

KITH

INFORMASJONSTEKNOLOGI
FOR ET BEDRE HELSEVESEN

Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie Nasjonal standard

Del I

Revidert versjon 1.1
30.november 2003

<h1>KITH-rapport</h1> <p>Tittel <i>Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie</i> Revidert utgave</p> <p>Forfatter: Grete Bach, KITH Oppdragsgiver: Helse Sør RHF, v/Sørlandet sykehus HF, Arendal</p>		 <p>Postadresse Sukkerhuset 7005 Trondheim Telefon: 73 59 86 00 Telefaks: 73 59 86 11 e-post: firmapost@kith.no Foretaksnummer: 959 925 496</p>	
Rapportnummer R 12/03	URL		Prosjektnummer AASSH
ISBN 82-7846-174-0	Dato 30.november 2003	Antall sider 59	Kvalitetssikret av Torbjørn Nystadnes
Gradering Ingen			
Godkjent av Jacob Hygen, adm.direktør			
<p>Denne kravspesifikasjonen er utarbeidet med utgangspunkt i <i>Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ</i>, resultatet av et samarbeid mellom Helse Sør RHF v/Sørlandet sykehus HF, Arendal og KITH. Dette arbeidet er blitt sendt de 5 regionale helseforetakene til en forenklet høring, i tillegg er arbeidet presentert på et eget dialogmøte for universitetssykehusene, på et eget seminar for elektronisk dokumentasjon av sykepleie samt på aktuelle internettsider. På bakgrunn av denne prosessen og tilbakemeldingene som er mottatt, er kravspesifikasjonen bearbeidet slik at den nå skal kunne fungere som en nasjonal standard for elektronisk dokumentasjon av sykepleie.</p> <p>Det er tatt utgangspunkt i den helsehjelp eller sykepleie, tjenesteyteren har et selvstendig faglig ansvar for. Det har vært et absolutt krav at elektronisk dokumentasjon av sykepleie skal være <i>en integrert del av pasientens</i> elektroniske journal. Det er derfor spesifisert løsninger slik at både dokumentasjon av sykepleie og <i>ekstern journalinformasjon</i> registrert av andre helsefaggrupper, er tilgjengelige for de som har autoriserte behov for slik informasjon.</p> <p>Det er tatt utgangspunkt i sykepleieprosessen som gjelder uansett hvilken type sykepleie som ytes. Kravspesifikasjon er utarbeidet for alle typer sykepleie, både den som ytes på alle områder innenfor spesialisthelsetjenesten og på alle områder innenfor kommunehelsetjenesten.</p> <p>Kravspesifikasjonen er tenkt som hjelp både for de i helsevesenet som skal anskaffe et dokumentasjonssystem, de som allerede har ett, men ønsker forbedringer, samt for leverandører. Dessuten skal den også være til hjelp for helsepersonell med spesiell interesse for elektronisk dokumentasjon.</p>			

Forord

De nye helselovene fra 2001 gav i alt 27 forskjellige helsefaggrupper dokumentasjonsplikt og sykepleiere har nå en lovpålagt dokumentasjonsplikt.

Men sykepleiere har allerede i lang tid dokumentert helsehjelp. De har både dokumentert det spesielt sykepleiefaglige, men også utført registreringer på vegne av andre helsefaggrupper. Denne kravspesifikasjonen behandler i første omgang den dokumentasjonen som sykepleierne har et *selvstendig, faglig ansvar* for. Helse Sør RHF v/Sørlandet sykehus HF, Arendal har fått tildelt midler i forbindelse med statsbudsjettet 2002, og har i samarbeid med KITH utarbeidet *Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*.

Det er samarbeidet med andre pågående prosjekter som elektronisk dokumentasjon av pleie- og omsorgstjenestene, med fagorganisasjoner, helsepersonell i mange deler av helsesektoren over hele landet, samt leverandører. Hensikten med denne prosessen var å få utarbeidet en nasjonal standard for elektronisk dokumentasjon av sykepleie.

Samtidig med kravspesifikasjonsarbeidet er det utviklet en *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*, der en ved presentasjon av forskjellige typer sykehistorier viser hvordan dokumentasjonen av sykepleie kan utføres.

Kravspesifikasjonen ble ferdigstilt primo mai 2003 og Sosial- og helsedirektoratet administrerte en høringsprosess. Foreliggende kravspesifikasjonen er nå bearbeidet via denne høringsprosessen. I forhold til versjon 1.0 er kravspesifikasjonen revidert mhp. følgende:

- Alle kravtabellene fra EPJ standard er fjernet og erstattet med referanser. Dette er gjort for å få ned volumet på kravspesifikasjonen. Kravtabellene ble i utgangspunktet tatt med for at leseren skulle slippe å “slå opp” i standarden. Når tabellene nå likevel er fjernet, henstilles det sterkt til leseren å skaffe seg informasjon om innholdet i de refererte kravene.
- Begrepet “Sykepleieoversikt” er beskrevet i forhold til problembasert dokumentasjon. Flere har misforstått dette begrepet, og det er nå omtalt som “Sykepleiedokumentasjon”
- “Sykepleie enkelttiltak” er forsøkt konkretisert og gjort lettere forståelig. Navnet på sakstypen er bl.a. endre navnet til “Oppfølging av behov og problem”.
- Tiltaksdokumentet er endret noe, bl.a. er et eget fragment “Gjennomføring av tiltak” tatt med, som kan være særlig aktuelt når tiltak skal gjentas flere ganger.
- Signering med dobbelsignering er beskrevet i eget underkapittel
- Brukermedvirkning er prøvd synliggjort via omtale av *egenjournal* i kapittel 4.
- *Avviksdokumentasjon* er omtalt under evalueringsdokument, samt at det synliggjøres hva som evalueres (for eksempel tiltak).
- Krav til tverrfaglighet. Det er i prosjektet flere ganger blitt pekt på viktigheten av samarbeid og tverrfaglighet. Dokumentasjon som gjøres av en sykepleier skal være tilgjengelig også for annet helsepersonell, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter o.a. Det samme gjelder selvsagt også omvendt. Dokumentasjon av sykepleie, kapittel 4 med underkapittelet 4.3.1 Sakstype: Sykepleiedokumentasjon, beskriver en dokumentasjonsprosess som også kan være gjeldende for andre helsefaggrupper. En problembasert dokumentasjonsmetode kan være like aktuell for alle typer helsepersonell. Siden dette er et nasjonal kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie, var det naturlig i denne sammenheng å relatere dokumentasjonsprosessen mot faget sykepleie. Men begrepet *Sykepleiedokumentasjon* kan selvsagt erstattes med *Tverrfaglig*

eller fellesfaglig dokumentasjon som det er gjort i kravspesifikasjonen for *Elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten*. Det ble samarbeidet med dette prosjektet for å finne en felles måte å dokumentere på som kunne gjelde mange helsefaggrupper og i alle deler av helsevesenet.

