

# Fremtidens journal-system – legenes visjoner

Det elektroniske pasientjournalssystemet (EPJ) er et av våre viktigste verktøy i allmennpraksis.

Vi har spurt et utvalg allmennleger om følgende:

- Hva opplever du som de viktigste begrensningene ved dagens journalssystem?
- Hvilke muligheter finnes – hva er de utnyttede mulighetene ved elektronisk pasientjournal?

## BARE FANTASIEN SETTER GRENSER

**BEGRENSNINGER:** Elektronisk pasientjournal, EPJ, er bare i startgropa i forhold til hva det kan brukes til! Det har allerede skjedd mye, men utviklingen vil bare akselerere. Om fem år kommer EPJ og elektronisk samhandling til være på et helt annet nivå enn i dag, og vi kommer til å riste på hodet av hvor umodne systemene har vært. Norsk forening for allmennmedisin sin referansegruppen for EPJ og ES (elektronisk samhandling) beskrev i 2010 en lang ønskeliste over funksjonalitet som vi hadde savnet siden EPJ ble vanlig på 90-tallet. Norsk helsenett fra 2004 skulle få fart på ting, men det har vært altfor lite fokus på hva primærhelsetjenesten trenger av EPJ-funksjonalitet. Mye av forklaringen ligger i at det ikke har vært noen form for finansielle incentiver i utviklingen. Fastlegedisketten er et eksempel på hvor galt det har vært.

**MULIGHETER:** Bare fantasien setter grenser her! Alt som kan og skal dokumenteres i pasientbehandlingen kan i prinsippet bli en del av EPJ. Alt fra anamneseopptak som pasientene kan fylle ut og sende over fra sitt eget nettbrett, til resultater fra diagnostisk utstyr, til beslutningsstøtte for alle trinn i et pasientforløp, til mottak av pasientobservasjoner, mulighet for elektroniske meldinger og skjema til alle mulige samarbeidspartnere, rapporter og statistikk, pasientinformasjon, innkalling og rettighetsbrev fra helseforetak/avtalespesialist/NAV/Helfo. Noe skal sendes og bli helt integrert i EPJ, og noe skal være tilgjengelig i en database, og påloggingen til databasen skal skje så raskt at du ikke rekker å blunke.

Noe av det viktigste som må på plass for

å utnytte alle mulighetene, er å opprette en sentral enhet for meldingsovervåking og en sentral feiloppsettingsfunksjon. Dagens system er svært sårbart og har for mange feilsendte meldinger. Fastlegekontor har svært avansert teknologi utplassert fra Norsk helsenett. Det er derfor vi er pålagt Normen (Norm for informasjonssikkerhet på legekontor), men hvis myndighetene virkelig mener alvor med Normen, må de utstyre fastlegekontor med egne IT-teknikere, ikke ulikt det sykehusene har. Antall og typer feil er imidlertid så stort og mangfoldig at det ville være mer effektivt at dette ble samlet på ett sted.

Innen fem år håper jeg at klinikere og pasienter opplever EPJ som en reell støtte, utover tekstbehandling og postkasse, med etterspurt og hensiktsmessig funksjonalitet. Brukergrensesnittene, altså hvor lett det er å lære seg og bruke systemet, skal være intuitive, og speile fagutøvelsen. Administrative funksjoner skal utføres automatisk, ut fra allerede eksisterende registre, og IT-personell skal bruke sin kompetanse på å vedlikeholde og ta ansvar for sikkerheten. EPJ-utviklingen skal styres av faglige behov og integreres i alle tiltak som skal øke pasientsikkerheten.

Eksempler på nært forestående EPJ-funksjoner:

- Automatisk adresseregister for elektroniske meldinger
- Nasjonal synonymordliste for laboratorieanalyser
- Elektronisk overføring av fastlegejournal uavhengig av EPJ-leverandør
- E-Multidose
- Sikrere meldingsovervåking av elektronisk meldingsutveksling



Susanne Prøsch

- Interaktiv henvisning og rekvirering
- Elektronisk skjema til forsikringselskap
- Universalmelding, en standard elektronisk melding mellom behandlere
- E-dialog

Utover dette har vi en lang ønskeliste, og så fort vi får litt mer ressurser, skal vi oppdatere denne på [www.refepj.no](http://www.refepj.no). Har noen lyst og anledning til å skrive om EPJ-prosjekter på hjemmesiden vår, er de hjertelig velkomne! Ta kontakt med [susanne.presch@hotmail.com](mailto:susanne.presch@hotmail.com)

