for omsorgstjenester er spesielt viktig å nevne i denne sammenheng. I tillegg bør det vurderes hvordan nytt Direktorat for e-Helse skal inkluderes i en videre planleggings- og gjennomføringsfase.

4.5 Viktige risikopunkter som må ivretas ved implementering

Det er vurdert fem ulike risikoelementer (med foreslåtte tiltak) som kan opptre og som må ivretas i en eventuell gjennomføringsfase. Her er det spesielt kapasitet hos EPJ leverandører og mangel på finansiering som blir kritiske risikoelementer som må tas stilling til i videre prosjektløp. Se risikomatriksen nedenfor for visualisering av hvilke risikoelementer som er mest kritiske for gjennomføring av framtidig prosjekt. Tabellen nedenfor angir i tillegg foreslåtte tiltak for hvordan disse områdene kan ivretas og håndteres i videre prosjektforløp.



Risikoelementer	Foreslåtte tiltak
R1: Manglende finansiering for gjennomføring	<ul style="list-style-type: none"> Finansiering for utvikling og implementering må avklares for å gjennomføre pilot.
R2: For lav prioritet i NUIT	<ul style="list-style-type: none"> Prosjektet har blitt presentert hos Arkitektforum og NUFA på et tidlig stadium for å avdekke avhengigheter til andre prosjekter Gevinstrealiseringsaspekter må tydeliggjøres både i utredning og gjennom annen kommunikasjon
R3: Manglende kapasitet hos	<ul style="list-style-type: none"> Tidlig dialog med EPJ-leverandører blir kritisk med tanke på utviklingsmuligheter og handlingsrom

EPJ leverandører	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blir viktig å få høy prioritet i NUIT for å få leverandørene til å prioritere prosjektet ▪ Finansiering må avklares så tidlig som mulig for å komme i dialog med leverandørene
R4: Foreløpig plan og kostnadsestimering ivaretar ikke all kompleksitet som foreligger i en eventuell gjennomføringsfase	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Det må utarbeides detaljert kravspesifikasjon i egen planleggingsfase - med teknisk og funksjonell løsningsbeskrivelse. I tillegg må det utarbeides overordnet testplan, konfigurasjonsstrategi og milepæls- og aktivitetsplan mm.
R5: Manglende forankring i sektor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Egen kommunikasjonsstrategi må utarbeides i planleggingsfasen. Denne må ivareta informasjonsbehov i primær- og spesialisthelsetjenesten samt andre berørte aktører i sektor

4.6 Veien videre – gjennomføring av planleggingsfase

Prosjektet følger Helsedirektoratets prosjektmodell for hva som bør gjennomføres i neste fase. Prosjektmodellen er basert på anerkjente metoder i inn- og utland: Prosjektveiviseren til Direktoratet for forvaltning og IKT og Prince2 som er et internasjonalt anerkjent rammeverk for prosjektarbeid, bygget på beste praksis.

Planleggingsfasen legger grunnlaget for å oppnå et vellykket prosjekt. Å bruke tilstrekkelig tid i planleggingsfasen sikrer at virksomheten har en god forståelse for arbeidet som kreves for å gjennomføre prosjektet, før en forplikter seg til en betydelig investering. I planleggingsfasen blir det blant annet sentralt å utarbeide en detaljert kravspesifikasjon, beskrive prosjektets leveranser, utforme plan for gevinstrealisering og styringsdokumentasjon samt beslutte oppstart for gjennomføringsfase.

Aktuelle leveranser i planleggingsfasen er oppsummert nedenfor:

Formelle styringsdokumenter som må utarbeides:

- Styringsdokument
- Gevinstrealiseringsplan

Leveranser som er spesielt relevante for IKT-utviklingsprosjekter:

- Produktkø
- Overordnet testplan
- Konfigurasjonsstrategi

Øvrige leveranser som må utarbeides i planleggingsfasen:

- Prosjektbegrunnelse
- Milepæls- og aktivitetsplan
- Produktbeskrivelse
- Kvalitetsstrategi
- Kommunikasjonsstrategi
- Innføringsstrategi
- Kontrakter

Leveransene fra planleggingsfasen bør videre benyttes som styringsunderlag for beslutning om oppstart av eventuell gjennomføringsfase.

