



Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten

Status, utfordringer og behov

Publikasjonens tittel: Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten

Utgitt: Oktober 2014

Bestillingsnummer: IS- 2221
Publiseres på www.helsedir.no

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling e-helse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Utgitt i samarbeid med:



FORORD

God utnyttelse av informasjonsteknologi er viktig for å oppnå helsepolitiske mål. Kvaliteten på tjenestene skal bli bedre og arbeidsprosessene mer effektive slik at mer tid kan brukes til direkte pasientkontakt og behandling.

Den nye kommunerollen innebærer et større ansvar for det helhetlige tilbudet av helsetjenester til befolkningen. Samhandlingsreformen har som mål å gi mer koordinerte tjenester og helhetlig behandling av pasientene. Dette skaper behov for IKT-støtte på tvers av virksomhetsgrenser. Pasientene skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Dette er spesielt viktig i forbindelse med utskrivning fra sykehus der det kreves tilrettelagte tjenester i kommunen. Effektive behandlingsforløp må understøttes av tilgjengelig teknologi.

En god og funksjonell elektronisk pasientjournal er avgjørende for å følge opp pasientene og samhandling mellom tjenestene. Journalsystemene i omsorgstjenesten er viktige arbeidsredskap for alt helsepersonell og må ha funksjonalitet som understøtter deres arbeidsprosesser.

Denne rapporten beskriver innhold og funksjonalitet i de tre største systemene som benyttes av omsorgstjenesten, samt helsepersonells bruk av systemene. Den danner et viktig grunnlag for videre arbeid på området.

Vi vil takke for et godt samarbeid gjennom hele utredningsarbeidet.

Oslo 26/9-2014

Christine Bergland
Ass. Helsedirektør
Helsedirektoratet

Trude Andresen
Områdedirektør Forskning, Innovasjon og
digitalisering
KS

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	5
SAMMENDRAG OG KONKLUSJON	8
1. INNHold I OG EGENSKAPER VED SYSTEMENE	11
1.1 Innhold i journalsystemene	11
1.2 Dekningsgrad og brukergrupper	11
1.3 Fornøydhet med systemene	14
1.4 Konklusjon	17
2. KLINISK DOKUMENTASJON OG PASIENTOPPFØLGING	18
2.1 Informasjonsoversikt og informasjonsgjenfinning	18
2.2 Kunnskapsstøtte	22
2.3 Legemidler	23

INNHOOLD

2.4	Diagnoser	24
2.5	Informasjonsutveksling og elektroniske meldinger	25
2.6	Laboratorieprøver	28
2.7	Signering	29
2.8	Konklusjon	31
3.	SAKSBEHANDLING	33
3.1	Søknadsbehandling	33
3.2	Sakarkiv og pasientarkiv	35
3.3	Konklusjon	36
4.	PASIENTADMINISTRASJON	37
4.1	Arbeidslister	37
4.2	Tilgang til mobilt utstyr	38
4.3	Plassadministrasjon	39
4.4	Pasientregnskap/egenbetaling	40
4.5	Konklusjon	41
5.	STYRING, RAPPORTERING OG DATAKVALITET	42
5.1	Rapportering og bruk av data	42

INNHold

5.2	Nasjonale kvalitetsindikatorer	44
5.3	Kodeverk og terminologi	44
6.	DRIFT OG KONFIGURERING AV SYSTEMENE	46
6.1	Konfigurering	46
6.2	Databehandlingsansvar og drift	47
6.3	Tilgangsstyring	48
6.4	Videreutvikling av systemene	48
6.5	Konklusjon	50
	KONKLUSJON OG OVERORDNEDE BEHOV	51
6.6	Informasjonsoversikt og medisinsk faglige behov	51
6.7	Kvalitetsforbedring, styring og forskning	52
6.8	Standardiserte systemoppsett	53
7.	VEDLEGG	54
7.1	Vedlegg 1: Organisering og deltagere i prosjektet	54
7.2	Vedlegg 2: Innhold i journalsystemene	55
7.3	Vedlegg 3: NUIT prioriteringer	59
7.4	Vedlegg 4. Spørsmål til leverandørene	59

INNHOLD

7.5 Vedlegg 5. Spørsmål – Helsedirektoratets kartlegging

65

INNLEDNING

Bakgrunn

Denne rapporten er utarbeidet gjennom et samarbeid mellom KS og Helsedirektoratet i forbindelse med «Prosjekt Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten, status, utfordringer og behov». Prosjektet har hatt sitt utspring i KS digitaliseringsstrategi og tilhørende handlingsplan, samt i Helsedirektoratets Nasjonale handlingsplan for e-helse 2014 – 2016.

Stadig flere eldre med et sammensatt sykdomsbilde krever mye av helsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal takle pasienter som raskt skrives ut fra sykehus. Endrede pasientgrupper gir behov for endringer i tjenestetilbudet også innen omsorgstjenesten. De elektroniske pasientjournalssystemene må understøtte pasienter og helsepersonells behov for oppfølging i henhold til Samhandlingsreformens intensjoner.

Digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. I Stortingsmelding 9 (2012-2013) «Én innbygger – én journal, defineres målene og retning vises for utvikling av helhetlige IKT-systemer for helse- og omsorgssektoren. Nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten hele veien. IKT-systemene skal ta utgangspunkt i pasientenes og tjenestenes behov, samtidig som konfidensialitet og personvern blir ivaretatt.

De siste årene har det kommet innspill til KS og Helsedirektoratet vedrørende behov for endring av elektroniske pasientjournalssystem i omsorgstjenesten. Det er kommet bekymringsmeldinger fra tilsynsmyndigheter, og klager fra interesseorganisasjoner og enkeltpersoner. Særlig fra sykehjemsleger er det uttalt kritikk.

Målsetting

Med bakgrunn i forholdene nevnt ovenfor ble det igangsatt et samarbeidsprosjekt for beskrivelse av status, utfordringer, og behov i forhold til elektronisk pasientjournalssystem i omsorgstjenesten. Det skal gis en beskrivelse av

- Hvordan IKT systemer i omsorgstjenesten fungerer i dag,
- Sentrale utfordringer

INNLEDNING

- Hvilke fremtidige behov på et overordnet nivå som finnes i forhold til
 - o klinisk arbeid, administrasjon, saksbehandling og rapportering i omsorgstjenesten.
- Videre skal samhandling mellom virksomheter innen kommunen og med spesialisthelsetjenesten, samt elektronisk kommunikasjon med pasienter, finansiering og drift av journalsystem omtales.

Metode

Arbeidet har vært prosjektorganisert med bred deltagelse fra kommuner, fagorganisasjoner, Helsetilsynet, KS og Helsedirektoratet (jfr vedlegg 1).

Det er gjennomført referansebesøk i Oslo kommune, Bergen kommune, Stavanger kommune, Randaberg kommune og Stjørdal kommune. Ved kommunebesøkene er journalsystemene demonstrert og helse- og omsorgspersonell har omtalt bruksområder og egen erfaring med systemene Profil (Visma), CosDoc (Acos) og Gericca (Tieto).

KS gjennomfører regelmessig en kartlegging vedrørende bruk av elektroniske systemer i kommunene (e-kommunekartleggingen). Fra denne kartleggingen er det innhentet relevant informasjon til denne rapporten. Spørsmålene ble sendt til alle kommunale postmottak. Pr 26. august 2014 var det kommet inn svar fra 154 kommuner.

Prosjektet har gjennomført en egen kartlegging vedrørende helsepersonells bruk av journalsystem i omsorgstjenesten og deres synspunkter på systemene. 48 spørsmål ble utviklet i Questback og distribuert pr e-post til alle kommuner. Totalt kom det inn 3090 svar fra 380 kommuner. Herunder 1315 sykepleiere, 602 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/fagarbeidere, 170 fysioterapeuter, 161 ergoterapeuter, 295 leger, 309 vernepleiere og 238 annet personell. Det vises til vedlegg 5 for oversikt over spørsmål.

Det er gjennomført møter med de tre systemleverandørene Acos, Visma og Tieto. Leverandørene er bedt om å besvare en omfattende spørsmålsliste utarbeidet av prosjektet (jfr vedlegg 4). I tillegg har det i møtene blitt belyst forhold vedrørende den historiske utvikling av systemene, planer om videreutvikling av systemene, bestillinger som foreligger på nasjonalt nivå, samt systemleverandørenes synspunkter på kommunal forvaltning, systemoppsett og konfigurering av

INNLEDNING

systemene. Videre har systemleverandørene bidratt med skriftlig materiell for å gi en fullstendig oversikt over systemenes innhold, moduler, innholdselementer og funksjonalitet.

I tillegg til de ovenfor nevnte kommuner har prosjektgruppen vært i kontakt med Bærum kommune for informasjon om den nylig gjennomførte anskaffelsen av nytt elektronisk pasientjournalssystem i omsorgstjenesten og Lørenskog sykehjem er besøkt for demonstrasjon av ny teknisk løsning for pasientlogistikk.

Avgrensning

Det er i denne sammenheng ikke undersøkt kvalitet på eksisterende dokumentasjon i journalssystemene, men det beskrives kort funn som er gjort av Helsetilsynet og drøftet opp mot enkelte forskningsprosjekt.

Det er kun systemene Geric, Profil og CosDoc som er kartlagt. I tillegg brukes enkelte andre system i omsorgstjenesten, f.eks legekontorsystem, fysioterapisystem og spesialutviklede system for sykehjem. Omfanget og erfaringer fra kommunebesøk vedrørende disse systemene omtales kort.

Rapporten er bygd opp med et sammendrag som gir en kort oversikt over de viktigste funn ved undersøkelsen av omsorgssystemene, samt anbefalinger for oppfølging av disse. I de øvrige kapitlene gis en detaljert beskrivelse av systemenes innhold, mangler og utfordringer ved bruk. Her gis et utfyllende bilde av situasjonen.

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Generelt

Utvikling av journalsystem i omsorgstjenesten startet på 1990-tallet. Alle tre system (CosDoc, Profil og Geric) ble i utgangspunktet utviklet for å understøtte søknadsprosessen, saksbehandling og fakturering. Systemene ble så videreutviklet ut fra behov meldt fra tjenesten, i første omgang med hovedfokus på hjemmetjenesten og videre på nasjonale prosjekter for elektronisk meldingsutveksling. Systemene dekker et bredt spekter av funksjoner som store deler av tjenesten er rimelig fornøyd med, særlig på områdene saksbehandling og pasient/brukeradministrasjon. Systemene er de siste årene ikke videreutviklet i tilstrekkelig grad for å møte endringer i pasientgrunnet, tjenesteutvikling, understøtting av arbeidsprosesser og sentrale helsepersonellgruppers behov.

Både på grunn av manglende funksjonalitet i systemene og stort opplæringsbehov for å endre rutiner og ta i bruk ny funksjonalitet, har tjenesten ofte videreført sidesystemer, for eksempel papir og regneark. Dobbelregistreringer i ulike system, og spredt informasjon gir merarbeid og fare for feil.

Det tas her ikke stilling til om all funksjonalitet bør dekkes i ett og samme system, men det er tydeliggjort i undersøkelsen at det er behov for ny og bedre funksjonalitet for å dekke tjenestens behov. Det må tilrettelegges system som understøtter arbeidsprosessene, med gode brukergrensesnitt som gjør dem enkle å bruke og som sikrer at alle med tjenstlige behov får tilgang til informasjonen.

Informasjonsoversikt og medisinsk faglige behov

Stadig flere eldre med et sammensatt sykdomsbilde krever mye av helsetjenesten, og de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal takle pasienter som raskt skrives ut fra sykehus.

Endrede pasientgrupper gir behov for endringer i tjenestetilbudet også innen omsorgstjenesten. De elektroniske pasientjournalsystemene må understøtte pasienter og helsepersonells behov for oppfølging i henhold til Samhandlingsreformens intensjoner.

Undersøkelsen har vist at journalsystemene ikke er tilstrekkelig tilrettelagt med funksjonalitet for medisinsk faglig oppfølging av pasienter. Dette gjelder både intern oppfølging og samhandling med eksterne, særlig helseforetak og laboratorier. Det er heller ikke tilrettelagt brukergrensesnitt som er

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

tilpasset til og dekker informasjonsbehovet for ulike yrkesgrupper. Videreutvikling av systemene på dette området haster.

Det anbefales opprettet en hurtigarbeidende tverrfaglig gruppe som skal spesifisere behov for videreutvikling av systemene og gi en samordnet beskrivelse av utviklingsbehov og kravspesifikasjoner for omsorgssystem. Kravspesifikasjonene må muliggjøre konkrete prosjekter for videreutvikling av systemene. Det bør vurderes om dette skal videreføres som et permanent fagråd for videreutvikling av IKT-system i omsorgstjenesten.

Kvalitetsforbedring, styring og forskning

Rapportering av styringsinformasjon på nasjonalt nivå er utviklet og fungerer relativt godt (IPLOS), men dataregistreringen ønskes tettere integrert i den daglige dokumentasjonen. IPLOS-løsningen baseres til dels på dobbeltregistrering i samme system.

I omsorgstjenestenes journalsystem dokumenteres det i hovedsak gjennom fritekst i planer og notater tilpasset hver yrkesgruppe. Informasjonsgjenfinning på tvers av yrkesgrupper er komplisert. Det er begrensede muligheter for fritekstsøk, og det er fare for at viktig informasjon forsvinner i mengden av notater. Det er også få muligheter for varsler eller påminnelser om tiltak som skal følges opp.

Strukturering av dokumentasjon er etterspurt. Strukturering av daglige notat og planer (behandlingsplan, rehabiliteringsplan, pleieplan osv) vil kunne legge grunnlag for bedre kvalitet på dokumentasjon, gi søkemuligheter og lettere informasjonsoversikt, samt legge grunnlag for uthenting av rapporter for kvalitetsforbedring, forskning osv.

Et fagråd for EPJ i omsorgstjenesten bør kunne utarbeide forslag til planer og struktur for dokumentasjon. De ulike fagområdenes spesifikke behov for dokumentasjon må samordnes slik at grunnstruktur for dokumentasjon blir konsistent i journalsystemet, med bruk av et enhetlig kodeverk. Anbefalingene vedrørende strukturering og kodeverk må spesifiseres i en felles kravspesifikasjon som grunnlag for videreutvikling av systemene.

SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Standardiserte systemoppsett

Systemene er komplekse med et bredt spekter av funksjonalitet som skal tilpasses mange formål og yrkesgrupper. Hver enkelt kommune konfigurerer eget system, beslutter hvilken struktur de skal ha på dokumentasjon og tilpasser visning til de ulike yrkesgruppene.

Det kan se ut som om systemenes kompleksitet, sett i sammenheng med valg av systemoppsett, etablerte rutiner og hvordan den enkelte yrkesutøver følger disse rutinene, gir manglende muligheter for informasjonsdeling og gjenfinning av informasjon.

Det er et stort behov for standardisering i forhold til konfigurering av systemene.

Det anbefales gjennomført kompetanseheving av systemforvaltere i forhold til konfigurasjon og administrasjon. Dette bør kunne vurderes som et tiltak for det etablerte kommunale utbredelsesprosjektet (KomUT) som er etablert av Norsk Helsenett.

Videre bør det vurderes om systemoppsett kan standardiseres og forenkles for å redusere behov for konfigurering i den enkelte kommune.

1. INNHOLD I OG EGENSKAPER VED SYSTEMENE

I dette kapitlet gis en oversikt over innhold i journalsystemene, dekningsgrad og brukergrupper, helsepersonells fornøydhets med systemene. Kapitlet gir innsikt i systemenes omfang og bredde, variasjon i bruk av systemene og helsepersonellgrupper og tjenesteområders opplevelse av systemene.

1.1 Innhold i journalsystemene

Utvikling av journalsystem i omsorgstjenesten startet på 1990-tallet. Alle tre systemene (CosDoc, Profil og Geric) ble i utgangspunktet utviklet for å understøtte søknadsprosessen, saksbehandlingen og fakturering. Systemene ble så videreutviklet ut fra behov meldt fra omsorgstjenesten, i første omgang med hovedfokus på hjemmetjenester, pasientjournal og arbeidsplan for tjenesten. Systemene er videre bygd ut for å dekke et bredt spekter av tjenester og funksjonalitet tilpasset svært mange brukergrupper.

Systemene er bygget opp av moduler slik at den enkelte kommune selv kan velge hvilke moduler og dermed hvilken funksjonalitet en ønsker å ta i bruk. Antall moduler og funksjoner kan variere avhengig av innmeldte behov fra kommunene til de enkelte leverandørene. Leverandørene bruker ulike betegnelser på modulene (f.eks. «Hovedmodul», «Brukermodul», «Saksbehandlingsmodul») og funksjoner innenfor de enkelte modulene kan variere. Endel basisfunksjoner som er styrt av offentlig lov- og regelverk og offentlige standarder, f.eks. EPJ-standard, er imidlertid i stor grad felles. For enhetlig beskrivelse av innholdet i systemene vises til vedlegg 2.

1.2 Dekningsgrad og brukergrupper

Systemene brukes av alle typer tjenester som tradisjonelt omtales som omsorgstjenester i kommunen. Herunder hjemmetjenesten, helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand, rehabilitering og habilitering i hjemmet og avlastning utenfor institusjon. Systemene brukes også ved

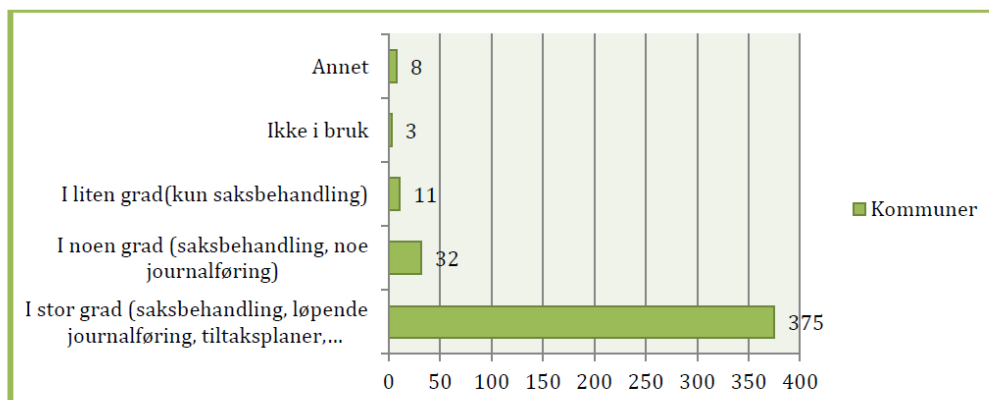
institusjonstjenester, som sykehjem med langtidsopphold, tidsbegrensede opphold med ulike formål og avlastnings- og dagaktivitetstilbud samt ved avlastning i særskilte boliger og langtidsopphold i institusjon for barn.

Det er også flere kommuner som har tatt systemene i bruk ved Frisklivssentraler. Vi er ikke kjent med at systemene brukes i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel fastlegekontor, legevakt og helsestasjon.

Det fremkommer at enkelte kommuner har åpnet for at helsepersonellgrupper kan bruke ulike journalsystem ved sykehjem og i andre deler av tjenesten. Eksempelvis bruker leger ved sykehjem journalsystem som er tilpasset legekontor og kommunale fysioterapeuter som gir tjenester både i institusjon og i hjemmet (voksne og barn) bruker egne system som er spesialtilpasset fysioterapeuter i privat praksis. Omfanget av bruk av fysioterapisystem er ikke kartlagt i denne omgang.

Bruk av systemene i omsorgstjenesten

I forbindelse med prosjekt Meldingsutbredelse gjennomførte Norsk Helsenett i 2012 en kartlegging av bruk av journalsystem i kommunenes omsorgstjeneste.¹



Figur 1: I hvor stor grad brukes elektronisk journalsystem i omsorgstjenesten? (n=429 kommuner i 2012)

87 % av kommunene bruker elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten i stor grad. Kun 3 kommuner rapporterte i 2012 at de ikke bruker journalsystem i sitt daglige arbeid. Vi er kjent med at minst en av disse kommunene tok i bruk elektronisk pasientjournal i 2013.

