

ELEKTRONISK PASIENTJOURNAL i sykehjem – hva skal vi bruke?

AV INGER LUND THORSEN

IT-teknologien har for lengst inntatt legenes hverdag. De fleste allmennleger har lenge forholdt seg til elektronisk pasientjournal på legekantorene. Fastleger blir ofte pålagt kommunal oppgave som tilsynslege på sykehjem.

Her mangler som oftest gode elektronisk journal-systemer. Dette oppleves som et svært tilbakeskritt når det gjelder å få til god journalføring med hensyn til faglige krav og effektivisering av tidsbruk. Sykehjemsbeboerne er ofte demente og kan ikke selv bidra til anamnesen.

Desto viktigere blir god og oversiktlig medisinsk dokumentasjon. Hvilke alternative elektroniske løsninger finnes pr. i dag?

Aktuelle lover og forskrifter

Nåværende Forskrift om pasientjournal (heretter kalt «journalforskriften») ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 21. desember 2000 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (Helsepersonelloven). Før den nye helsepersonelloven trådte i kraft 1. jan 2001 var journalføringsplikten uttrykt i Forskrift 17. mars 1989 om leges og helseinstitusjons journal for pasient og hjemmet i Lov om leger. Annet helsepersonell hadde ikke egen dokumentasjonsplikt. Deres dokumentasjon var å regne som en del av deres funksjon som legens medhjelpere og som sådan var for eksempel, sykepleiers dokumentasjon en del av legejournalen. Tidligere var betegnelsen legejournal, nå heter det pasientjournal.

I journalforskriften defineres pasientjournal slik: samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp.



Inger Lund Thorsen

Inger Lund Thorsen f.1958. Cand.med. 1984. Kommunelege i Gamvik kommune 1988–2001. Fra 2001 kommunelege med medisinsk faglig rådgivende funksjon for omsorgstjenesten i Larvik kommune samt sykehjemslege. Gift. 4 barn i alderen 5 til 19 år.

Den nye journalforskriften får en del praktiske konsekvenser for hvordan man oppretter og organiserer journalen enten den produseres elektronisk, i papir eller er en kombinasjon av dette.

I journalforskriftens §5 (Oppretting og organisering av journal) står å lese:

Det skal opprettes en journal for hver pasient. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. Hovedregelen om en samlet journal for den enkelte pasient kan fravikes dersom virksomhetens enheter både faglig og organisatorisk klart fremstår som separate deltjenester. Der det ikke er hensiktsmessig med en samlet journal, kan journalen deles i en hovedjournal og en tilleggssjournal. Det skal da fremgå av hovedjournalen at det eksisterer en tilleggssjournal og hvilken dokumentasjon den inneholder.

KITH

Kompetansesenteret for IT i helsevesenet har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet to kravspesifikasjoner som har særlig relevans for oss som tilsynsleger i sykehjem. I 2001 kom «Elektronisk pasientjournal standard: Arkitektur, arkivering og tilgangsstyring» som er en generell kravspesifikasjon for elektronisk pasientjournal (EPJ) med utgangspunkt i den nye journalforskriften og øvrig lovverk som helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, personopplysningsloven og arkivloven.

I 2003 kom kravspesifikasjonen til «Elektronisk dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten». Kravspesifikasjonen er ment å være et hjelpemiddel ved utvikling, anskaffelse og forbedring av elektroniske dokumentasjonssystem i pleie- og omsorgstjenesten, og målgruppen er både firmaer som

utvikler EPJ og kommuner som anskaffer dette. Kravspesifikasjonene tar utgangspunkt i hva som skal til å for at en EPJ oppfyller lovens krav og ikke så mye krav til funksjonalitet. Det siste blir opp til kundene å vurdere.

Hvilke funksjoner bør et elektronisk pasientjournalssystem innen den kommunale pleie- og omsorgstjenesten inneha?