Se vedlegg 7.5 for detaljert oversikt av de ulike fasene og aktivitetene som er anbefalt gjennomført i Helsedirektoratets prosjektmodell.

5 POTENSIAL FOR GEVINSTREALISERING

5.1 Målrettet forebygging og behandling av underernæring

Tall fra Danmark, Nederland, Storbritannia og USA viser at man kan redusere liggetiden i sykehus med minimum 20 % for de som blir vurdert og behandlet for underernæring. Det blir derfor antatt at forebygging og behandling av underernæring kan gi store økonomiske besparelser også i Norge.

Videre visere en rapport fra Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo at målrettet forebygging og behandling av underernæring i sykehus kan bidra til en besparelse i spesialisthelsetjenesten på rundt 800 millioner i året. I Norge tilsvarer dette en kostnadsbesparelse i somatisk spesialisthelsetjeneste i størrelsesorden 1 % av det totale budsjettet. Det argumenteres videre med at en målrettet identifisering og behandling av underernæring i primærhelsetjenesten sannsynligvis vil gi enda større helse- og økonomiske gevinster, da flere kan behandles på et lavere og billigere tjenestenivå og dermed redusere behovet for spesialisthelsetjenester.

Hvis man antar at strukturert informasjon relatert til ernæringspraksis hos og mellom aktørene i primær- og spesialisthelsetjenesten kan forebygge underernæring med 10 % så kan man spare inn 80 - 100 MNOK i året i spesialisthelsetjenesten i form av redusert antall liggedøgn i sykehusene. Kalkulasjonen er basert på forutsetningene beskrevet ovenfor.

5.2 Optimal legemiddel-behandling og -bruk

Det er flere momenter som vil bidra til gevinstrealisering hvis optimal legemiddelbruk blir gjeldende praksis for særlig risikoutsatte tjenestemottakere.

Eksempelvis er det i Stortingsmelding 18 (2004-2005) trukket frem at 5-10 % av innleggelser på medisinske sykehusavdelinger var relatert til feilaktig legemiddelbruk. Høyere alder oppgis også som økt risikofaktor for ulykker, herunder risiko for fall og andre skader. Det oppgis her også at feilmedisinering oppstår i omlag 20 % av alle behandlingsforløp der legemidler benyttes. Disse

momentene vil igjen medføre forlenget liggetid ved sykehus og økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tilsvarende er det presentert at mer enn et av tre fall og fallrelaterte ulykker hos eldre kan unngås eller utsettes. Der fall/ulykke medfører skade er det presentert kostnadsberegning ved lårhalsbrudd der første 12 måneder etter at skade har oppstått kunne beregnes til å koste samfunnet 200.000 - 700.000, da i tillegg til redusert livskvalitet. Helsedirektoratet publiserte i 2012 rapporten: Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. Her fremheves det at fall og ulykker ofte er komplekse og det er vanskelig å knytte dette direkte opp til enkeltårsaker. Allikevel trekkes det frem at legemiddelbruk er dokumentert årsak i flere av publikasjonene. Det er også sammenfallende at underernæring omtales i mange av de samme kildene.

6 REFERANSER

IS-1580 (2009) «Nasjonal Faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring». HelseDirektoratet.

Juul, Hanne (2010): «Forebygging og behandling av underernæring». Avdeling for helseledelse og helseøkonomi – Universitetet i Oslo.

IS-1998 (2012) «Veileder om legemiddelgjennomganger»

NICE (2006): «Costing report. Nutrition support in adults».

Riksrevisjonen (2014): «Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren».

