

Introduksjon til kravspesifikasjon:
Elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten

Publikasjonens tittel: Introduksjon til kravspesifikasjon: Elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten

Teknisk standard nr.: HIS 80316:2004

Utgitt: 03/2004

Bestillingsnummer:

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Seksjon standardisering
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

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

TITTEL**Introduksjon til kravspesifikasjon:
Elektronisk dokumentasjonssystem for
pleie- og omsorgstjenesten**

Forfatter
Torbjørn Nystadnes

Oppdragsgiver
Sosial- og helsedirektoratet,

Rapportnummer HIS 80316:2004 KITH 16/03	URL	Prosjektkode
---	-----	--------------

ISBN 82-7846-178-3	Dato 2004.03.12	Antall sider 26	Kvalitetssikret av Hroar Piene	Gradering Åpen
-----------------------	--------------------	--------------------	-----------------------------------	-------------------

Godkjent av
Jacob Hygen, adm. direktør

Sammendrag

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har KITH laget en kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjonssystem for bruk innen pleie- og omsorgssektoren [1]. Kravspesifikasjonen omfatter lovpålagt dokumentasjon av søknadsbehandling og gjennomføring av tjenester som faller inn under helselovgivningen, samt tjenester som faller inn under lov om sosiale tjenester i den grad dette er nødvendig for rapportering til IPLOS-registeret.

Kravene knyttet til tjenstedokumentasjonen omfatter all kartlegging, oppfølging og informasjonsutveksling som vedrører tjenstemottakers praktiske og medisinske problemer, behov, ressurser og tiltak i form av helsehjelp, hjelpemidler, mm. Det stilles også krav til teknisk innhold i en kompletterende teknisk spesifikasjon.

Kravspesifikasjonen er ment å være et hjelpemiddel ved utvikling, anskaffelse og forbedring av elektroniske dokumentasjonssystem i pleie- og omsorgstjenesten ved å sikre at visse minimumskrav til dokumentasjon av saksbehandling og tjenester blir innfridd. Den skal også bidra til å sikre mulighetene for informasjonsutveksling med samarbeidsparter ved at de elektroniske dokumentasjonssystemene følger en felles standard.

Målgruppen for denne rapporten er beslutningstakere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten samt andre som ønsker informasjon om hvilke områder denne kravspesifikasjonen dekker, uten å måtte ta standpunkt til de detaljerte krav til innhold og funksjonalitet som den inneholder.

Innhold

1.	Innledning	7
2.	Generelt om kravspesifikasjonen	8
2.1	Kravspesifikasjonens målgrupper	8
2.2	Samordning med andre kravspesifikasjoner mv.	9
2.3	Saksbehandling og tjenstedokumentasjon.....	9
3.	Saksbehandling	10
3.1	Saksbehandling og tjenstedokumentasjon.....	10
3.2	Saksbehandling, kommunestørrelse og organisering.....	10
3.3	Saksbehandling og IPLOS	11
3.4	Forholdet til andre typer henvendelser og andre avgrensninger	11
3.5	Saksbehandlingens faser	11
3.5.1	Saksutredningsfasen.....	12
3.5.2	Vedtaksfasen	12
3.5.3	Klagefasen.....	12
4.	Tjenstedokumentasjon.....	13
4.1	Grunnleggende arkitektur	13
4.2	Emneorientert dokumentasjon av tjenester	14
4.3	Kontaktoversikt.....	16
4.4	Problembasert oversikt.....	18
4.5	Dokumentasjon av annet enn helsehjelp.....	18
4.6	Egenjournal	18
4.7	Lokal tilpasning	18
5.	Tilgangsstyring	19
6.	Funksjoner.....	21
6.1	Søking	21
6.2	Utskrifter	21
6.3	Rapporter og statistikker	21
7.	Informasjonsutveksling.....	22
8.	Skisse til integrert løsning.....	23

1. Innledning

Helsepersonelloven som trådte i kraft 1. januar 2001, pålegger alle som yter helsehjelp å nedtegne opplysninger om denne i pasientens journal. De nye bestemmelsene medførte en betydelig utvidelse av dokumentasjonsplikten i forhold til tidligere lovgivning. En rekke helsepersonellgrupper som tidligere ikke har hatt plikt til å føre journal skal nå dokumentere all helsehjelp i en felles journal for den enkelte pasient; eller *bruker* som de som mottar pleie- og omsorgstjenester gjerne omtales som.

Disse bestemmelsene berører i stor grad pleie- og omsorgssektoren som tidligere bare i liten grad har dokumentert helsetjenester i pasientjournaler. Dette preger også de IT-systemer som benyttes innenfor tjenesten. Dette er systemer som leverandørene har utviklet i samarbeid med kommunene og som dekker behovene innefor en lang rekke forskjellige områder. Hovedfokus for disse systemene har tradisjonelt vært saksbehandling og administrasjon av tjenesten, og de dekker ikke de behov som følger av kravene i gjeldende lovgivning.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har KITH derfor utarbeidet en kravspesifikasjon for et elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten som skal bidra til å sikre at bestemmelser i lov eller i medhold av lov blir ivaretatt. Kravspesifikasjonen er ment å ivareta de fleste kommuners behov når det gjelder dokumentasjon av tjenester som ytes den enkelte tjenestemottaker, og omfatter også krav relatert til saksbehandling av søknader vedrørende pleie- og omsorgstjenester.

Målgruppen for denne rapporten er beslutningstakere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten samt andre som ønsker informasjon om hvilke områder denne kravspesifikasjonen dekker.

2. Generelt om kravspesifikasjonen

Ettersom de konkrete bestemmelser som er gitt i lov eller i medhold av lov vedrørende tjenstedokumentasjon, i all hovedsak gjelder helsehjelp, dreier hoveddelen av kravspesifikasjonen seg om dokumentasjonen av denne type tjenester. I følge helsepersonelloven skal all helsehjelp dokumenteres i en pasientjournal, og det er også gitt en egen forskrift for denne som bl.a. stiller krav til journalens innhold og håndtering av dette.

For å ivareta disse bestemmelsene, er kravspesifikasjonen utformet på en slik måte at den delen av tjenstedokumentasjonen som utgjør pasientjournalen ved behov kan skilles fra dokumentasjon som kun gjelder tjenester som ikke kan karakteriseres som helsehjelp. Dette skal ikke være til hinder for at den komplette dokumentasjon av tjenester for en tjenestemottaker framstår som en helhet under vanlig bruk.

Denne kravspesifikasjonen bygger på en grunnleggende standard for elektroniske pasientjournaler (EPJ) utarbeidet under [det daværende] Sosial- og helsedepartementets program for *Standardisering og samordning av informasjons- og kommunikasjonssystemer i helsevesenet*, med tittelen *Elektronisk pasientjournal standard: Arkitektur, arkivering og tilgangsstyring* [2]. For enkelhets skyld vil denne i det etterfølgende bli kalt EPJ-standarden.