- Kapittel 4, Dokumentasjon av sykepleie er redigert og endret noe mht. definisjon av helsehjelp og sykepleie, generell journalinformasjon mv.
- Det er gjort mindre språklige justeringer

INNHOOLD:

Innledning	7
1.1 Kort om prosjektarbeidet	7
1.2 Om denne kravspesifikasjonen	8
1.2.1 Oppbygning av kravspesifikasjonen	9
1.2.2 Terminologi.....	10
1.3 Kort om sykepleiers dokumentasjonsplikt.....	10
1.4 Valg av klassifikasjonssystem	11
2. Introduksjon til dokumentet	11
2.1 Hva omfatter kravspesifikasjonen.....	11
2.2 Krav fra EPJ-standarden	12
3. Grunnleggende arkitektur	12
3.1 Innledning	12
3.1.1 EPJ dokument	12
3.1.2 EPJ Sak	13
3.1.3 Sekundære komponenter og tilleggsdata	14
3.1.4 Forbindelser, referanser mv	14
3.2 Faste opplysninger	15
3.2.1 Opplysninger knyttet til den enkelte registrering.....	15
3.3 Krav fra EPJ-standard.....	15
4. DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE	16
4.1 Innledning	16
4.2 Generell journalinformasjon	16
4.3 Elektronisk dokumentasjon av sykepleie.....	17
4.3.1 Sakstype: Sykepleiedokumentasjon.....	18
4.3.2 Sakstype: Oppfølging av behov og problem.....	19
4.3.3 Sakstype: Pasientens ressurser/behov/problem.....	20
4.3.4 Sakstype: Mål for pasient/forventet resultat	22
4.3.5 Sakstype: Intervensjon - tiltak	23
4.3.6 Sakstype: Evaluering	25
4.4 Krav fra EPJ-standard	27
4.5 Sakstype: Legemidler/legemiddeladministrasjon	27
4.6 Sakstype: Sykepleienotater	27
4.7 Eksternt spesifisert journalinnhold	29
4.7.1 Sakstype: Cave.....	29
4.7.2 Sakstype: Reservasjoner og ønsker.....	30
4.7.3 Sakstype: NB!	31
4.7.4 Sakstype: Praktiske forhold	33
4.7.5 Sakstype: Informasjon og tilbud til pasient	36
4.8 Målinger/registreringer/observasjoner	37
5. Normgivende informasjon	39
5.1 Kort om normgivende informasjon.....	39
5.1.1 Krav fra EPJ standard	39

6.	Personer, organisasjoner mv.	40
6.1	Innledning	40
6.2	Personopplysninger mv.....	40
6.3	Virksomheter og andre organisatoriske enheter	41
6.4	Krav fra EPJ-standarden	41
6.4.1	Medisinsk-teknisk utstyr og programvare	41
7.	Tilgangsstyring.....	41
7.1	Signering og dobbeltsignering	42
8.	Funksjoner	42
8.1	Brukergrensesnitt	42
8.2	Kort om brukergrensesnitt	42
8.3	Søking	43
8.3.1	Søkeord	43
8.3.2	Predefinerte søk	43
8.4	Presentasjonsformer	44
8.5	Utskrift	45
8.5.1	Utskrift av saker og dokumenter.....	45
8.6	Rapporter.....	46
8.6.1	Sykepleiesammenfatning	46
8.6.2	Medisinsk kurve.....	47
8.6.3	Andre rapporter	48
8.7	Statistikker	48
8.7.1	Aktivitetsstatistikker	49
8.7.2	Oversikt over tilleggsundersøkelser mv.....	50
8.8	Uttrekk av informasjon til sentrale statistikker.....	50
8.9	Aktuelle krav fra EPJ standard	50
9.	Informasjonsutveksling.....	51
9.1	Generelt om informasjonsutveksling	51
9.1.1	Aktører	52
9.2	Elektroniske meldinger	54
10.	Arkivering	55
	Vedlegg 1: Referanser.....	56
	Vedlegg 2: Sak 31/2002.....	57
	Vedlegg 3: Kartlegging.....	58

Innledning

1.1 Kort om prosjektarbeidet

Utviklingen av en nasjonal standard bygger på arbeidet som er gjennomført av Helse Sør RHF v/Aust-Agder sykehus og KITH. Målsetting til det arbeidet var å utarbeide kravspesifikasjoner for dokumentasjon av sykepleie i EPJ, inklusive de nødvendige nasjonale, tekniske standarder innenfor området.

Prosjektet kartla i startfasen den praksis en har i helseforetakene i helseregion sør når det gjelder papirbasert dokumentasjon av sykepleie, samt hvilke muligheter som finnes i de EPJ-systemer som finnes i regionen. Om kartleggingen vises til *Vedlegg 3: Kartlegging*.

I samarbeid med andre pågående og planlagte prosjekter, Norsk Sykepleierforbund og fagpersonell over hele Norge, er det på dette grunnlag utarbeidet en kravspesifikasjon som beskriver de behov sykepleiere både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten har når det gjelder dokumentasjon i EPJ. Denne kravspesifikasjonen skal etter en omfattende høring, få status som en nasjonal standard.