Aagaard, Heidi (2015) - Helsedir/KS (IS-2221), «Kartlegging av kommuner rundt ernæring».

HelseDirektoratet (2014). «3-årig handlingsplan 2014 – 2017». Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Tangvik, Randi (2014) “ The nutritional strategy: Four questions predict morbidity, mortality and health care costs”. Tangvik, Tell, Eisman, Guttormsen, Henriksen, Nilsen, Øyen and Ranhoff.

Kaiser, Rubeinstein og Isering (2009): “Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status”. MNA-International Group.

IS- 2032 (2009) «Ernæringskompetanse i helse og omsorgstjenesten». Oppdrag fra Helse-og-omsorgsdepartementet.

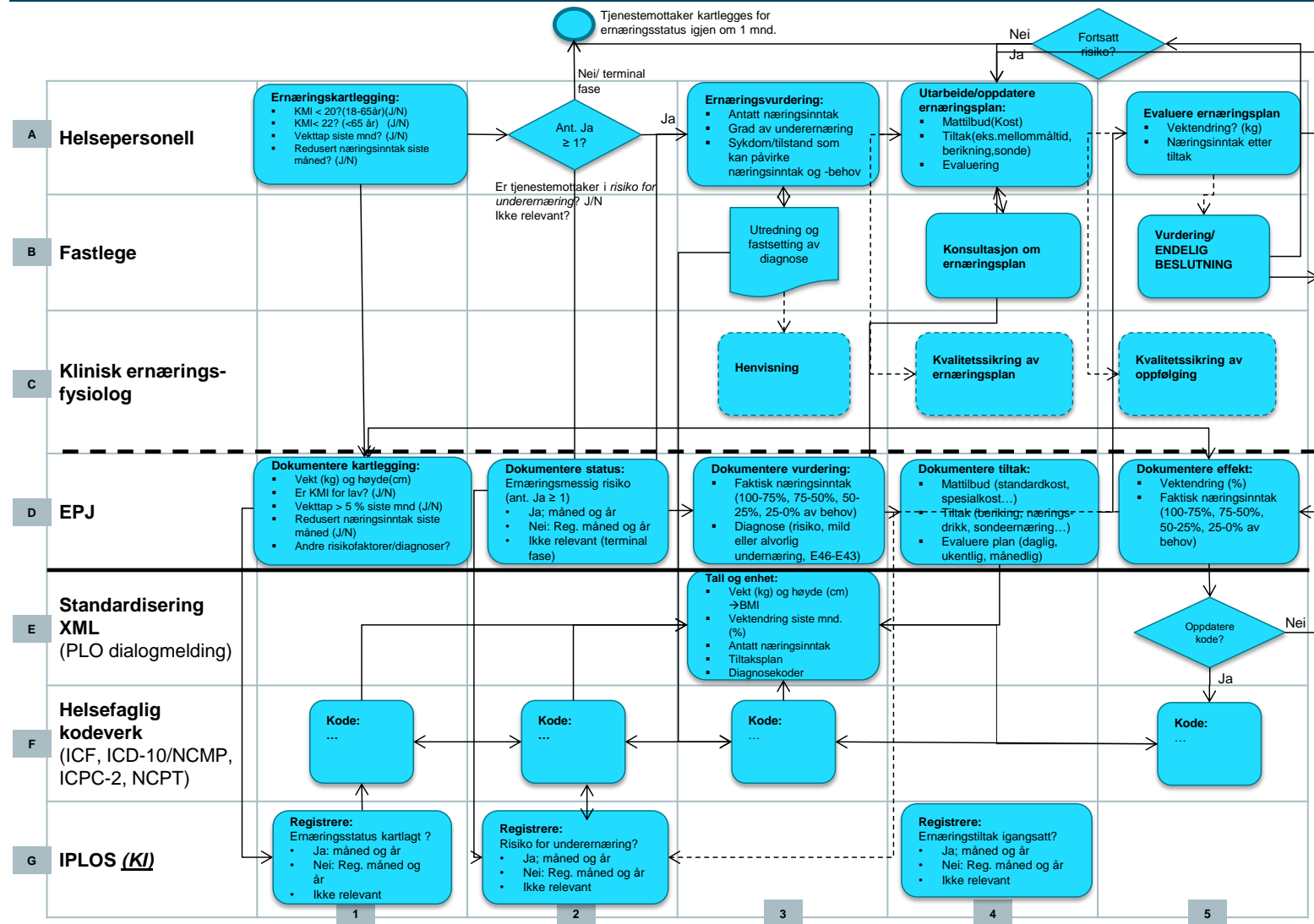
IS-1972 St.meld. nr. 18 (2004-2005): «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk».