I tillegg har følgende dokumenter dannet grunnlaget for arbeidet med kravspesifikasjonen:

- Helsetilsynets forslag til veileder for saksbehandling [7]
- Helsetilsynets forslag til veileder for dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenestene [8]
- Forskrift om pasientjournal [4]
- IPLOS kravspesifikasjoner [11] og [12]
- Riksarkivets standard for Norsk arkivsystem, Noark-4 [9]
- Kravspesifikasjon for dokumentasjon av forskrivning og administrasjon av legemidler mv [3]

I kravspesifikasjonen er det forutsatt at relevante krav fra EPJ-standarden samt Noark-4 gjøres gjeldende for pleie- og omsorgssektoren. Disse kravene gjentas derfor ikke.

2.1 Kravspesifikasjonens målgrupper

Kravspesifikasjonen har to primære målgrupper:

- Systemleverandører som vil utvikle et system for saksbehandling og tjenstedokumentasjon til bruk i pleie- og omsorgstjenesten
- Kommuner som bruker eller vurderer å ta i bruk et slikt system.

For systemleverandørene skal kravspesifikasjonen være et arbeidsredskap i systemutviklingen. Det er lagt vekt på å systematisere og formalisere kravspesifikasjonen slik at man lett skal finne fram til hva som er kravene. Disse er samlet i tabellform for at leverandørene kan besvare hvert enkelt krav.

Hos kommunene er kravspesifikasjonen hovedsakelig beregnet brukt i forbindelse med anskaffelse et system for saksbehandling og tjenstedokumentasjon. Eller, dersom kommunen allerede har anskaffet et slikt system, i forbindelse med vurdering av om dette systemet dekker de kravene som bør stilles til et slikt system.

2.2 Samordning med andre kravspesifikasjoner mv.

Kravspesifikasjon skal sikre et felles minimum av funksjonalitet med utgangspunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det kan ofte stilles ytterligere krav for å dekke alle behov for saksbehandling og tjenstedokumentasjon for bestemte yrkesgrupper eller spesifikke tjenesteområder. Hensikten har vært å utforme denne kravspesifikasjonen på en måte som ivaretar muligheten til å samordne den med krav som fremkommer i andre kravspesifikasjoner så langt det har vært mulig. Vi nevner her spesielt arbeider på områdene legemiddelforskrivning og sykepleie-dokumentasjon.

I andre deler av helsevesenet som for eksempel sykehus, helsestasjoner, legekontorer osv er det utviklet kravspesifikasjoner for lignende dokumentasjoner som er tilpasset tjenesteområdets behov. Det har vært en viktig målsetting at disse kravspesifikasjonene blir samordnet på en slik måte at det muliggjør elektronisk kommunikasjon mellom aktører og organisasjoner i helsevesenet

Når det gjelder saksbehandling og arkivering av saksdokumenter, så inneholder Riksarkivets standard Noark-4 de krav som må stilles til system for føring av elektronisk postjournal og elektronisk arkivering av saksdokumenter for at disse skal kunne godkjennes av Riksarkivaren. Saksbehandlingsdelen av denne kravspesifikasjonen er derfor begrenset til å beskrive nødvendige tilleggskrav utover det som er gitt av Noark-4.

2.3 Saksbehandling og tjenstedokumentasjon

Kravspesifikasjonen inkluderer både krav relatert til saksbehandling og til tjenstedokumentasjon. For saksbehandlingsdelen er det valgt en prosessorientert beskrivelse. Dette fordi denne delen av kravspesifikasjonen fokuserer på gjennomføring av saksbehandlingsprosesser innenfor pleie- og omsorgstjenesten og dokumentering av disse. I stor grad refereres det her til Noark-4 standarden fra Riksarkivet.

For tjenstedokumentasjonsdelen er det valgt å fokusere hvilke typer informasjon som skal kunne inngå i tjenstedokumentasjonen og hvordan den skal kunne organiseres.

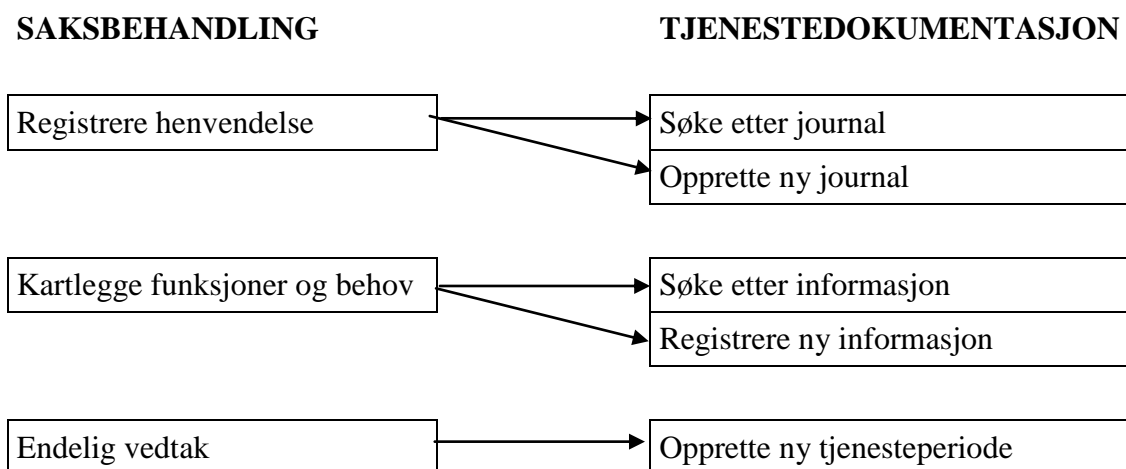
Det har vært nødvendig med en del overlapp mellom de to delene av kravspesifikasjonen ettersom en del av tjenstedokumentasjonen skal kunne benyttes i forbindelse med saksbehandling, og de enkeltvedtak som fattes i saksbehandlingsprosessen initierer tjenester som skal dokumenteres. Der det er relevant er det tatt med til dels detaljerte beskrivelser av hvordan sammenhengen mellom de to delene skal være.

3. Saksbehandling

Formålet med denne delen av kravspesifikasjonen er å formulere krav som kan bidra til å sikre at elektroniske dokumentasjonssystemer som benyttes i pleie- og omsorgstjenesten bidrar til at krav fra myndighetene i forbindelse med saksbehandling overholdes.

3.1 Saksbehandling og tjenstedokumentasjon

Saksbehandling bør inngå som en integrert del av et dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgssektoren. I kommunal pleie- og omsorgstjeneste er det å foreta korrekt saksbehandling nært knyttet til det å yte tjenester, og det er uheldig å skille saksbehandlingen for mye fra tjenstedokumentasjonen. De to delene av denne kravspesifikasjonen beskriver derfor krav til et helhetlig system hvor saksbehandlerne gis tilgang til relevant informasjon i tjenstedokumentasjonen og hvor utvalgte opplysninger fra saksbehandlingen inngår som en del av tjenstedokumentasjonen. Figuren nedenfor viser hvordan enkelte funksjoner som beskrives i saksbehandlingsdelen av kravspesifikasjonen, henger sammen med forhold som er beskrevet i den delen som omhandler tjenstedokumentasjonen.



