

Innmeldingsskjema for *Meldinger* til Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)

Skjema skal benyttes for innmelding som gjelder følgende:

- Utvikling av ny melding
- Revisjon av eksisterende melding
- Endring i formål/bruk av eksisterende melding

Virksomhetsinterne utviklingstiltak, dvs. lokale og/eller regionale endringer/tilpasninger i egen systemportefølje skal ikke rapporteres inn.

Innmeldingsskjemaet benyttes av sekretariatet for NUIT for kvalitetssikring og som grunnlag for forslag til prioritering av tiltak.

Prioriteringen gjennomføres av NUIT på bakgrunn av informasjon gitt i denne innmeldingen.

Ved innmelding av flere IT-tiltak, legg ved ett skjema for hver melding/hvert tiltak.

Skjemaet fylles ut og sendes elektronisk i Word-format til Helsedirektoratet v/ sekretariatet for NUIT; nuit@helsedir.no. For nærmere informasjon, eller for hjelp til å fylle ut, send oss en e-post.

Kontaktinformasjon	
Tiltakseier:	Tiltakseier: Helsedirektoratet. Innmelder: Helse Sør-Øst RHF, avd. Teknologi og eHelse v/Thomas Bagley
Kontaktperson:	Arnt Ole Ree
Telefon:	90247115
E-post:	arnt.ole.ree@helse-sorost.no

Beskrivelse av tiltak	
Navn	Endring i nasjonal mal for epikrise (Den gode epikrise)
Type	<input type="checkbox"/> Utvikling av ny melding <input checked="" type="checkbox"/> Revisjon av eksisterende melding <input type="checkbox"/> Endring i formål/bruk av eksisterende melding
Bakgrunn	<input checked="" type="checkbox"/> Brukerbehov <input type="checkbox"/> Myndighetsbehov <input type="checkbox"/> Forskriftsfestet/lovpålagt at skal sendes elektronisk jf: [Klikk her for å skrive inn navnet på aktuell lov/forskrift] <input checked="" type="checkbox"/> Annet, vennligst beskriv: Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis + kvalitet epikrise og koding + bedre samhandling om pasientoppfølging
Formål og beskrivelse <i>Beskriv hvorfor dette tiltaket</i>	Helsedirektoratets Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene (2011) anbefaler at det nasjonalt bør

<p><i>er nødvendig, evt. om det finnes tilgjengende initiativ, hva slags type informasjon skal sendes fra/til hvem osv.</i></p>	<p>vrderes om koblingen mellom koding og utsending av epikrise er nødvendig for å ivareta enten formålet med epikrisen eller formålet med den medisinske kodingen. Problemstillingen har de siste årene vært drøftet i ulike fagmiljøer og fora både regionalt og nasjonalt og det foreligger et forslag til endring av gjeldende mal for epikrise mht. diagnosebeskrivelser (jf. vedlegg). For kliniske formål er det viktigst at diagnosen uttrykkes presist i samsvar med den medisinske tilstanden og med klinisk terminologi. Det er dette pasientens lege trenger å vite. Den kliniske diagnosen danner grunnlaget for koden som er til for statistisk formål. Kodene bør derfor ikke stå i epikrisen. Dagens praksis tar utgangspunkt i anbefalt veiledning ”Den gode epikrise” KITH 2002. Utformingen tok utgangspunkt i gjeldende praksis, noe som har vist seg uhensiktsmessig. Hensikten med epikrisen er å informere mottakeren tilstrekkelig for videre oppfølging av pasienten, mens hensikten med kodene er rapportering til sentrale registre. Diagnosen bør uttrykkes tekstlig, korrekt formulert etter faglige kriterier. Bruk av diagnosekoder i epikrisen finnes det ingen gode grunner for. Forslaget kan bidra til å dreie fokus tilbake mot det som skal være epikrisens hovedformål: en kommunikasjon mellom fagpersoner om pasienten, med særlig fokus på hva som skal skje i neste ledd i behandlings- og omsorgskjeden. Det er også behov for oppdatering av epikrisemeldingen etter erfaringer gjennom ELIN-prosjektene og forslag fra Allmennlegeforeningen. Pasienten bør være fast kopimottaker. EPJ systemer må endres i tråd med ny standard.</p>
<p>Tilknytning til strategisk satsningsområde?</p>	<p>Elektronisk meldingsutveksling. Samhandling. Behandlingsplaner. Pasientfokusert helsetjeneste.</p>
<p>Antatt volum på meldinger:</p>	<p>Flere millioner per år når polikliniske notater medregnes.</p>
<p>Beskrivelse av gjennomføring inkl. utviklingsarbeid <i>NUIT skal prioritere utviklingsarbeidet knyttet til tiltak da mye av dette treffer de samme ressursene hos ulike aktører og de samme leverandørene. For at NUIT skal kunne gjøre gode prioriteringer er det viktig at det fremkommer hvilke konsekvenser tiltaket vil ha både under innføring og når tiltaket er tatt i bruk i sektoren.</i> <i>Under ber vi derfor om informasjon knyttet til gjennomføring (fra behov er identifisert til tiltaket er innført/tatt i bruk i sektoren) inkludert utviklingsarbeidet.</i></p>	
<p>Fase</p>	<p><input type="checkbox"/> Nyutvikling – behov identifisert (ikke startet arbeid med utvikling av meldingsstandard) <input type="checkbox"/> Nyutvikling – Meldingsstandard er laget og pilotert hos minst to samhandlingsaktører. Klar for utvikling i alle aktuelle systemer. <input checked="" type="checkbox"/> Revisjon – behov identifisert (ikke startet arbeidet med endring av meldingsstandard) <input type="checkbox"/> Revisjon – meldingsstandard er revidert (evt. også pilotert) og er klar for utvikling i alle aktuelle systemer</p>
<p>Er det avklart pilot ifm. standardiseringsarbeidet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei (Pilotering mest aktuelt på sykehussiden: arbeidsprosesser)</p>