SUSANNE PRØSCH  
Fastlege i Sandefjord  
Leder av NFAs referansegruppe  
for EPJ og ES, styremedlem i Infobruk  
Bruker Infodoc Plenario

## JEG SER EGENTLIG FÅ BEGRENSNINGER, MEST MULIGHETER

Etter mange magre år og tung kamp for å få bedre EPJ, ser det endelig ut til å løsne. Det er mange gode pågående prosjekter som vil bedre våre EPJ-systemer betydelig i de nærmeste årene, og i forbindelse med takstforhandlingene i år kom det 17 millioner friske kroner for 2014-2015 som skal gi oss bedre EPJ. Det er viktig å ikke ta helt av, holde beina solid plantet på jorden og gjøre det så enkelt som mulig med fokus på pasientsikkerhet og god arbeidsflyt for legene. Bra nok er godt nok, vi trenger ikke luksus og overfladiske fancy detaljer, men en driftssikker og rask EPJ.

Begrensninger ved dagens journalsystemer er manglende nasjonale standarder og for tungvint og manglende utbygget kommunikasjon med andre systemer. Data gjenbrukes ikke smart nok i vanlig pasientarbeid, til forskning og faglige rapporter. Integrering med medisinsk utstyr kunne vært bedre. Videre er det magert med beslutningsstøtte. Årsaken til dette er

etter min mening mangel på nasjonale standarder og for lite økonomiske ressurser i det norske leverandørmiljøet. Det har også vært for lite overskudd til innovasjon.

Som nevnt ser jeg flest muligheter, og mye av dette har vært klart til produksjon lenge:

- Elektronisk overføring av EPJ via helsenettet ved fastlegebytte. Enkel versjon med pdf som det kan kopieres fra og søkes i kommer trolig vinteren 2015. Neste fase er mer strukturert overføring slik at mottaker kan laste data inn i skjermbilder man er vant til i egen EPJ.
- Ta i bruk standarden Norsk laboratoriekodeverk med mappingliste som bringer multiple gamle navn for samme analyse over til ett entydig navn alle forstår. Dette gir tydeligere oversikter og letter kommunikasjon med andre aktører. Dette er allerede klart i Infodoc.
- Melding med vedlegg gir mulighet for å sende bilder, grafer, tegninger, hånd-

skrift og signerte dokumenter. Dette kommer i 2015.

- Åpen dialogmelding som kan brukes mot mange samarbeidspartnere, altså sikker e-post i helsenettet fra EPJ til EPJ om felles pasient. Vi har hatt PLO-meldinger i flere år, nå kan vi snart vi bruke det mot pasient, sykehuslege, forsikringselskap og NAV i 2015.
- Bedre flyt i diagnosesetting og mer medisinsk korrekt diagnose ved hver kontakt.
- Rapporter med dårlig input er for meg helt uinteressant. La oss først lage verktøy som lar oss registrere gode data.
- Bedre registrering av kritisk informasjon (CAVE m.m.), her har kjernejournal allerede en meget bra løsning integrert med EPJ. Bredding er i gang.
- Mer strukturert journal, som avhenger av felles nasjonalt språk for medisinske data. Da vil EPJ kunne regne ut BMI, svangerskapstermin m.m når nødvendige data er tastet inn. Data vil lettere kun-

## VIDEREUTVIKLING AV EPJ ER ET KOSTNAD-NYTT-VURDERINGSPROSJEKT



Dag Nordvåg

Dagens EPJ er sammensatt av et standard pasientarkiv i en databaseplattform, kombinert med informasjonsutvekslingssystemer. Førstnevnte blir stadig en mindre del av det allmennlegen ser, mens kommunikasjonsmodulene blir flere og tyngre. Arkivsystemet kan betjenes av standard databaser, som teknisk sett er enkle å vedlikeholde.

Kommunikasjonsmodulene krever integrering mot databasen, hvilket kan være krevende. På toppen kommer kommunikasjonsnett som vi skal kommunisere over, der en leverandør har monopol, noe som medfører høy pris og lav fart-ikke motsatt.

Begrensningene vi ser i dagens EPJ – arbeidsbildet til allmennlegen – er sammensatt. Databehandlingskostnader har på grunn av ovenstående økt for allmennlegene, mens nytteverdien pr. innskutt krone nå nærmer seg null. I dette ligger også medgått tid for oppdatering, nye installasjoner, opplæring og feilrettinger i forbindelse med nye installasjoner. Arbeidsoverføring der allmennlegekontoret

blir sekretær, reisebyrå med mer gir tilsynelatende billige løsninger for statens aktører i helsevesenet.