Kravspesifikasjonen del I er utarbeidet i perioden juni til medio mars 2003 av en arbeidsgruppe bestående av følgende personer:

Fra Sørlandet sykehus HF, Arendal:

- Spesialkonsulent Jan Gunnar Dale, prosjektleder
- IT-konsulent Gerd Gulstad (fra oppstart til desember 2002)
- Kst. leder av FOU-avd. Anne Haugmoen
- Fra helseforetak som benytter DIPS, sykepleier Anne Bartnes Line

Fra NSF sentralt:

- Nestleder i *NSfID*, Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for IKT og dokumentasjon, Høgskolelektor Cecilie Dale, som vil ha et spesielt ansvar for å ivareta sykepleiernes mange fagområder

Fra psykiatrien i Vestfold:

- Fra Psykiatrien i Vestfold HF, Leder post B, Søndre Vestfold DPS, Per-Elvin Lie

Fra psykiatrien i Buskerud:

- Spesialkonsulent, psykiatrisk sykepleier, Sykehuset Buskerud HF, Nina Helen Mjøsund,

Fra helseforetak som benytter Doculive EPJ:

- Rådgiver fra Rikshospitalet HF, sykepleier Lilly Marit Angermo

Fra helseforetak som benytter Infomedix EPJ:

- Sykehuset Telemark HF, Avdelingssykepleier Marit Storteig

Fra KITH :

- Sjefrådgiver Torbjørn Nystadnes, bistand med problemstillinger knyttet til samarbeidende prosjekter, og samkjøring med pågående.
- Seniorrådgiver Anita Lorck Bjørgum , arbeider angående den tekniske standarden.
- Seniorrådgiver Grete Bach, ansvarlig for utforming av selve kravspesifikasjonen, nødvendig bearbeiding til nasjonal standard, samt utforming av den tekniske standarden.

Etter 2003 er kravspesifikasjonen forelagt en *dialoggruppe* bestående av fagpersonell med spesiell kompetanse på området dokumentasjon av sykepleie. Denne dialoggruppen, med personell hovedsakelig fra de gamle regionsykehushmiljøene, har presisert viktigheten av arbeidet og har bare hatt mindre endringsforslag.

1.2 Om denne kravspesifikasjonen

Denne kravspesifikasjonen bygger på en grunnleggende standard for elektroniske pasientjournaler (EPJ) utarbeidet under Sosial- og helsedepartementets program for *Standardisering og samordning av informasjons- og kommunikasjonssystemer i helsevesenet*, med tittelen *Elektronisk pasientjournal standard: Arkitektur, arkivering og tilgangsstyring*. I tillegg er det under arbeidet med kravspesifikasjonen spesielt lagt vekt på å ivareta føringene angående samordning som omtales i den statlige tiltaksplanen for 2001-2003, *Si-@*. Et utkast til EPJ standarden har vært ute på bred høring, og den ble publisert første halvår 2001. I denne kravspesifikasjonen er denne standarden for enkelhets skyld referert til som "EPJ-standard".

Standarden består av to deler:

Del I: Funksjonsrettet beskrivelse

Del II: Tekniske spesifikasjoner

Ettersom EPJ-standarden er en grunnleggende standard, er store deler av den til dels svært abstrakt og har et klart teknisk preg. Standarden er derfor *ikke* egnet som lærebok eller oppslagsverk i forbindelse med vanlig bruk av EPJ-system, den er hovedsakelig rettet mot leverandører og de som skal utarbeide lokale kravspesifikasjoner i forbindelse med anskaffelse av EPJ-system.

Denne kravspesifikasjonen, derimot, er mer rettet mot brukere av journalsystemer. Men ettersom det i en slik kravspesifikasjon er nødvendig å formulere kravene på en slik måte at de blir mest mulig entydige i forhold til leverandørene, vil nok også deler av denne kravspesifikasjonen virke fremmed for mange.

Rapportens målgrupper

Denne kravspesifikasjonen har to primære målgrupper:

- Systemleverandører som vil utvikle muligheten for elektronisk dokumentasjon av sykepleie i en EPJ
- Virksomheter som bruker eller vurderer å ta i bruk elektronisk sykepleiedokumentasjon.

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 virksomhetene som fører journaler er kravspesifikasjonen hovedsakelig beregnet brukt i forbindelse med anskaffelse av elektronisk journalsystem. Eller, dersom virksomheten allerede har anskaffet et journalsystem, i forbindelse med vurdering av om dette systemet dekker de kravene som bør stilles til et slikt system.

1.2.1 Oppbygning av kravspesifikasjonen

1.2.1.1 Kravstruktur

I denne kravspesifikasjonen er det tatt med noen krav fra EPJ standarden, og det refereres til de aktuelle krav fra denne. Kravene fra EPJ-standardens navngies på formen *Kx.y* der "x" er kapittelnummeret i EPJ-standardens og "y" er kravnummeret innenfor kapitlet.

I EPJ-standardens er det foretatt en prioritering av kravene, enkelte krav vil være obligatoriske for alle typer virksomheter, mens andre er anbefalinger. De obligatoriske kravene er også delt inn i flere nivåer, og det er også tatt med en del krav som kun anses som relevante innenfor enkelte typer virksomheter.

Den største delen av kravspesifikasjonen inneholder krav som er spesielt rettet mot dokumentasjon av sykepleie. Her er de formelle kravene gitt nummer på formen *Splx.y* der "x" er kapittelnummeret og "y" er kravnummeret innenfor kapitlet, slik at f.eks. *Spl4.17* da blir krav nr. 17 i kapittel 4.

I denne kravspesifikasjonen er det gjort en vurdering av hvilke krav fra EPJ-standardens som er relevante ved elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Disse kravene utgjør sammen med



kravene i denne kravspesifikasjonen en kravprofil for elektronisk dokumentasjon av sykepleie.

Figuren over er et forsøk på å illustrere hvordan slike kravprofiler for forskjellige virksomhetstype kan bygges opp av felles krav fra EPJ-standardens samt egne krav spesielt rettet mot den enkelte virksomhetstype.

I denne kravspesifikasjonen er kravene til funksjonalitet gruppert og tildelt en bokstavkode (for type krav) slik som angitt i tabellen nedenfor:

O	Obligatoriske krav, må oppfylles av alle journalsystem.
A	Anbefalte tilleggskrav
S1	Kravet obligatorisk for spesialisthelsetjenesten

Eksempel på et formalisert krav er vist nedenfor. *K7.1* identifiserer dette som krav 1 i kapittel 7 i EPJ-standardens, og *O* i tredje kolonne angir at dette er et obligatorisk krav.