1. **Generelle data:** Registrering av persondata, adresse, fastlege, mottatte tjenester etc.
2. **Pleiepersonalets behov:** Datasystemet bør være utviklet slik at det er funksjonelt og dekker sykepleiere, hjelpepleiere og evt. annet pleiepersonells behov for dokumentasjon (bl.a. kartlegging av omsorgsbehov, saksbehandling i forbindelse med tildeling av tjenester, postjournal, registrering av IPLOS-verdier, daglig rapportering, medikamentmodul for forordnede medisiner, dokumentasjon for gitt medisin, kurveark for føring av blodtrykk, temperatur, andre observasjoner etc.)
3. **Legenes behov:** Registrering av sosiale opplysninger, tidligere sykdommer, dagens notat, medikamentforordning med mulighet for å legge inn faste medisiner, behovsmedisiner, resepskriving, ulike typer rekvisisjoner (lab. rtg. Cyt, etc.), henvisningsmal med mulighet for gjenbruk av ovennevnte registrerte opplysninger, epikrisemal med tilsvarende, kurveark for blodtrykk etc.
4. **Andre faggrupper** som kommunalt ansatte fysioterapeuter, ergoterapeuter etc. som yter tjenester til brukere i pleie- og omsorgssektoren har sine tilsvarende behov.
5. Datajournalssystemet bør ha mulighet for **elektronisk kommunikasjon** med eksterne samarbeidspartnere som fastleger, spesialisthelsetjenesten, laboratorier etc.
6. **Funksjonalitet:** Det ideelle er at alle disse funksjonene kan finnes i samme elektroniske datasystem. Et optimalt fungerende datajournalssystem er utviklet slik at opplysninger kun trenger å registreres en gang. Deretter bør det lages linker slik at relevante opplysninger kommer opp i nye bilder og maler. Eks. en henvisning er laget som en mal med link som automatisk henter inn pasientens personalia, sosiale forhold, tidligere sykdommer, faste medisiner, evt. medisiner, dagens notat kommer opp under aktuelt, adresse til de vanligste henvisningsadresser hentes ut fra et register, tilsynlegens navn og adresse ligger automatisk i malen. Deretter har man mulighet til å redigere etter behov før den aktuelle henvisning ferdigstilles.
7. Hver faggruppe bør kunne få opp **eget oversiktsbilde** slik at pasienten fremstår på en oversiktlig måte sett i relasjon til den aktuelle fagpersoners faglige behov.
8. EPJ bør kunne inneha funksjoner for **tilgangsstyring** mellom faggruppene slik at ikke alle faggrupper kan lese alt. De skal kun ha tilgang på opplysninger som er nødvendig for den tjenesten de skal yte pasienten.



ILLUSTRASJONSFOTO

Mange ønsker i tillegg at samme datasystem har løsninger for **plassadministrasjon, økonomi** i forhold til egenbetaling, turnusplanlegging, arbeidslister etc. Dette hører ikke formelt med til en pasientjournal, men det vil være praktisk å kunne behandle disse opplysningene i samme datasystem jf. økonomisk/administrative funksjoner i en elektronisk allmennlegejournal. Imidlertid bør ikke dette behov være styrende for valg av elektronisk pasientjournal. Hvis et datasystem er god på administrative/økonomiske funksjoner, men dårlig på det som angår EPJ bør man vurdere å heller satse på to systemer. Ellers anbefales KITH rapportene for utfyllene kravspesifikasjoner.

Hvilke relevante elektroniske datajournalssystemer finnes på markedet i dag?

Elektroniske allmennlegeprogrammer

Som tilsynsleger på sykehjem er vi sykehjemspasientenes allmennleger. Utfra *legens* synsvinkel vil et av datajournalprogrammene utviklet til legekontor dekke *legenes* behov for faglig dokumentasjon. De programmer som finnes av denne typen på markedet er Infodoc, Profdoc Vision, System-x og Winmed. Disse programmene er også utviklet slik at de kan sende meldinger via helsenett og statens helse/trygdpostkasse og dermed kommunisere sende/motta henvisninger/rekvisisjoner/labsvar/epikriser der hvor sykehusene har utviklet dette i sine datastystem.

I småkommuner hvor sykehjem og kommunelegekontor er samlokalisert, er legens dokumentasjonsbehov ofte dekket ved at sykehjemmet har en egen dataterminal med samme elektroniske datajournal som legekontoret har. Dette vil kun være lovlig hvis fastlegen er kommunalt ansatt. Forskjellige virksomheter kan ikke benytte felles pasientjour-

naler. Dersom fastlegekontoret er privat drevet, må sykehjemmet anskaffe egen elektronisk datajournalssystem adskilt fra fastlegekontoret.

Allmennlegeprogrammene dekker ikke pleie-personalets behov for dokumentasjon og har heller ikke pasientadministrative funksjoner beregnet på pleie- og omsorgstjenesten.