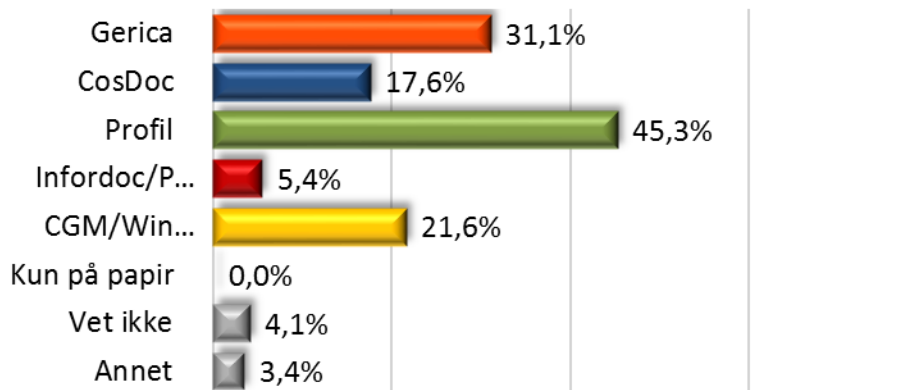
Bruk av legekontorsystem ved sykehjem

Det viser seg at et betydelig antall kommuner har åpnet for at legene kan bruke spesialsystem ved sykehjem. Dette er i hovedsak system som er utviklet for allmennleger/legekontor. Begrunnelsen for

¹ Norsk helsenett. 2012. Kartleggingsrapport.

<http://www.nhn.no/Rapport%20en%20om%20meldingsutbredelse%20i%20kommunehelsetjenesten.pdf>

bruk av systemene, er manglende funksjonalitet i omsorgssystemene, samt at det er krevende for leger på deltid i sykehjemmene å lære seg nye system.



Figur 2: Sykehjemslegenes bruk av journalsystem. eKommunekartleggingen. (n=154)

Vi viser i den sammenheng til Helsetilsynets tilsynsrapporter og brev av 21. juli 2014 til Helsedirektoratet der det er gitt en nærmere utdyping av funn i forhold til elektronisk pasientjournal ved tilsyn og i forhold til klagesaker. De konkluderer med at bruk av flere journalsystemer gir økt risiko for svikt i pasientbehandlingen. De erfarer at ved en institusjon kan det føres i flere elektroniske systemer og brukes papir. Alle relevante helsepersonellgrupper har ikke tilgang til nødvendige opplysninger om pasienten på grunn av dette.

I forbindelse med bruk av flere systemer til dokumentasjon er det en stor utfordring å sikre at alle nødvendige pasientopplysninger er tilgjengelig for det helsepersonell som er involvert i behandling og oppfølging. Det er også utfordrende for kommunene å forvalte flere systemer, og sørge for at systemene samhandler i tilstrekkelig grad.

Med bakgrunn i dette er det uheldig at så mange kommuner har åpnet for bruk av egne elektroniske journalsystem for noen faggrupper.

Bruk av elektronisk pasientjournal i avlastningsboliger og barneboliger

Avlastning kan ytes i eller utenfor hjemmet, i institusjon og utenfor institusjon. I 2012 var det totalt 10.155 personer som fikk avlastningstilbud i institusjon og 7.875 som fikk avlastningstilbud utenfor institusjon².

Helsetilsynet har også gjort tilsyn med helse- og omsorgstjenester i avlastningsboliger og barneboliger³. Hver tredje virksomhet som ble undersøkt hadde ikke systematisk skriftlig dokumentasjon og informasjonsoverføring mellom ansatte.

² SSB. Pleie- og omsorgstjenesten 2012. http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/142399?_ts=14196d6ce90

³ Helsetilsynet, rapport 2/2010. Det vil helst gå bra.

I eKommunekartleggingen fremkommer det at nesten 70% av kommunene bruker elektronisk pasientjournal i avlastningsboliger.

I spørreundersøkelsen gjennomført av Helsedirektoratet skiller avlastningstjenesten seg ut i forhold til andre tjenesteområder. En stor andel av respondentene har svart at de har behov for å supplere ved å bruke papir, regneark eller andre IKT-systemer fordi journalsystemet mangler funksjonalitet til å utføre arbeidsoppgavene. Dette er sammenfallende med de opplysninger vi har fått gjennom referansebesøk i kommunene.

Barneboliger er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som plass i institusjon. Mange kommuner samarbeider om drift av barneboliger.

Gjennom eKommunekartleggingen fremkommer det at 42% av kommuner som har barnebolig bruker elektronisk pasientjournal. Av disse kommunene er 56 % fornøyd med funksjonaliteten i systemene (23 kommuner).

Bruk av Geric, Profil og CosDoc i Frisklivssentraler

Frisklivssentraler er en forebyggende og helsefremmende kommunal helse og omsorgstjeneste.⁴ Målgruppen er personer som har behov for støtte til endring av levevaner og oppfølging over tid på grunn av økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom eller lidelse uavhengig av diagnose. Det har vært en sterk vekst i antall frisklivssentraler, fra 42 i 2008, til over 200 i 2014. Flere er etablert som interkommunale samarbeid.

Det er i stor grad helsepersonell som er ansatt i Frisklivssentraler. Det pågår en diskusjon om hva som skal dokumenteres av pasientinformasjon i Frisklivssentraler, men det ser ut til å være stor enighet om at man bør ta i bruk elektroniske pasientjournaler. Helsedirektoratet gjennomførte i 2013 en egen kartlegging vedrørende bruk av elektronisk pasientjournal i Frisklivssentraler. Det kom inn svar fra 98 sentraler, av disse hadde 58 tatt i bruk elektronisk pasientjournal og godt over halvparten av disse brukte kommunens omsorgssystem.

Av kommentarene som fremkommer i undersøkelsen kan det se ut til at mange er fornøyd med å kunne dokumentere elektronisk, men det savnes at systemene er tilrettelagt i større grad for deres formål. Det savnes i stor grad muligheter for registreringer over tid som grafisk kan fremstilles for å synliggjøre den enkelte pasients utvikling.

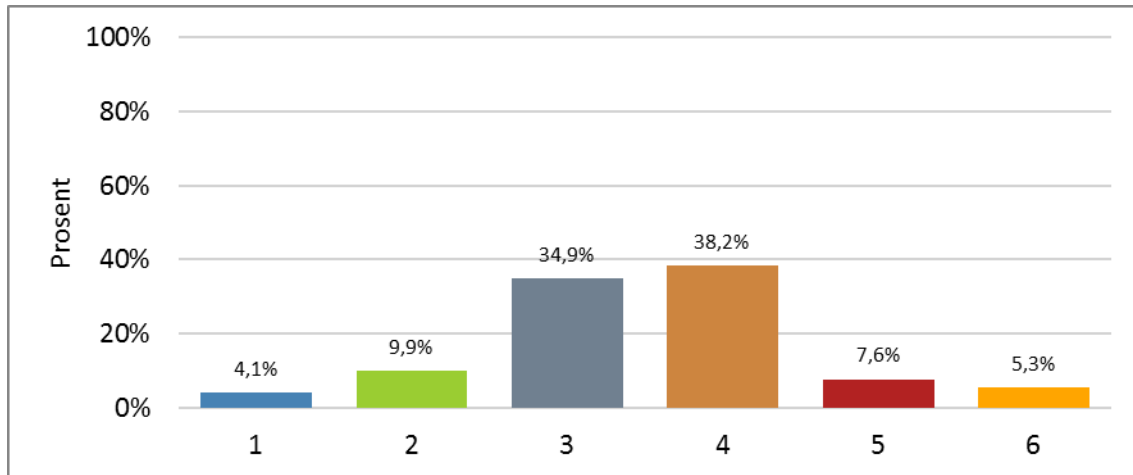
1.3 Fornøydhet med systemene

Ut fra både kommunebesøk og kartlegging gis det tilbakemelding om at helsepersonell er relativt godt fornøyd med systemene, men med store variasjoner mellom personellgruppene og tjenestene. Alle påpeker at systemene er tunge å bruke, det er behov for mange «klikk» for å finne informasjon og det er stor fare for at informasjon oversees fordi man må sjekke og lete mange steder i systemet.

⁴ Helsedirektoratet. Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering (2011)

Oversikt over pasientens problemstilling og helsetilstand

Generelt fremkommer det at de som har svart på spørreundersøkelsen er rimelig fornøyd med journalsystemene og opplever at innholdet er tilpasset deres behov.



Figur 3: Hvor fornøyd er du med støtten du får fra plo-systemet til å få oversikt over pasientens problemstilling og helsetilstand? (1= Svært misfornøyd, 5 = Svært fornøyd, 6 = Vet ikke) Alle personellgrupper. Helsedirektoratets kartlegging (N=3090)

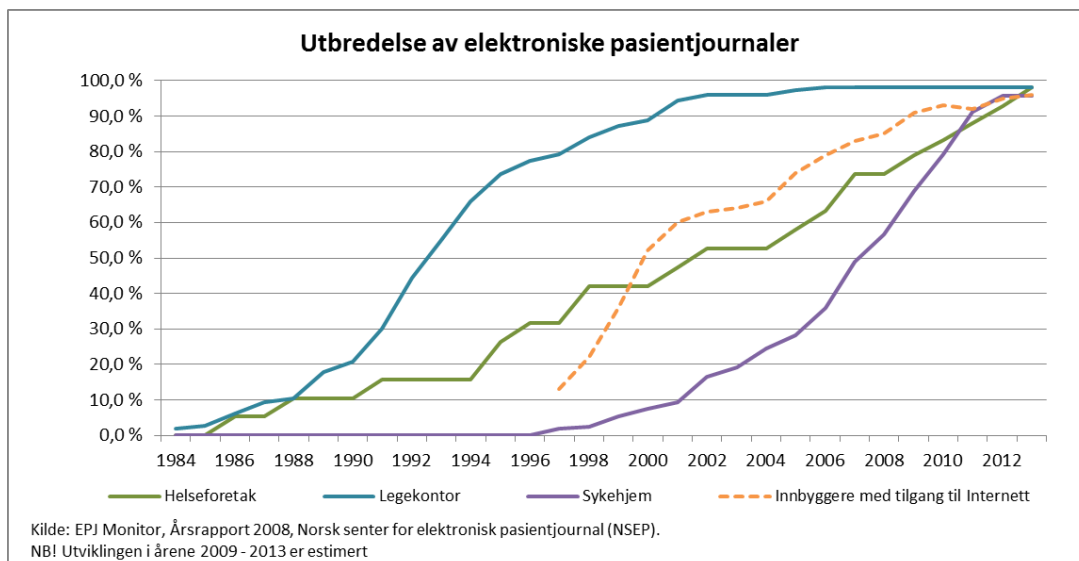
Ved kategorisering ut fra tjenestetype og helsepersonellgrupper fremkommer det at hjemmetjenesten og de helsepersonellgrupper som er ansatt der er fornøyd med journalsystemene og opplever at innholdet er tilpasset deres behov.

Ved sykehjemmene er spesielt legene misfornøyd, mens øvrige personellgrupper tenderer til å være mer fornøyd. Ved nærmere gjennomgang av kommentarer fra alle yrkesgrupper pekes det på:

- At journalsystemet ikke blir brukt i henhold til rutiner og derfor ikke gir god informasjon
- At det er vanskelig å gjenfinne informasjon, viktig informasjon drukner i det som blir skrevet
- At det ikke er tilrettelagt et oversiktsbilde som gir den viktigste informasjonen
- At systemene ikke er tilrettelagt ut fra flere yrkesgruppers behov

Generelt er det overraskende hvor fornøyde mange er med systemene. Overraskende med bakgrunn i bekymringsmeldinger som er mottatt og tilsyn som er gjort. Det kan i den sammenheng stilles spørsmål ved personellgruppenes forventninger og krav til systemene.

Omsorgstjenesten var sent ute med å ta i bruk teknologi, har relativt kort erfaring med bruk og i varierende grad tilgang til teknisk utstyr, både stasjonært og mobilt utstyr. Legene derimot har lang erfaring med bruk av elektroniske journalsystem og dokumentasjon.



Figur 4: Utbredelse av elektroniske pasientjournaler 1984-2012.

Mens journalføringsplikten for leger og tannleger har vært lovfestet fra 1927, ble det i perioden 1971-85 vedtatt lover med bestemmelser om dokumentasjonsplikt for psykologer, jordmødre, fysioterapeuter, kiropraktorer, optikere og ortopediingeniører. Sykepleiere og øvrige kategorier helsepersonell fikk først plikt til å føre pasientjournal da helsepersonelloven trådte i kraft 1. januar 2001⁵. De omsorgssystemer som ble utviklet og tatt i bruk på 1990-tallet, var derfor ikke å betrakte som pasientjournalssystemer, men er videreutviklet på dette området det siste 10-året. I dette utviklingsarbeidet kan det se ut til at legene i stor grad har vært fraværende og det har ikke eksistert noe fagråd for leger i forhold til omsorgssystem.

Bruk av papir og andre støttesystemer

Det fremkommer også at bruk av papir og andre IT-system (excel, word osv.) er relativt utbredt i tjenesten. Over 70% av respondentene er enige i at manglende funksjonalitet i omsorgssystemene fører til at papir brukes for å utføre arbeidsoppgavene. Dokumentasjonen foregår flere steder, papirer skrives ut og skannes inn osv. Fra kommuneintervjuene vet vi at bruk av papir og andre systemer er utbredt. Dette kan også skyldes manglende tilgang til PC og bærbart utstyr.

Papirjournalen inneholder primært opplysninger som er viktige i forbindelse med medisinsk behandling og kan også inneholde utskrifter av dokumenter som er arkivert elektronisk. Funn fra Helsetilsynets tilsyn⁶ indikerer også at papirbasert dokumentasjon er vanlig, og at den papirbaserte dokumentasjonen kan bestå av flere deler som oppbevares på forskjellige steder.

⁵ Se Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven), kapittel 13.

⁶ Rapport fra Helsetilsynet 7/2010. Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010, kapittel 3.4.1

Det pågår for tiden et forskningsprosjekt ved Lørenskog sykehjem hvor man utvikler bedre systemstøtte arbeidsprosesser⁷. Prosjektet gjennomføres på en korttidsavdeling hvor det er et kontinuerlig skifte av pasienter som legges inn og skrives ut. Målet for prosjektet er at alle yrkesgrupper som utfører oppgaver knyttet til pasientens opphold i institusjonen skal få et raskt overblikk over pasientens status og behov. Registreringene som gjøres skal erstatte «gule lapper» og ulike sjekklister på papir, og opplysningene skal vises i sanntid for de som har behov for det. Erfaringene så langt er positive. Den største utfordringen har vært teknisk infrastruktur og oppsett. Løsningen rammes også av kritikken mot flere system, der det er behov for dobbeltføring på grunn av manglende integrasjon med EPJ.

Bergen kommune benytter et system, UNO GBD, ved flere sykehjem. Dette er et EPJ-system tilpasset behovene ved sykehjem/institusjon. Brukerne av systemet er svært fornøyd med funksjonaliteten, men systemet gir ikke mulighet for samhandling og informasjonsutveksling med andre system og det har ikke funksjonalitet for hele bredden av tjenester slik de øvrige omsorgssystemene har. I tillegg til at systemet rammes av kritikken mot bruk av flere system, stilte prosjektgruppen spørsmål ved systemet for tilgangsstyring.

1.4 Konklusjon

Systemene Geric, Profil og CosDoc brukes av alle typer tjenester som tradisjonelt omtales som omsorgstjenester i kommunen. I tillegg er det flere kommuner som har tatt systemene i bruk ved frisklivssentraler. Vi er ikke kjent med at systemene brukes ved fastlegekontor, legevakt og helsestasjon.

Alle tre system ble i utgangspunktet utviklet for å understøtte søknadsprosessen og saksbehandlingen. Systemene ble så videreutviklet med hovedfokus på hjemmetjenester. Systemene dekker funksjonalitet på mange områder, men på enkelte områder er det store mangler.

Leger er svært misfornøyd med systemene, mens øvrige personellgrupper er relativt fornøyd. Omsorgstjenesten var sent ute med å ta i bruk teknologi, har relativt kort erfaring med bruk og i varierende grad tilgang til teknisk utstyr. Leger har lang tradisjon for dokumentasjon og journalføring mens en rekke andre personellgrupper fikk lovpålagt dokumentasjonsplikt i 2001. Manglende kunnskap om og metodikk for dokumentasjon hos flere helsepersonellgrupper kombinert med manglende tilrettelegging av EPJ-systemene kan se ut til å være bakgrunn for de sprikende erfaringene på dette området. Vi mener legenes lange tradisjon og erfaring med dokumentasjon – og dermed deres oppfatning av hvordan systemene fungerer – bør tillegges særlig vekt.

⁷ Sintef. 2014. Varslingssystemer i sykehjem. <http://www.sintef.no/Projectweb/Velferdsteknologi/Teknologistotte-i-sykehjem/>

2. KLINISK DOKUMENTASJON OG PASIENTOPPFØLGING

I dette kapitlet gis en oversikt over innholdselementer i journalsystemene knyttet til klinisk dokumentasjon og pasientoppfølging. Videre omhandler kapitlet hvilke funn som er gjort i forhold til fornøydhet, bruk og behov for videreutvikling av systemene. Kapitlet omhandler også funn knyttet til manglende funksjonalitet på flere områder og behov for standardisering og strukturering.

2.1 Informasjonsoversikt og informasjonsgjenfinning

Systemenes journal for klinisk dokumentasjon og pasientoppfølging bygger på EPJ-standarden, men de tre systemene er noe ulikt utformet. All fagdokumentasjon er normalt samlet i pasientjournalen slik at den kan brukes av alle faggrupper som lege, sykepleier, fysio-/ergoterapeuter mv. Legefunksjonalitet og medisinerings kan være integrert i journalen, men kan også være tilrettelagt som egne moduler.

Det er mange ulike grupper av helsepersonell som skal dokumentere og bruke journalen som et arbeidsredskap. Den løpende daglige journalføringen skal dekke flere behov, blant annet:

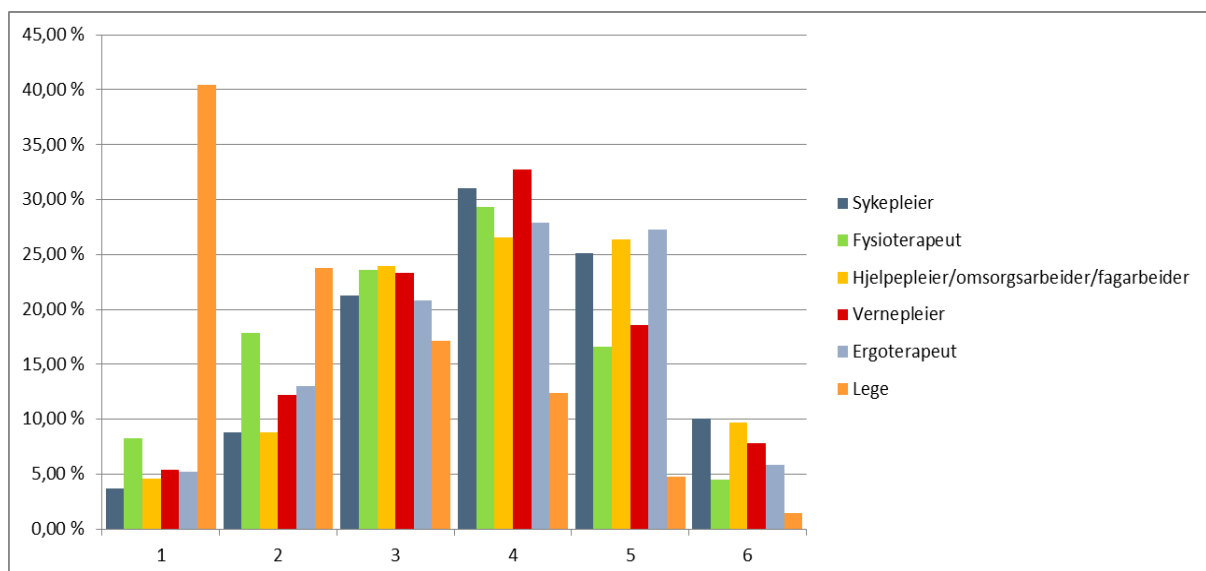
- Dokumentere medisinske symptomer og funn
- Dokumentere pleiefaglige observasjoner og oppfølging av pasienten
- Vise pasientens utvikling medisinsk, funksjonsnivå, pleie og sosiale behov
- Gi grunnlag for oppfølging og planlegging og evaluering av tiltak
- Gi grunnlag for diagnostisering og behandling
- Være en skriftlig kommunikasjonskanal mellom de fagpersoner som behandler og pleier pasienten
- Være juridisk dokumentasjon for alle observasjoner og tiltak og utførte tjenester
- Gi grunnlag for kvalitetssikring av egne tjenester, innhente statistikk og utføre kontroll etter behov og statlige føringer, samt innhente datagrunnlag for forskning.