	<input type="checkbox"/> Ikke aktuelt - Meldingsstandard er ferdigpilottert og klar for utvikling i alle aktuelle systemer <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt – Mindre revisjon av standarden, krever ikke pilot.
Hvilke systemer vil bli berørt?	xDIPS, DIPS ASA x DocuLive, Siemens x WinMed, CGM x InfoDoc, InfoDoc AS <input type="checkbox"/> Andre: Kanskje andre systemer som tar i mot epikrisemelding?
Er finansiering av utvikling avklart for leverandører?	x Nei (antas beskjedne – mindre endringer i rutiner/maler) <input type="checkbox"/> Ja, avklart for følgende leverandører: <ul style="list-style-type: none"> • [Leverandørnavn] • [Leverandørnavn] • [Leverandørnavn]
Hvilke ressurser vil bli berørt ved innføringen av tiltaket?	Helsedirektoratet, ulike instanser som sender/mottar epikriser, sykehusleder, arbeidsprosess ved journal- og epikriseskriving og koding for sykehusleger. Hos leverandørene endring av epikrisemal og at evt. funksjon for automatisert innhenting av evt. registrerte koder til epikrise avvikles.
Investeringskostnader - totalt	Ingen. (Engangs oppdatering av EPJ og melding)
Driftskostnader - totalt	Antas uendret
Beskrivelse av konsekvenser og gevinster etter innføring <i>Dersom meldingen er på behovsstadiet er det tilstrekkelig å antyde det man identifiserer som mulige konsekvenser og gevinster etter innføring av tiltaket.</i> <i>For meldingsstandarder som er ferdige og klar for utvikling i alle systemer bør det gjøres mer målrettet arbeid rundt dette slik at man kan gi en mer komplett beskrivelse av hva man anser som konsekvenser/gevinster.</i>	
Hvilke brukere vil bli berørt av tiltaket?	Sykehusleger må forbedre journaldokumentasjon av hensyn til pasient, fastlege og etterfølgende koding. Diagnoser formuleres med klinisk fagspråk. Koder til Norsk pasientregister registreres av lege eller sekretær i EPJ-systemet som tidligere, - men listes ikke i epikrisen, der diagnoser beskrives i klartekst. Forslag til koder kan legen dokumentere i journalen, ikke i epikrisen.
Vil tiltaket føre til økt ressursbruk hos en/flere aktører etter innføring? <i>Beskriv hvordan og for hvem.</i>	Arbeidsprosesser bør endres i tråd med anbefalinger fra Nasjonal internrevisjon, jf. vedlegg. Omleggingen medfører tiltak som bedrer kvalitet i dokumentasjon og koding, gir fordeler for fastlege og pasient, samt sparer tid til utsending av ny epikrise når kodingen er kontrollert i helseforetaket. Totalt sett ingen økt ressursbruk.
Hvilke konsekvenser vil det ha dersom tiltaket ikke gjennomføres?	Epikriser vil fortsatt inneholde betydelig andel feil koder, diagnosene forblir upresise når de angis med statistiske kategoritekster (som oftest ikke presiseres til aktuelle diagnose pasienten har). Valg av feil kode kan oppfattes som at pasienten har annen sykdom. Lite informativ epikrise for fastlege og pasient.