K7.1	EPJ-systemet skal sikre at tilgang til informasjon gis kun til de som er autorisert for det. De som får tilgang til slik informasjon, har taushetsplikt, jf. lov om helsepersonell §21.	O
------	---	---

1.2.2 Terminologi

I den grad det har vært mulig, er det i denne kravspesifikasjonen søkt å benytte termer som finnes definert i definisjonskataloger, lover, forskrifter eller som stammer fra andre autoritative kilder.

På grunn av at kravspesifikasjonen refererer til EPJ-standarden og delvis også til lov- og regelverk, har det imidlertid vært nødvendig å benytte en del termer på en måte som avviker fra det som ellers er vanlig. Dette dreier seg i hovedsak om termer som har fått en noe utvidet betydning, fordi det i standarder ofte er hensiktsmessig å operere med et generelt samlebegrep framfor et sett av mer spesialiserte begrep. Eksempler på slike termer kan være *sak*, *tiltak*, *tjenesteyter* og *tjenesteutførelse*.

Denne spesielle bruken av termer er på ingen måte ment å skulle videreføres i de EPJ-systemer som skal baseres på denne kravspesifikasjonen. Der bør en benytte termer som brukerne er fortrolige med, og da fortrinnsvis veldokumenterte termer som er hentet fra definisjonskataloger eller andre autoritative kilder. Det er likevel under dette arbeidet avdekket et behov for utvikling av en egen definisjonskatalog for termer og begreper spesielt for sykepleie.

1.3 Kort om sykepleiers dokumentasjonsplikt

Et overordnet mål innen sykepleien er at kvaliteten på den behandling og sykepleie den enkelte pasient mottar, skal være best mulig ut fra tilgjengelige ressurser. Et virkemiddel for å oppnå dette, er høy kvalitet på sykepleiedokumentasjonen.

Da Lov om helsepersonell ble innført 01.01.2001, fikk sykepleierne en juridisk dokumentasjonsplikt. Det var ikke lenger et spørsmål om sykepleierne skulle dokumentere, men på hvilken måte. Sykepleiedokumentasjonen skal være et hjelpemiddel slik at sykepleierne skal kunne tilfredsstillende kravene som stilles fra myndighetene og samtidig bidra til at den kvalitet og kontinuitet som etterspørres, kan oppnås. Hensikten med dokumentasjon av sykepleie er å:

- Ivareta pasientens sikkerhet
- Sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleien
- Være et juridisk dokument
- Synliggjøre faglig ansvar
- Tydeliggjøre hva sykepleie er, og synliggjøre klinisk erfaring
- Være et kommunikasjonsmiddel
- Være et verktøy for fagutvikling
- Gi grunnlag for ledelse og ressursstyring
- Være grunnlag for forskning og utviklingsarbeid

1.4 Valg av klassifikasjonssystem

Klassifikasjonssystemene for sykepleie er overordnede systemer som skal dekke alle områder innenfor sykepleie og alle nivåer av sykepleiepraksis.

Bruksområdene er særlig dokumentasjon av sykepleie, kvalitetsforbedrende arbeid, ressursforvaltning, fagutvikling og forskning. I utdanningsøyemed er det særlig som instrumenter i programutvikling og kvalitetssikring av disse, at systemene har verdi.

Men skal en sykepleier dokumentere hva som er gjort av helsehjelp, hvilke planer, mål og tiltak som gjelder for pasienten, vil et klassifikasjonssystem utviklet spesielt med tanke på dette, være til stor hjelp. Norsk sykepleieforbund NSF, har i vedtak av 29. august kommet med følgende i forbindelse med bruk av IKT. Se Vedlegg 2: Sak 31/2002.

Sammenlikninger fra forskjellige typer klassifikasjonssystem har avdekket både lik og ulik bruk av termer, og i den grad det har vært mulig blir det her brukt termer som alle i stor grad bør være fortrolig med.

Det er under arbeidet med kravspesifikasjonen vært enighet om at helsevesenet selv må velge om det skal brukes klassifikasjonssystem, og hvilken type. Det er derfor lagt stor vekt på at kravspesifikasjonen skal åpne for bruk av fritekst og/eller strukturert tekst, brukt alene eller i kombinasjon med et fritt valgt klassifikasjonssystem.

2. INTRODUKSJON TIL DOKUMENTET

Som nevnt innledningsvis, er det en overordnet målsetting med denne kravspesifikasjonen å danne grunnlaget for utvikling av en ny generasjon journalsystemer med elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Men kravspesifikasjonen legger ingen teknologiske føringer for utviklingen av et slikt journalsystem. Så lenge systemet kan håndtere det informasjonsinnholdet som beskrives, og de øvrige obligatoriske krav oppfylles, kan den enkelte leverandør selv fritt velge hvordan kravene skal realiseres, og hvilken funksjonalitet m.v. som for øvrig skal inngå i systemet.

2.1 Hva omfatter kravspesifikasjonen

Arkitektur og innhold

Kapittel 3 av EPJ-standard, inneholder en beskrivelse av en generell arkitektur for elektroniske pasientjournaler. Denne arkitekturen er ment å gi mulighet til å kunne organisere innholdet i journalen ut fra de behov en måtte ha innenfor alle typer virksomheter i helsevesenet, og den dekker fullt ut de behov som er identifisert i denne kravspesifikasjonen. Det beskrives tre hovedtyper av komponenter samt overordnede regler for hvordan disse skal benyttes i EPJ. Etersom de tre komponenttypene er meget generelle og skal kunne anvendes til svært forskjellige formål, har det vært vanskelig å finne gode og entydige termer. I stedet for å skape helt nye termer, er det valgt å benytte de allment kjente termene *sak*, *dokument* og *fragment*, og føye til prefiks EPJ i de tilfeller hvor det er behov for å understreke at dette gjelder standardens spesielle bruk av termen.

