



Slik må fremtidens pasientjournal skapes

Legeforeningen ønsker å bidra til at IKT i helsetjenesten gir økt pasientsikkerhet og effektivitet. På nasjonalt nivå skjer satsingen med føringer fra Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*. I denne stortingsmeldingen er økt struktur i elektroniske pasientjournaler (EPJ) løftet frem som et satsingsområde.

Legeforeningen mener det er nødvendig å nyttiggjøre seg av det omfattende kunnskapsgrunnlaget som finnes om både muligheter og risiko ved økt bruk av struktur i pasientjournaler. Dagens journalsystemer inneholder allerede mye struktur. Redusert bruk av fritekst for å gjøre automatiske uttrekk enklere, kan føre til at journalens nytteverdi i møtet med den enkelte pasient reduseres. For å sikre en riktig utvikling av *Én innbygger – én journal* må arbeidet skje trinnvis og basert på den beste tilgjengelige kunnskap.

En fleksibel pasientjournal hvor innholdet, inkludert en nødvendig mengde standardisert informasjon, tilpasses formålet ville kunne gi økt kvalitet og effektivisering av kommunikasjon. For å oppnå dette må informasjonsteknologi og medisinsk kompetanse bringes tettere sammen.

Legeforeningen mener:

- Fremtidens pasientjournaler og helseregistre må utvikles i tråd med helsepersonellens og pasientenes behov. Journalen skal fange opp pasientperspektivet og dialogen med pasienten. Til dette er fritekst ofte best.
- Det må erkjennes at IKT-systemer både kan utløse gevinster og risiko. Introduksjon av nye løsninger må være basert på tilstrekkelig kunnskap og nøkterne analyser.
- Leger i klinisk virksomhet må være representert på alle nivåer og i alle faser ved utvikling av den elektroniske pasientjournalen. Forholdene må legges til rette for dette ved nødvendig fritak fra ordinære arbeidsoppgaver for IKT-kompetente leger.
- Det må legges til rette for at leger kan videreutdanne seg i helse-informatikk og arbeide i praksisnære IKT-forsknings- og utviklingsmiljøer ved siden av sin kliniske virksomhet.
- Pasientenes tillit til helsetjenesten avhenger av en trygghet for at helseopplysninger lagres sikkert og at man selv har kontroll over hvilke opplysninger som er tilgjengelig for aktører i eller utenfor helsetjenesten.

Bakgrunn

Legeforeningen støtter det overordnede målet for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten¹. Forbedret IKT må styrke kvalitet, effektivitet og helhetlige pasientforløp.

Kravet om økt strukturering av pasientjournalen reises nå på nytt, og ønsket om bedre digital samhandling og enklere gjenbruk av data er drivkraften. I stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* fremføres det bl.a. at økt bruk av strukturerte data kan bidra til bedre kvalitet på rapportering og enklere samhandling ved at informasjon kan deles og

¹ Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*, pkt 3.4.

gjenbrukes i ulike sammenhenger. Samtidig er stortingsmeldingen klar på at grad av strukturering må avstemmes både med klinikerens behov og ønsket gjenbruk av data.

Legeforeningens IT-utvalg har derfor gjort en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget knyttet til nytte og ulemper ved økt bruk av struktur i elektronisk journal² i lys av den kunnskap og erfaring som er akkumulert nasjonalt og internasjonalt gjennom mange tiår.

Standarder for registrering og koding er nødvendig for å sikre at data som deles med registre for kvalitet, aktivitetsrapportering og styring er av høy kvalitet. Data må tolkes i rett kontekst, og behovet for strukturerte datauttrekk må ikke hindre legen i å dokumentere den enkelte pasients medisinske situasjon så nyansert og individuelt som god og omsorgsfull helsehjelp for den enkelte krever.