Figur 1. Sammenheng mellom saksbehandling og tjenstedokumentasjon

3.2 Saksbehandling, kommunestørrelse og organisering

Det må stilles samme krav til saksbehandling uavhengig av kommunestørrelse. Det er et viktig prinsipp at søkerne har rett på saksbehandling av god kvalitet uavhengig av bosted/oppholdskommune. Selv om søkerne har individuelle behov og kommunene organiserer sitt arbeide forskjellig, tilsier ikke dette at det kan stilles forskjellige krav til saksbehandlingens kvalitet. Hvordan tjenestene organiseres er et rent kommunalt anliggende. Kravspesifikasjonen er derfor utarbeidet slik at den skal kunne benyttes

av enhver kommune som planlegger å anskaffe et dokumentasjonssystem, og som ønsker å sikre at kravene til et godt verktøy for korrekt saksbehandling blir ivaretatt. Kravspesifikasjonen tar spesielt hensyn til at det utvalg av tjenester som kommunene tilbyr kan variere, og at tjenestene organiseres på forskjellig måte. Det stilles for eksempel krav om at lokal tjenestestruktur skal kunne benyttes samtidig som rapportering av IPLOS tjenestestruktur ivaretaes.

Kravspesifikasjonen omhandler kun behandling av søknader, og for enkelte kommuner kan det derfor være aktuelt å utarbeide egne tilleggskrav for å dekke behov utover dette. Videre refererer kravspesifikasjonen i stor grad til norsk arkivstandard, Noark-4, men det er kommunen selv som må ta stilling til hvilke deler av Noark-4 en ønsker å ha med ved anskaffelse av et dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten.

3.3 Saksbehandling og IPLOS

Individbasert pleie og omsorgsstatistikk (IPLOS) danner et viktig utgangspunkt for kravspesifikasjonen også i saksbehandlingssammenheng. IPLOS-variablene inngår som en del av den informasjon som skal registreres i saksbehandlingsprosessen.. Kravene er utarbeidet slik at det ikke skal være nødvendig med dobbelregistreringer eller å skille ut IPLOS som en egen del for å ivareta henholdsvis saksbehandling og IPLOS-rapportering. IPLOS fremstår som en fullt integrert del av det å registrere informasjon i tilknytning til saksutredning og å fatte vedtak.

3.4 Forholdet til andre typer henvendelser og andre avgrensninger

Kravspesifikasjonen omfatter ikke krav til støttefunksjoner relatert til de faglige vurderinger som legges til grunn i saksbehandlingen.

Behandling av henvendelser mv. som ikke har tilknytning til søknad om pleie og omsorgstjenester omhandles ikke av denne kravspesifikasjonen. Disse dekkes i stor grad av Noark-4 standarden og andre generelle kravspesifikasjoner. Slike henvendelser kan være korrespondanse mellom søker og tjenesteyter, klage på kvaliteten i tjenesten, ikke-formelle klager.

3.5 Saksbehandlingens faser

I Helsetilsynets forslag til veileder i saksbehandling benyttes en inndeling av saksbehandlingen i tre faser: Saksutredningsfasen, Vedtaksfasen og Klagefasen. Denne inndelingen er benyttet også i kravspesifikasjonen. Fremstillingen av krav følger en prosessorientert tilnærming som bygger på disse fasene.

3.5.1 Saksutredningsfasen

Saksutredningsfasen beskriver hva som skjer fra mottak av henvendelse til ferdig registrert sak. Det er her tatt hensyn til bestemmelser i lov og annet regelverk som er gitt i medhold av lov. Kravene skal gjøre det enkelt å registrere de nødvendige og pålagte opplysninger som må ligge til grunn for vedtaket. Følgende områder inngår:

- Henvendelsen og hva denne gikk ut på.
- Kobling til eventuelle andre tjenester som søker allerede mottar, har søkt om eller tidligere har mottatt fra pleie- og omsorgstjenesten.
- Eventuell ventetid skal dokumenteres. Ved ventetid utover 14 dager - forvaltningsmelding og krav til denne.
- Innhenting av eksisterende opplysninger fra tjenstedokumentasjonen.
- Opplysninger fra søker (brukermedvirkning) opplysninger fra andre samarbeidspartnere.
- Foreløpig konklusjon og forslag til vedtak. Oppsummering.

3.5.2 Vedtaksfasen

Vedtaksfasen er fasen hvor vedtaket blir avgjort, beskrevet, registrert og utsendt.

De krav som her er stilt inkluderer bl.a. følgende områder:

- Vilkår oppfyllelse etter lov og eventuelle kommunale standarder
- Registrering av vedtak, innvilgelse eller avslag.
- Automatisk opprettelse av tjenesteepisode i tjenstedokumentasjonen ved vedtak
- Egenbetalingsbestemmelser
- Utarbeidelse av vedtaksdokument etter mal
- Begrunnelse av vedtaket
- Klageadgang
- Endelig vedtak skal kunne registreres
- Rapportering til IPLOS om vedtaket

3.5.3 Klagefasen

Det er også tatt med en del krav som er relevante i forbindelse med behandling av klage fra søkere som ikke har fått sin søknad innvilget.

4. Tjenstedokumentasjon

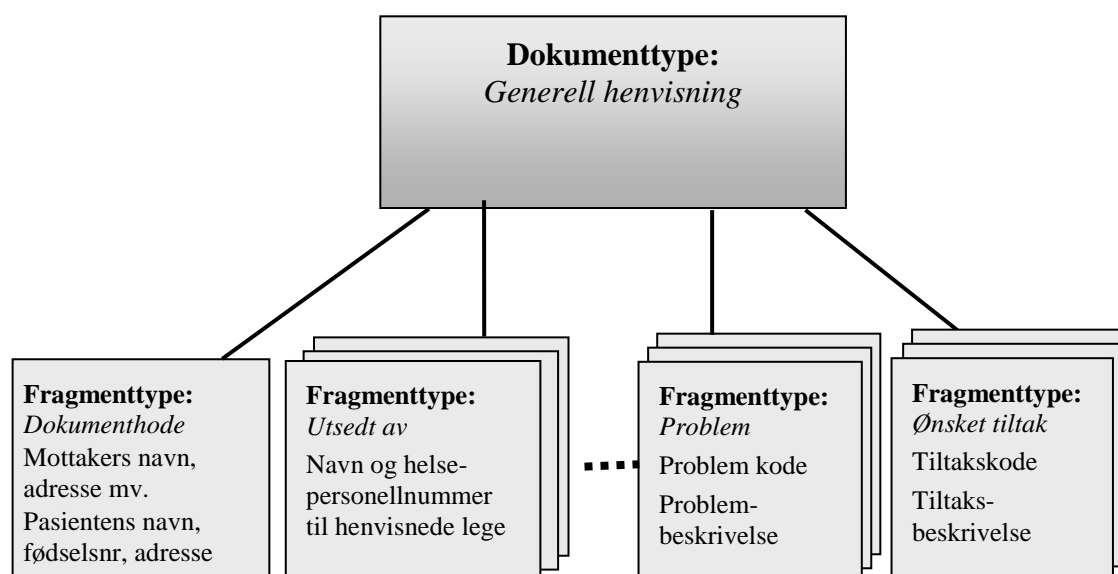
Hoveddelen av kravspesifikasjonen beskriver hvordan de opplysninger som er spesifikke for pleie- og omsorgssektoren, skal dokumenteres. De detaljerte kravspesifikasjonene og de mer detaljerte tekniske spesifikasjonene beskrives i egne dokumenter; dette gjelder også spesifikasjonen av meldinger som skal benyttes for utveksling av journalopplysninger innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Dette kapitlet gir innledningsvis opplysninger om hvordan journalen prinsipielt er bygd opp, deretter følger en generell omtale av de enkelte kapitler/deler av EPJ-systemet som kravspesifikasjonen omfatter.