Informasjonsoverføring gjennom journalnotat

Den løpende journalføringen er klinikerens viktigste verktøy for å avklare problemer og diagnostisere sykdom samt følge pasientens utvikling over tid. I tillegg fungerer journalnotatene som det viktigste skriftlige kommunikasjonsverktøyet mellom helsepersonell som følger opp pasienten. Ofte gis beskjeder fra et vaktlag til et annet i form av journalnotater, i tillegg fungerer notatene som beskjeder fra en faggruppe til en annen. (F.eks. fra lege til sykepleier). Kvaliteten og brukbarheten av et elektronisk pasientjournalssystem avhenger derfor i stor grad av hvor godt den løpende journalføringen fungerer. Det er avgjørende at den som har tjenstlig behov raskt finner all nødvendig dokumentasjon som er relevant i situasjonen. Det må også være tilrettelagt for at notater kan skrives raskt og enkelt og gjenfinnes i ettertid uavhengig av kunnskap om hvordan notatet ble skrevet.

Eksempel: Dersom en sykepleier kan velge å dokumentere et problem på flere måter, f.eks. i flere forskjellige dokumenttyper skal neste sykepleier på jobb raskt finne notatet uavhengig av kunnskap om hvordan forrige kollega valgte å dokumentere problemet. Systemet bør og ta høyde for at brukerne har varierende erfaring og kunnskap slik at viktig informasjon ikke oversees pga. manglende erfaring.

Funn fra vår brukerkartlegging tyder på at det er en markant forskjell i tilfredshet med journalsystemenes dokumentasjonsfunksjoner mellom de forskjellige faggrupper. Legene er i hovedsak svært misfornøyd, mens de øvrige fagpersoner er litt over middels fornøyd.



Figur 5: Systemet gir god oversikt over igangsatte tiltak og dokumentasjon for den enkelte pasient /bruker på tvers av tjenestene (sykehjem, hjemmesykepleie, bofelleskap osv. 1=helt uenig og 6=helt enig. Sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, leger, vernepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/fagarbeidere. Helse direktoratets kartlegging (N=3016)

Det er intet markant skille mellom de tre store journalsystemene i denne trenden.

Helsetilsynet har lagt frem en samlerapport⁸ med sammenstilling og analyse av funn fra landsomfattende tilsyn i 2010 med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre. Tilsynet har omfattet tiltak av stor betydning for skrøpelige eldre med store og sammensatte hjelpebehov. I om lag 2/3 av tilsynene ble det konstatert at tjenestetilbudet ikke oppfylte de aktuelle lovkravene for området som ble undersøkt.

Helsetilsynet påpeker at i mange av kommunene manglet det dokumentasjon eller dokumentasjonen hadde dårlig kvalitet. Det var vanskelig å få oversikt over informasjon som var nedtegnet om pasienten, herunder også grunnlag for vedtak som var gjort og legemiddelinformasjon. Det var ikke rutiner for hva som skulle dokumenteres og hvordan dette skulle gjøres, og ansatte hadde liten kunnskap om hvilke opplysninger som skulle nedtegnes i journalen. Opplysningene om brukerne var lite tilgjengelig for ansatte som hadde bruk for dem i sitt daglige arbeid. Opplysninger om brukerne ble dokumentert på ulike steder, i elektronisk journal, papirjournal, beskjedbøker og ulike typer andre permer. Informasjonen ble ikke gjenfunnet i brukernes hovedjournal og det var ingen systematikk i å fange opp faresignaler i forhold til det som var dokumentert.

Gjennom et forskningsprosjekt i fire Setesdalkommuner⁹ er det kartlagt rutiner for dokumentasjon av sykepleie. Her konkluderes det blant annet med at når verktøyet som foreligger som redskap for å utføre dokumentasjonen har tydelige mangler, så blir situasjonen i praksis svært sårbar. Det savnes verktøy som understøtter de arbeidsprosesser som det å dokumentere helsehjelp består av. Det journalsystemet som benyttes i disse kommunene fyller ikke dette formålet.

Våre erfaringer fra kommunebesøk og leverandørsamtalene viser at systemene har muligheter for dokumentasjon av løpende journalnotater. Dokumentasjon skjer i stor grad fritekst uten standardiserte maler for hva som skal dokumenteres. Alle systemene lagrer daglige journalnotater i forskjellige dokumenttyper. Dette gir mulighet for oversikt over den enkelte faggruppes notater, men er ikke gunstig ved behov for sammenstilling av informasjon fra flere faggrupper. Det er store variasjoner mellom kommunene i forhold til hvordan de har organisert journalnotater, det er ingen standardisering av oppsettet.

Den enkelte kommune kan selv bestemme både dokumenttyper og kodeverk som skal benyttes og endre på egen dokumentstruktur over tid. Det er i liten grad muligheter for sammenstilling av de forskjellige dokumenttyper, man må derfor vite hvordan en gitt situasjon for pasienten er dokumentert for å finne den igjen. Valg av struktur må følges opp med rutiner for den enkelte kommune, opplæring av personell i dokumentasjon og riktig bruk av valgt struktur.

Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

⁸ Helsetilsynet, rapport 5/2011. Krevende oppgave med svak styring.

⁹ Grete Vabo. Dokumentasjon av sykepleie. Senter for omsorgsforskning. Universitetet i Agder. Rapportserie nr 1/2013

Et stort antall av mottakerne av avlastningstjenester i institusjon er unge og med et stort bistandsbehov der det er et behov for samhandling med andre deler av tjenesteapparatet som skole, barnehage, tilrettelagt arbeidsplass, spesialisthelsetjenesten, pårørende/foreldre osv. Når vi gjennom kartleggingsundersøkelsen spør om kommunene opplever at journalsystemet gir støtte til arbeid med individuell plan så svarer en stor andel «vet ikke» eller de lar være å svare på spørsmålet, (52% av respondentene). Grunnen kan være at de i stor grad bruker papir, at kommunen har eget system for Individuell plan, eller at det ikke utarbeides individuell plan.

Fra kommuneintervjuene vet vi at funksjonalitet knyttet til individuell plan i journalsystemene er lite utviklet og til dels tung å bruke.

Informasjonsgjenfinning - varslinger og søk

Ingen av systemene er tilrettelagt med god søk-funksjonalitet. Det er heller ikke i tilstrekkelig grad tilrettelagt klinisk prosesstøtte gjennom varslinger i systemet.

En pasient som er innenfor kommunehelsetjenestens omsorg i lengre tid vil få en omfattende journal med store informasjonsmengder. Systemet må da ha muligheter for å søke i tidligere notater, mulighet for å lage sammendrag og mulighet for strukturert visning av informasjonen. Dersom systemet setter filtre eller velger bort noe informasjon fra visningsbildet må det tydelig fremgå slik at informasjon ikke forsvinner selv om den er utenfor et gitt tidsintervall. Dersom informasjon lagres i forskjellige dokumenttyper må man likevel i ettertid kunne finne informasjonen uavhengig av kunnskap om i hvilke dokumenttype den ble lagret.

Viktig informasjon om pasienten kan lett forsvinne og det gis i liten grad varslinger om kritisk informasjon som må følges opp.

At pasientinformasjon lagres i forskjellige dokumenttyper gjør det mulig for den enkelte yrkesgruppe å holde oversikt over informasjon fra samme yrkesgruppe, men kan føre til at informasjon fra andre yrkesgrupper og tjenesteområder overses. Det er derfor svært sannsynlig at viktig informasjon ikke blir lest av personell som burde hatt informasjonen. Helsepersonell er avhengig av å hente informasjon fra mange andre faggrupper og sammenstille denne. Legene har spesielt påpekt disse manglene.

Alle systemene gir muligheter for tilgangsstyring til ulike dokumenttyper, men oppsettet i kommunene er ulikt, rutinene kan være mangelfulle og opplæringen er avgjørende for finne frem i systemene.

Planer og strukturert dokumentasjon

En av basisfunksjonene i systemene er «Plan/Rapport», et verktøy for daglig rapportering i henhold til pleieplan, rehabiliteringsplan mv.

Planer og tiltakene som er dokumentert i journal skal sikre at pasienten får forsvarlig pleie, omsorg og behandling. Den skal sikre at alle grunnleggende behov blir ivaretatt og at pasientens får mulighet til å medvirke. I veileder for kvalitet i pleie og omsorgstjenester¹⁰ er det de grunnleggende behov som trekkes frem som fokus for kvalitet på pleien.

Planene, tiltakene og dokumentasjonen brukes også for å kommunisere med annet personell/faggrupper som arbeider med og har medansvar for pasienten. En behandlings-/tiltaks-/pleieplan skal til enhver tid gjenspeile pasientens funksjonsnivå og behov for helsehjelp. Plan og dokumentasjon er ofte sentrale i klagesaker.

Resultatet av spørreundersøkelsen viser at mange, uavhengig av system, ikke er tilfreds med hvordan systemet støtter arbeidsprosessene med pleie-/tiltaks-/behandlingsplan eller hvordan systemet gir en oversikt over pasientens problemstillinger/helsetilstand. Planer er ikke strukturert slik at informasjon lett kan gjenfinnes gjennom søk eller varslinger om manglende oppfølging av tiltak.

2.2 Kunnskapsstøtte

Helsebiblioteket.no er et offentlig finansiert nettsted som gir virksomheter, helsepersonell og studenter innen medisin og helsefag gratis tilgang til sentrale kunnskapskilder blant annet oppslagsverk, databaser og tidsskrifter. Formålet med Helsebiblioteket.no er å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby helsepersonell fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap og utjevning av store forskjeller i tilgang til slik fagkunnskap.

Helsefaglige institusjoner og studiesteder kan registrere IP-adressene sine hos Helsebiblioteket.no for å gi sine brukere automatisk tilgang uten behov for innlogging. Samme type innlogging bør kunne benyttes av de kommunale omsorgstjenestene, med direkte tilgang via journalsystemene.

Alle tre journalsystem gir mulighet for enkel integrasjon av kunnskapsstøtte (for eksempel PPS-praktiske prosedyrer i sykepleien) i journalsystemet. Det gjøres oppslag i kunnskapsbasen, for eksempel etter en spesifikk prosedyre og denne kan lastes ned og lagres i journalsystemet knyttet til en tiltaksplan. PPS og flere andre oppslagsverk som tjenesten ønsker seg tilgang til er ikke en del av det nasjonale tilbudet via helsebiblioteket.no. Kommunene velger selv om de skal kjøpe tilgang til elektroniske oppslagsverk som kunnskapsstøtte. Kostnaden oppleves som stor, og vi er gjort kjent med at det fort blir en salderingspost ved svak kommuneøkonomi.

Vi er ikke kjent med at det er utviklet integrasjonsløsninger for annen kunnskapsstøtte i systemene. Jfr neste kapittel vedrørende behov for kunnskaps- og beslutningsstøtte knyttet til forordning av legemidler.

¹⁰ Helsedirektoratet. 2004. Veileder. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten.

Kunnskapsstøtten er ikke tilrettelagt for bruk på pda/nettbrett, dette etterspørres spesielt av hjemmesykepleien.

2.3 Legemidler

Basisfunksjoner i pasientjournalen er blant annet utforming av resepter, medisinregistrering og utskrivning av medisinkort

Journalssystemets legemiddelseksjon må kunne gi et klart og oversiktlig bilde av pasientens aktuelle legemiddelbruk. Det må, om mulig på ett skjermbilde, kunne vise pasientens komplette legemiddelliste, både faste medisiner, pågående kurer og behovsmedisin («Legemidler i bruk») Kurer må forsvinne automatisk fra visningen «Legemidler i bruk» når seponeringsdato passerer. Listen må være enkel å holde oppdatert og må kunne oppdateres av sykepleier. I institusjon må alle endringer signeres av ansvarlig lege og det må tydelig fremgå hvilke legemidler som ikke er signert av lege.

Feil og avvik i legemiddelbehandling er en av de vanligste årsakene til feilbehandling i helsevesenet. Og i 5-10 % av alle innleggelse på medisinske avdelinger er feil i legemiddelbruk årsak eller medvirkende årsak til innleggelsen. Undersøkelser viser at beboere ved sykehjem i gjennomsnitt få fra 5 til 8 legemidler, der det er registrert opp til 19 legemidler for en beboer¹¹. Systemet bør derfor gi ansvarlig lege støtte i legemiddelforordningene og oppfølging av legemiddelbehandlingen.

Eksempel på nødvendig støtte ved legemiddelforordning og oppfølging av legemiddelbehandlingen er automatisk varsling hvis ansvarlig lege forordner et legemiddel som det er registrert at pasienten ikke tåler, hvis to av pasientens legemidler kan ha uheldig virkning på hverandre eller hvis det forordnes to legemidler med tilnærmet identisk virkning eller innhold. Legemiddelhistorikk for pasienten bør fremkomme, dels ved at det bør være enkelt å finne ut om et legemiddel er gitt før og evt når og hvorfor pasienten sluttet. Det bør også være mulig å finne ut hvilke legemidler pasienten fikk på et gitt tidspunkt.

Legemiddelliste og administrasjon av legemidler

Alle systemene har funksjon for legemiddellister og viser pasientens totale legemiddelliste på relativt oversiktlig måte. Ved utskrift av listene har enkelte av systemene noe dårligere presentasjon og vi har erfart at det i en del tilfeller benyttes andre papirlister (eksempelvis multidoselister fra apotek) enn de som produseres av journalssystemet. Dette gir et samstemmingsproblem og gir en potensiell fare for at endringer i systemet ikke blir gjenspeilet i de papirlistene som benyttes og vise versa.

Kun ett av systemene kan produsere kvitteringslister for administrasjon av legemidlene og kun ett av

11 Kunnskapsenteret. Effekt av tiltak for å redusere potensielt uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk. Rapport nr 14–2010. Systematisk kunnskapsoversikt

systemene har støtte for administrasjon (utdeling) av pasientens legemidler. Dette gjør at det i en del tilfeller benyttes papirlister som ikke er produsert av journalsystemet i den daglige administrasjonen av legemidlene, med ekstra risiko for manglende samstemming mellom listene i systemet og papirlistene.

Legemiddelforordning

Støtte til ansvarlig lege i forbindelse med legemiddelforordning er mangelfull i de fleste systemene. To av systemene varsler ved forskrivning av legemiddel som det tidligere er registrert at pasienten ikke tåler («CAVE»), ett system gjør det ikke. Ett system gir varsel dersom man forskriver et legemiddel som har tilnærmet samme innhold som et annet legemiddel som pasienten bruker («dobbelforskrivning»), de to andre gir ikke slik varsel. Ingen av systemene varsler for mulige interaksjoner mellom to eller flere legemidler som pasienten bruker. Alle systemene har mulighet for at legemidler kan registreres av sykepleier og senere signeres av ansvarlig lege.

Kun ett av systemene har en komplett legemiddelhistorikk som gjør det mulig å søke opp om et legemiddel er gitt tidligere og finne hvilke legemidler en pasient fikk på et gitt tidspunkt. De to andre har mangler på en eller begge av disse funksjonene.

I Helsedirektoratets kartlegging ble det fremstilt påstand om «at legene opplever at omsorgssystemet gir støtte til arbeidsprosesser når det gjelder å holde pasientens legemiddelliste oppdatert». Legene ble bedt om å svare på en skala fra 1-6, der 1 = helt uenig og 6 = helt enig. Ca 70 prosent av legene svarer at de er uenig eller delvis uenig i påstanden (svaralternativ 1-4). 22% av legene er enig i påstanden (svaralternativ 5-6).

Reseppter

E-resept er nå tatt i bruk hos de aller fleste fastleger og tas nå gradvis i bruk ved sykehusene. Innen sykehjem er det oftest intern forordning uten bruk av resepter, men mange pasienter innen kommunenes omsorgstjeneste veksler mellom sykehjemsopphold og hjemmeboende. Det er da nødvendig med resepter også fra sykehjemslegen. Dette er blitt økende aktuelt med innføring av samhandlingsreformen og opprettelse av kommunale akutte døgnplasser (KAD). Når e-resept også inkluderer multidose (i 2015) blir dette enda mer aktuelt for omsorgstjenestens leger. Ingen av omsorgssystemene har i dag e-reseptfunksjonalitet. En leverandør har påbegynt utvikling av dette, mens de to andre leverandørene vurderer om det er behov for å se e-reseptfunksjonalitet i sammenheng med øvrige funksjoner knyttet til legemiddelhåndtering.

2.4 Diagnoser

Alle journalsystem som benyttes i omsorgstjenesten, har mulighet for å registrere både ICD-10- og ICPC-2- koder. Kun ett av systemene har flere tekstalternativer til hver ICPC-2 kode, de andre benytter kun den overordnede beskrivelsen.

Pasientens diagnose benyttes dels som en oversiktsfunksjon for å danne seg et bilde av pasientens sykehistorie, dels til statistikk, styring og overvåking. Det bør benyttes et standardisert kodesystem for diagnoser. I dag benyttes ICD-10 innenfor sykehus- og spesialisthelsetjenesten og ICPC-2 innenfor allmennlegetjenesten. ICD-10 er detaljert og kan kode de fleste sykdommer, men det trengs god medisinsk kompetanse for å benytte systemet. ICPC-2 inneholder mer «samlebegrep» og mange symptombeskrivelser. En ICPC-2-kode kan dekke flere forskjellige sykdommer.

I stor grad settes ikke pasientens diagnoser innenfor omsorgstjenesten, men tjenesten trenger oversikt over diagnosene som er satt hos fastlege eller på sykehus. Oversikt over diagnoser hentes gjennom elektroniske meldinger (eller papirepikriser).

Kun ett av systemene kan registrere diagnosekoder knyttet til et aktuelt sykehjemsopphold, og det er også kun ett system som kan registrere diagnosekoder med årstall uten spesifikk dato.

At man kan registrere diagnosekoder både innen ICD-10-kodeverket og ICPC-2 er positivt. Det er kun leger som kan sette medisinske diagnoser, men saksbehandlere journalfører informasjonen etter at de er innhentet fra eksterne aktører. Det har vist seg å være en utfordring for saksbehandlere å få innhentet denne informasjonen og registrert dette korrekt. Noe av årsaken til registreringsproblemene er mangelfull søkefunksjonalitet i systemene og at ICPC-2-kodeverket kun er lagt inn med *en* tekststreng til hver tallkode.

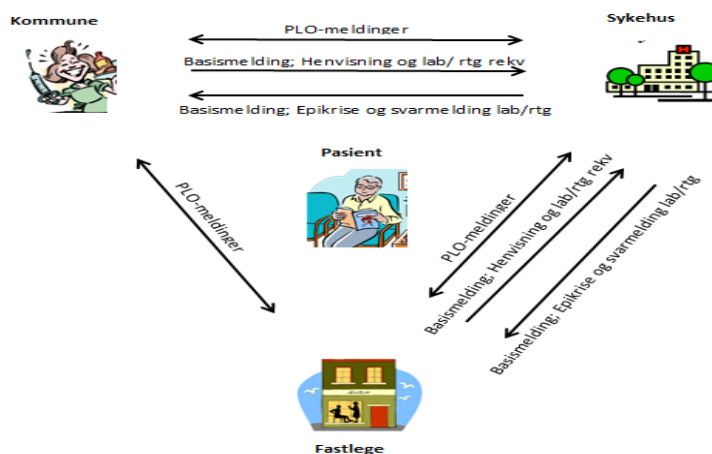
Eksempel: Hvis man *kun* får oppgitt diagnosenavnet og ikke kodeverdien klarer saksbehandler ikke å registrere denne korrekt fordi systemene mangler søkefunksjonalitet i kodeverk og det er vanskelig å finne riktig kode dersom kun sykdomsnavnet er kjent. Hvis man får oppgitt diagnose «Sarkoidose» og søker i ICPC får man ingen treff fordi dette kodeverket i systemene kun har hoveddiagnosetekst til hver ICPC-kode. Skulle man forsøke å søke opp i ICD-10-kodeverket knyttet til diagnosen «Sarkoidose» vil man finne 15 forskjellige koder.

