

Allmennmedisinsk journal

Klinisk verktøy eller juridisk dokument?



Sigurd Førre.

Født 1950.

Allmennlege
og stipendiat
ved NTNU.

Ja, takk – begge deler, er et rimelig, men kanskje litt forhåpningsfullt svar på dette spørsmålet. Vi mener nok at den allmennmedisinske journalen skal dekke begge disse funksjonene, minst. I år 2000 er datajournalen en selvfølgelig del av den norske allmennlegens hverdag. Den er blitt like hverdagslig og like umistelig som lufta vi puster i. Så lenge den fungerer normalt tenker vi ikke på den. Men blir den borte pga strømbryt eller maskinproblemer, se da er situasjonen ganske annerledes. I akkurat den situasjonen er det nok mange som føler at de har mistet sitt viktigste arbeidsredskap og gisper etter luft.

I tillegg til å være vårt viktigste kliniske verktøy og ivareta vårt behov for dokumentasjon, har datajournalen en rekke andre funksjoner: pasientadministrative rutiner; regnskap; informasjonsutveksling; fagutvikling; evaluering og forskning(1).

Er ikke alt dette bare vel og bra? Er ikke Norge i verdens toppen når det gjelder bruk av datajournal i primærhelsetjenesten? Er vi ikke milevidt foran våre sykehuskolleger som i stor grad er prisgitt papirjournal? Kan vi ikke si oss tilfreds med tingenes tilstand på journalfronten? Hva kan være grunnen til å stille spørsmål ved om datajournalen først og fremst er et klinisk verktøy eller et juridisk dokument?

De siste årene har det vært en skarp fokusering på behovet for bedret dokumentasjon av vår kliniske virksomhet. Kvalitet og omfang av dokumentasjonen har blitt et hovedanliggende i kvalitetsutviklingen av journalarbeidet. Legene har selv blitt svært opptatt av dette. Vi ønsker å slippe å skrive rapport til Norsk Pasientskadeerstatning eller møte i retten med manglende eller mangelfullt journalnotat. God dokumentasjon er utvilsomt viktig. Likevel må vi passe på at dette ikke blir vårt viktigste perspektiv på journalarbeidet. I en forelesning om engstelige leger hadde Odd Kvamme følgende spissformulering: «Først ryggen fri – deretter frie luftveier!» Vi skal skrive skikkelige notater, men arbeidet er viktigere enn dokumentasjonen.

Men det er slett ikke bare legene selv som har vært opptatt av dokumentasjonen. Helsemyndighetene har vært pådriver for dette. Vi er pålagt ved lov å føre journal og det er utviklet forskrifter for god journalførsel. Tidligere var det bare leger og tannleger som hadde denne plikten. I den nye Lov om Helsepersonell er plikten til å føre journal ikke lenger knyttet til profesjon. Nå er det den som yter helsehjelp som har plikt til å føre journal(2). I forarbeidet til den nye loven har det vært en omfattende debatt om dette, ikke minst i helseprofesjoner som tidligere ikke hadde plikt til journalføring. Dokumentasjon har vært et nøkkelord. Også i arbeidet med standardisering av elektronisk pasientjournal, et arbeid som gjennomføres av Kompetansesenter for Informasjonsteknologi i Helsevesenet (KITH) på oppdrag fra Sosial- og Helsedepartementet, har arkivstandard og dokumentasjonskvalitet vært viktige anliggender(3).

Men er det egentlig her utfordringene ligger når det gjelder kvalitetsutvikling av allmennlegens datajournal? Vil arbeidet vårt med pasientene bli så mye bedre ved at vi er mer utførlige og grundige i våre løpende journalnotater? Jeg tror ikke det. Med vår nåværende datajournal er det min påstand at det tvert imot kan eksisterer et motsetningsforhold mellom en grundig og omfattende dokumentasjon av vår daglige virksomhet og journalens kvalitet som klinisk verktøy.

Nøkkelordet er oversikt. Magne Nylenna skriver i artikkelen *Gode journaler er god medisin*: «Den største svakheten ved journalen er manglende oversikt. Informasjonen i den enkelte pasientjournal blir lett uoverskuelig og ustrukturert, og som regel er det slik at jo viktigere det er med oversikt (dvs. jo mer omfattende pasientens sykehistorie er), desto vanskeligere er det å oppnå dette» (4).