4.1 Grunnleggende arkitektur

Et EPJ dokument er en sentral komponent i journalen. Et EPJ dokument utgjør en registrering i journalen og godkjennes alltid som en helhet ved at EPJ dokumentet påføres en elektronisk signatur. EPJ dokumentet er igjen bygd opp av EPJ fragmenter som igjen inneholder dataelementer og eventuelt andre fragmenter

Figuren under viser hvordan et dokument av typen "Generell henvisning" kan bygges opp av et sett av fragmenter. (Merk: Figuren viser ikke det komplette dokumentet.)



Figur 2. Eksempel på dokumenttype

Dokumentene samles i EPJ Saker. En EPJ sak kan bestå av et antall EPJ dokumenter, men kan også inneholde andre EPJ saker. En og samme EPJ sak og et og samme EPJ dokument kan inngå i flere EPJ saker. En spesiell type saker er "samlesaker" som kun har til oppgave å ordne opplysninger som bør kunne ses i sammenheng.

Denne oppbyggingen gjør at enkeltelementer kan "gjenbrukes" og inngå i flere sammenhenger uten at enkeltelementene blir registrert mer enn én gang. Et eksempel er en legemiddelforskrivning som både vil kunne gjenfinnes under overskriften "Legemidler" og under "Tiltak", uten at den som registrerte forskrivningen behøvde å gjøre dette eksplisitt ved registreringen. Ulike helsepersonellkategorier vil kunne ha

ulike innfallsvinkler til journalen men skal allikevel lett kunne finne fram til alle opplysninger som er viktige og relevante for dem. Denne organiseringen bidrar også til tilgangskontrollen av opplysningene.

For å oppnå brukervennlig organisering av EPJ, er det primært gjort en *emneorientert inndeling* av journalen. Sekundært er det gjort en inndeling etter tjenesteperioder knyttet til de enkelte vedtatte tiltak. Det er også gitt en mulighet til å registrere de behov og problem tjenestemottakeren måtte ha, og knytte relevant dokumentasjon opp mot disse. Et EPJ dokument kan nåes enten man oppsøker den emneorientert, den tjenesteorienterte eller den problemorienterte inndelingen.

Tjenesteutførelsen identifiserer igjen hvilket *tiltak* det gjelder, *hvem som utførte* tiltaket og *hvem som var ansvarlig* for tiltaket. Eksempler på tiltak kan være "Undersøkelse av lege" eller "Vurdering av ergoterapeut". Oftest vil den som er ansvarlig for tiltaket også være den som gjennomfører tiltaket og som registrerer resultatet i journalen, men kravspesifikasjonen dekker også situasjoner hvor andre enn den som er ansvarlig står for gjennomføringen.

Journalforskriften krever at informasjon som registreres i journalen skal signeres av den som er ansvarlig for dokumentasjonen. Nødvendige funksjoner for dette inngår i systemet.

4.2 Emneorientert dokumentasjon av tjenester

Den viktigste inndelingen av innholdet i tjenstedokumentasjonen er en inndeling etter emne. Den emneorientert inndelingen er nedenfor angitt i som en oversikt over alt hovedsakelig innhold i tjenstedokumentasjonen. Den emnebaserte inndelingen følger visse *Hovedgrupper* og *Undergrupper*, hver med et veldefinert og avgrensbart informasjonsinnhold. I denne oversikten går en ikke inn på hvordan dette anbefales utført; dette er detaljert beskrevet i selve kravspesifikasjonen og den tekniske spesifikasjonen, men en kan merke seg at i den foreslåtte realiseringen av EPJ systemet skille det ikke så skarpt mellom *registrering* av informasjon og *innhenting* av informasjon. Et eksempel vil kunne forklare dette: Mens man under undergruppen *Hjelpemidler* kan registrere hjelpemiddelbehov og bruk av hjelpemidler, kan man også under undergruppen *Ressurser/behov/problem* få direkte tilgang til de samme opplysningene for å utdype eller komplettere behov uten at de samme opplysningene gis flere ganger under ulike "overskrifter". Denne typen fleksibilitet, som er et kjennetegn ved de elektroniske journalsystemene, er utnyttet i stor grad i kravspesifikasjonen og er årsaken til at kan man finne igjen de samme dataelementene under flere EPJ saker.

Tabellarisk oversikt over beskrevne emner i EPJ for PLO:

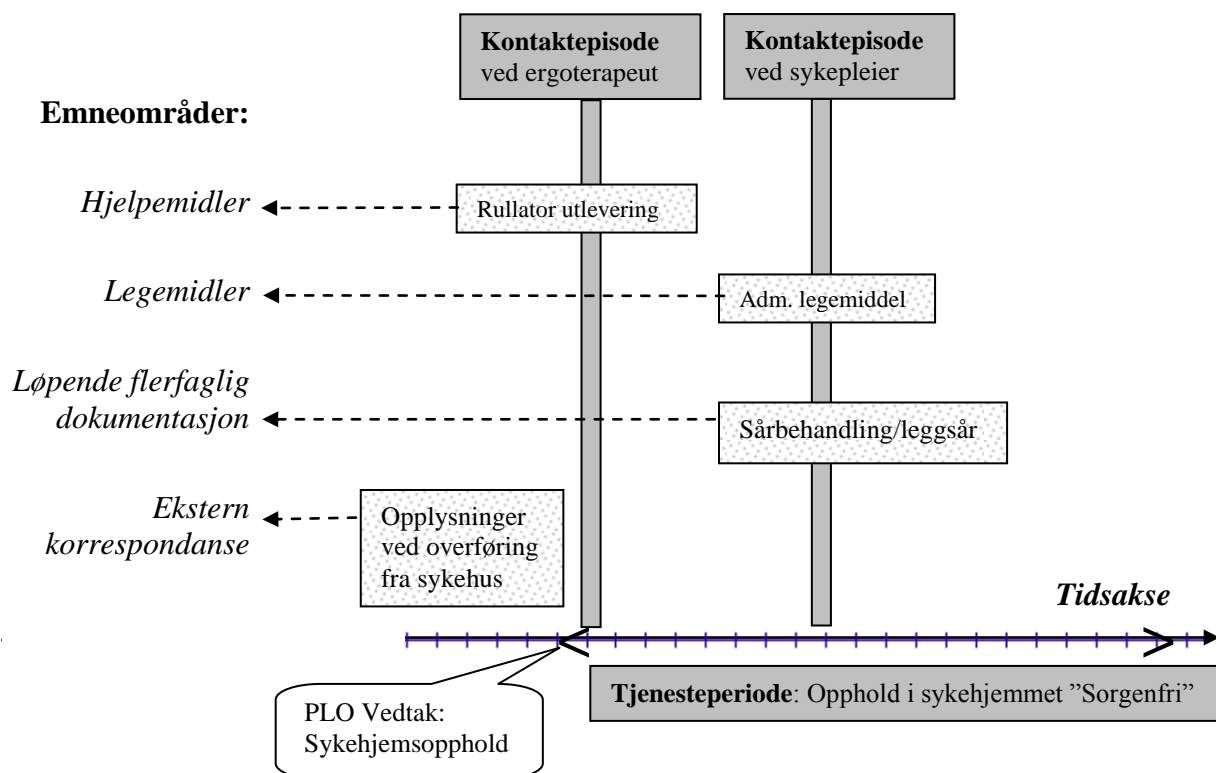
HOVEDGRUPPE Undergruppe	Benyttes for registrering av
<i>VIKTIGE OPPLYSNINGER</i>	
<i>Cave</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamentallergier o.l.
<i>NB!</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Spesielle forhold som tjenesteyter må være oppmerksom på
<i>Reservasjoner/ønsker</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reservasjoner/ønsker fra tjenestemottaker
<i>KARTLEGGING/VURDERINGER</i>	
<i>Funksjonsnivå</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegging av funksjonsnivå etter IPLOS-kravene
<i>Medisinsk tilstand</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Medisinsk diagnose • Behov for rehabilitering • Opplysning om funksjonshemming mm • Opplysning om sykdommer/tilstander i familien
<i>Praktiske forhold</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Omsorgssituasjon • Behov for assistert kommunikasjon • Faktisk bruk av tolketjenester
<i>Hjelpemidler</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplysning om hjelpemiddelbehov • Formell søknad om hjelpemiddel • Registrering av forhold vedr. utlevering av hjelpemiddel • Registrering av forhold vedrørende innlevering av hjelpemiddel • Registrering av forhold vedrørende bruk av medisinsk-teknisk utstyr
<i>Informasjon og tilbud</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Registrering av forhold som tjenestemottaker er informert om • Registrering av forhold som tjenestemottaker er gitt tilbud om
<i>INDIVIDUELL PLANER og RE-/HABILITERINGSPLANER</i>	
<i>Individuell plan</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagere i tverrfaglig samarbeid • Enkeltes bidrag til individuell plan • Møtereferater
<i>Re-/habiliterings-plan</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Som over

HOVEDGRUPPE Undergruppe	Benyttes for registrering av
LØPENDE FLERFAGLIG DOKUMENTASJON	
<i>Medisinske opplysninger</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Leges løpende journalopplysninger • Legemiddelopplysninger • Laboratorieprøver • Vaksinasjoner og TB-prøver
<i>Ressurser/behov/ problem</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vurderinger og konklusjoner vedr. nødvendig helsehjelp
<i>Mål for tjenestemottaker</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mål som kan forventes oppnådd
<i>Tiltak</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Registrering av ulike former for tiltak/behandling
<i>Evalueringer</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av tiltak/behandling vs. mål
EKSTERN KORRESPONDANSE MV	
<i>Korrespondanse med helseforetak</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisninger og svar på henvisninger • Epikriser • Opplysninger utvekslet i forbindelse med henvisning eller ved akuttinnleggelse av tjenestemottaker • Opplysninger utvekslet ved overføring av pasient fra helseforetak til pleie- og omsorgstjenesten
<i>Korrespondanse med fastlege</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplysninger utvekslet med tjenestemottakerens fastlege
<i>Korrespondanse med legevakt</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplysninger fra legevakt • Opplysninger oversendt legevakt i forbindelse med tilkalling
<i>Annen korrespondanse relatert til helsehjelp</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisninger, henvendelser og svar på slike • Opplysninger utvekslet i forbindelse med henvisning
<i>Korrespondanse relatert til sosiale tjenester mv.</i>	
<i>Meldingslogg</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Logg av rapportering til IPLOS

4.3 Kontaktoversikt

Dette er en innfallsvinkel som knytter sammen de vedtatte tjenestene som en tjenestemottaker skal motta fra pleie- og omsorgstjenesten med de reelle tjenesteytelsene ved at *all* informasjon registrert i journalen i forbindelse med utførelsen av en tjeneste, som det er vedtatt at tjenestemottakeren skal motta fra pleie- og omsorgstjenesten, også registreres under den aktuelle *Tjenesteperiode/Kontaktepisode*

Sammenhengen mellom de emnebaserte deler av tjenstedokumentasjonen og tjenesteperioden er eksemplifisert i følgende figur:



Figur 3. Sammenheng mellom emneområde og tjenesteperiode/kontaktepisode

Her forutsettes at det for en tjenestemottaker, som er innlagt på sykehus, treffes vedtak om opphold i sykehjem. Det opprettes da en PLO journal for tjenestemottakeren og, samtidig, en *Tjenesteperiode* for dette oppholdet. Fra sykehuset overføres det opplysninger (som her ikke blir spesifisert) til sykehjemmet for at de kan oppdatere journalopplysningene i PLO-journalen, for eksempel når det gjelder legemiddelbruk.

Under sykehjemsoppholdet oppstår det en rekke *Kontaktepisodes*, for eksempel blir det tidlig klart at pasienten behøver en rullator, dette noteres under emnet *Ressurser/-behov/problem* der det samtidig gis tilgang til *Behov for hjelpemidler*. En rullator blir utlevert fra hjelpemiddelsentralen og under den aktuelle *Kontaktepisoden* der denne blir overlevert, registrerer man (ergoterapeuten?) opplysningene om dette. En sykepleier som gir daglig stell av et bensår og administrerer ette eller flere legemidler registrer dette under de relevante emneområdene og EPJ systemet legger dette samtidig til under den aktuelle kontaktepisoden. Dokumentasjon skjer m.a.o. kun i ett sted i PLO-journalen, men opplysningene er senere tilgjengelig for lesing både via den emnebaserte inndelingen og via den tjenesteperiodeorienterte innfallsporten.

4.4 Problembasert oversikt

Denne innfallsvinkelen benyttes for å gi en oversikt over de helserelaterte behov og problemer som er identifisert hos tjenestemottakeren.

For hvert behov/problem som en ønsker å følge opp spesielt, opprettes det en EPJ sak av typen *Oppfølging av behov/problem*. Denne saken gis et navn som beskriver behovet eller problemet og alle opplysninger som er relatert til dette kan da knyttes opp mot denne saken. Merk at alle disse opplysningene også vil være knyttet opp mot et emne og de fleste vil også være tilknyttet en tjenesteepisode.