I forbindelse med samhandlingsreformen er det blitt etablert mange «akutt-/intermediæravdelinger» på sykehjem. Dette er avdelinger med mer aktiv utredning og behandling. Kun ett system kan knytte diagnoser opp mot det aktuelle oppholdet på sykehjemmet. Hvis kobling mellom diagnoser og opphold mangler er det vanskelig å få oversikt over hvilke diagnosegrupper/sykdommer som opptar plasser, ressurser og kompetansebehov på disse avdelingene.

2.5 Informasjonsutveksling og elektroniske meldinger

Samhandlingsreformen med etablerte og ventende endringer i tjenesteytingen betinger en effektiv og sikker informasjonsflyt i gjennom hele pasientforløpet. Informasjonsutveksling mellom alle som er involvert i pasientforløpet er krevende. Det er ofte mange virksomheter involvert både internt i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Den enkelte virksomhet har sitt eget journalsystem og må overføre informasjon til en annen virksomhet når denne overtar behandlings- og

oppfølgingsansvaret. Dette betinger at informasjonsutvekslingen skjer muntlig, pr papir og/eller elektronisk.



Figur 6: Elektroniske meldinger som sendes mellom virksomheter (referanse)

I alle de tre journalsystemene er det tilrettelagt for elektronisk meldingsutveksling med andre system, men meldingene er av ulike grunner i varierende grad tatt i bruk. Det er fortsatt store variasjoner mellom kommunene i hvor langt de er kommet i forhold til å ta i bruk elektroniske meldinger. Det kan se ut som om at kommuner som inngår i interkommunale samarbeid, samt store kommuner har kommet lengst.

Det oppleves som krevende for kommunen å gjennomføre organisatoriske tilpasninger og opplæring av ansatte i forhold til meldingsutveksling. Dette bekreftes gjennom særskilte undersøkelser gjort av KS/Norsk Helsenett SF¹² og i forbindelse med Riksrevisjonens undersøkelse av elektronisk meldingsutveksling¹³. Forvaltningen av de elektroniske meldingene stiller krav til kommunene om overvåking av meldingsflyten, at meldingsutvekslingen fungerer teknisk og at ansatte følger opp meldingsutvekslingen. For små kommuner er dette spesielt krevende både i forhold til kompetanse og ressurser da overvåkingen må skje kontinuerlig alle ukedager året gjennom.

Pleie- og omsorgsmeldinger (ELIN-k meldinger)

Alle tre system har muligheter for å sende og motta «Pleie og omsorgsmeldinger» mellom kommunen, fastlegekontor og helseforetak. Dette er meldinger som er spesielt utviklet ut fra omsorgstjenestens behov, eksempelvis informasjon om helseopplysninger, forespørslers og svar på forespørslers, melding om innlagt pasient.

¹² KS og Norsk Helsenett SF. Gode modeller for elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren. Kostnader og gevinster for små kommuner (2014).

¹³ Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. Dokument 3:6 (2013-2014)

I henhold til Norsk Helsenett var det pr 1. september 2014:

- 386 kommuner i gang med meldingsutveksling med sykehus, leger eller begge deler. Dekningsgraden i befolkningen er på ca 95%. 33 av de gjestående 42 kommunene er små.
- 365 kommuner er i drift med pleie- og omsorgsmeldinger mot leger. Det er 7 fylker som har 100% dekning, 4 fylker som er på over 90%
- 356 kommuner er i drift med pleie- og omsorgsmeldinger mot HF. 8 fylker har 100% dekning.

Kartleggingen gjennomført av Helsedirektoratet viser at mange bruker disse meldingene daglig eller ukentlig og de er relativt godt fornøyd med dem. Hjemmesykepleien ser ut til å være den gruppen som bruker meldingene mest.

Meldinger mellom omsorgstjenesten og tannleger

Den norske tannlegeforening og KS har gjennomført prosjekter (ELIN-T) for modernisering av infrastrukturen i tannhelsetjenesten, samhandling både internt i tannhelsetjenesten, med øvrige deler av helse- og sosialsektoren og med publikum, etterlevelse av bestemmelsene om personvern og informasjonssikkerhet, slik de framgår av Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren (Normen) og kompetanseheving i tjenesten.

Det er gjennomført utviklings- og utprøvningsarbeid for å tilrettelegge for sikret elektronisk informasjonsutveksling. Det er behov for elektronisk kommunikasjon mellom tannleger og omsorgstjenesten.

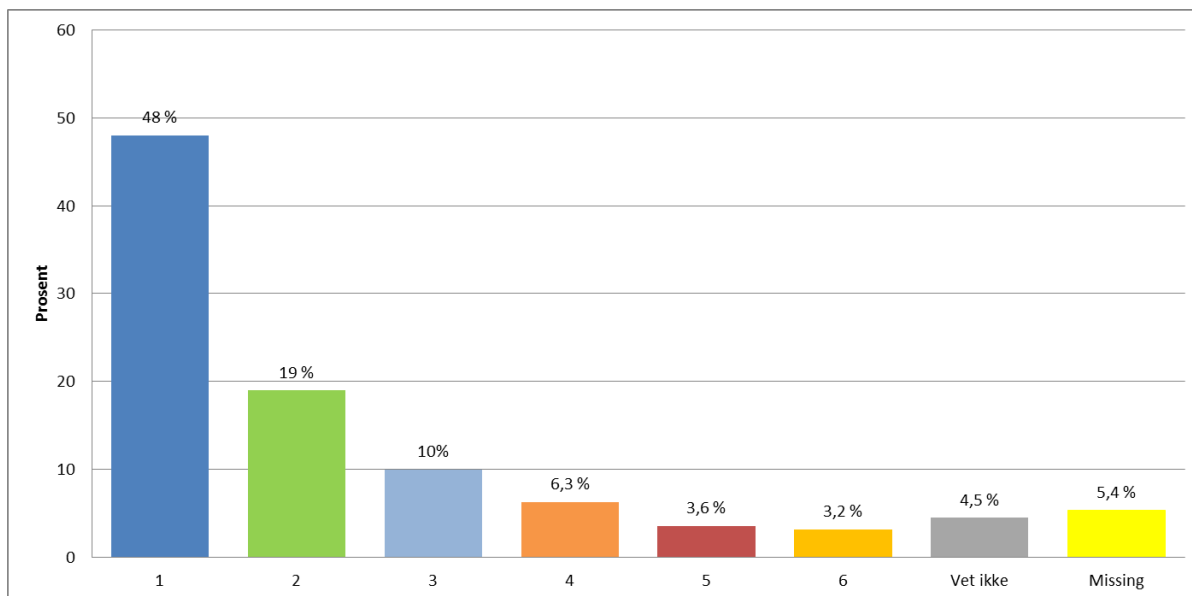
Basismeldinger

Begrepet basismeldinger brukes om henvisning, epikrise og rekvisisjoner/svar i forhold til medisinsk biokjemi, mikrobiologi, patologi, immunologi og radiologi. Formålet med disse meldingene er utveksling av informasjon mellom tjenester i forbindelse med medisinsk oppfølging av pasienter. Det er i hovedsak leger som bruker meldingene.

I forbindelse med samhandlingsreformen har det blitt nødvendig med mer aktiv behandling i omsorgstjenesten. Pasienter utskrives raskere fra sykehusene og de må tas inn på korttids plasser eller intermedieær plasser i sykehjem i kortere eller lengre tid før de skrives ut til hjemmet. Dermed er det blitt aktuelt også med epikriser fra omsorgstjenesten. Ingen av systemene har mulighet for det. To av systemene kan motta epikriser, men flere helseforetak sender av ulike årsaker ikke epikriser til omsorgstjenesten. Årsaken kan være at helseforetaket i det aktuelle området ikke kan sende disse meldingene på riktig format.

Henvisninger sendes i økende grad også for pasienter som er innlagt på sykehjem. Det kan være henvisninger til undersøkelser, røntgen, spesialister og innleggelse på sykehus. Alle systemene kan produsere henvisninger som kan skrives ut på papir. To av systemene har muligheter for å sende elektroniske henvisninger, men det kan se ut til å være i liten bruk. Brukerne oppgir i brukerundersøkelsen også svært liten tilfredshet med funksjonaliteten i systemene i forhold til å

produsere henvisninger. Dette begrunnes med for lite «flettemuligheter», dvs. mye manuelt arbeid for å produsere henvisninger.



Figur 7: Jeg opplever at journalsystemet gir støtte til arbeidsprosesser når det gjelder: Produksjon av henvisninger 1=helt uenig og 6=helt enig (Helsedirektoratets kartlegging, N=221)

Manglende støtte til arbeidsprosessen og for mottak/sending av basismeldinger oppleves som en alvorlig svakhet i de tre systemene.

Interne meldinger

Interne meldinger er meldinger som kan knyttes til bestemt pasient og sendes mellom helsepersonell internt i egen organisasjon ved bruk av journalsystemet, to av systemene har slik funksjonalitet. To av systemene har også interne meldinger som ikke er knyttet til pasient og som kan sendes til enkeltpersoner som ansatt, til en avdeling eller til et vaktlag. Denne funksjonen oppleves som nyttig. For nærmere beskrivelse av dette området vises det til kap vedrørende Pasientadministrasjon.

2.6 Laboratorieprøver

En basisfunksjon i journalsystemene bør være mulighet for registrering av laboratoriesvar.

Etter hvert som det drives mer aktiv utredning og behandling innen den kommunale omsorgstjenesten er det blitt mer behov for kontroll og oppfølging av laboratorieverdier og målinger. Også for pasienter med langtidsopphold er det behov for å kunne følge med måleverdier over tid. Dette kan være så enkelt som å følge med en pasients vekt for å kunne oppdage underernæring eller væskeansamling. Numeriske måleverdier følges lettest over tid ved grafisk visning da det er mye enklere å oppdage trender når det fremstilles grafisk fremfor tabellarisk.

Sykehjemsavdelinger trenger også laboratoriefunksjoner i systemet for å diagnostisere og følge opp pasientenes sykdommer og problemer.

To av systemene har laboratoriefunksjoner, det tredje har ingen særskilt laboratiemodul. I ett av systemene er elektroniske laboratoriefunksjoner (med prøvesvar-overføring osv.) lagt i en tilleggsmodul som må kjøpes separat av kommunene.

Systemene har muligheter for å vise utvikling av måleverdier/laboratorieverdier over tid, men det er begrensninger i de grafiske mulighetene. I ett system er grafisk visning kun mulig for prøver som er mottatt elektronisk, mens svar skrevet inn lokalt og lokale målinger ikke kan fremstille grafisk.

Ingen av systemene har funksjon for signering av prøvesvar av ansvarlig lege, (jfr kapittel om signering). Det er ingen lister over uleste prøvesvar, med unntak for elektronisk mottatte svar, men heller ikke disse må signeres av rekvirerende lege, det holder at de åpnes i systemet av en sykepleier.

Ingen av systemene har gjennomført nasjonal test for rekvirering av prøver elektronisk. Systemene mangler også mulighet for å varsle om uteblitte prøvesvar.

Spørreundersøkelsen viser igjen en stor forskjell i tilfredshet mellom legene og det øvrige helsepersonellet. Legene er jevnt over svært lite fornøyd med laboratoriefunksjonene, mens helsepersonellet i hjemmesykepleien er ganske godt fornøyd. Overraskende nok er det lite forskjell mellom brukertilfredsheten i forhold til de tre systemene i denne undersøkelsen, selv om de har ganske store forskjeller i laboratoriefunksjonalitet.

I en nylig utgitt pasientsikkerhetsrapport fra Kunnskapssenteret¹⁴ påpekes det viktigheten av gode rutiner for oppfølging av svar på prøver og målinger for å unngå uønskede hendelser med fare for pasientskade. Gode IT-systemer er en viktig del i denne oppfølgingen. I og med at økende utrednings- og behandlingsoppgaver overføres fra sykehus til intermedieravdelinger/akuttavdelinger i kommunene vil også kravene til laboratoriefunksjoner i systemene øke.

2.7 Signering

Det følger av pasientjournalforskriften § 7 tredje ledd at nedtegnelsene i pasientjournal skal dateres og signeres. Signering i en elektronisk pasientjournal innebærer bruk av elektronisk signatur¹⁵.

Hvis bruker har en egen brukeridentitet samt et passord, som kun brukeren kjenner til, vil forskriftens minstekrav til en signatur oppfylles. Det forutsettes da at opplysninger om hvilken person (navn, rolle og organisasjonstilhørighet) den enkelte brukeridentitet representerer, blir bevart like

¹⁴ Kunnskapssenteret. Uønskede pasienthendelser knyttet til prøver og undersøkelser. Juni 2014.

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-pasienthendelser-knyttet-til-prover-og-undersokelser>

¹⁵ Jf. lov om elektronisk signatur § 3 nr. 1.

lenge som de signerte nedtegnelsene i journalen slik at en til enhver tid skal kunne finne hvem som har signert den enkelte nedtegnelse.

Funksjonaliteten signering kan også innebære en aktiv, bevisst handling fra den som signaturen tilhører. Eksempler på slike funksjoner kan være:

- "Forfatters" (lege, sykepleier osv) godkjenning av et journalnotat e.l.
- Kontrasignering
- Kvittering for å ha lest f.eks. et prøvesvar
- Kvittering for å ta ansvar for en oppgave
- Kvittering for å ha fullført en oppgave

I en del tilfeller kan det være behov for å påføre de samme opplysningene mer enn en signatur, f.eks. lege signerer for å ha lest, sykepleier signerer for å ha fullført oppgaven. I slike tilfeller er det viktig at det framgår i hvilken rekkefølge signaturene er påført og hvilken funksjon den enkelte signatur har.

Signering av nedtegnelser i pasientjournal

Alle nedtegnelser i en pasientjournal skal dateres og signeres¹⁶. En slik signering innebærer at den som har signert, går god for at opplysningene er nødvendige, relevante og korrekte.

Ved føring av pasientjournal er det ikke alltid at en har alle opplysninger som er nødvendig for å fullføre f.eks. en rapport, når en starter registreringen. I slike tilfeller må en ha mulighet til å la den påbegynte rapporten stå åpen slik at den kan kompletteres og signeres på et senere tidspunkt. En ufullstendig nedtegnelse skal være tydelig markert som et usignert utkast slik at andre som kan ha behov for opplysningene for å yte helsehjelp, blir gjort oppmerksomme på at opplysningene kan være mangelfulle.

Enkelte journalsystemer åpner for at enkelte typer nedtegnelser kan stå åpne for videre registrering i en viss tid, gjerne bestemt av den enkelte virksomhet selv. Når dette tidsrommet er passert, låser systemet nedtegnelsen automatisk slik at den ikke kan endres.

Dersom systemet gir mulighet for å la utkast stå åpne for videre registrering på et senere tidspunkt, må systemet også gi den som foretar en registrering i journalen, mulighet til å angi at registreringen er komplett og skal signeres og dermed låses for videre endringer. Dersom prosedyren for å få gjenåpnet et slikt usignert utkast blir for omstendelig, kan det føre til at helsepersonell ikke tar seg tid til å fullføre og signere opplysningene, noe som i så fall vil gå utover pasientjournalens kvalitet.

Retting og sletting

Etter at en nedtegnelse i elektronisk pasientjournal er signert, skal den bare kunne endres etter reglene om retting og sletting i helsepersonelloven §§ 42 - 44. Den journalansvarlige kan likevel ved

¹⁶ Jf. pasientjournalforskriften § 7 tredje ledd.

redigering av journalen velge å redigere bort nedtegnelser som er signert¹⁷. Slik redigering skal i utgangspunktet kun skje i samråd med det helsepersonell som har gjort nedtegnelsene. Systemet må sørge for at en brukers notat ikke kan overskrives eller endres av en annen, men samtidig må feilføringer raskt kunne rettes slik at misforståelser ikke oppstår.

Eksempel: Dersom en bruker signerer og «låser» sitt journalnotat og i ettertid finner ut at dette ble skrevet på feil pasient må han enkelt kunne fjerne notatet selv om det er signert. Dersom notatet må fjernes av en overordnet eller supporttjeneste på et senere tidspunkt vil det i mellomtiden kunne oppstå alvorlige misforståelser og feilbehandling, fordi neste helsepersonell som leser notatet ikke har kunnskap om at det er feilskrevet. Slike redigeringsmuligheter må selvsagt likevel ivareta juridisk sporing av endringer.

Vi erfarte at i noen installasjoner er det var vanskelig å markere et feilført journalnotat og man er avhengig av å kontakte kommunens supporttjeneste eller overordnet, journalansvarlig for å få dette korrigert. Dette kan medføre at et feilført notat kan bli stående i lengre tid uten markering hvis det er ført på et ugunstig tidspunkt (f.eks. natt eller helg).

2.8 Konklusjon

Det kan se ut som om systemenes kompleksitet, sett i sammenheng med valg av systemoppsett, etablerte rutiner og hvordan den enkelte yrkesutøver følger disse rutinene, gir manglende muligheter for informasjonsdeling og gjenfinning av informasjon.

Det er et stort behov for videreutvikling av systemene i forhold til klinisk dokumentasjon og pasientoppfølging. Behovet har vist seg å være økende i forbindelse med Samhandlingsreformen, økning av antall korttidsplasser ved sykehjem og etablering av KAD-plasser.

Det er behov for videreutvikling i forhold til:

- å søke i journalteksten
- kliniske prosesstøttende varslinger
- forenkling av dokumentstruktur
- strukturerte planer (behandlingsplaner, pleieplaner osv)
- e-resepter, multidose, legemiddellister og legemiddelforordning
- søkeverktøy for diagnoser
- laboratoriefunksjoner
- grafisk fremstilling av ulike registreringer
- signering samt retting og sletting av prøvesvar, legemidler og notat

¹⁷ tlf pasientjournalforskriften § 13

Elektronisk meldingsutveksling med bruk av ELIN-k smeldinger fungerer godt, men det er svært krevende for små kommuner å sikre god forvaltning av meldingsutvekslingen. Enkelte av basismeldingene (epikrise, henvisning, rekvisjons/svar) finnes i enkelte av systemene på vedtatt meldingsstandard, men kommunene mottar av ulike grunner ikke svar elektronisk.

3. SAKSBEHANDLING

I dette kapitlet gis en oversikt over innholdselementer i journalsystemene knyttet til saksbehandling og vedtak om tjenester. Videre beskrives hvilke funn som er gjort i forhold til fornøydhet, bruk og behov for videreutvikling av systemene.

3.1 Søknadsbehandling

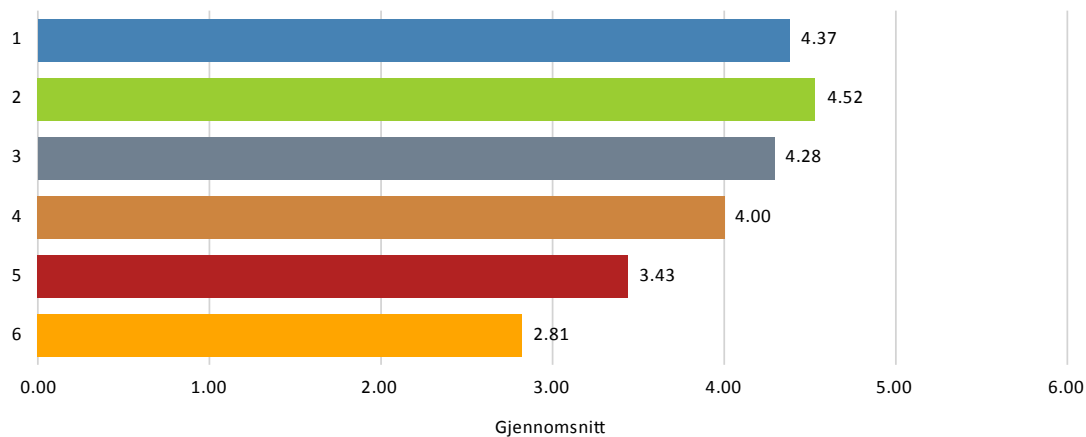
De tre systemene er utviklet for å støtte saksbehandling i forhold til de tjenestene kommunene yter på grunnlag av helse- og omsorgstjenesteloven. Systemenes fleksibilitet og praktisk organisering i den enkelte kommune gjør at de også benyttes til støtte for kommunale tjenester som ikke er direkte omtalt i loven.