Det er viktig at dokumentasjonen av sykepleie blir en integrert del av pasientens elektroniske journal, derfor er det når det gjelder arkitekturen, ikke identifisert behov for tilleggskrav for sykepleietjenesten.

Når det gjelder spesifisering av innholdet, er den papirbaserte dokumentasjonen av sykepleie samt veiledere til disse, lagt til grunn. Men det er også tatt hensyn til andre typer dokumenter m.v. som i den papirbaserte journalene blir håndtert som vedlegg. Det er spesielt lagt vekt på den informasjonen om pleie som kan finnes her, eksempler på dette kan være forskjellige former for henvisninger og meldinger.

Tilgangskontroll

Bak de kravene som stilles i forbindelse med tilgangskontroll i EPJ-standarden ligger den overordnede målsetning at intensjonene i lovgivningen skal følges fullt ut, uten at dette skal gå på bekostning av brukervennlighet eller ytelse.

Hvilke opplysninger i en journal en person skal kunne gis tilgang til, er sterkt situasjonsavhengig. Med unntak av den som journalen omhandler, skal ikke noen gis tilgang til helseopplysninger i egenskap av å være en bestemt person. Det er det arbeidet relatert til helsehjelp vedkommende til enhver tid utfører som avgjør hvilke helseopplysninger som skal være tilgjengelige.

I EPJ-standarden er det gjort en del konkrete valg når det gjelder prinsippene for tilgangsstyring, som avviker en del fra det som benyttes i dagens journalsystemer. Løsningen, og da primært datamodellen, som er valgt, er ment å skulle kunne gi mulighet for en rekke forskjellige løsninger når det gjelder brukergrensesnitt mv. Dette er ment å skulle gi de leverandører som ønsker det, muligheten til å videreføre dagens brukerfunksjonalitet på dette området, så lenge denne tilfredsstillende krav som følger av lov- og regelverk.

2.2 Krav fra EPJ-standarden

Refererer til standardens overordnede krav angående elektroniske pasientjournaler: *K2.1.. K2.13*

3. GRUNNLEGGENDE ARKITEKTUR

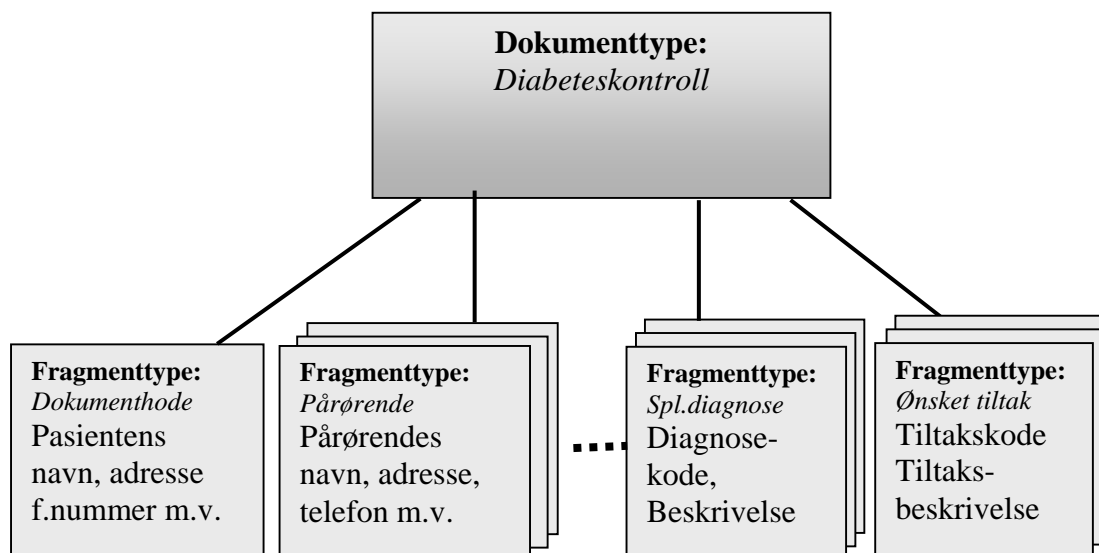
3.1 Innledning

3.1.1 EPJ dokument

EPJ dokument er en sentral komponent og utgjør en registrering med en klart angitt start og slutt. Dokumentet godkjennes alltid som en helhet ved at dokumentet påføres en elektronisk signatur. Dette innebærer ikke at det stilles krav om at hele dokumentet registreres samtidig. Det bør være mulig å avbryte registreringen, f.eks. for å innhente mer informasjon, for så ferdigstille dokumentet på et senere tidspunkt. Men så lenge et dokument ikke er godkjent, skal det i alle sammenhenger være klart merket som "ikke godkjent".

Det er ennå ikke klarlagt hvilke krav som vil bli stilt når det gjelder bruk av elektronisk signatur i elektroniske journaler. Men de foreløpige signaler tyder på at det ved vanlig signering i journal vil bli stilt forholdsvis enkle krav som ikke krever bruk av tiltrodd tredjepart (TTP) eller lignende.

Dokumentene bygges igjen opp av *EPJ fragmenter*. Fragmenter benyttes for å sette sammen grunnleggende dataelementer (tekstelementer, tall, koder etc.) til en gruppe som gir en selvstendig mening. Som et spesialtilfelle kan et fragment inneholde et enkelt dataelement. Dette er mest aktuelt når dataelementet har et innhold som i seg selv gir en selvstendig mening, f.eks. et bilde eller et skannet dokument. Fragmenter kan også inneholde andre fragmenter, og samme fragment kan inngå i flere andre fragmenter, og eventuelt også i flere forskjellige dokumenter.



Figuren over viser hvordan et dokument av typen "Diabeteskontroll" kan bygges opp av et sett av fragmenter som igjen inneholder dataelementer og eventuelt andre fragmenter. (Merk: Figuren viser ikke det komplette dokumentet.)

3.1.2 EPJ Sak

En sak kan bestå av et fritt antall dokumenter, og kan også inneholde andre saker. En og samme sak og et og samme dokument kan inngå i flere saker.

EPJ sak, som er den eneste type komponent hvor det kan tilføyes nytt innhold over tid, benyttes for å organisere de dokumentene som inngår i journalen, i henhold til de behov en måtte ha. Et eksempel på bruk av saker, kan være for å etablere en emneorientert inndeling av journalen.