4.5 Dokumentasjon av annet enn helsehjelp

I et journalsystem for PLO vil det være naturlig at andre forhold enn de som vedrører ren helsehjelp kan bli dokumentert i journalen. Ikke minst av hensyn til rapporteringskravet til IPLOS vil det være gunstig at alle data som etterspørres hentes ut fra samme datakilde. Innenfor dette området stilles det kun detaljerte krav til registrering av opplysninger som det finnes eksplisitte bestemmelser om i lov eller forskrift:

- Dokumentasjon av skadeavvergende tiltak, jf. Sosialtjenestelovens kapittel 6a
- Disponering av kontantytelser fra folketrygden

4.6 Egenjournal

En egenjournal er en samling opplysninger fra journalen som eies av tjenestemottakeren, foreldre (til barn/ungdom unner 18 år) eller annen bemyndiget person (f.eks. en pårørende) og som er en opptegnelse av viktig informasjon om tjenestemottakerens helse. Den skal medvirke til å bedre kommunikasjon mellom tjenestemottakerne, helsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten og bidra til en faglig forsvarlig oppfølging av tjenestemottakeren. Hvilke opplysninger som bør inngå vil kunne variere.

4.7 Lokal tilpasning

I kravspesifikasjonen er det lagt vekt på at det primært skal være behovet for informasjon i forhold til de tjenester som utføres, og ikke profesjonen, som skal være styrende for hvilken informasjon det skal gis tilgang til.

Men et dokumentasjonssystem som dekker så mange forskjellige typer informasjon vil det kunne bety vanskeligheter med å finne fram til de opplysningene det er behov for i en gitt situasjon. Det vil derfor kunne være nyttig å kunne definere sammenstillinger av opplysninger rettet mot et bestemt bruksområde. Slike bruksområder kan være rettet mot de behov utøverne av en bestemt rolle, f.eks. tilsynslege, har, eller de kan være rettet mot bestemte type tjenester, f.eks. hjemmesykepleie.

Det vil være behov for å kunne generere statistikker og rapporter etter lokale behov og ønsker. Behovet vil til dels være forskjellig fra kommune til kommune og situasjonsavhengig.

5. Tilgangsstyring

De mekanismer som skal benyttes for å styre tilgangen til informasjon i journalen er detaljert beskrevet i kapittel 7 av EPJ-standarden [2] som er utarbeidet på grunnlag av bestemmelser i lov eller i medhold av lov. Særlig sentralt her står personopplysningsloven, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og helseregisterloven.

Hovedprinsippet for tilgangsstyring slik det beskrives i EPJ-standarden, er at det i utgangspunktet kun er den som har registrert opplysningene og journalansvarlig som skal ha tilgang til dem.

Tjenestemottakeren skal informeres om sine rettigheter, herunder også rettighetene i forhold til opplysningene i journalen. Tjenestemottakeren skal orienteres om hvilket behov tjenesteyterne har når det gjelder bruk av opplysningene for å kunne yte tjenester av best mulig kvalitet.

Dersom tjenestemottakeren samtykker til at opplysningene kan benyttes som beskrevet, registreres dette i journalen og styring av tilgang kan følge de generelle prinsippene som innebærer at tjenesteyterne skal gis tilgang til de opplysninger som er relevante for tjenesten. Dersom tjenestemottakeren ønsker begrensninger ut over dette, f.eks. at det kun er journalansvarlig som skal ha tilgang til visse opplysninger, registreres dette og nødvendige sperrer legges inn. Kapittel 7.6.2 i EPJ-standarden inneholder krav som skal sikre mulighet til å sperre for annen tilgang enn den som pasienten har gitt sitt samtykke til eller som følger direkte av bestemmelser i lov eller i medhold av lov. Dette inkluderer bl.a. mulighet til å:

- Gi samtykke til at helsepersonell som har et legitimt behov for opplysninger i forbindelse med gjennomføring av et bestemt tiltak, får slik tilgang.
- Gi samtykke til at en navngitt person får tilgang til opplysninger.
- Avgrense et samtykke til en nærmere angitt del av journalen.
- Sperre en nærmere angitt del av journalen for all tilgang utenom den som pasienten i hvert enkelt tilfelle har samtykket til.

I tillegg inneholder kapittel 7.5 i EPJ-standarden krav som skal sikre at det automatisk blir dokumentert i journalen hvem som har gått inn i pasientens journal og hvilken beslutning som ligger til grunn for at vedkommende er gitt tilgang til journalen. Kravene relatert til dokumentasjon av tilgang gjelder både tilgang basert på pasientens samtykke og tilgang som er hjemlet i andre bestemmelser i lov eller i medhold av lov, f.eks. tilgang i akuttsituasjoner.

Når en tjenesteyter som deltar i gjennomføringen av et tiltak har behov for opplysninger fra journalen, skal det gis tilgang til disse så fremt de er relevante i forhold til tiltaket og dersom tjenestemottakeren ikke har reservert seg mot slik bruk av de aktuelle opplysningene. Dersom det er registrert et slikt reservasjon, kan journalansvarlig vurdere om opplysningene er nødvendige for gjennomføringen av det aktuelle tiltaket, og kan i så fall be tjenestemottakeren om samtykke til å utlevere opplysningene.

EPJ-standarden tilbyr fleksible muligheter for å beskrive organisasjonsstrukturen, og en og samme tjenesteyter kan ha en rolle tilknyttet flere av organisasjonsenhetene.

Det gis også mulighet for at samme person kan ha flere roller, og da følgelig opptre som flere tjenesteytere.

Hvilke rettigheter en tjenesteyter skal ha, f.eks. hvilke tiltak vedkommende kan beslutte iverksatt og hvilke tiltak vedkommende kan delta ved utførelsen av, styres primært av rollen. Men det er også mulig å gi en del rettigheter til den enkelte tjenesteyter, i tillegg til de rettigheter som følger av rollen.

I kravspesifikasjonen beskrives de rollene som er vanligst i pleie- og omsorgstjenesten, samt hvilke rettigheter de som utøver rollene bør ha i forbindelse med gjennomføring av forskjellige tiltak. Det er her tatt utgangspunkt i tiltak direkte knyttet opp mot de tjenestetypene som er beskrevet for IPLoS, men det stilles krav om at både tjenestetypene og rollene skal kunne tilpasses kommunenes behov.

6. Funksjoner

Den enkelte leverandør står i utgangspunktet fritt til å bestemme utformingen av *brukergrensesnittet* på de system de leverer, og det er opp til den enkelte kommune å vurdere om de vil stille spesielle krav innenfor dette området. Det skal imidlertid være mulig for helsepersonalet via et skjermbilde å raskt få oversikt om hva som er viktig å være oppmerksom på i forhold til den enkelte tjenestemottaker.

6.1 Søking

Predefinerte søk benyttes for å effektivisere søk som foretas hyppig. For eksempel å finne journalen til en tjenestemottaker på grunnlag av navn, fødselsnummer etc., eller journalene til de som har mottatt en angitt type tjeneste i et angitt tidsrom, journalene til de som har søkt om en angitt type tjeneste, men hvor søknadene ennå ikke er avgjort og lignende.