For at systemet skal være et fullverdig arbeidsverktøy som saksbehandler kan benytte uten å være avhengig av papirer, er en del funksjonalitet nødvendig eller hensiktsmessig, f.eks integrasjon med Folkeregisteret for å sikre identifisering av søker med fødselsnummer, adresseopplysninger og familienettverk, støtte for skanning, lagring og gjenfinning av inngående brev, saksbehandling vedrørende innkreving av vederlag for tjeneste – praktisk bistand, institusjonsopphold langtid og korttid, matlevering mv. Systemet må også støtte saksbehandling mv knyttet til hjelpemidler.

Videre skal det være muligheter for å utforme sakspapirer, brev og elektroniske meldinger i forbindelse med søknadsbehandlingen, opprette pasientjournal ved vedtak om tildeling av tjenester og skanne innkomne papirdokumenter.

I tillegg må det være mulig å hente ut statistikk vedrørende mottatte søknader, saksbehandlingstid, ventelister osv.

Tilbakemeldingen i forbindelse med spørreundersøkelsen var gjennomgående i positivt i forhold til søknadsbehandling, vedtaksproduksjon, kommunikasjon med utfører av tjenesten og logistikk rundt sykehjemsplasser. Tendensen var svakt negativ når det gjaldt støtte til håndtering av ventelister, og klart negativ når det gjaldt elektronisk samhandling med tjenestemottaker/pårørende.



Ved

Figur 8: Opplevelse av at journalsystemet gir støtte til arbeidsprosesser rundt vedtak. Rangering der 1 = helt uenig og 6 = helt enig

Gjennom kommunebesøkene ble det gitt tilbakemelding om at systemene støtter deres arbeidsrutiner, med unntak av Bergen kommune, der de påpekte at systemet ikke dekket alle behov.

Koordinator

Saksbehandler i kommunen vil også kunne ha rolle som brukers koordinator i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven §7-2. Koordinator yter helse- og omsorgstjeneste med dokumentasjonsplikt og vil ha behov for tilgang til dokumentasjon fra ulike personellgrupper.

I vår undersøkelse kom det frem at det ikke var uvanlig at den som er saksbehandler for en søknad om tjeneste, får rollen som koordinator¹⁸. Inntrykket var at systemene ga mulighet for å håndtere slike dobbeltroller.

Elektronisk dialog med pasienter

Ingen av systemene gir mulighet for elektronisk kommunikasjon med pasienter.

Ut fra tilbakemeldinger fra enkelte av leverandørene er elektronisk kommunikasjon med brukere og pårørende ikke et prioritert område for dem. Flere nasjonale tiltak som er til vurdering, under planlegging eller under innføring vil være avgjørende for å få slik kommunikasjon på plass. Kommunikasjon med helse- og omsorgstjenesten vil i stor grad inneholde sensitive person- og helseopplysninger som må være tilstrekkelig sikret. Bergen kommune har åpnet for elektronisk innsending av søknader. Erfaringen er at det brukes lite.

Hjelpemiddelområdet

Hjelpemiddelområdet er spesielt krevende ved at saksbehandler og tjenesteyter i kommunen må benytte NAVs elektroniske støtte til Hjelpemiddelsentralene. Her er det i liten grad tilrettelagt med integrasjon i journalsystemene. NAVs løsning oppleves ikke som funksjonell av omsorgstjenesten. Løsning som sikrer god samhandling mellom kommunens saksbehandlere og tjenesteytere på den ene side og Hjelpemiddelsentralene på den andre er etterspurt.

¹⁸ Jf. helse- og omsorgstjenestelovens §7-2.

3.2 Sakarkiv og pasientarkiv

Dokumentasjon som mottas eller utarbeides i forbindelse med behandling av en sak, for eksempel en søknad om omsorgstjenester eller en klage på slike tjenester, må ses på som dokumentasjon av saksbehandling etter forvaltningsloven. Slik dokumentasjon er saksdokumenter etter offentlighetsloven¹⁹ og skal føres i postjournal etter arkivforskriften²⁰.

Beslutninger vedrørende helsehjelp treffes av helsepersonell i kraft av deres autorisasjon som lege, sykepleier eller lignende. Slik helsehjelp skal dokumenteres i pasientjournal i henhold til bestemmelsene i helsepersonelloven²¹ og pasientjournalforskriften²².

Innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten har en tradisjon for å benytte IT-systemer som støtter opp under hele prosessen fra mottak av søknad om en slik tjeneste via saksbehandling og vedtak til gjennomføring av tjenesten og behandling av eventuelle klager på tildelt/vedtatt tjeneste.

Mens NOARK-standarden²³ er obligatorisk for elektronisk sakarkiv og føring av postjournal, så gjelder ikke denne for elektronisk pasientjournal. Sakarkivløsningen til en av de tre leverandørene er godkjent av Riksarkivaren²⁴ som en komplett Noark 5-løsning mens løsningen til en annen har godkjenning som Noark 5 kjerne. Den tredje leverandøren har ingen slik godkjenning.

To av de tre systemene som har vært vurdert i vår undersøkelse, har i følge leverandørene et klart skille mellom sakarkiv og pasientarkiv. Den tredje leverandøren opplyser at deres system ikke har noe slikt skille og begrunner dette med at det ikke er entydig hva som skal inngå i sakarkivet og hva som skal inngå i pasientarkivet.

Skillet mellom saksopplysninger og pasientjournal ser ut til å være uklart for brukerne. Dette kan være en medvirkende årsak til at enkelte kommuner arkiverer f.eks. skannede laboratoriesvar i sakarkivet/postjournalen. En uklar forståelse av om dokumenter skal arkiveres i sakarkiv eller pasientarkiv kan innebære utfordringer når det gjelder styring av tilgang til opplysninger.

¹⁹ Offentleglova § 4

²⁰ Forskrift om offentlege arkiv §§ 2-6 og 2-7

²¹ Helsepersonelloven §§ 39 og 40

²² Forskrift om pasientjournal §§ 5-8

²³ Jf. arkivforskriften § 2-9.

²⁴ Se <http://www.arkivverket.no/arkivverket/Offentleg-forvalting/Noark/Noark-5/Godkjente-loesninger/Endelig-godkjente-loesninger>

3.3 Konklusjon

Generelt er inntrykket at systemene gir relativt god støtte til kommunenes saksbehandling innenfor helse- og omsorgssektoren. Det savnes støtte for elektronisk dialog med pasienter og funksjonalitet knyttet til hjelpemiddelområdet er sterkt etterspurt.

Kunnskapen i kommunene vedrørende skille mellom sakarkiv og pasientarkiv, og konsekvenser i forhold til bruk av systemene ser ut til å være mangelfull.

4. PASIENTADMINISTRASJON

I dette kapitlet gis en oversikt over innholdselementer i systemene knyttet til pasientadministrasjon. Videre hvilke funn som er gjort i forhold til fornøydhet, bruk og behov for videreutvikling av systemene.

4.1 Arbeidslister

For å kunne styre personalressurser slik at pasienten får riktig hjelp til riktig tid er det behov for et godt verktøy som gir oversikt over alle planlagte besøk/tiltak og utforutsatte hendelser. Det er også behov for å utarbeide bemanningsplaner som viser hvor mange «hender» og med hvilken kompetanse det er behov for på hver vakt. Det er derfor en fordel om det er en integrasjon mellom turnussystem som tjenesten benytter og journalsystemet.

Fleksibilitet i arbeidsplanlegging

Systemene må ta utgangspunkt i arbeidsprosessene og gi grunnlag for å utarbeide gode arbeidsplaner som kan endres og korrigeres på kort varsel. Mulighet for kommunikasjon mellom de som sitter på kontoret og planlegger, de som utfører oppdrag hjemme hos pasienten, samt kommunikasjon kollegaer i mellom gjennom vekten er nødvendig for å kunne disponere tilgjengelige ressurser på best mulig måte. Dette kan gjøres ved bruk av telefon, men ofte er det vanskelig å håndtere telefon samtidig med at det gis bistand til pasienter. Det bør derfor være mulig å kommunisere elektronisk ved å sende beskjer til hverandre slik at vaktlaget til enhver tid har oppdatert informasjon om status og endringer i dagsplanen.

Alle tre systemer har utviklet funksjonalitet for utarbeidelse av arbeidsplaner hvor oppdrag fordeles enten manuelt eller automatisk etter kompetanse og geografi. Dette samme gjelder muligheter for integrasjon med turnussystem.

Et av systemene har nylig implementert støtte for bedre kommunikasjon og oversikt over endringer som skjer ilt arbeidsdagen innen et vaktlag. Ved bruk av mobil enhet kan ansatte enten utlyse oppdrag hvis man trenger hjelp av en kollega, eller overta besøk for andre som trenger hjelp. Enheten er online slik at alle oppdateringer og endringer umiddelbart lagres i programmet og blir

synlig for andre. Den som sitter inne og planlegger arbeidsdagen har dermed systemstøtte som gjør det mulig å se hvilket oppdrag de ansatte er i gang med, hva de har utført og hva som er avlyst/kansellert. Dette gir grunnlag for effektiv flåtestyring og god informasjon til pasient eller pårørende som lurer på når de får besøk.

De to andre systemene har funksjonalitet for å sende sikre internmeldinger vedrørende pasient til enkeltpersoner eller til vaktlag. Dette blir i følge de kommunene vi besøkte lest av ansatte inne på kontoret, og ikke brukt kombinert med mobile enheter. Dersom det skjer endringer som gjør at ansatte må varsles gjøres dette ved bruk av telefon.

I kommunebesøkene kom det fram at funksjonalitet for arbeidsplanlegging hadde vært i bruk lenge, og at de hadde godt innarbeidede rutiner for dette. Ingen av kommunene vi besøkte oppgav at de trengte å benytte støttedokumenter utenfor systemet til denne arbeidsprosessen, men arbeidslister ble skrevet ut på papir der kommunen ikke hadde tatt i bruk mobilt utstyr.

I spørreundersøkelsen kom det fram at dette var funksjonalitet som var spesielt tilpasset hjemmetjenesten. Funksjonalitet oppleves som krevende for ergo- og fysioterapitjenesten som ikke jobber på samme måte som et team/vaktlag.

Boliger/bofellesskap og institusjon kan også benytte denne funksjonen, men disse har ikke nødvendigvis det samme kravet knyttet til geografi og kommunikasjon med andre ansatte fordi de oppholder seg på samme sted. De trenger imidlertid systemstøtte for planlegging av arbeidsdagen, oversikt over hvilken oppfølging beboer trenger ilt dagen og tilgang til å kunne gjøre oppslag/dokumentasjon i beboers journal.

Matbestilling og matombringning

Hjemmetjenesten i mange kommuner har etablert ordning for utkjøring av middag (varm eller kald) til hjemmeboende eldre og personer med ulike funksjonshemminger. Ett av systemene har en egen kjøkkenmodul som er integrert med brukerregister, saksbehandling og egenbetaling. Den inneholder i tillegg funksjonalitet for bestilling og planlegging av matproduksjon og matombringning for institusjoner og hjemmetjenester, men det finnes ikke selvbetjentløsning for pasient og pårørende.

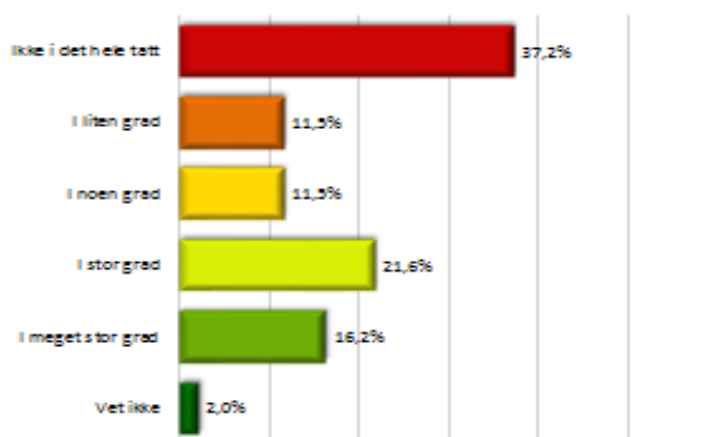
4.2 Tilgang til mobilt utstyr

Gjennom arbeidsdagen trenger den ansatte tilgang til hvilke pasienter han skal til, hva de skal ha hjelp til, samt mulighet for å slå opp i pasientens journal for å søke opp relevante opplysninger som f.eks. diagnose, medikamentinformasjon eller kontaktinformasjon til fastlege og pårørende dersom det skulle oppstå akuttsituasjoner. Alle 3 leverandører har programvare som gjør det mulig å få opp dagens arbeidsliste på enten håndterminaler eller smarttelefoner. En leverandør har også skrevet applikasjonen til bruk på nettbrett.

Det er imidlertid svært ulikt hvor langt kommunene har kommet med å ta i bruk denne type verktøy. En av kommunene vi besøkte hadde nylig byttet ut håndterminaler med smarttelefoner med bedre brukergrensesnitt og mer støtte til arbeidsprosessen. Ansatte som har tatt i bruk dette verktøyet var svært fornøyde og hadde sluttet å ta ut arbeidslister på papir.

Systemansvarlige i kommunen formidlet at de hadde hatt mange tekniske utfordringer med de gamle håndterminalene, og at ansatte opplevde enhetene som store, tunge og ustabile i bruk. Videre ble det fremhevet at det krevdes ressurser og kompetanse for å kunne konfigurere infrastrukturen knyttet til terminalene på en forsvarlig og sikker måte.

Flere av kommunene vi besøkte hadde konkrete planer om å ta i bruk bærbart utstyr slik at ansatte slapp å skrive ut arbeidslister på papir, kunne dokumentere online i løpet av arbeidsdagen, og kunne ha tilgang til nødvendige helseopplysninger når de utførte oppdrag hjemme hos pasienten. I eKommunekartleggingen gjennomført sommeren 2014 svarte over 60% av kommunene at de har tatt i bruk håndholdte enheter, ca 37% av disse i stor/meget stor grad.



Figur 9: Bruk av håndholdte enheter (f.eks PDA) for hjemmetjenesten/-sykepleien. KS eKommunekartlegging (n=154)

4.3 Plassadministrasjon

Kommunene forvalter et stort antall sykehjemsplasser. Eksempelvis er det i Oslo 53 sykehjem med totalt 5000 senger. For å kunne bruke plassene på en effektiv måte, og til enhver tid ha oversikt over senger i bruk, type plasser (f.eks korttidsplasser, langtidsplasser, skjermede plasser, smitte) og ledighet er det nødvendig med funksjonalitet som understøtter denne arbeidsprosessen. I de fleste kommuner er det et stort press på korttidsplassene. Disse benyttes til akutt mottak etter utskrivelse fra sykehus, avlastning til pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid og når det oppstår et akutt pleiebehov som hjemmetjenesten ikke klarer å håndtere.

Siden det skjer raske skiftninger og endringer underveis må både bestillerenheten, hjemmetjenesten og institusjonen se informasjonen i sanntid, samtidig som det ikke skal være mulig å foreta dobbeltbookinger. Det må være mulig å forlenge opphold, splitte opphold og flytte opphold på en enkel og visuell måte. Dersom kommunen praktiserer «Fritt sykehjemvalg» er det behov for systemstøtte som gjør det mulig å administrere og ha god oversikt over ledige senger og hvilke pasienter som venter på sitt førstevalg til sykehjemsplass.

Angående logistikk rundt inn- og utskrivning av pasienter på korttidsplasser vises til pågående forskningsprosjekt ved Sintef og utprøving av løsning ved Lørenskog sykehjem, jfr kap 1.4.

To av tre system har støtte for håndtering av fritt sykehjemvalg, mens alle systemene har støtte for forvaltning av sykehjemsplasser. I ett av systemene benyttes et internt varslingsystem til å formidle at en plass har blitt ledig, og til videre kommunikasjon om hvem som skal tildeles den ledige plassen. Kommunikasjonen knyttes ikke til pasienten men ligger i en egen tabell i systemet. Flere kommuner bruker telefon eller møter hvor man i fellesskap blir enig om hvem som skal få plass. I et system kan alle følge med i samme oversiktsbilde med ulike roller og tilganger avhengig av funksjon slik at man ikke trenger støttesystemer som internmeldinger, egne møter eller telefonkontakt for å administrere plassene.

4.4 Pasientregnskap/egenbetaling

Alle tre system har tilleggsmoduler/-funksjoner som støtter opp om en rekke administrative oppgaver.

Kommunen må håndtere beboers midler ved langtidsopphold i institusjon eller bofellesskap. De må ha god oversikt over hva som settes inn og tas ut av konto, samt foreta årsoppgjør til kontroll og godkjenning.

Systemene må kunne beregne egenandel for betalbare tjenester herunder matombringing, praktisk bistand, trygghetsalarm, korttidsopphold i institusjon, dagopphold i og utenfor institusjon og langtidsopphold i institusjon. For å kunne beregne korrekt egenandel er det viktig å ha tilgang til korrekt beregningsgrunnlag. I dag er disse tallene tilgjengelig gjennom siste likning og hos NAV. For å redusere manuelt arbeid og fare for feil bør disse opplysningene være integrert i journalsystemet eller komme inn som en elektronisk melding.

Systemene har funksjonalitet for håndtering av beboers midler, samt funksjon for beregning av egenandel for betalbare tjenester. Systemene fungerer som «forsystemer» før videre effektivering i kommunenes fakturasystem. To av tre leverandører har utviklet integrasjon for oppslag i ligningsopplysninger. Alle tre leverandører har meldinger i henhold til standard for trekkinnmelding til NAV, mens NAV sender p.t informasjon om inntekt og skatt tilbake til kommunen på papir. Egenbetaling for langtidsopphold i institusjon er en arbeidskrevende prosess og det forutsetter tett

samarbeid med NAV for å få riktige inntektsopplysninger. Det er et sterkt ønske fra kommunene om å få informasjon vedrørende beregningsgrunnlaget i retur elektronisk og ikke på papir.

4.5 Konklusjon

Det finnes støtte for planlegging, endringer og kommunikasjon gjennom arbeidsdagen, men med ulik grad av sømløshet i de tre systemene. Ikke alle kommuner har tatt i bruk mulighetene som ligger i systemene. Dette kan skyldes både økonomi, prioriteringer, samt faglig og teknisk kompetanse og ressurser. Integrasjon med turnussystem og innføring av mobile enheter er krevende både teknisk, administrativt og økonomisk, og forutsetter at dette blir prioritert, samt at kommunen har teknisk kompetanse på oppsett og oppfølging.

Systemene har støtte for logistikk rundt bruk og formidling av sykehjemsplasser. Det er imidlertid ulikt hvor automatisert denne arbeidsprosessen understøttes i de tre systemene.

Alle tre system har tilleggsmoduler/-funksjoner som støtter opp om en rekke administrative oppgaver i forhold til pasientregnskap og egenbetaling.

Det savnes muligheter for direkte oppslag i ligningsopplysningene slik at man sikrer korrekt grunnlagsinformasjon og elektronisk tilbakemelding fra NAV.

5. STYRING, RAPPORTERING OG DATAKVALITET

I dette kapitlet gis en oversikt over Videre gis en oversikt over etablerte strukturer for rapportering av data og utfordringer med å kunne bruke det som grunnlag for overvåking, kvalitetssikring og forskning på nasjonalt og lokalt nivå.

5.1 Rapportering og bruk av data

I rapporten «OECD Reviews Of Health Care» påpekes det at Norge sammenlignet med andre land som Danmark, har en markant dårligere informasjonsinfrastruktur i helsesektoren²⁵, og den informasjonen man har er ikke godt nok tilgjengelig som beslutningsgrunnlag. Rapporten viser til at norske myndigheter må legge til rette for en åpen sammenligning av ytelse mellom kommuner for kvalitetsforbedring. I følge rapporten har Norge et behov for å utvikle systemer og minimumsstandarder, samt å samle data for å overvåke kvaliteten og at standardene blir fulgt.

Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk regulerer kommunens rapportering til IPLOS-registeret²⁶. Det er kommunen og den enkelte dokumentasjonspliktige som skal sørge for at opplysningene er korrekte og i henhold til forskrift om pasientjournal²⁷. Formålet med IPLOS-registeret er å samle inn og behandle data fra kommuner om søkere/tjenestemottakere for å gi grunnlag til overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring og forskning. Opplysningene kan også brukes til nasjonal, regional og lokal statistikk.

²⁵ OECD-rapport (<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114041e.pdf?expires=1406614338&id=id&accname=ocid54016358&checksum=69403A6A06E7078C0FFB37D5DF89FAA9>)

²⁶ IPLOS-forskriften (<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204?q=IPLOS+forskriften>)

²⁷ Forskrift om pasientjournal (<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=forskrift+om+pasientjournal>)

I tillegg til data fra IPLOS-registeret rapporterer kommunene til KOSTRA (Kommunene Stat Rapportering) på områdene personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten²⁸.

Registrering og nasjonal rapportering

Opplysningene som sendes fra kommunene krypteres og personnummeret gjøres om til et pseudonym før de sendes til databehandler (SSB). Hvert år rapporteres det inn opplysninger om mer enn 300 000 personer²⁹.

Oppdateringen av opplysningene som rapporteres til registeret er ikke integrert som en del av de daglige dokumentasjonsrutinene for helsepersonell. Det fører til lite oppdatert informasjon og ekstra arbeid for den enkelte dokumentasjonspliktige eller journalansvarlige.

Et eksempel er opplysningen «Døgnopphold i spesialisthelsetjenesten» som skal rapporteres til registeret. Her er underrapportering et problem. Flere kommuner har ingen rapportering av denne opplysningen selv om rapporteringen er obligatorisk. Årsaken er sannsynligvis at dette feltet ligger et helt annet sted i journalen enn der slike opplysninger dokumenteres i fritekst i et journalnotat.

Papirjournaler og andre sidesystemer er utbredt brukt i kommunene. Dette bidrar også til at viktig informasjon føres et sted og skal oppdateres et annet sted i journal for rapportering til IPLOS-registeret. Det er utfordrende for helsepersonell å sikre at opplysningene oppdateres flere steder, det øker sjansen for feil i rapportering og dokumentasjon.

Kommuneintervjuene og kartleggingen bekrefter at de samme opplysningene er dokumentert flere steder også i journalsystemet. Noen opplysninger skannes inn som dokumenter og legges i postjournal, andre opplysninger kommer som elektroniske meldinger og må registreres i systemet på grunn av ulike tekniske utfordringer. Dette oppleves som tungvint for helsepersonell.

Det kan se ut som om registrering av vedtakene, vedtakstid og tildelt tjenestetilbud er godt integrert i systemene. Rapporteringen av disse opplysningene bidrar dermed ikke til ekstraarbeid i forhold til IPLOS-registrering. Her er det god kvalitet og oppdaterte data i det nasjonale registeret.

Lokal bruk av data fra IPLOS-registeret

Den lokale nytten av rapportering av opplysninger til IPLOS-registeret for kommunene skulle være at de kunne ta ut rapporter fra systemet (lokale IPLOS-sumrapporter). I 2011 ble kravspesifikasjonen for disse rapportene overlevert fra Helsedirektoratet til systemleverandørene. I august 2014 er det to av tre leverandører som tilbyr rapporter til nedlasting fra systemet, i tillegg til Bærum kommune som

²⁸ SSB. KOSTRA. (<http://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/kostra-innrap>)

²⁹ SSB. KOSTRA. Rapport 2014/20 Kvalitet i IPLOS-registeret. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering 2012 (http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/177379?_ts=145faff0848).

har hatt sitt eget system. En av leverandørene har implementert rapporter med flere feil og mangler, noe som gjør at den i liten grad brukes i de kommunene som har fått den implementert.

Ut over IPLOS-rapporter er det i varierende grad muligheter til å ta ut rapporter for kvalitetssikring av eget arbeid og for bruk i kommunens planarbeid. Rapportene oppleves til dels å ha liten verdi for tjenesten.

5.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer

I Meld. St. 10 (2012-2013) om kvalitet og pasientsikkerhet³⁰ er det vektlagt at arbeid med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer bør gå parallelt og sees i sammenheng med utvikling av nasjonale faglige retningslinjer fordi kvalitetsindikatorer kan måle om en retningslinje fører til ønsket endring i praksis.

Formålet med kvalitetsindikatorerne er at det skal være et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten og for at pasienter/brukere skal kunne bruke dem som et grunnlag for å ivareta sine rettigheter³¹.

Arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer fra kommunal sektor går langsomt. En av de største utfordringene er datagrunnlaget og mangelen på strukturert informasjon i journalsystemene³². For å kunne strukturere opplysningene i journal må det foreligge nasjonale anbefalte kvalitetsstandarder slik OECD rapporten påpeker.

I henhold til HelseOmsorg21³³ er det en målsetting for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene vil være å øke kvalitet og kostnadseffektivitet, og samtidig bidra til utvikling av en kunnskapsintensiv bransje. Det påpekes at ny teknologi åpner for nye bruksmønstre, annen ansvarsfordeling og endret arbeidsflyt. Kommunale IKT-plattformer som pasient- og journalsystemer, må foruten å understøtte det daglige arbeidet samtidig tilrettelegges slik at den betydelige mengden data i sektoren kan hentes ut, systematiseres og gjøres tilgjengelig for forskning. Slike systematiserte data er også viktig for personvern, pasientsikkerhet, administrativ oversikt og for å avdekke områder med behov for kvalitetsforbedring.

5.3 Kodeverk og terminologi

Helsedirektoratet har initiert et program for langsiktig utbedring av området terminologi og kodeverk (informasjonsinfrastruktur). Programmet har som mål at det finnes standardiserte termer og koder der kodede/strukturerte data er nødvendig det er korrekt og konsistent bruk av standardiserte koder

³⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. Meld til Stortinget nr 10 (2012-2013) Kvalitet og pasientsikkerhet

³¹ Helse- og omsorgstjenesteloven (<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-+og+omsorgstjenesteloven>)

³² Statusrapport for arbeidsgruppen for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i pleie- og omsorgs 2013

(<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem/Publikasjoner/Nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem.pdf>)

³³ HelseOmsorg21 Kommunesektoren. Delrapport. 18.02.2014 www.helseomsorg21.no

og termer i fagsystemer oppdaterte kodeverk og terminologier med tilhørende veiledere og lignende, er lett tilgjengelig, også for direkte bruk i fagsystemer.

Programmet reflekterer et stort behov for kodeverk knyttet til strukturert dokumentasjon på prioriterte områder relatert til behov for uttrekk av data til styringsinformasjon, kvalitetsindikatorer osv. I forhold til omsorgstjenesten, er ernæring et av de prioriterte områdene for utvikling av kvalitetsindikatorer. For å kunne innhente informasjon om ernæring vil det være nødvendig å etablere et nasjonalt kodeverk innenfor området.

Konklusjon

Kommunene må gis mulighet til å ta ut aggregerte data lokalt til kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling, styring og planlegging. Aggregerte data må også kunne brukes i erfaringsutveksling med andre kommuner (læringsnettverk). Opplevelse av egen nytte av dataene vil kunne bidra til komplettheten i datagrunnlaget.

En forutsetning for kompletthet i datagrunnlaget er også at den daglige dokumentasjonen gjøres i strukturert form, med bruk av et enhetlig kodeverk. Data vil da kunne sammenstilles med annen informasjon og kobles mot informasjon fra flere registre, brukes lokalt og nasjonalt til kvalitetsforbedring, styring og forskningsformål.

6. DRIFT OG KONFIGURERING AV SYSTEMENE

I dette kapitlet gis det oversikt over erfaringer med drift og konfigurering av systemene samt muligheter for tilgangsstyring av opplysninger i systemene. Videre gis det en oversikt over etablerte styringsstrukturer for anskaffelser og bestilling av ny funksjonalitet i journalsystem, samt beskrivelse av utfordringer med koordinerte bestillinger ovenfor journalleverandørene.

6.1 Konfigurering

Erfaringene fra kommunebesøkene og leverandørsamtalene viser at det er et vell av muligheter når det gjelder konfigurering av systemene og at det krever inngående kjennskap til systemene og hvilke konsekvenser endringer fører til.

Kommunene kan i stor grad sette opp systemene slik de måtte ønske. Denne fleksibiliteten er positiv for de kommuner som har ressurser og kapasitet til å håndtere det. Konfigureringen bygger i stor grad på etablerte og skriftlige rutiner i kommunen. Slike detaljerte rutiner og at man følger disse er en forutsetning for god bruk av systemene.

To av leverandørene leverer systemene helt «tomme», men kan tilby kommunene bistand ved implementering. Ett av systemene kommer med det leverandøren anbefaler som et «standardoppsett» som kommunene kan ta utgangspunkt i. Også her kan leverandøren bistå kommunene med videre konfigurering.

Erfaringene fra kommunebesøkene viser at konfigureringen er krevende og at noen kommuner ikke helt ser konsekvensene av endringer de gjør, for eksempel ved omorganiseringer. En av leverandørene påpeker at de erfarer at det skjer mye feil ved omorganiseringer og endringer i konfigureringen. De tilbyr seg å hjelpe kommunene slik at de ivaretar konsistente data. Ofte får de

tilbakemelding om at kommunen ønsker å håndtere det selv. En av leverandørene har utviklet et eget verktøy som må benyttes ved denne type endringer. Dette verktøyet disponeres av leverandøren og sikrer konsistente data.

Når det gjelder helsepersonells opplevelse og fornøydhet har vi gjennom kommunebesøkene erfart at det er avhengig av konfigureringen av systemet. F.eks kunne ett og samme system vise legemodulen på flere forskjellige måter. I noen tilfelle ble helt vesentlig informasjon, som for eksempel sykepleiejournal skjult i legemodulens brukergrensesnitt. Gjennom kommunebesøkene erfarte vi videre at ressursene som avsettes til administrasjon av systemet er svært forskjellig. I de små kommunene er det ikke dedikerte ressurser til dette. Oppgavene ivaretas typisk av en superbruker som i tillegg er operativ i tjenesten, administrativ ressurs eller virksomhetsleder.

6.2 Databehandlingsansvar og drift

Det er virksomheten ved ledelsen som har ansvar for å etablere og opprettholde tilfredsstillende informasjonssikkerhet i forhold til behandling av pasientopplysninger. Dette er blant forpliktelsene til databehandlingsansvarlig. Det daglige ansvaret tilligger som oftest daglig leder i virksomheten. Den som har det daglige ansvaret for informasjonssikkerheten, kan overføre oppgaver til egne ansatte. Oppgaver kan også overføres til eksterne, f.eks. kan man delegerer oppgaver til leverandører. Dette må gjøres i form av skriftlige avtaler. Uansett om oppgaver er delegert eller ikke, ligger det juridiske ansvaret hos databehandlingsansvarlig.

Dersom drift av system med helse- og personopplysninger er satt ut til ekstern driftsenhet skal kommunen inngå databehandleravtale med driftsoperatøren. Med bakgrunn i at kommunene trenger robuste IKT-system har mange kommuner gått inn i interkommunale samarbeid om IKT. Døgnåpen tilgang til tjenester krever sikker infrastruktur og robuste IT-løsninger. Særlig for små kommuner kan dette være vanskelig å innfri. Samarbeid mellom kommuner kan gi profesjonalitet, leveringsevne og stordriftsfordeler³⁴.

Drift av kommunenes omsorgssystemer må utføres av ressurser med relevant kompetanse på infrastruktur, maskinvare og applikasjonsdrift enten dette ivaretas av et interkommunalt IKT-samarbeid, ekstern driftsleverandør eller i egen virksomhet. Leverandørens krav til kapasitet og ytelse må over tid ivaretas.

Drift av systemene har ikke systematisk blitt tatt opp under kommunebesøkene, men flere av kommunene kunne melde om systemheng, treghet og at de falt ut av systemene flere ganger daglig. Hendelsene er ikke knyttet opp til ett av systemene. Det er ikke slik at to kommuner med samme system opplever disse problemene likt. Noen av kommunene viste til at maskiner og utstyr ikke var skiftet ut siden systemet ble anskaffet for mange år siden og det kunne være en medvirkende årsak til noen av problemene.

³⁴ KS. Veileder om interkommunalt samarbeid http://www.ks.no/PageFiles/20836/Veileder_for_IKT-samarbeid.pdf

Leverandørene har kjennskap til problemene og mener det er flere grunner til disse. Ved anskaffelsen av systemet har kommunene vanligvis forholdt seg til de kravene som leverandør stiller til infrastruktur og maskinvare. Når så systemene over tid har blitt tatt i bruk av stadig nye brukergrupper, på flere lokasjoner og med nye og omfattende moduler eller integrasjoner er ikke økte kapasitetskrav fulgt opp i tilstrekkelig grad. Leverandørene mener også at der det er etablert interkommunale IKT-samarbeid på drift, er det mindre av denne type problemer. Det gjelder spesielt for de små kommunene. Leverandørene peker på betydningen av tilstrekkelig kompetanse på drift av infrastruktur og applikasjoner.

6.3 Tilgangsstyring

Et elektronisk journalsystem skal inkludere mekanismer som gjør det mulig å styre tilgangen til helseopplysninger i tråd med gjeldene regelverk.

Hovedinntrykket er at alle de tre systemene gir mulighet til tilstrekkelig differensiert tilgangsstyring med tanke på:

- Hvilke typer opplysninger den enkelte tjenesteyter skal kunne gis tilgang til.
- Hvilke pasienter det skal gis tilgang til.
- At tilgangen begrenses til det tidsrommet hvor det ytes tjenester.

Når det gjelder sperring av opplysninger i journalen etter krav fra pasienten, gir to av systemene mulighet til å sperre enkeltdokumenter mens det tredje kun gir mulighet for å sperre hele journalen.

Alle tre systemer gir også mulighet for at en tjenesteyter på eget initiativ kan skjule enkeltdokumenter for andre tjenesteytere. For to av systemene vil dokumenter som er skjult på denne måten, også være skjult for journalansvarlig. En konsekvens av at tjenesteytere skjuler opplysninger på denne måten, kan være at viktige opplysninger er utilgjengelige når det skal tas beslutning om helsehjelp.

Mens to av systemene gir mulighet til å begrense saksbehandlers tilgang til de pasienter som har en uavsluttet sak som saksbehandleren selv arbeider med, gir det tredje systemet ingen slik mulighet.

6.4 Videreutvikling av systemene

Nasjonal styringsmodell

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er et av fire strategiske grep som trekkes frem i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal. Mange selvstendige aktører i sektoren og tilhørende utfordringer med å styre kompleksitet gjør det

nødvendig å klargjøre nasjonalt ansvar for IKT-utviklingen. Dette gjelder også omsorgstjenesten og kommunene som aktør på dette området.

Det er etablert en rekke nasjonale fora som skal bidra til denne styringen:

- [Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren \(NUIT\)](#) er etablert for å sikre koordinering og prioritering av e-helse utvikling av nasjonal betydning, gi forutsigbarhet for leverandørene og en helhetlig prosess fra innmelding av tiltak til anbefalt prioritert utvikling. NUIT består av 14 medlemmer som representerer de største interessentene i helse- og omsorgssektoren og er ledet av Helsedirektoratet. Kommunesektoren har fire representanter i tillegg til en representant for privatpraktiserende leger.
- Program for IKT-samordning i kommunesektoren (KommIT) ble vedtatt opprettet av KS i mai 2012 for å samordne oppgaver av forvaltnings- og utviklingsmessig karakter for kommunesektoren. KommIT representerer kommunesektoren i nasjonale utviklingsprosjekter.
- KS KommIT har opprette et eget NUIT for kommune-sektoren (KNUIT). Utvalget skal arbeide med samordning av kommunale prioriteringer i prosess med nasjonale initiativ og leverandørindustrien. KNUIT har tre hovedoppgaver:
 - Prioritere oppgaver med kommunesektorens behov innenfor e-helse
 - Gi innspill til KS/KommIT representantene i forkant av de nasjonale møtene
 - Være rådgivende gruppe for KS/KommIT innen e-helse

[Nasjonal handlingsplan for e-helse \(2014-2016\)](#) gir en samlet fremstilling av pågående og planlagte nasjonale e-helsetiltak. Handlingsplanens [tiltaksoversikt](#) er ikke prioritert og konsekvensutredet, men danner grunnlag for utarbeidelse av årlige tiltaksplaner etter gjennomført prioriteringsprosess i NUIT. I forhold til prioriteringer i NUIT og oppfølging av nasjonale behov for nyutvikling av funksjonalitet i omsorgssystemene har det vist seg krevende å finne gode modeller for prosjektforankring og finansiering. Det vises til vedlegg 3 for oversikt over NUIT prioriteringer som berører omsorgssystemene.

Det vises i denne sammenheng til en valgt modell for fastleger, der det gjennom de årlige takstforhandlinger for 2014-2015 er satt av 17 mill kroner til 7 konkrete prosjekt knyttet til videreutvikling av fastlegenes journalsystem.

Lokale anskaffelser

På oppdrag fra KS har Rambøll og Inventura utarbeidet en rapport vedrørende «Kostnader, besparelser og effektivisering ved konkurranse»³⁵. Det pekes i rapporten på behovet for flere innkjøpsfaglige ressurser i kommunene for å sikre gode rutiner for kontrakts- og

³⁵ KS. 2014. Kostnader, besparelser og effektivisering ved konkurranse. <http://www.ks.no/-Kostnader-besparelser-og-effektivisering-ved-anskaffelser/>

leverandøroppfølging. Det er også behov for bedre kompetanse om offentlige innkjøp, anskaffelsesregelverket og gode anskaffelsesprosesser, bruk av forhandling, og spesielt i gjennomføring av anskaffelser under nasjonal terskelverdi.

Over tid har vi erfart at kommunene vegrer seg for å gjøre nyanskaffelse av system til omsorgstjenesten. Anskaffelsen i seg selv er krevende og det er svært krevende å implementere og å ta i bruk et nytt system. Når en kommune har anskaffet et system beholdes dette over svært mange år og det anskaffes ofte tilleggsmoduler ut fra behov uten at det gjennomføres konkurranse. Vi har også erfart at de samme systemleverandører nå også tilbyr tilgang til og integrasjon med velferdsteknologiske løsninger. Enkelte kommuner anskaffer også disse løsningene uten at det gjennomføres konkurranse om leveranse.

Gjennom e-kommunekartleggingen som KS sendte ut i juni 2014 ble det stilt spørsmål om kommunenes anskaffelser av journalsystem i omsorgstjenesten. 73% svarer at det er mer enn 4 år siden de anskaffet elektronisk pasientjournal, i forhold til når det vil være behov for å gjøre ny anskaffelse av system oppgir ca halvparten at de ikke vet eller er usikker, 18 kommuner oppgir at de planlegger nyanskaffelse innen utgangen av 2017.

6.5 Konklusjon

Det er et stort behov for standardisering i forhold til konfigurering av systemene. Det anbefales gjennomført kompetanseheving av systemforvaltere i forhold til konfigurasjon og administrasjon.

Drift av systemene er godt ivaretatt hos de store kommunene. De små kommunene drar nytte av å delta i driftssamarbeid på IKT-området. I forbindelse med anskaffelse av nye moduler, endret bruk og annen belastning bør det gjøres kapasitetsanalyser av drift for å sikre tilgjengelighet til data og at systemet fungerer optimalt.

Hovedinntrykket er at systemene har ganske god funksjonalitet i forhold til tilgangsstyring. Kommunene vegrer seg for å gjøre nyanskaffelse av system til omsorgstjenesten. Anskaffelsen i seg selv er krevende og det er svært krevende å implementere og å ta i bruk et nytt system.

I forhold til prioriteringer i NUIT og oppfølging av nasjonale behov for nyutvikling av funksjonalitet i systemene som brukes av omsorgstjenesten har det vist seg krevende å finne gode modeller for prosjektforankring og finansiering.

KONKLUSJON OG OVERORDNEDE BEHOV

I dette kapitlet vektlegges tre områder for videreutvikling av journalsystemene. Det vises videre til mulige tiltak på de spesifikke områdene.