HelseDirektoratet (2014): «Utredning av ‘en innbygger – én journal’».

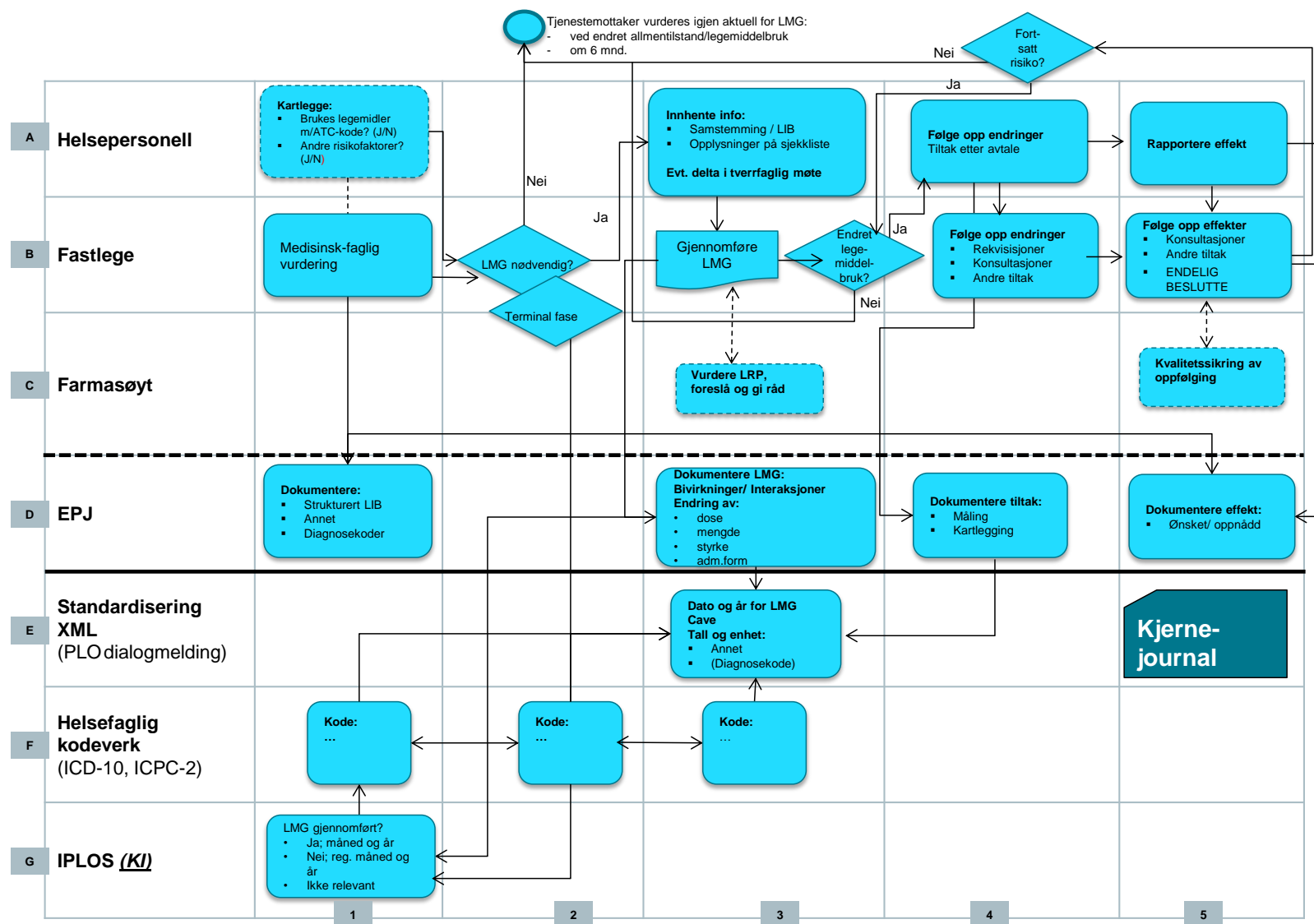
IS-2221 (2014): «Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten». HelseDirektoratet.