En annen måte å organisere journalen på, kan være etter problem.

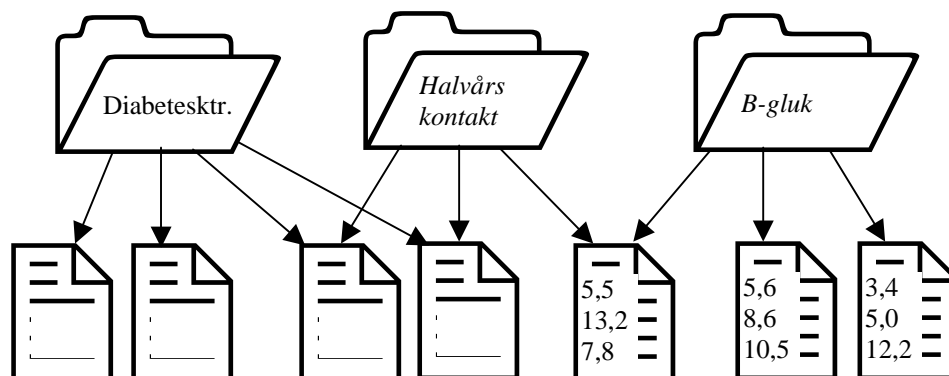
Denne kravspesifikasjonen beskriver innholdet av en "emne-sak" som er ment å kunne inngå i en EPJ hvor det også finnes andre "emne-saker", men også "problem-saker" og "prosess-saker".

En tredje anvendelse av saker, kan være for å gruppere innholdet i journalen etter mer tidsavgrensede begrep slik som omsorgsperiode og omsorgsepisode.

EPJ-standarden gir mulighet for å organisere journalen etter flere prinsipper samtidig, noe som er utnyttet i denne kravspesifikasjonen. Her skal de aller fleste dokumenter knyttes til (minst) to saker, en sak som samler all informasjon registrert ved en kontaktepisode, og en sak som

knytter registreringen opp mot et tema/emneområde slik som f.eks. diabeteskontroll eller pasientens ressurser/behov/problem.

Det meste av informasjonen som blir registrert vil inngå i en sak av typen *Oppfølging av behov og problem* (ref. *Kravspesifikasjon for pleie- og omsorg*.) De fleste dokumenter vil også inngå i saker av andre typer. F.eks. så vil dokumentasjonen av de diabeteskontroller som er foretatt



ved en månedlig kontroll også inngår i samlesaken *Diabetesktr.* og registrering av blodsukker vil inngå i saken *B-gluk*. Dette er illustrert i figuren ovenfor, hvor to registreringer av *Diabetesktr.* samt en registrering av *B-gluk*. inngår i saken som representerer *Oppfølging av behov og problem* "Halvårs kontakt", samtidig som dokumentene inngår i sakene *Diabetesktr.* og *B-gluk*.

3.1.3 Sekundære komponenter og tilleggsdata

I tillegg til disse hovedtypene av komponenter, beskriver EPJ-standarden også en rekke andre sekundære typer komponenter og tilleggsdata som er ment å skulle bidra til funksjonelle og oversiktlige journaler.

3.1.4 Forbindelser, referanser mv

Standarden inkluderer også flere mekanismer for å opprette forskjellige former for forbindelser mellom komponenter som inngår i journalen, og, under spesielle forutsetninger, også til komponenter i andre journaler.

Forbindelser kan i sin enkleste form f.eks. benyttes for å henvise til de dokumenter eller deler av dokumenter, i journalen som dannet grunnlaget for at en beslutning ble tatt, eller for å opprette en forbindelse mellom en henvendelse og svaret på henvendelsen.

Kravspesifikasjonen beskriver også mekanismer som gir mulighet til å opprette forbindelser mellom journaler som forskjellige virksomheter har opprettet for samme pasient. Dette kan på lengre sikt bidra til å forenkle koordineringen mellom alle de forskjellige ledd i omsorgskjeden som yter helsehjelp til pasienten.

3.2 Faste opplysninger

3.2.1 Opplysninger knyttet til den enkelte registrering

Til alle registreringer i journalen skal EPJ-systemet **automatisk** knytte informasjon om blant annet følgende (jf. EPJ-standarden kapittel 3.3):

- Hvem som registrerte informasjonen.
- Tidspunkt for registrering.
- Hvilken *tjenesteutførelse* (jf. EPJ-standarden kapittel 7.5) registreringen hører sammen med. Tjenesteutførelsen identifiserer igjen hvilket *tiltak* (jf. EPJ-standarden kapittel 7.3) det gjelder, hvem som utførte tiltaket og hvem som var ansvarlig for tiltaket. Eksempler på tiltak kan være "sykepleievurdering utført av operasjonssykepleier" eller "sykepleievurdering utført av hjemmesykepleier". Som oftest vil den som er ansvarlig for tiltaket også være den som gjennomfører tiltaket og som registrerer resultatet i journalen.

I en del tilfeller vil det være nødvendig å supplere den automatiske informasjonen med tilleggsopplysninger for å identifisere kilden til informasjonen og tidspunktet informasjonen stammer fra. Dette gjelder spesielt dersom:

- Informasjonen ble registrert på et annet tidspunkt enn tidspunktet for den undersøkelsen el. informasjonen stammer fra.
- Kilden til informasjonen er en annen enn den som foretar den *tjenesteutførelsen* informasjonen er knyttet til.

Journalssystemet skal inneholde muligheter for registrering av denne type informasjon, jf. EPJ-standarden kapittel 3.3.3 og 3.3.6.

I tillegg krever journalforskriftene at informasjon som registreres i journalen skal signeres av den som er ansvarlig for dokumentasjonen. Dersom en annen enn den som er ansvarlig, foretar registreringen, skal både den ansvarlige og den som registrerer informasjonen signere.

Nødvendige funksjoner for dette skal også inngå i EPJ-systemet.

I beskrivelsen av de enkelt sak- og dokumenttyper i kapittel 3, er det ikke tatt med beskrivelse av den type informasjon som er nevnt i det foregående, det er underforstått at informasjonen skal finnes for alle registreringer.