Utvikling av journalsystem i omsorgstjenesten startet på 1990-tallet. Alle tre system (CosDoc, profil og Geric) ble i utgangspunktet utviklet for å understøtte søknadsprosessen, saksbehandling og fakturering. Systemene ble så videreutviklet ut fra behov meldt fra omsorgstjenesten, med hovedvekt på blant annet hjemmesykepleien og nasjonale prosjekter for elektronisk meldingsutveksling. Systemene dekker et bredt spekter av funksjoner og på enkelte områder er tjenesten godt fornøyd med funksjonaliteten. Men, systemene er ikke videreutviklet i tilstrekkelig grad for å møte endringer i pasientgrunnlaget, de siste årenes tjenesteutvikling og ulike helsepersonellgruppers behov.

6.6 Informasjonsoversikt og medisinsk faglige behov

Stadig flere eldre med et sammensatt sykdomsbilde krever mye av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal bruke mindre ressurser på ferdigbehandlede pasienter og de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal takle pasienter som raskt skrives ut fra spesialisthelsetjenesten. Når pasienten flyttes mellom virksomheter i helsetjenesten skal viktig informasjon overføres til ny behandlingsinstans.

Endrede pasientgrupper gir behov for endringer i tjenestetilbudet også innen omsorgstjenesten. God og velfungerende informasjonsutveksling og kommunikasjon er viktig for å kunne sørge for effektive tjenester av høy kvalitet, og er spesielt viktig der pasienten er i kontakt med mange helsearbeidere. De elektroniske pasientjournalsystemene må understøtte pasienter og helsepersonells behov for medisinsk oppfølging i henhold til Samhandlingsreformens intensjoner.

- Journalsystemene må videreutvikles for å understøtte dagens behov for medisinsk oppfølging av pasienter der mange helsepersonellgrupper er involvert.
- Journalsystemene må videreutvikles for å sikre et godt brukergrensesnitt for informasjonsoversikt tilpasset ulike yrkesgrupper.

Anbefalinger

Leverandørene har etablert brukerforum der representanter for kommunene møter. Representantene fra kommunene vil ofte være superbrukere og/eller IKT-ressurser. I brukermøtene presenteres ny og bedre funksjonalitet som leverandøren har utviklet, endringer i lover og forskrifter som er relevant for kommunene, og veiledning/opplæring ved endrede arbeidsoppgaver i denne sammenheng. I tillegg er det for enkelte leverandører slik at brukerforumet deltar i prioriteringen av innmeldte utviklingsbehov, for andre er det slik at nye brukerbehov tas opp og drøftes mellom kommunene og leverandøren som en del av brukermøtet, men leverandør prioriterer.

Det finnes ingen uavhengige brukerråd som gjennom en formalisert struktur gir innspill til videreutvikling av systemene. Brukerråd kan organiseres ut fra ulike modeller, pr system, pr yrkesgruppe, tverrfaglig osv.

Det vises i den sammenheng til Nasjonal IKTs «systemeierforum» (SEF) som er etablert for blant annet samhandling med leverandører og interessentgrupper, peke på felles behov, foreslå endringer, samordne krav til løsninger og erfaringsdeling mellom regionene.

Med bakgrunn i at det er behov for raskt å gjøre endringer i systemene foreslås det i første omgang opprettet et hurtigarbeidende utvalg for gjennomgang av behov for videreutvikling av systemene. Videreutviklingsbehov må dekke alle tjenestoområder, men i første omgang med fokus på legetjenestens behov. Det anbefales utarbeidet beskrivelser av utviklingsbehov og kravspesifikasjoner for omsorgssystem med utgangspunkt i utvalgets innspill. Kravspesifikasjonene må muliggjøre konkrete prosjekter for videreutvikling av systemene.

Det bør videre vurderes om det er behov for å etablere et nasjonalt fagråd for IKT-utvikling i omsorgstjenesten, jfr Nasjonal IKTs systemeierforum.

6.7 Kvalitetsforbedring, styring og forskning

Data må kunne gjenbrukes til kvalitetsforbedring, styring og forskning

Rapportering av styringsinformasjon på nasjonalt nivå er utviklet og fungerer relativt godt (IPLOS), men dataregistreringen ønskes tettere integrert i den daglige dokumentasjonen. Dagens løsning baseres på dobbeltregistrering i samme system. Strukturering, standardisering og nasjonale kodeverk er etterspurt som grunnlag for styringsinformasjon, kvalitetssikring av egen virksomhet og for utvikling av kvalitetsindikatorer.

Strukturering av dokumentasjon, både daglige notat og planer (behandlingsplan, rehabiliteringsplan, pleieplan osv) vil kunne legge grunnlag for kvalitet i dokumentasjonen, gi søkemuligheter og lettere informasjonsoversikt, samt legge grunnlag for strukturert uthenting av rapporter for kvalitetsforbedring, forskning osv.

Strukturering av dokumentasjon og videreutvikling av planer pekes på som spesielt viktig både av helsepersonell og systemleverandører.

Anbefalinger

Et evt fagråd bør utarbeide forslag til planer og struktur for strukturert dokumentasjon. De ulike fag- og tjenesteområdenes behov må samordnes slik at grunnstruktur for dokumentasjon blir konsistent i journalsystemet, med enhetlig bruk av terminologi og kodeverk.

Anbefalingene vedrørende strukturering og kodeverk må spesifiseres i en felles kravspesifikasjon som grunnlag for videreutvikling av omsorgssystemene.

6.8 Standardiserte systemoppsett

Systemoppsettene må standardiseres for enklere bruk. Det er et stort behov for standardisering i forhold til konfigurering av systemene. Det kan se ut som om systemenes kompleksitet, sett i sammenheng med valg av systemoppsett, etablerte rutiner og hvordan den enkelte yrkesutøver følger disse rutinene, gir manglende muligheter for informasjonsdeling og gjenfinning av informasjon.

Anbefalinger

Det anbefales gjennomført kompetanseheving av systemforvaltere i forhold til konfigurasjon og administrasjon. Dette bør kunne vurderes som et tiltak for det etablerte kommunale utbredelsesprogrammet (KomUT) som er etablert av Norsk Helsenett.

Videre bør det vurderes om systemoppsett kan standardiseres og forenkles for å redusere behov for konfigurering i den enkelte kommune.

7. VEDLEGG

7.1 Vedlegg 1: Organisering og deltagere i prosjektet

Prosjekteier

- Helsedirektoratet v. ass direktør Christine Bergland

Styringsgruppe

- Norunn Saure, avdelingsdirektør ehelse, Helsedirektoratet (leder styringsgruppen)
- Trude Andresen, områdedirektør forskning, innovasjon og digitalisering, KS.
- Nina Mevold, kommunaldirektør, byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen kommune

Prosjektgruppe

- KS
 - o Line Richardsen, forskning, innovasjon og digitalisering
 - o Egil Rasmussen, KS og Stavanger kommune (CosDoc)
- Kommuner
 - o Heidi Selboe Welve, Tydal kommune (Profil)
 - o Kirsti Pedersen, Oslo kommune (Geric)
- Helsedirektoratet
 - o Kirsten Petersen, e-helse (prosjektleder)
 - o Bent Asgeir Larsen, e-resept/kjernejournal og sykehjemslege
 - o Torbjørn Nystadnes, Standardisering
 - o Yvonne Solberg, Statistikk og kodeverk

Referansegruppe

- Helsetilsynet, Elisabeth Tennebø Rekier
- Norsk sykepleierforbund Unni Stensvold og Heidi Christensen
- Legeforeningen: Kjellaug Enoksen
- Fysioterapiforbundet, Henrietta Richter Uitdenbogaardt
- KS, Egil Rasmussen
- Helsedirektoratet
 - o Avdeling omsorgstjenester, Helga Katharina Haug
 - o Avdeling e-resept og kjernejournal, Bent Larsen
 - o Avdeling arkitektur, metode og standardisering (seksjon standardisering), Annebeth Askevold/Astrid Svarlien

7.2 Vedlegg 2: Innhold i journalsystemene

Utvikling av journalsystem i omsorgstjenesten startet på 1990-tallet. Alle tre system (CosDoc, Profil og Geric) ble i utgangspunktet utviklet for å understøtte søknadsprosessen, saksbehandlingen og fakturering. Systemene ble så videreutviklet ut fra behov meldt fra omsorgstjenesten, i første omgang med hovedfokus på hjemmetjenester, pasientjournal og arbeidsplan for tjenesten. Systemene er videre bygd ut for å dekke et mangfoldig spekter av tjenester og funksjonalitet tilpasset svært mange brukergrupper.

Systemene er bygget opp av moduler slik at den enkelte organisasjon selv kan velge hvilke moduler og dermed funksjonalitet en ønsker å ta i bruk. Antall moduler og funksjoner kan variere avhengig av innmeldte behov fra kommunene til de enkelte leverandørene. Leverandørene bruker ulike betegnelser på modulene (f.eks. «Hovedmodul», «Brukermodul», «Saksbehandlingsmodul») og funksjoner innenfor de enkelte modulene kan variere. Endel basisfunksjoner som er styrt av offentlig lov- og regelverk og offentlige standarder, f.eks. EPJ-standarder, er imidlertid i stor grad felles. I det etterfølgende er moduler og funksjoner gruppert som følger:

- Saksbehandling og tjenestetildeling
- Arbeidsplanlegging og personaladministrasjon
- Pasientjournal inkl. legemodul og medisinerings
- Tilleggsfunksjoner/-moduler

Beskrivelsen av modulene/funksjonene er i dette notatet generisk og relativt summarisk.

Saksbehandling og tjenestetildeling

Basisfunksjoner for saksbehandling og tjenestetildeling er stort sett felles for alle systemer og omfatter bl.a.:

- ✓ Registrering av søknader med personlige opplysninger og begrunnelse
- ✓ Etablering av postjournal/arkivsak
- ✓ Søknadsbehandling, vedtak, melding, evt. klagebehandling
- ✓ Brukerregistrering med alle nødvendige opplysninger om bruker, fastlege, pårørende/kontaktpersoner, økonomi, informert samtykke, individuell plan mv.
- ✓ Tjenestevedtak med opplysninger om hvilke tjenester som knyttes til brukeren, f.eks. hjemmetjenester, institusjonsopphold m/evt. tidsbegrensning, trygghetsalarm o.l.

Saksbehandlingsmodulene inneholder også møtebok med sakslister, møteprotokoller o.l. Utskriving av vedtak og melding til søker vil normalt være integrert med kommunens saksbehandlingssystem.

Kodeverk for tjenester bygges opp etter kommunens behov.

Andre funksjoner kan være:

- ✓ Registrering av henvendelser vedr. f.eks. fysioterapi, ergoterapi o.l.
- ✓ Registrering av utgifter/inntekter og aktuelle fradrag ifbm. vederlagsberegning
- ✓ Registrering av matbestillinger/matombringning

- ✓ Registrering av dagopphold på kommunens dagsentra
- ✓ Registrering av utførte tjenester og serviceoppdrag som grunnlag for fakturering
- ✓ Register og statistikk knyttet til brukeropplysninger, tiltaksopplysninger, Kostra mv.
- ✓ Internt meldingssystem for å formidle beskjeder mellom ansatte

Arbeidsplanlegging og personaladministrasjon

Moduler for arbeidsplanlegging og personaladministrasjon er verktøy for planlegging, styring og rapportering av aktiviteter. Modulene er ulikt utformet i de forskjellige systemene, men inneholder bl.a. følgende basisfunksjoner:

- ✓ Turnusplan som viser når den enkelte ansatte er på vakt
- ✓ Oppdragsturnus, som kobler ansatte og oppgaver knyttet til den enkelte bruker
- ✓ Arbeidslister for fordeling av oppdrag pr dato, viser utførte besøk
- ✓ Oppgaveoversikt som viser oversikt over tiltak for valgt bruker
- ✓ Timeregistrering/timebok – overføring til lønssystem
- ✓ Fraværsregistrering for ansatte og tjenestebrukere

Andre funksjoner kan være

- ✓ Integrasjon mellom turnusplan og ulike turnussystemer
- ✓ Vaktlister/kjørelister
- ✓ Registrering av vikarer
- ✓ Bestilling og administrasjon av tekniske hjelpemidler

Den enkelte kommune må normalt selv ta stilling til og beskrive rutiner for bruk av modulene.

Pasientjournal inkl. legemodul og medisinerings

Journaldelen i systemene bygger på EPJ-standarden, men kan være noe ulikt utformet. All fagdokumentasjon er normalt samlet i pasientjournalen slik at den kan brukes av alle faggrupper som lege, sykepleier, fysio-/ergoterapeuter mv. Legefunksjonalitet og medisinerings kan være integrert i journalen, men kan også være egne moduler. Basisfunksjoner i pasientjournalen er bl.a:

- ✓ Plan/rapport – verktøy for daglig rapportering ihht. pleieplan, rehabiliteringsplan mv.
- ✓ Avviksrapportering
- ✓ Diagnoseregistrering ihht. ICPC-standard
- ✓ Resepter
- ✓ Medisineringsregistrering og utskriving av medisinkort
- ✓ Cave
- ✓ Laboratoriesvar
- ✓ Henvisninger og rekvisisjoner
- ✓ IPLOS-registrering og rapportering
- ✓ Pleie- og omsorgsmeldinger og epikriser

Annen funksjonalitet kan være:

- ✓ Funksjonsvurdering (ADL)
- ✓ Kobling til prosedyreverk som PPS og Sykepleierhåndbok
- ✓ Kobling til vareregister fra Norsk Apotekerforbund og standard medikamentkatalog fra Statens Legemiddelverk

Funksjoner i pasientjournalen kan også være koblet til arbeids- og tiltaksplaner, individuell plan mv. og ha fritekstfelt for registrering av hendelser/aktiviteter.

Tilleggsfunksjoner/-moduler

Alle systemene har tilleggsmoduler/-funksjoner som er ment å støtte opp om og forenkle en rekke administrative og pleiefaglige oppgaver. Noen av disse er felles, som f.eks. innhenting av inntektsopplysninger fra NAV og Skatteetaten, mens andre bare gjelder ett eller to av systemene. Nedenfor er omtalt de viktigste tilleggsfunksjonene/-modulene.

Pasientregnskap

Pasientregnskap er en modul for forvaltning av pasientmidler, f.eks. ved sykehjem, bofellesskap o.l.

Hovedfunksjoner kan være:

- ✓ Registrering av aktuelle konti for brukeren
- ✓ Registrering av hvem som er ansvarlig for disponeringen
- ✓ Bilagsregistrering
- ✓ Reskontro
- ✓ Oversikt over saldi, reskontro, bilag, regnskap o.l. pr. bruker
- ✓ Årsavslutningsrutiner

Egenbetaling/vederlagsberegning

I moduler for egenbetaling og vederlagsberegning blir økonomiopplysninger om brukere av hjemmebaserte tjenester og brukere med opphold i institusjon lagt inn. På bakgrunn av dokumentasjon av utførte tjenester beregnes brukernes egenbetaling. Fakturagrunnlaget kan deretter overveltes til kommunens faktureringsystem.

Løsninger for vederlagsberegning legger til rette for håndtering av etteroppgjør og sluttoppgjør ifm. institusjonsopphold og kan bl.a. inneholde funksjonalitet for:

- ✓ Beregning av vederlag for langtids- og korttidsopphold
- ✓ Brukers reskontro
- ✓ Registrering av skatteoppgjør
- ✓ Etterberegning/sluttoppgjør
- ✓ Funksjonalitet for import av skatte- og trygdeopplysninger

Plassadministrasjon

Moduler for plassadministrasjon er tilrettelagt for oppfølging av boliger og institusjonsplasser og kan bl.a. inneholde følgende funksjoner:

- ✓ Inn- og utskrivning på institusjoner
- ✓ Registrering og oppfølging av brukers verdigjenstander
- ✓ Beleggoversikt
- ✓ Liggedøgnstatistikk

- ✓ Boligregister

Mobil omsorg

Alle systemene har tilhørende mobile løsninger for PDA/smarttelefon som bl.a. gir tilgang til pasientinformasjon (brukerkort, journal, medisinoversikt mv.) arbeidslister m/oppdrag og tidsregistrering, oppslagsverk, prosedyrebeskrivelser, felleskatalogen mv. Løsningene legger også til rette for kommunikasjon og meldingsutveksling mellom ansatte i omsorgstjenesten. Rapporter skrives inn direkte mens den ansatte er ute hos brukeren.

Elektroniske meldinger

Alle systemene er tilrettelagt for å sende og motta elektroniske meldinger mellom fastlege, helseforetak og omsorgsinstitusjoner i henhold til nasjonale standarder for elektronisk meldingsutveksling.

Kjøkken

Ett av systemene har en egen kjøkkenmodul som er integrert med brukerregister, saksbehandling og egenbetaling og som i tillegg inneholder tilleggsfunksjonalitet for planlegging av matproduksjon og matombringning for institusjoner og hjemmetjenester.

Tekniske hjelpemidler

Systemene har ulike funksjoner for registrering og forvaltning av tekniske hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentral eller eget lager.

Informasjonssikkerhet/autentisering

Alle systemene har rutiner som skal ivareta informasjonssikkerheten for brukerne i henhold til lov- og regelverk bl.a.:

- ✓ Rutiner for autentisering av ansatte med brukernavn/passord – i forhold til f.eks. organisatorisk nivå, tjenestegruppe, funksjonsgruppe eller enkeltbrukere
- ✓ Rutiner for tildeling av roller for ansatte – inneholder informasjon om hvilke brukere og hvilke deler av journalen den ansatte har tilgang til
- ✓ Rutiner for å sikre regelmessig bytte av passord, og at passord oppfyller minstekrav

Andre funksjoner

- ✓ Skanning av innkommende post
- ✓ PDF-konvertering av dokumenter
- ✓ Dokumentmaler
- ✓ Elektronisk nøkkelsystem til bruk i hjemmetjenesten

7.3 Vedlegg 3: NUIT prioriteringer

Prioriterte tiltak i NUIT for omsorgstjenesten 2013 og 2014

- Utbredelse av pleie- og omsorgsmeldinger versjon 1.6 for å ivareta forskrift om kommunal medfinansiering
- Revisjon av pleie- og omsorgs meldingsstandard versjon 2.0
- IPLOS- tilpasninger, jf. ny Helse- og omsorgstjenestelov
- Vedlegg til meldinger

Saker til prioritering i 2015 og 2016

- Melding til kommunene om behov for individuell plan
- Bedre samhandling om hjelpemidler mellom kommuner og NAV
- Interaktiv henvisning og rekvisisjon til kommunehelsetjenesten
- Endring i nasjonal mal for epikrise
- Innrapportering fra sykehjem til NOIS (Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner)
- Melding om død til Skattedirektoratet (SKD)
- Elektronisk innrapportering til Dødsårsaksregisteret (DÅR)
- Integrasjon-/samhandlingsplattform som forenkler meldingsutveksling
- Utvikling av administrative helseregistre, integrasjon med EPJ
- Spørring etter pasientens fastlege
- Multidosemelding/LIB (Legemidler i bruk)
- Tilgang til felles oversikt over legemidler i bruk
- CPP/CPA
- Innføre eresept-funksjonalitet i systemene
- Innføring av kjernejournal
- IPLOS-innsending via NHN
- Innføring av Norsk Laboratoriekodeverk/mappingtabeller

7.4 Vedlegg 4. Spørsmål til leverandørene

Nr.	Spørsmål
1	Tilgangsstyring
1.1	Gir systemet mulighet for å spesifisere roller som kan tilknyttes forskjellige rettigheter (f. eks. autorisasjon for tilgang til bestemte kategorier opplysninger i EPJ)?