7 VEDLEGG

7.1 Vedlegg: Anbefalt prosessflyt for ernæringspraksis



7.2 Vedlegg: Anbefalt prosessflyt for legemiddelgjennomgang



7.3 Vedlegg: Overordnet kostnadsoverslag

Område	Leverandør	2016				2017			TOTALT
		Standardisering i EPJ	Test, pilotering og dok.	Tilpasning PLO melding	Totalt 2016	Integrasjon EPJ/IPLOS	Utrulling og opplæring	Totalt 2017	
EPJ PLO (3 stk)	Totalt	8 278 750	1 410 000	2 268 750	11 957 500	1 598 750	214 000	1 812 750	13 770 250
EPJ fastlege (3 stk)	Totalt	1 626 125	750 188	832 813	3 209 126		1 174 750	1 174 750	4 383 876
EPJ spesialist (2 stk)	Totalt	1 288 750	578 750	585 000	2 452 500		150 000	150 000	2 602 500
	Totale estimater	11 193 625	2 738 938	3 686 563	17 619 126	1 598 750	1 538 750	3 137 500	20 756 626
	Komplettetspåslag (10 %)				1 761 913			627 500	2 389 413
	Prosjektledelse (20 %)				3 876 208			753 000	4 629 208
	Usikkerhetspåslag (15 %)				3 488 587			903 600	4 392 187
	TOTALESTIMAT				26 745 833			5 421 600	32 167 433