I 1999 var det 20 år siden Balsfjordsystemet ble tatt i bruk. Dette var det første norske datajournalssystemet for allmennlegetjenesten. Innføring av datajournal er (trolig) den viktigste enkelthendelse i norsk allmennlegetjenesten de siste 50 år. Derfor var det god grunn til at Utposten nr 5 i 1999, ved 20 års jubileet viet så stor plass til datajournalen; bakgrunnen, utviklingen, nåtid og framtid. Artiklene er skrevet av leger. Flere av artikkelforfatterne omtaler mangler ved dagens system og utfordringer for framtidig systemutvikling. Steinar Fosse skriver: «Som bruker med store journaler savner jeg en bedre og raskere mulighet til å filtrere bort informasjon slik at bare bestemte begivenheter i pasientens sykehistorie blir tilbake. Dette kan være alt fra årsak til seponering av et medikament, lett tilgjengelig informasjon om en bivirkning, eller kun å se den informasjon som angår en bestemt episode eller periode i sykehistorien.» (5) I samme nummer av Utposten har Anders Grimsmo i artikkelen *Fag eller Teknologi – hva blir utviklingen videre* en liste over fem hovedproblemstillinger for videreutvikling av elektronisk pasientjournal. Den første av disse utfordringene kan kanskje innebære en løsning på Steinar Fosses problem. «Hvordan lage en journal som gir bedre oversikt og er tilpasset allmennlegens arbeidsmetoder (en journal som er problem- og prosessorientert)» (6).

Hva skal til for at vi skal få en slik nyutvikling av journalen? Vil Profdoc eller Infodoc komme med en ny versjon som imøtekommer disse kravene? Jeg tviler på det. Oppgaven er sannsynligvis for stor og omfattende og sannsynligvis heller ikke bedriftsøkonomisk interessant. Vil vi igjen få systemutvikling blant kunnskapsrike og entusiastiske allmennleger? Nok en gang tror jeg oppgaven blir for omfattende. En viktig forutsetning for å komme videre er å formulere problemet. Neste skritt vil være å få oppgaven satt på dagsorden og å hente støtte til arbeidet blant allmennlegene. Dette er en prosess som helt sikkert må involvere våre organisasjoner, NSAM og Aplf.

I boka «Pasienten som tekst» skriver Petter Aaslestad om journalskriving ved Gaustad sykehus i perioden 1890–1990. Fra starten av sykehuset i 1856 var pasientjournalene innført i store skinnprotokoller. Det ble laget en ny protokoll for hvert år og hvert år hadde en side pr. pasient. Etter hvert ble pasientnotatene lengre, en side var ikke alltid nok, det ble nødvendig å bruke flere sider, etter hvert ble skinnprotokollene uoversiktlige for endelig å bli erstattet av individuelle mapper omkring 1915. Etter å ha gått gjennom 150 journaler fra 4 ulike tidsperioder skriver Aaslestad: «Journalmappene ser ut til å lide samme skjebne som de gamle skinnbøkene; de buler ut, blir stadig mindre oversiktlige og får flere og flere innlegg fra stadig flere instanser. De samme opplysninger og historier gjentas og gjentas» (7).

Nå har vi nok overført de samme problemet til et nytt medium. Etter 20 år med allmennmedisinske datajournaler «buler» de også ut og blir stadig mindre oversiktlige. Sannsynligvis er dette problemet større med datajournalen enn med arkivmappen.

I kvalitetsutviklingen av journalen må vi flytte fokus fra dokumentasjon til oversiktighet. For å komme videre trengs det et stort koordinert løft. Løsningen tror jeg vil ligge i at allmennlegene som gruppe må formulere et krav om dette. Helsemyndighetene må finansiere denne programutviklingen som må skje i dialog mellom allmennleger og programutviklere på allmennlegens forutsetninger.

Referanser:

1. Nilson F. IT i primærhelsetjenesten. Informasjonsteknologi i helsesektoren. Universitetsforlaget 1994 (220-231).
2. Ot prop 13, 98/99 Lov om helsepersonell.
3. Elektronisk pasientjournal standardisering. Arkitektur, arkivering, sikkerhet. KITH 2000.
4. Nylenna M. Gode journaler er god medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1992;112: 2560-4
5. Fosse S. Om Infodoc. Utposten 1999; 5: 5-8
6. Grimsmo A. Fag eller teknologi – hva blir utviklingen videre? Utposten 1999; 5: 14-16
7. Aaslestad P. Pasienten som tekst (side 57). Tano Aschehoug 1997

Sigurd Førre, 4. August 2000