Gevinster ved gjennomføring av tiltaket? <i>Beskriv hvilke og for hvem. Ha fokus på pasientsikkerhet.</i>	Økt pasientsikkerhet ved at epikriseinformasjon er presis og korrekt. Ingen begrensning i beskrivelse av pasientens sykdommer ut fra hensyn til hva som skal rapporteres til NPR. Redusert ekstraarbeid mht utsending ny epikrise når feilkoding oppdages. Økt kodingskvalitet gjennom bedre journaldokumentasjon som grunnlag for koding samt at gode kliniske diagnoseformuleringer tilrettelegger for bruk av IT-basert kodingsstøtte.
Prioritering <i>Fylles ut dersom man melder inn flere tiltak og vil synliggjøre forslag til prioritering mellom disse.</i>	
Forslag til prioritering	<input type="checkbox"/> ? 1. Forskriftsfestet/lovpålagt at skal sendes elektronisk <input type="checkbox"/> 2. Skal utvikles <input checked="" type="checkbox"/> 3. Bør utvikles <input type="checkbox"/> 4. Skal ikke utvikles

Risiko

Beskriv kort de risikoområdene som er identifisert i prosjektet rundt utvikling og utbredelse av ny meldingsstandard eller revisjon av en meldingsstandard. Legg ved tabell om ønskelig.

Den største risikoen for vellykket forbedring av det faglige innholdet i epikrisene, ligger i at gammel vane er vond å vende. Ulemper med endring av arbeidsprosesser er drøftet i vedlegg 3. Omleggingen i seg selv innebærer liten risiko, men risiko for feilkoding pga manglende kodingskompetanse hos leger forblir den samme. Mange helseforetak har imidlertid innført kodekontroll, - at kodingen både er registrert i PAS/EPJ for rapportering og at den er korrekt. Det er vanlig at kodingen blir korrigert etter at epikrisen er sendt. Kodingsprosessen antas å bli lagt om uansett i løpet av få år, - slik at koding skjer underveis når prosedyrer utføres og at sykdommer kodes ved post/avdelingsoverflyttinger. Legene må nå ofte selv registrere koder eller gi beskjed til sekretær. Ny epikrisemal sikrer bedre presisering av hvilke sykdommer som skal kodes som hovedtilstand og evt. annen tilstand. Viktige sykdommer pasienten ellers har, men ikke har vært undersøkt eller behandlet for, bør omtales i epikrisen, men skal iht. regelverket ikke rapporteres til Norsk pasientregister. Det blir mindre risiko for at det sendes epikrise med feilaktige eller upresise diagnosebeskrivelser. For å sikre god forankring i omstillingsprosessen bør revisjonsforslag for epikrisemal sendes på bred høringsrunde, f eks til alle helseforetak, fastleger, kommunehelsetjenesten, Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Legeforeningen og Sykepleierforbundet samt aktuelle leverandører (som sender eller mottar epikrise i sine systemer).

Dersom det finnes grunnlagsmateriale for tiltaket (eks. utredninger, forprosjektrapporter osv) og/eller kost-nytte analyser vennligst legg ved disse når skjemaet sendes inn.

Det vises til vedlegg:

1. Forslag til ny mal for diagnosebeskrivelse i epikriser, datert 25.03.2014.
2. Brev til Helsedirektoratet fra Helse Sør-Øst RHF datert 03.02.2012. Bedre kvalitet i medisinsk koding: Forslag til ny mal for diagnosebeskrivelser i epikriser.

Dette brevet ble etter en omfattende drøfting i Helse Sør-Øst RHF av rapporten fra Nasjonal internrevisjon (inkl. styresak, drøfting i direktørmøtet og ulike fagfora) etter avtale oversendt Helsedirektoratet. Saken har blitt imidlertid blitt liggende ubehandlet, trolig grunnet innlemming av KITH, omorganisering av arbeidet med meldinger og etablering av NUIT. Etter samråd med Helsedirektoratet fremmes nå saken for NUIT.

For styresak Helse Sør-Øst og annen info se: www.helse-sorost.no/medisinskoding

For Nasjonal gjennomgang av medisinsk kodepraksis se:

<http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning/Sider/nasjonal-gjennomgang-av-medisinsk-kodepraksis.aspx>

3. Utfyllende notat om forslag til ny epikrisemal: diagnose- og prosedyrekoder bør utgå fra epikriser til fordel for tekstlige beskrivelser.

Notatet gir en oversikt over bakgrunn for forslaget og de viktigste ulemper med at diagnosekoder har så fremtredende plass i epikriser i dag. Fordeler med en ny epikrisemal både for sykehuslege, fastlege og andre med oppfølgingsansvar, pasienten selv og videre oppfølging av behandlingen omtales. Konsekvenser for arbeidsprosesser og EPJ systemer drøftes kortfattet.