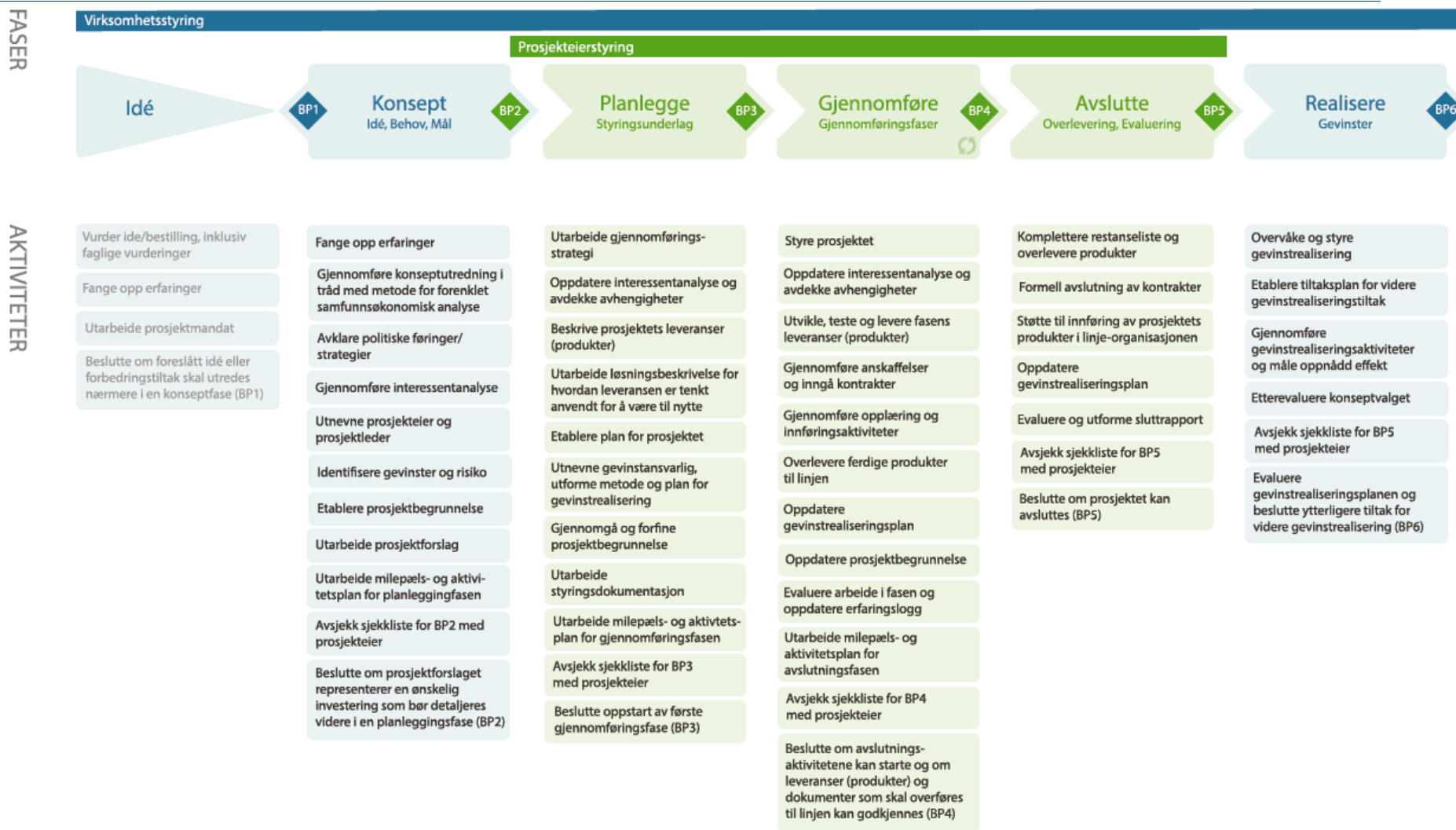
*En av EPJ leverandørene i kommunehelsetjenesten har ikke levert kostnadsestimat. Tallene for denne leverandøren har dermed blitt anslått (med omtrentlig gjennomsnitt) fra tilsvarende mottatte tall fra konkurrerende leverandører som også leverer EPJ systemer til hjemmetjenesten og sykehjem

** En av EPJ leverandørene fra spesialisthelsetjenesten har ikke angitt utrulling- og opplæringskostnader – da dette må innhentes fra regionale helseforetak. Tallet er derfor anslått.

7.4 Vedlegg: Overordnet tidsplan for gjennomføring av hovedprosjekt

Aktivitet / Tid	2015												2016												2017					
	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun		
Utredning ferdigstilt	■																													
IPLOS kravspesifikasjon levert		■																												
NUIT innspill sendt inn				■																										
Finansiering godkjent av NUIT (evt.)								■																						
Planleggingsfase gjennomført																														
Forankring og kommunikasjon	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Kodeverk endringsforslag levert		■																												
Oppdaterte kodeverk tilgjengelig										■																				
Oppdaterte kodeverk utrullet											■																			
Revidert meldingsstandard tilgjengelig											■																			
Revidert meldingsstandard utrulles												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Nye IPLOS variable tilgjengeliggjøres											■																			
Standardisering tilrettelagt i EPJ'ene											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Opplæring og utrulling																				■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Rapportering fra kommuner til IPLOS																							■							
Publisering av nye kvalitetsindikatorer (NKI)																											■	■		

7.5 Vedlegg: HelseDirektoratets prosjektmodell





Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no