All registrering av helseinformasjon skal ha et legitimt formål, og bruk av informasjonen i strid med det formålet informasjonen er samlet inn for, tillates ikke.

3.3 Krav fra EPJ-standard

Refererer til standardens krav angående komponenter, revisjonshåndtering, forbindelser, signalinformasjon mv.: K3.1..K3.83

4. DOKUMENTASJON AV SYKEPLEIE

4.1 Innledning

Sykepleiere arbeider innenfor alle typer helsevirksomheter og har forskjellige behov for å kunne dokumentere. For sykepleieren skal dokumentasjonen være et målrettet arbeidsdokument med systematiske nedtegnelser over pasientens sykepleierelaterte helseproblemer, de vurderinger som legges til grunn for sykepleietiltak som iverksettes, samt resultatene av disse. Elektronisk dokumentasjon av sykepleie skal være en integrert del av en elektronisk pasientjournal. Mange oppgaver som er delegert av lege utføres av sykepleier, eller av andre helsefaggrupper. Sykepleieren vil derfor ha behov for å dokumentere helsehjelp som flere typer helsepersonell må ha tilgang til. Dette kan være medisinsk informasjon, men også informasjon av mer generell karakter.

“Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostiserende, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål, og som utføres av helsepersonell (§ 3 i helsepersonell loven). I merknaden til forskrift om pasientjournal er det presisert at sykepleie og annen omsorg også er en del av helsehjelpen.

De nye helselovene gir sykepleiere plikt til å nedtegne selvstendig helsehjelp i journalen og det gis der en del føringer på hva dokumentasjonen skal inneholde. Det overordnede kravet er at dokumentasjonen skal gi et bilde av pasientens behov for helsehjelp, hva som er prioritert og iverksatt, og hvilke resultater som er oppnådd.” Ref. [11]

4.2 Generell journalinformasjon

All helsehjelp som gies pasienten skal dokumenteres. For å kunne imøtekomme dette, skal det være mulig for sykepleier å dokumentere i *basis sakstyper* som *Cave*, *Reservasjoner og ønsker*, *NB*, *Kontaktoversikt*, *Legemidler*, *Målinger/registreringer/observasjoner*, *individuell plan og lignende*, som alle utgjør en funksjonalitet hjemmehørende i pasientens generelle EPJ tilgjengelig også for andre typer helsepersonell. Samtidig er det en forutsetning at medisinske opplysninger om pasienten som er av betydning for den helsehjelpen sykepleieren skal yte, også er tilgjengelig for sykepleier (for eksempel medisinsk diagnose, *ICD10-koden*).

Ved innleggelse og opphold i psykiatrien, må sykepleier ha tilgang til opplysninger angående pasientens vilkår for opphold i psykisk helsevern (*Innleggelses- eller oppholdsparagrafen, vedtak om tvang*). På samme måte må sykepleier i pleie- og omsorgstjenesten ha tilgang til *Vedtak om tjenester*, der vedtaket langt på vei er fattet på grunnlag av registreringer gjort av sykepleier eller annet helsefagpersonell.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.1	Det skal være mulig for en sykepleier å dokumentere sitt <i>delegerte ansvar</i> i funksjoner som “Signalinformasjon”, eller annen viktig informasjon som inngår i pasientens EPJ, (<i>Cave</i> , <i>Legemidler</i> , <i>Reservasjon og ønsker</i> , <i>NB!</i> (<i>Se EPJ standard.</i>)	O

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.2	Det skal være mulig for en sykepleier å dokumentere i saker som også andre helsefaggrupper kan dokumentere i, for eksempel: <i>Kontaktoversikt, Legemidler, Laboratorieprøver, Målinger/registreringer, Individuell plan o.a.</i> som alle inngår i pasientens EPJ.	O

En må regne med at det i overskuelig framtid vil måtte finnes betydelige mengder ustandardiserte opplysninger i journalen. Det er derfor viktig at det i saker av denne typen finnes mulighet til å inkludere også andre opplysninger som sykepleiere har behov for.

4.3 Elektronisk dokumentasjon av sykepleie

Dokumentasjon av sykepleie utføres innen forskjellige områder som; *lindrende, behandlende, rehabiliterende og forebyggende helsehjelp*. Det skal derfor finnes en samlesak som skal dokumentere all helsehjelp som er gitt og planlagt gitt pasienten. Denne samlesaken er i det etterfølgende kalt *Sykepleiedokumentasjon*. Hensikten er å ha en samlesak for en iterativ sykepleieprosess der *alt* angående sykepleie er samlet.

Det utføres sykepleie innenfor mange fagområder, og dokumentasjonen av fagspesifikk karakter vil ofte utelukkende ha interesse for sykepleiere eller annet helsepersonell innen samme spesialitet. Det bør utarbeides egne saks- og dokumenttyper for dokumentasjon av slike spesialiteter som skal være tilgjengelig for både sykepleiere og andre helsefagpersoner. Slik tverrfaglig dokumentasjon kan blant annet presenteres i virksomhetens medisinske kurve, for en som yter sykepleie kan for eksempel måleresultater av blodtrykk, puls og lignende dokumenteres i Sykepleienotatet som vil inneholde fragment av typen *Statusinformasjon*. Ref. kap. 4.6. Se ellers kapittel Medisinsk kurve.

I denne kravspesifikasjonen er det tatt hensyn til to hovedmetoder for dokumentasjon av sykepleie. Den ene metoden er å benytte fritekst og/ eller strukturert tekst i den form man er vant med ved den papirbaserte dokumentasjonen. Den andre metoden er å benytte klassifikasjonssystem kombinert med strukturert tekst og/eller fritekst.

Bruk av den andre metoden synes å være den som lettest kan forenes med kravene til uttak av rapporter og statistikker samt behovet for en løpende journal. Denne metoden kan være med på å vinne ny kunnskap og erfaringer angående elektronisk dokumentasjon. Det vil ved bruk av kravspesifikasjonen være muligheter for å benytte både klassifikasjonssystem og fritekst/strukturert tekst, enkeltvis eller i kombinasjon.