Elektronisk pleie- og omsorgsjournalssystemer

De datasystemer som pleie- og omsorgstjenestene har benyttet så langt har hatt hovedfokus på saksbehandling og administrasjon. Før den nye helsepersonellloven trådte i kraft i 2001 hadde de fleste tjenesteyterne i pleie og omsorgstjenesten ikke lovpålagt dokumentasjonspålegg.

De programmer som finnes på markedet er: Gerica, Omsorg, Profil og Cosdoc. Firmaet Visma-Unique har kjøpt opp både Omsorg og Profil. De har valgt ikke å videreutvikle Omsorg.

Vurdering av pleie og omsorgsprogrammene sett fra behovet for medisinsk dokumentasjon

Mange kommuner har allerede kjøpt inn ett av disse omsorgsprogrammene og på hjemmesidene til firmaene opplyses det at de er utviklet til dokumentasjon for alle faggrupper i pleie og omsorg. Erfaringen viser at kommunenes innkjøp av datajournalprogram til pleie- og omsorgstjenesten stort sett er gjort uten at tilsynsleger eller andre medisinskfaglige har vært med i prosessen vedrørende vurdering av legenes faglige behov. Likevel har det blitt forventet fra pleie- og omsorgsledelsens side at legen også bør kunne bruke disse programmene. Dette ville selvsagt være ønskelig utfra prinsippet om at hver virksomhet skal ha en felles pasientjournal. Dessuten vil det også være ønskelig utfra behovet for det tverrfaglige arbeidet som foregår i sykehjem. Problemet er imidlertid at med unntak av ett program synes ikke programmene å være utviklet med tanke på medisinsk dokumentasjon. Man har forventet at legen kunne skrive sine notater inn i egne mapper i pleiepersonalets dagsrapporter og ment at dette ville dekke deres faglige behov.

Kolleger påpeker at dokumentasjonen blir svært uoversiktlig og rotete og er langt fra rasjonell og effektiv. Når legevaktsleger kommer og skal ha akutt tilsyn på sykehjemspasientene er det svært vanskelig å skaffe seg en tilfredsstillende faglig oversikt.

Man ønsker seg et oversiktlig bilde hvor det er lett å klikke seg videre inn i pasientens journal. Dette er langt fra tilfelle ved de fleste av disse programmene.

Hvordan lage tilfredsstillende data-løsninger utfra dagens situasjon?

Cosdoc er det programmet som pr. i dag har laget noe spesielt beregnet på legene. Dette er et nytt program. Jeg har vært i kontakt med tilsynslege Astrid Holm i Sortland kommune som mener dette kan være brukbart sett fra legesyndpunkt selv om det ikke er like bra utviklet som allmennlegeprogrammene.

Gerica har utviklet egen legemodul som skal være på markedet innen oktober 2005. Trondheim kommune, med tilsynslege/rådgiver Torgeir Fjermestad som ansvarlig, har laget en kravspesifikasjon som inneholder de viktigste elementer fra dagens legesystemer. Han har sett en foreløpig demoversjon og vurderer at 1.0-versjonen vil være et brukbart hjelpemiddel til å starte med, selv om det fortsatt vil være mye å videreutvikle. Bl.a. må elektronisk kommunikasjon utvikles.

Profil har ikke egen legemodul.

Omsorg har ikke egen legemodul, og vil som sagt heller ikke videreutviklet i det store og hele.

Det ideelle er at det som utgjør en virksomhets pasientjournal kan håndteres av ett elektronisk datajournalssystem. Dette vil fremme det tverrfaglige arbeidet i sykehjemmene. Vi har behov for å lese andre faggruppers dokumentasjon på en lett tilgjengelig måte. Våre tjenester bør utfylle hverandre og utgjøre en helhet til pasientenes beste. Dette er likevel ikke lett å få til utfra det som foreligger av elektroniske datajournalssystemer pr. idag, særlig hvis det skal tas hensyn til behovet for tilfredsstillende medisinsk dokumentasjon.

Mange kommuner har allerede kjøpt inn elektroniske pleie- og omsorgsjournalssystemer. Store økonomiske ressurser er lagt inn i disse investeringene fra kommunenes side. Tilsynslegene må forholde seg til de valg som allerede er gjort og søke en best mulig totalløsning.

KITH presiserer på sin hjemmeside:

Det er viktig å være oppmerksom på at pasientjournalen og dermed EPJ er et logisk begrep. Den samling av opplysninger som utgjør en pasients EPJ f.eks. på et sykehus trenger ikke nødvendigvis å være håndtert av ett og samme EPJ-system. Ofte vil det være slik at det i tillegg til opplysningene i det generelle EPJ-systemet finnes opplysninger i flere spesialiserte system som inngår i pasientens EPJ.