Eksempler på arbeid som overføres til fastlegene er pasientreisestrukturer og elektronisk resept, men sistnevnte gir kanskje en kvalitetsmessig gevinst. Reisebyråvirksomhet bør gjøres av de som formidler reiser. Reseptoppdateringer og medikamentlister bør oppdateres av dem som gjør endringer, det vil si også av sykehusleger. IKT bør ikke brukes til ren arbeidsoverføring, på tvers av ansvar.

Vi beveger oss slik jeg ser det mot en felles EPJ, i startfasen kalt kjernejournal. Det er antagelig hensiktsmessig, da datareplikering og overføring av data er bedre å gjøre når man trenger dem. Begrensningene i dagens situasjon er at helsenettet ikke tilfredsstillende våre krav til hastighet og oppetid til en overkommelig pris. Det synliggjøres i dag i e-reseptsystemet. Det ble ikke kjappere med bytte av journalsystem, slik mange påstår. Kravspesifikasjoner på tjenester i datasystemene er ofte gode, og stort sett oppfylt av leverandøren, men tidskrav på tjenesten blir sjelden satt, da andre forhold har stor betydning for hvor lang tid arbeidsoperasjonene tar. Som en konsekvens er resultatet tunge datasystemer som bruker for lang tid på enkle oppgaver.

Felles EPJ ligger antagelig 15–20 år frem i tid og vil også være vanskelig å gjennomføre med dagens organisering av helsevesenet.

Gevinstene vi kan hente ut nå er:

- Alle bør kjøre løsninger som innebærer full elektronisk kommunikasjon med sitt sykehus og ulike laboratorier, det vil si henvisning, epikrise, polikliniske notat, laboratoriesvar, labrekvisisjon, røntgenhenvisning og -svar. Alt dette foreligger ferdig utviklet.
- Enkle løsninger for kommunikasjon på tvers av geografiske hinder må på plass. Løsningene er der, men krever fortsatt for mye til at man får det installert.
- Kommunikasjon med hjemmetjeneste er på plass (PLO-meldinger), og det er tidsbesparende.
- Pasienttjenester jobbes det med, noen drifter allerede dette, og den store nytten kommer når våre klienter selv kan bestille timer, stille enkle spørsmål, med mer.
- Andre typer meldinger til og fra sykehus utenom henvisning og epikrise må også kunne håndteres.
- Elektronisk legeoppgjør og elektronisk skjema-håndtering til Nav/Helfo bør være på plass hos alle.
- Alle systemene må ivareta datasikkerhet med tanke på eventuelle datatap i for-



Regin Hjertholm

ne overføres til andre systemer. EPJ må kunne hente ut strukturerte standardiserte data basert på fritekst i gamle journaler. OBS! Fritekst i EPJ skal bevares, ellers taper vi legekunsten, poesien, undringen og muligheten til å eksakt skrive inn det pasienten forteller oss.

- Raskere gjenbruk av data som ligger i EPJ når henvisninger og andre dokumenter skal skrives. Automatiske uttrekk ut fra dokumenttype, diagnose og adressat. Vi skal ikke bruke tid på å lete etter og klippe ut opplysninger som systemet burde forstått skal være med i dokumentet.
- Tidslinje som visuelt sammenstiller hendelser og dokumenter.
- Bedre og mer brukervennlig overvåking av elektroniske meldinger.
- Smartere bruk av autotakster.
- Universalmelding – færre meldingsvarianter, en eller noen få robuste som dekker det meste og lettere kan oppgraderes. Helsekort for gravide, ny epikrise og ny henvisning kan inngå i denne. Nesten alle dokumenter vi skriver og sender inneholder de samme medisinske ele-

mentene. La oss forenkle overføring av data og redusere dagens mange varianter og versjoner – de skaper feil og gjør det tungt å skape forbedringer. Eget felt for resyme og emne som automatisk vises i korrepsondanse og fortløpende journal.

- Tydeligere og mer fokusert visning av epikriser, laboratorie- og røntgensvar slik at man kan lese over og bla raskere videre til neste. Mindre tidsbruk på innboks.
- Bedre integrering med software fra medisinsk utstyr – resyme i tekst og kurve/bilder bør lagres i EPJ med lenke til utdypende info og funksjonalitet i spesial-software.
- Intuitivt og selvforklarende design, få tastetrykk, navigering både med hurtigtaster og mus.
- E-resept og samstemmingsvertøy er et fremskritt, men enda mer må gjøres for å få og dele pasientens medisinske liste med samarbeidspartnere når det er samstemt, oppdatert og kvalitetsikret av en lege. Legens navn, dato og kvalitetsgrad må settes på listen. NB: Legemiddelgjennomgang er tidkrevende og kan bare gjøres for utvalgte pasienter.