Det skal finnes et predefinert søk som finner alle henvisninger, epikriser og andre meldinger til eller fra andre virksomheter i helsevesenet, som er mottatt eller sendt i et angitt tidsrom. Søket skal om ønskelig kunne begrenses til tjenestemottakere som har mottatt tjenester fra en bestemt enhet innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Denne funksjonen fungerer som en "postliste" for korrespondanse som er relatert til gjennomføring av de tjenester som er vedtatt.

6.2 Utskrifter

All informasjon i en elektronisk journal skal kunne *skrives ut på papir*. Til bruk i forbindelse med behandling av søknader skal det finnes en mulighet for å lage maler for faste tekster og informasjon som automatisk skal trekkes ut av dokumentasjonssystemet.

6.3 Rapporter og statistikker

Et tjenstedokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten skal også kunne tilby mulighet for produksjon av rapporter for *Restanser*, *Fattede vedtak* og lignende, samt et antall forskjellige statistikker som kan benyttes for å få oversikt over aktivitetsnivået.

7. Informasjonsutveksling

All spesifikasjon av informasjonsinnhold i kravspesifikasjonen er slik at informasjonen er tilrettelagt for elektronisk samhandling. Meldinger som resepter, attester, sykmeldinger, rekvisisjoner, standardbrev og lignende bør kunne mottas og avgis elektronisk via dokumentasjonssystemet. Det er et obligatorisk krav at funksjoner for rapportering av IPLOS opplysninger til IPLOS-registret skal inngå i systemet.

Ved flytting eller bytte av bolig/omsorgstype vil det være aktuelt med overføring av hele journalen fra en enhet innen kommunens pleie- og omsorgstjeneste, til en annen. Det stilles en rekke krav relatert til elektronisk informasjonsutveksling med andre aktører innenfor helsevesenet. Særlig står utveksling av opplysninger med sykehus sentralt. Det legges her opp til en dialogbasert kommunikasjon hvor det skal være mulig å sende elektronisk forespørsel om opplysninger og svare på slike forespørsler. Disse kravene er ment å dekke behovene både ved vanlige henvisninger, akuttinnleggelser og ved overføring av en pasient fra et sykehus til pleie- og omsorgstjenesten.

De fleste som mottar pleie- og omsorgstjenester behandles også av sin fastlege. Det er et betydelig behov for utveksling av informasjon mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegen, og det stilles krav om at slik informasjonsutveksling skal skje elektronisk.

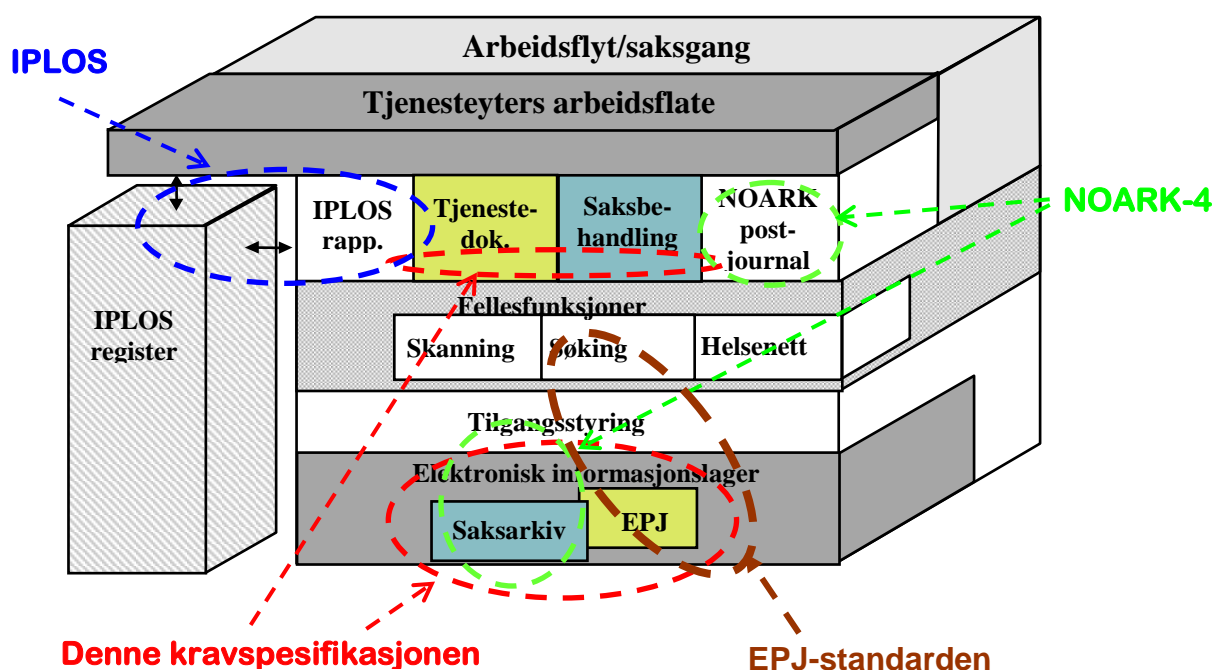
Når det er behov for legevaktstjenester er det viktig at legen får tilgang til nødvendig informasjon om tjenestemottakeren, og at pleie- og omsorgstjenesten får informasjon om legevaktlegens behandling mv. Det skal bl.a. være mulig å sende opplysninger fra en tjenestemottakers journal elektronisk til legevakten i forbindelse med utrykning til et sykehjem, og det skal kunne mottas opplysninger fra legevakten etter en utrykning.

8. Skisse til integrert løsning

Kravspesifikasjonen beskriver som tidligere nevnt krav relatert til saksbehandling og tjenstedokumentasjon. Det er viktig å ha klart for seg at de to delene beskriver forskjellige sider av det som normalt vil være ett og samme datasystem. Det er et klart krav at en person som både driver saksbehandling og tjensteyting skal kunne forholde seg til et enhetlig system, slik at en f.eks. ikke skal behøve å logge seg inn på nytt dersom en skal gå fra saksbehandling til tjenstedokumentasjon.

I et slikt system vil det også kunne inngå en rekke andre "moduler" som samvirker på en slik måte at det hele framstår som et integrert system for tjensteyteren.

Figuren nedenfor er et forsøk på å skissere hvordan forskjellige "moduler" kan tenkes satt sammen til et helhetlig system til bruk innenfor pleie- og omsorgstjenesten.



Tjensteyters arbeidsflate

Selv om krav til informasjoninnhold og funksjoner ikke beskrives samlet i ett dokument, bør tjensteyterne kun ha én arbeidsflate å forholde seg til. Denne arbeidsflaten bør i størst mulig grad skjule den underliggende kompleksitet for tjensteyterne. I denne kravspesifikasjonen stilles det imidlertid ingen krav til denne arbeidsflaten, det er opp til den enkelte leverandør å utforme denne på en måte som tilfredsstiller kundenes behov så lenge spesifisert funksjonskrav i denne kravspesifikasjonen er ivaretatt.