Nr.	Spørsmål
1.1.1	Hvis Ja: Gir systemet mulighet for å spesifisere roller for roller? (En slik rollemal skal kunne tilknyttes de autorisasjoner som skal være felles for en gruppe tjenesteytere, f.eks. "alle hjemmesykepleiere", eller "alle sykehjemsleger", og deretter danne utgangspunkt for flere konkrete roller, f.eks. "sykehjemslege Storåsen sykehjem", "sykehjemslege Gamlebyen sykehjem" etc.)
1.2	Gir systemet mulighet til å hindre at tjenesteyterne får tilgang til opplysninger om andre brukere/pasienter enn de som de faktisk skal yte helsehjelp til?
1.3	Gir systemet mulighet for å gi saksbehandlere de opplysninger fra EPJ som framgår av helsepersonell-loven § 26? (Dvs. kun opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data.)
1.4	Gir systemet mulighet for å sikre at en saksbehandler ikke har tilgang til opplysninger om andre brukere/pasienter enn de som har uavsluttede saker som saksbehandleren selv arbeider med?
1.5	Har en tjenesteyter mulighet til å gi seg selv tilgang til flere opplysninger om en bruker/pasient enn de som følger av tjenesteyterens rolle? (Av enkelte kalt "blålystilgang")
1.6	Har en tjenesteyter mulighet til å gi seg selv tilgang til opplysninger om andre brukere/pasienter enn de som er "aktive" (se spørsmål 1.2) (En annen variant av "blålystilgang".)
1.7	Gir systemet mulighet for å sperre opplysninger i EPJ etter ønske fra bruker/pasient?
1.7.1	Hvis Ja: Kan slike sperringer rettes mot navngitte enkeltpersoner?
1.7.2	Hvis Ja: Kan slike sperringer rettes mot alle bortsett fra navngitte enkeltpersoner?
1.7.3	Hvis Ja: Er det mulig å sperre enkeltdokumenter?
1.8	Gir systemet den enkelte tjenesteyter mulighet til å skjule enkelte dokumenter for andre tjenesteytere?
1.8.1	Hvis Ja: Kan andre enn den som har skjult et dokument, få tilgang til det? (F.eks. journalansvarlig.)
2	Signering/godkjenning av registreringer i EPJ
2.1	Har EPJ-systemet en eksplisitt funksjon for signering/godkjenning av dokumenter tjenesteyteren selv har registrert? (En slik funksjon skal innebære at et uferdig dokument kan lagres for så å bli tatt opp igjen og ferdigstilt på et senere tidspunkt.)
2.2	Har EPJ-systemet en funksjon for eksplisitt for kvittering/signering av dokumenter mottatt fra eksterne kilder (eks. lab-svar)?
2.3	Gir EPJ-systemet mulighet for automatisk "godkjenning" og "låsing" av dokumenter som tjenesteyteren selv ikke har signert/godkjent innen en fastsatt frist?
3	Mobile enheter
3.1	Er det tilrettelagt for journal på mobile enheter?
3.1.1	Hvis Ja: Hvilke EPJ-elementer er tilgjengelig på mobil enhet?
3.2	Kan de mobile enhetene kombineres med elektroniske nøkler/låser?
3.3	Fungerer systemet for touch-skjermer (eks. på beboerrom og vaktrom i sykehjem)?
4	Laboratorieprøver og svar
4.1	Har systemet funksjon for å registrere svar på lab-prøver?

Nr.	Spørsmål
4.2	Har systemet et prøveregister med mulighet for å knytte normalverdier til hver enkelt prøve?
4.3	Markeres automatisk svar som er utenfor normalområdet (slik at de lett skiller seg fra normale svar)?
4.4	Må prøvesvar skrevet inn av hjelpepersonell, eller mottatt elektronisk, signeres av ansvarlig lege?
4.4.1	Hvis Ja: Finnes liste over svar som ennå ikke er signert av lege?
4.5	Kan prøvesvar/målinger vises grafisk over tid?
4.5.1	Hvis Ja: Gjelder det for alle typer målinger (eks. blodtrykk)?
4.6	Har systemet mulighet for å rekvirere prøver?
4.7	Kan papirrekvisisjon skrives ut?
4.8	Kan systemet varsle om rekvirerte prøver som det ikke er mottatt svar på?
4.9	Er nytt laboratoriekodeverk tilgjengelig i systemet (Nasjonalt laboratoriekodeverk)?
5	Vedlikehold av pasientens legemiddelliste
5.1	Benytter systemet FEST?
5.2	Kan man søke opp legemidler etter ATC-kode?
5.3	Gir systemet brukeren varsel hvis man forsøker å skrive inn et legemiddel med CAVE-registrering?
5.4	Gir systemet varsel om mulige interaksjoner mellom legemidler pasienten bruker?
5.5	Gir systemet varsel om dobbelforskrivninger (registrering av 2 legemidler med samme virkning – f.eks. basert på ATC-koder)?
5.6	Kan doseringstidspunkt angis med klokkeslett?
5.6.1	Hvis Ja: Kan klokkeslettene tilpasses individuelt til hver bruker?
5.7	Kan man angi start og stoppdato for behandling med et legemiddel?
5.8	Kan man angi indikasjon/bruksområde i eget felt?
5.9	Kan legemiddel registreres av bruker uten forskrivningsrett (eks. sykepleier) for senere å signeres av lege?
5.9.1	Hvis Ja: Fremgår det tydelig hvilke registreringer som ikke er signert av lege ennå?
6	Utskrift av legemiddellister
6.1	Kan man skrive ut en komplett liste over pasientens faste medisiner, behovsmedisiner og pågående kurer med seponeringsdatoer?
6.2	Når bruker skriver ut en av systemets legemiddellister finnes det mulighet for at ett eller flere legemidler ikke inkluderes i listen (legemiddel med spesielle doseringer e.lign.)?
6.2.1	Hvis Ja: Kommer det tydelig frem på utskriften at noe er utelatt?
6.3	Kan systemet skrive ut kvitteringsliste for administrasjon (utdeling) av legemidler?
6.4	Kan pasientens legemiddelliste med ett eller få tastetrykk kopieres over i en henvisning eller epikrise?
7	Elektronisk registrering av administrasjon/utdeling av legemidler
7.1	Støtter systemet elektronisk administrasjon/registrering av utdeling?
7.2	Kan man kvittere/signere for at legemidler er gitt?
7.3	Kan man registrere avvik for hvorfor legemiddel ikke er inntatt/gitt?
7.4	Kan man registrere evt. effekt eller bivirkning (annet enn fritekst i journal)?
7.5	Kan man registrere administrasjon av behovsmedisin?
8	Historiske oversikter over legemiddelbruk

Nr.	Spørsmål
8.1	Kan man søke opp for å finne ut om et legemiddel tidligere er forskrevet (ikke kun lete i lister over alle tidligere legemidler)?
8.2	Kan man få oversikt over hva pasienten fikk av legemidler på et gitt tidspunkt tilbake i tid?
8.3	Kan man få en rask oversikt over hvor mye og når det er utdelt et spesifikt behovslegemiddel?
9	Henvisning og epikrise
9.1	Kan systemet produsere henvisninger på papir eller elektronisk, basert på lagrede journaldata (dvs. gitte journalopplysninger hentes automatisk inn i henvisningen)?
9.2	Kan man skrive ut definerte henvisningsskjemaer på fortrykte ark eller kan systemet produsere tilsvarende skjemaer i form av laserutskriften på blanke ark?
9.2.1	Hvis Ja: Kan man skrive ut på definert skjema:
9.2.1.1	Henvisning til spesialist?
9.2.1.2	Henvisning til røntgen?
9.2.1.3	Henvisning til fysioterapi?
9.3	Kan legemiddellisten ved utreise/overføring kopieres over i epikrisen?
9.4	Kan systemet produsere epikriser på papir eller elektronisk, basert på lagrede journaldata (dvs. gitte journalopplysninger hentes automatisk inn i epikrisen)?
9.5	Finnes det en signeringsliste for mottatt medisinsk korrespondanse hvor det tydelig fremgår hva som er behandlet og hva som ikke er behandlet?
10	Dokumentasjon
10.1	Er det tilrettelagt for registrering av samtykkekompetanse?
10.1.1	Hvis Ja: Gis det mulighet for uttak av historikk i forhold til samtykkekompetanse?
10.2	Er det egne moduler for fysioterapeuter, lege etc.?
10.3	Kan det trekkes ut et oversiktsbilde som viser hva alle faggrupper/tjenester har dokumentert samme dag?
10.4	Kan det lages sammenfatning av enkelte deler av dokumentasjonen i journal ved å velge hva en ønsker å trekke ut for eksempel gjennom koder?
10.5	Gir systemet mulighet til å søke i journaldokumentasjonen på enkelte ord?
10.6	Kan man finne tilbake til f. eks. epilepsianfall/bruk av tvang i dokumentasjonen, for så å fremstille dette grafisk ved noen få tastetrykk?
10.7	Hvis en kommune ønsker en modul fra en annen leverandør for å dokumentere målinger av forskjellig slag og grafisk fremstilling av dette, vil det la seg integrere med systemet?
10.8	Hvis man f.eks. ønsker å integrere informasjon fra turnusprogrammet inn i pasientjournalen, vil det la seg gjøre?
10.9	Er programmet tilrettelagt for én standard struktur på dokumentasjon, jfr. sykepleieprosessen? 1. Mål 2. Ressurser 3. Tiltak 4. Evaluering/revurdering
10.10	Kan den enkelte kommune selv velge hvilken struktur de skal følge for dokumentasjon?
10.11	Har programmet standard oppsett av kodeverk som kan benyttes i forbindelse med dokumentasjon?

Nr.	Spørsmål
10.12	Kan standardiserte prosedyrer som for eksempel «Praktiske sykepleieprosedyrer» lett innlemmes i journal og gi grunnlag for standardisert dokumentasjon?
10.12.1	Hvis Ja: Kan dokumentasjonen fremstilles grafisk?
10.13	Gir systemet mulighet for at flere tjenester/faggrupper kan dokumentere under samme tiltak på samme bruker?
10.13.1	Hvis Ja: Er oversikt over dokumentasjonen tilgjengelig for hver av tjenesteyterne til samme bruker (på tvers av tjenester og faggrupper) uten at man må åpne hvert enkelt journalnotat?
11	Diagnoseklassifikasjon
11.1	Har systemet ICPC2?
11.2	Kan man søke opp etter ICPC-kode?
11.3	Kan man få opp flere tekstalternativer til hver ICPC-kode?
11.4	Kan man endre teksten knyttet til en kode kun for aktuelle registreringer?
11.5	Har systemet ICD-10?
11.6	Kan man registrere tidligere diagnoser med årstall (ikke full dato) for debut?
11.7	Kan man registrere diagnoser for aktuelle opphold på sykehjem (og det fremgår i ettertid hvilket opphold diagnosen knytter seg til)?
11.8	Kan man skrive ut liste over alle pasientens diagnoser og evt. årstall for debut?
11.9	Kan man søke opp pasienter som har fått en gitt diagnose?
12	Varslinger - påminnelser
12.1	Kan systemet gi tidsstyrte påminnelser (eks. «5/6-14: Husk INR-kontroll») knyttet til en enkelt pasient?
12.2	Kan systemet gi lege eller annen pasientansvarlig varsel om registrerte eller mottatte lab-svar/målinger utenfor referanseområde?
12.3	Har systemet signeringsliste over ikke utførte kliniske oppgaver (ikke leste prøvesvar osv.) som vedlikeholdes automatisk (ikke manuelt vedlikeholdte lister)?
12.3.1	Hvis Ja: Hvilke oppgaver overvåkes/varsles?
12.4	Kan systemet varsle om kritiske opplysninger (CAVE, implantater, viktige sykdommer, smitte)?
12.5	Har systemet mulighet for å gi varsel basert på kalender/tid (eks. «Husk kontakte/møte med...»)?
12.6	Har systemet mulighet for å gi varsel om nye pasient på arbeidsliste?
13	Meldinger – internt og eksternt
13.1	Har systemet mulighet for generelle beskjeder (ikke pasient-tilknyttede) mellom vaktlag eller innen vaktlag
13.2	Har systemet mulighet for å sende sikker beskjed i systemet knyttet til bestemt pasient mellom helsepersonell?
13.3	Varsles den som har ansvar for bruker hvor det mottas PLO-melding om at ny melding er mottatt?
13.4	Er det funksjon for signering av mottatte PLO-meldinger?
14	Pasientadministrasjon/logistikk
14.1	Har systemet støtte for fordeling av daglige oppdrag i hjemmetjenesten?
14.1.1	Hvis Ja: Har systemet støtte for å fordele oppdrag ut fra kompetanse?
14.1.2	Hvis Ja: Har systemet støtte for å fordele oppdrag ut fra geografi?

Nr.	Spørsmål
14.2	Er det mulig for ansatte i hjemmetjenesten å gi bort eller få nye oppdrag i løpet av vekten?
14.2.1	Hvis Ja: Hvordan gjennomføres dette (pr. telefon, annet)?
14.3	Gir systemet støtte for håndtering av fritt brukervalg?
14.4	Gir systemet støtte for håndtering av ulike ventelister?
14.5	Gir systemet støtte til logistikk rundt sykehjems plasser (f.eks. ledige senger, ulike type plasser)?
14.5.1	Hvis Ja: Kan den som forvalter plassene umiddelbart se når en seng er ledig ved å bruke systemet (ikke ved bruk av telefon)?
14.6	Gir systemet støtte for håndtering av fritt sykehjemsvalg?
14.7	Har systemet integrasjon med folkeregisteret?
15	Samhandling med pasienter
15.1	Er det mulig å motta og automatisk registrere elektroniske varslinger fra pasienters velferdsteknologiske løsninger i hjemmet/institusjon inn i journalsystemet?
15.1.1	Hvis Ja: Hvordan varsles det - mobil enhet /SMS funksjon?
15.2	Er det mulig å motta søknader fra pasienter i strukturert form inn i journalsystemet?
15.3	Er det mulig med elektronisk kommunikasjon/dialog med pasienter til/fra journalsystemet?
15.4	Er det mulig å sende varsel/SMS til pårørende når brukeren har hatt besøk?
16	Skille mellom saksbehandling og helsehjelp
16.1	Har systemet et klart skille mellom funksjonalitet for saksbehandlere og funksjonalitet for helsepersonell som yter helsehjelp?
16.2	Har systemet et klart skille mellom sakarkiv, hvor kun dokumentasjon av saksbehandlingen arkiveres, og pasientarkiv, hvor all dokumentasjon av helsehjelp arkiveres?
16.2.1	Hvis Ja: Gir systemet mulighet for å velge om et dokument (f.eks. en elektronisk melding) som mottas fra en annen virksomhet, skal arkiveres i sakarkivet eller i pasientarkivet?
16.3	Har systemet støtte for skanning med OCR-funksjon av dokumenter som mottas på papir?
17	Statistikk og rapporter
17.1	Er alle IPLOS-opplysninger samlet på ett sted i journalen?
17.2	Er det mulig å oppdatere IPLOS-opplysningene enkelt, samtidig med den daglige dokumentasjonen, fordi de er integrert i samme felt som dokumentasjonen skjer?
17.3	Kan det tas utskrift av IPLOS-registreringene (f.eks. fra 2013, eller fra januar 2014)?
17.4	Kan det tas ut IPLOS-rapporter på ulike tjenestenivåer (pr. kommune, bydel/område, tjeneste)?
17.5	Har systemet rapporter som viser antall utskrivningsklare pasienter pr. sykehus i en tidsperiode?
17.6	Har systemet EPJ-rapporter som leveres som standard til kommunene?
17.6.1	Hvis Ja: Hva slags rapporter?

Nr.	Spørsmål
18	Om etterlevelse av EPJ-standarder For hver av standardene nedenfor bes det angitt i hvilken grad systemet oppfyller de obligatoriske kravene i standarden. Svaret angis på en skala fra 0 til 5, hvor 0 angir at systemet ikke forholder seg til standarden og 5 angir at systemet oppfyller så godt som alle obligatoriske krav. (Når det gjelder meldingsstandarder henter prosjektet de nødvendige opplysningene fra test- og godkjeningsordningen.)
18.1	EPJ standardisering: Elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. KITH-rapporter 15-18/03.
18.2	EPJ Standard Del 2: Tilgangsstyring, redigering, retting og sletting. Funksjonelle krav og teknisk standard. KITH-Rapport 06/05
18.3	EPJ Standard Del 3: Journalarkitektur og generelt om journalinnhold, Funksjonelle krav og teknisk standard. KITH-Rapport 07/05
18.4	EPJ Standard Del 4: Personer, organisasjon mv. Funksjonelle krav og teknisk standard. KITH-Rapport 08/05
18.5	EPJ Standard Del 6: Overordnede funksjonelle krav. KITH-Rapport 10/05
19	Økonomi
19.1	Kan man gå via systemet for å gjøre oppslag i ligningsopplysninger på brukere som mottar tjenester hvor det skal beregnes egenandel?
19.2	Har systemet funksjon for håndtering av beboers midler?
19.3	Kan man beregne beboers egenandel for langtidsopphold i institusjon?
19.4	Kan systemet beregne egenandel for betalbare tjenester?

7.5 Vedlegg 5. Spørsmål – Helsedirektoratets kartlegging

Kartlegging av plo-system.

Spørsmål

1. Hvilken kommune arbeider du i?
2. Alder
3. Hva er din yrkesfaglige bakgrunn?
4. Hva er din hovedfunksjon?
5. Hvilken del av tjenesten arbeider du i?
6. Du har svart at du jobber i hjemmetjenesten. Spesifiser:
7. Du har svart at du jobber i institusjonstjenesten. Spesifiser:
8. Du har svart at du jobber i administrasjonen. Spesifiser:
9. Hvilket plo-system bruker du?
10. Hvor lenge har du brukt plo-systemet?
11. Hvilken type opplæring har du fått i plo-systemet
12. Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i plo-systemet.
13. Hvor ofte må du få hjelp av brukerstøtte eller kollegaer for å utføre dine arbeidsoppgaver i plo-systemet?
14. Jeg bruker plo-systemet til (spørsmål nedenfor besvares ut fra hvilken del av tjenesten man arbeider i)

15. Hvor ofte bruker du elektroniske kommunikasjon med plo-meldinger (f.eks e-link) for samhandling med fastlege?
16. Hvor fornøyd er du med støtten du får fra plo-systemet til elektronisk kommunikasjon? (Kommenter gjerne under)
17. Kommentarer til spørsmål
18. Systemet gir god oversikt over igangsatte tiltak og dokumentasjon for den enkelte pasient/bruker
19. På tvers av tjenestene (sykehjem, hjemmesykepleie, bofellesskap osv)
20. På tvers av yrkesgrupper (lege, sykepleier, fysioterapeut)
21. Jeg opplever at det er enkelt å finne informasjon til styring av virksomheten.
22. Jeg opplever at journalsystemet gir støtte til arbeidsprosesser rundt vedtak o.l når det gjelder:
 23. Søknadsbehandling (kartlegging, registrere osv)
 24. Vedtaksproduksjon (utforme brev, arkivere)
 25. Kommunikasjon med utfører av tjenesten
 26. Logistikk rundt sykehjemsplasser
 27. Håndtering av ventelister
 28. Elektronisk samhandling med tjenestemottaker/pårørende
29. Hvor fornøyd er du med støtten du får fra plo-systemet til å få oversikt over pasientens problemstilling og helse?
 30. Kommentarer
 31. Jeg opplever at journalsystemet gir støtte til arbeidsprosesser når det gjelder:
 32. Støtte til utarbeiding av faglig plan (pleieplan, behandlingsplan, tiltaksarbeid, dvs prosessen med mål, tiltak, evaluering)
 33. Pasientens/brukerens utvikling over tid (atferd og ferdigheter)
 34. Daglig dokumentasjon
 35. Arbeid med individuell plan
 36. Produksjon av henvisninger
 37. Produksjon av epikriser
 38. Utvikling over tid på målinger, prøvesvar osv.
 39. Finne frem til aktuelle prøvesvar, målinger, annen informasjon i systemet
 40. Å holde pasientens legemiddelliste oppdatert
 41. I administrasjon av pasientens legemidler
 42. Elektronisk signatur på utlevert/gitt medisin
 43. Har plo-systemet egne funksjoner for dette? (Kommenter gjerne under)
 44. Kommentarer
 45. Fordi det mangler funksjonalitet i plo-systemet bruker jeg papir for å utføre mine arbeidsoppgaver.
 46. Fordi det mangler funksjonalitet i plo-systemet bruker jeg regneark eller andre IKT-systemer for å utføre mine arbeidsoppgaver.
 47. Hvor ofte blir arbeidet ditt avbrutt eller utsatt fordi plo-systemet henger seg opp eller låser seg?
 48. Hvor fornøyd er du med hvor raskt plo-systemet reagerer (responstid)?
 49. Annet - kommentarer



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no