Fremtidens pasientjournal må sikre at pasientene opplever trygghet for at helseopplysninger lagres sikkert og at man selv har kontroll over hvilke opplysninger som er tilgjengelige for aktører i eller utenfor helsetjenesten. Enklere tilgang til informasjon for helsepersonell med tjenstlig behov vil måtte avgrenses av behovet for konfidensialitet.

En vellykket utvikling av fremtidens journalsystemer forutsetter at Norge utvikler praksisnære helseinformatikkmiljøer som forstår de medisinske behov og mulighetsrom, og som har tett kontakt med den internasjonale forskningsfronten på området. Nasjonale løsninger må være tuftet på den beste kunnskapen og de beste produktene i det internasjonale markedet, tilpasset norske forhold og helsearbeidernes behov.

Tiltak som kan bidra til bedre og mindre arbeidskrevende registrering og koding i helsetjenesten må prioriteres. Ny funksjonalitet i EPJ-systemene må være gjenstand for funksjonell testing og pilotering før eventuell implementering. Gode og inkluderende prosesser vil øke mulighet for at klinisk anvendelighet av pasientjournal ikke svekkes.

Det er en utbredt misforståelse at dagens pasientjournaler hovedsakelig består av fritekst ført i kronologisk orden og at systemene ikke kan snakke sammen. En betydelig andel av kommunikasjon mellom virksomheter i helsetjenesten skjer i dag elektronisk basert på nasjonale standarder, men det er et sterkt behov for modernisering av teknologien som brukes.

Klassisk medisinsk terminologi formulert i fritekst gir stor grad av både presisjon og fleksibilitet, og med en kombinasjon av fagtermer og normalspråk kan man gi en god og fyllestgjørende angivelse av hva pasienten forteller, hva man har funnet og hva man har gjort. I dialog med annet helsepersonell er det vesentlig at avsender og mottaker av et budskap tolker det likt. Den medisinske terminologien har utviklet seg nettopp for å understøtte lik forståelse og presis fortolkning, også over landegrenser. Struktur i hvilken informasjon som skal innhentes og hvordan resultatet av undersøkelser skal føres, har vært benyttet nokså uendret i generasjoner³.

² Om strukturering av medisinsk informasjon i elektroniske pasientjournaler. Oslo: Legeforeningens IT-utvalg, 2015.

³ Rasmussen H. Pasientundersøkelse og journalskriving: veiledning og retningslinjer for studenter. Bergen: John Grieg, 1951: 91.

Internasjonalt har medisinske klassifikasjons- og kodesystemer eksistert i over 65 år⁴. De brukes allikevel i hovedsak bare til produktivitetsrapportering og helserefusjonskontroller, og har så langt ikke funnet noen naturlig plass i den kliniske kommunikasjon om enkeltpasienter.

Et eksempel er klassifikasjonssystemet for diagnoser og kontaktårsaker i primærhelsetjenesten, ICPC-2⁵. Systemet forvaltes internasjonalt av Verdens helseorganisasjon, i Norge av Helsedirektoratet. I Norge brukes dette diagnosekodesystemet av helseøkonomiforvaltningen og NAV til kontroll av sykmeldingsdiagnoser, blåresepter og utbetaling av honorar til fastlegene. I motsetning til f.eks. Danmark er hjelpeverktøy som synonymordlister, kobling mot spesialisthelsetjenestens diagnosekodesystem, liste over kriterier for diagnose og kobling til faglig beslutningsstøtte ikke bygd inn i de norske journalsystemene.

Manglende utvikling av ICPC fører til sviktende kvalitet i diagnosesetting, med følger for fagutøvelse, kvalitetsutvikling og forskningsmuligheter. Endringer i ICPC kan på den annen side redusere forvaltningens mulighet for å overvåke trender i forbruk av helsetjenester over tid. Dette er et eksempel på en vanskelig interesseavveining mellom god pasientbehandling og helseøkonomisk oversikt, hvor hensynet til kvalitet i behandlingen bør veie tyngst.

⁴ First World Health Assembly 1948. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death.

⁵ International classification of primary care (ICPC).