- EPJ må kommunisere godt med nasjonale/regionale registre, tjenestekataloger, samarbeidspartnere og pasient.
- Vi må kunne hente epikriser, rtg.svar, labsvar, vaksiner, adresser m.m ved behov
- Pedagogisk visning til pasient.
- Beslutningsstøtte og automatiske datauttrekk fra EPJ der du trenger det, laget i samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger/andre samarbeidspartnere; den «moderne» metodebok. Dette skal oppleves som nyttig og ikke forstyrrende.

REGIN HJERTHOLM

Fastlege i Bergen. Start nettverk innen helse-IKT, erfaring fra mange EPJ-prosjekter de siste 15 årene, initiativtaker til EPJ-løftet, PKO-er for Helse Vest IKT, tidligere leder for Dnif's IT-utvalg.

## LITE STRUKTURERT INFORMASJON



Ole Andreas Bjordal

Mitt inntrykk er at Winmed 2 er god på løpende dokumentasjon og utveksling av henvisninger/epikrise/skjema på papir og elektronisk.

Labdata utveksles enkelt med Fürst elektronisk og rekvisisjonen sendes også elektronisk.

E-resept fungerer bra med Forskrivningsmodulen. Vi har også startet pilotering av e-multidose. Men: det er lite strukturert informasjon bortsett fra klinisk kjemiske data og forskrivningsinformasjon.

Manglende strukturering medfører at det stort sett bare er klinisk kjemiske data og forskrivningsinformasjon som utveksles strukturert med andre aktører.

Systemene støtter en del enkeltstående arbeidsoppgaver (for eksempel elektronisk reseptkjede, rekvirering av blodprøver, henvis-

ninger til eksterne etc) men mangler støtte for pasientforløp.

Gjenfinning og gjenbruk av tidligere journalinnhold er vanskelig og gjøres kun tekstlig.

Jeg ønsker en EPJ som:

- Gir prosessstøtte
- Gir kunnskapsstøtte
- Lager struktur av data i løpende journal/notat
- Gir støtte for pasientforløp
- Gir problemorientering.

OLE ANDREAS BJORDAL

Fastlege i Sandnes. Bruker Winmed 2 med Forskrivningsmodulen og Fürst Forum.

bindelse med overføring, og sikre journalføringer med eventuelle kvitteringsmeldinger. Det må logges blant annet hva som er rekvirert.

- Ulike former for beslutningsstøtte i vid forstand er nok nyttig, for eksempel legemiddelinteraksjonsdelen i e-resept. Slike verktøy på begrensede områder er nyttig (eksempler: Noklus Diabetes, SmartHeart) men større og kostbare helhetlige verktøy har gitt delte erfaringer i andre land.

For å få til dette må vi være villige til å bruke nødvendige midler til å holde pc-er og

servere oppdatert, både når det gjelder software og hardware.

Det er et politisk ønske om tilganger til egen journal og fritt sykehusvalg. Her er det viktig at man plasserer regningen rett. Også det arbeidet som kreves innad på legekantoret må være fortløpende finansiert. Jeg tør påstå at vårt legekantor nok har brukt egne 50000 kroner på e-resept, en kostnad som vi ikke skulle ha tatt. Pasientreiser koster også arbeidsoverføring.

Kommunikasjonsmodulene som tvinger seg inn, dels med rette, vil og bør antagelig ivareta funksjoner som nå ligger i EPJ. Man bør tenke seg løsninger der

elektroniske overføringer av sykmeldinger også til arbeidsgiver blir ivaretatt av for eksempel NAV.

Punktene over er noen eksempler på hva vi overfører elektronisk og som derfor er rimelig enkelt å lagre i en kjernejournal. Det vil være juridisk tvilsomt i dag, men politisk jobbes det med løsninger på dette. På sikt tror jeg at vi kan ha nytte av en slik løsning, jo mer fullstendig, jo bedre, men det krever også politisk vilje for å styre IKT-utviklingen målrettet mot vårt brukerbehov og pasientens behov.

DAG NORDVÅG  
Fastlege i Tromsø