I et avansert system kan det også tenkes integrert funksjoner for arbeidsflyt/saksgang.

Funksjoner for tjenstedokumentasjon

En del av de funksjoner som er nødvendige for arbeidet med tjenstedokumentasjon blir beskrevet i dette dokumentet. Dette er imidlertid begrenset til funksjoner som er tett knyttet til de opplysninger som skal kunne registreres, f.eks. overføring av opplysninger til IPLOS. Mesteparten av denne funksjonaliteten må leverandørene selv

utvikle basert på de krav deres kunder kommer med. Ettersom hoveddelen av tjenstedokumentasjonen vil utgjøre en elektronisk pasientjournal (EPJ) må sikres at bestemmelsene i helselovgivningen og da spesielt pasientjournalforskriften blir fulgt under utviklingen av disse funksjonene.

Funksjoner for saksbehandling

En del av de funksjoner som er nødvendige for saksbehandling blir beskrevet i dette dokumentet. Dette er imidlertid begrenset til funksjoner for å søke fram nødvendig informasjon fra tjenstedokumentasjonen og for å registrere opplysninger fra saksbehandlingsprosessen i tjenstedokumentasjonen. Også her er det leverandørene som ut fra de krav deres kunder kommer med, må finne fram til hvilken funksjonalitet som er nødvendig.

IPLOS-rapportering

Krav relatert til rapportering til IPLOS-registeret, f.eks. hvilke data som skal rapporteres og hvilket format rapporteringen skal skje på, blir utarbeidet av et eget prosjekt (IPLOS-prosjektet). I dette dokumentet stilles det krav vedrørende registrering og bevaring av denne informasjonen som en del av tjenstedokumentasjonen.

Noark postjournal

Krav relatert til postjournalen, f.eks. krav relatert til registrering av inngående og utgående dokumenter, samt arkivering av saksdokumenter finnes i standarden Noark-4. I denne kravspesifikasjon beskrives sammenhengen mellom Noark-4 og postjournalen og det finnes en rekke referanser til Noark-4, men krav derfra blir ikke gjentatt.

Fellesfunksjoner

I et velfungerende system bør det være tilgang på en del felles funksjoner som kan benyttes fra flere av "modulene" som inngår i systemet. Eksempel på slik funksjonalitet kan være funksjoner for søking, skanning og tilgang til helsenett.

Tilgangsstyring

Også funksjonene for tilgangsstyring bør i størst mulig grad være felles for alle brukere av dokumentasjonssystemene. Kravene relatert til tilgangsstyringen er basert på EPJ-standard og på Noark-4, som begge tar utgangspunkt i gjeldende lovverk for å beskrive hvilke krav som må stilles for korrekt styring av tilgang til henholdsvis elektroniske pasientjournaler og elektroniske postjournaler/saksarkiv.

Elektronisk informasjonslager

I "bunnen" av systemet ligger det elektroniske informasjonslagret hvor både postjournal/saksarkiv og den elektroniske pasientjournalen inngår. Noark-4 beskriver detaljerte krav til førstnevnte mens kravspesifikasjon for tjenstedokumentasjon inneholder krav til sistnevnte. Når det gjelder detaljeringsnivået på disse kravene er målsetningen her at de skal være detaljert nok til at informasjonen kan utveksles på en sikker måte uten tap av meningsinnhold.

Det elektroniske informasjonslageret skal i prinsippet inneholde all informasjon som produseres eller benyttes av de integrerte systemene, inkludert alle former for dokumenter (tekst, bilder, lyd og video). Sentralt i det elektroniske informasjonslagret står saksarkivet. Krav til dette er spesifisert i standarden Noark-4 og de blir ikke gjentatt her.

Den andre delen av informasjonslageret som er indikert på figuren er "EPJ". Her ligger all tjenstedokumentasjonen, inkludert den delen som stammer fra

saksbehandlingsprosessen og som er relevant for den helsehjelp (eller hjelp etter lov om sosiale tjenester) som gis til tjenestemottakeren. Denne beskrives i sin helhet i denne kravspesifikasjonen.

Bruk av et felles elektronisk informasjonslager vil kunne minske behovet for direkte kommunikasjon mellom de IT-systemer som integreres i løsningen. Det enkelte system kan da for en stor del arbeide direkte mot alle nødvendige data, uten å gå veien om det system hvor dataene opprinnelig oppstod.

Merk at et felles informasjonslager kun er et logisk begrep som innebærer at informasjonen skal kunne nås gjennom et felles grensesnitt og er underlagt felles regler for tilgangsstyring mv. Dette innebærer ikke nødvendigvis at all informasjonen lagres på samme sted i en database, på en filserver eller lignende, tvert i mot kan det ofte være hensiktsmessig å ha dedikerte lagringssystemer for bestemte typer informasjon slik som f.eks. bilder eller video.

Merk også at et felles informasjonslager heller ikke betyr at all informasjon nødvendigvis skal administreres av ett system, det er for eksempel ikke noe i veien for at et system for tjenstedokumentasjon administrerer (og sikrer) informasjon som inngår i tjenstedokumentasjon/pasientjournal mens et system basert på Noark-4 administrerer postjournal med saksarkiv. Hovedpoenget er at de forskjellige systemene tilbyr de øvrige systemene tilgang nødvendig til informasjonen, inkludert mulighet til å opprette sikre referanser til informasjonen slik at dobbeltlagring unngås.

VEDLEGG: REFERANSER TIL KRAVSPESIFIKASJONEN

- [1] Kravspesifikasjon elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten. HIS 80315:2004.
- [2] Elektronisk pasientjournal standard: Arkitektur, arkivering og tilgangsstyring. KITH, 2001
- [3] EPJ standardisering: Dokumentasjon av forskrivning og administrasjon av legemidler - Kravspesifikasjon og teknisk standard. KITH Rapport 08/03
- [4] Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000.
- [5] Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen av 8. juni 2001, endret desember 2001
- [6] Veileder for Individuell plan.2001. Sosial- og helsedepartementet 2001
- [7] Helsetilsynets forslag til veileder for saksbehandling (desember 2001)
- [8] Helsetilsynets forslag til veileder for dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenestene (desember 2001)
- [9] Noark-4 Norsk arkivsystem. Riksarkivaren 1999.
- [10] Elektronisk samhandling i pleie- og omsorgstjenesten. NST-rapport 07-2002, Nasjonalt senter for telemedisin 2002.
- [11] Kravspesifikasjon til IPLOS-versjon av IT-basert dokumentasjonssystem, versjon 1.03 Sosial- og helsedirektoratet 2002
- [12] IPLOS Teknisk kravspesifikasjon, versjon 1.03, Sosial- og helsedirektoratet 2002
- [13] Kravspesifikasjon for elektronisk journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. HIS 1104-1:2001
- [14] Henvisning til undersøkelse eller behandling. Blankett I-0908 B fra Sosial- og helsedepartementet
- [15] Generell melding for forespørsel om og overføring av journalinformasjon (EPJ). KITH rapport 08/02.