Noen kommuner har kjøpt inn et allmennlegeprogram (Infodoc, Profdoc, Winmed eller lignende) og bruker det i sammenheng med ett av omsorgsprogrammene. Det er teknisk mulig å legge begge programmer bak samme brannmur. Da kan man bruke programmene i sammenheng. Legene kan lese pleiepersonalets dokumentasjon i omsorgsprogrammet og samtidig dokumentere i et allmennlegepro-

gram. Opplysninger kan evt. overføres via klipp/lim-metoden. Allmennlegeprogrammene er utviklet over mange tiår og har rukket å bli en relativt billig og god investering. Der hvor kommunen allerede har gjort sine valg i pleie og omsorgstjenesten, og disse ikke tilfredstiller de medisinskfaglige behovene, kan dette synes som en funksjonell løsning.

Ellers anbefaler jeg alle kommuner som ennå ikke har gått til anskaffelse av elektronisk pasientjournal å involvere alle faggrupper i valg av datajournalssystem og nøye forholde seg til KITH's kravspesifikasjoner når man vurderer alternativene.

Utviklingen av EPJ innen pleie- og omsorgstjenesten er i støpeskjeen. Leser man KITH's kravspesifikasjoner synes pleie- og omsorgsprogrammene langt fra å oppfylle de kravene som er utarbeidet her. Det kreves både høy fagkompetanse og datakompetanse for å kunne lese og forstå KITH's kravspesifikasjoner. Jeg tviler på om kommunene generelt besitter denne kompetansen. Mye økonomiske ressurser blir lagt i å utvikle og tilrettelegge disse programmene for den særskilte kommune. Det vil alltid være behov for enkelte lokale tilpasninger, men de sentrale faglige krav til dokumentasjon vil stort sett være like. Etter min mening bør Helsetilsynet sentralt ta stilling til hvorvidt de elektroniske programmene holder

mål i forhold til aktuell lovgivning. Dette burde ikke være en umulig oppgave siden KITH allerede har utarbeidet sine kravspesifikasjoner. Kommunene sliter med dårlig økonomi, mye gevinst kan ligge i rasjonelle EPJ-systemer. Utvikling av gode EPJ-systemer er på den annen side en kostbar affære som i hovedsak nå betales av kommunene. Det er viktig at dette foregår på en målrettet og faglig forsvarlig måte. Man trenger ikke finne opp kruttet på nytt i hver kommune. Det fører sjelden til verken gode økonomiske eller faglige resultater.

Våre sykehjemspasienter er som regel svært syke pasienter med mange ulike og komplekse sykdommer. De fortjener god og relevant behandling som alle oss andre. Forbedring av den medisinske dokumentasjon på sykehjem er ett sentralt ledd i kvalitetsikringen av det medisinske arbeidet som foregår på sykehjemmet. Her må vi som leger være aktive og samarbeide med andre faggrupper om å skaffe et godt EPJ som bidrar til best mulig behandling. Jeg ønsker alle kolleger lykke til i dette viktige arbeide.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

FURST



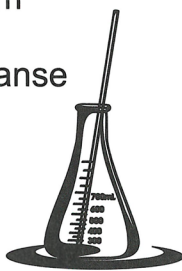
Utfyllende informasjon
og oppdatert blåbok på
www.furst.no

Primærhelsetjenestens sentrallaboratorium

Vårt varemerke er kvalitet

Hele prosessen fra prøvetaking til svarrapportering er kvalitetssikret

- akkreditert laboratorium
- god service
- tilgjengelig fagkompetanse
- kurstilbud
- IT-støtte og råd
- hentetjeneste
- kundestøtte



Hovedkontor:

Søren Bulls vei 25, 1051 Oslo
Tlf 22 90 95 00 - Fax 22 90 96 06
Sentralbord betjent til kl. 16.00

Prøvetaking hverdager kl. 7.30 - 15.00

Furuset: Søren Bulls vei 25
Oslo Sentrum: Dronningensgt. 40
Majorstuen: Kirkevn. 64 B, 3. etg.
Ski: Jernbaneveien 5-7 (Stasjonstorget)

For flere opplysninger

Kontakt markedsgruppen, tlf 22 90 96 69
eller markedsgruppe@furst.no

Ansvarlig lege: Dr. med. Kjell Torgeir Stokke, spes. i medisinsk biokjemi