For lett å kunne få en oversikt over dokumentasjonen, er det viktig at det kan gis en oversiktlig presentasjon. Dette gjelder også dersom pasienten har fått helsehjelp ved flere tilfeller og over lang tid.

Pasientens egenjournal

Egenjournalen er en annen samlesak i den elektroniske pasientjournalen. Den eies av pasient/tjenestemottaker eller annen bemyndiget person (pårørende), og kan være et godt hjelpemiddel for øking av brukermedvirkning og informasjonsutveksling. Egenjournalen er en

opptegnelse av viktig informasjon om tjenestemottakerens helse og den skal medvirke til en bedre kommunikasjon mellom helsefagpersonalet og pasient/tjenestemottaker. Egenjournalen inngår som en samlesak i pasientens elektroniske journal, og inneholder kun opplysninger som allerede er registrert i journalen. Dersom det skal implementeres opplysninger som ikke finnes i journalen, kan disse først registreres i et journalnotat som siden inkluderes i egenjournalen. Dokumentasjon av sykepleie skal kunne inngå i en egenjournal på samme måte som andre dokumenter.

4.3.1 Sakstype: Sykepleiedokumentasjon

Denne type sak benyttes for å gi en oversikt over alt vedrørende pleie som er iverksatt for en pasient. Alle typer sykepleie bygger på et generelt fundament som ytes uavhengig av sykepleierens spesialitet og arbeidsplass. Det er dokumentasjon av den generelle sykepleie som beskrives i det etterfølgende. Kravspesifikasjonen bygger på sykepleieprosessen som grunnlag for dokumentasjon der en først kartlegger, vurderer og identifiserer pasientens ressurser/behov/problem, beskriver ønsket resultat eller mål for behandlingen, hvilke intervensjoner og tiltak som skal iverksettes, og til slutt foretar en evaluering på grunnlag av dette. Dette er en iterativ prosess som kan repeteres i alle ledd, i tillegg kan det være like og ulike forhold mellom de forskjellige delprosessene, et "0 til mange" og eller et "mange til mange" -forhold. Vurderinger kan endres, tiltak som bygger på en vurdering kan endres, antall vurderinger og tiltak kan endres, det samme kan selvsagt også målet. Dette er en prosess som kan gjentas, og endringer kan skje kontinuerlig. Dokumentasjon av denne arbeidsprosessen kalles i mange sammenhenger også for en *pleieplan*, den er tverrfaglig og kan brukes av alle helsefaggrupper.

Sykepleieplan

Sykepleieplan/pleieplan er en sammenstilling av informasjon som inneholder følgende; datasamling, problem, behov og ressurser, mål for pleien, tiltak/intervensjoner og evaluering/rapport. Sykepleieplan skal også inneholde de vurderinger som ligger til grunn for de beslutninger man tar jfr. Lov om helsepersonell. Alle saks- og dokumenttyper som inngår i en sykepleieplan er samlet i sakstypen "Sykepleiedokumentasjon". Det er derfor fullt mulig for helsevirksomheter å kunne definere/utforme sykepleieplaner ut fra registreringer som gjøres i det elektroniske dokumentasjonssystemet.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.3	For å utføre elektronisk dokumentasjon av sykepleie skal det i pasientens journal være en, og bare en, sak av typen <i>Sykepleiedokumentasjon</i> . Denne skal automatisk legges inn når ny journal opprettes.	O
Spl4.4	Det skal være mulig for en helsevirksomhet å lage egne pleieplaner ut fra registreringer gjort i sakstypen <i>Sykepleiedokumentasjon</i> .	O

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.5	Alle saker av typen <i>Sykepleiedokumentasjon</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Følgende sakstyper skal kunne inngå:

- *Oppfølging av behov og problem*
- *Pasientens ressurser/behov/problem*
- *Mål for pasient/forventet resultat*
- *Intervensjon - tiltak*
- *Evaluering/rapport*

4.3.2 Sakstype: Oppfølging av behov og problem

En sak av typen *Oppfølging av behov og problem* benyttes til å samle all informasjon registrert i journalen i forbindelse med en vurdering av pasientens ressurser/behov/problem, mål/forventede resultat de intervensjoner og tiltak som blir satt i verk, og i etterkant evaluering. Eksempel på et *Oppfølging av behov og problem* kan for eksempel være et enkelt sårskift. Sakstypen er nødvendig for å kunne samle hele dokumentasjonsprosessen i ett. Det er i mange tilfeller aktuelt å foreta vurdering, mål, tiltak, evaluering og evt. korrigerende samtidig. Dette kan denne sakstypen derfor benyttes til, de enkelte dokumentene er derfor gode eksempler på at de kan inngå både i en men også i flere saker.

Merk derfor at alle dokumenter som inngår i saker av typen *Oppfølging av behov og problem*, også skal inngå i en eller flere saker av andre typer. Disse andre sakstypene benyttes for å knytte registreringene opp mot emne eller problem.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.6	Hver sak av typen <i>Sykepleiedokumentasjon</i> skal kunne inneholde et fritt antall saker av typen <i>Oppfølging av behov og problem</i>	O
Spl4.7	Alle saker og dokumenter som inngår i saker av typen <i>Oppfølging av behov og problem</i> skal også inngå i minst en annen sak (som <i>Pasientens ressurser/behov/problem</i> , <i>Mål/forventet resultat</i> , <i>Intervensjon/tiltak</i> , <i>Evaluering</i>).	O

I sakstypen *Oppfølging av behov og problem* skal følgende dokumenttyper kunne inngå:

- Vurderingsdokument
- Dokumentasjon av mål for pasient/forventet resultat
- Intervensjon - tiltaksdokument
- Evalueringsdokument
- Sykepleienotatdokument

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.8	<p>EPJ-systemet skal kunne presentere en samlet oversikt over alle enkeltregistreringer som inngår i <i>Sykepleiedokumentasjon</i>, det vil si informasjonen som er registrert i sakene <i>Pasientens ressurser/behov/problem</i>, <i>Mål for pasient/forventet resultat</i>, <i>Intervensjon - tiltak</i> og <i>Evaluering</i>.</p> <p>Dersom det er registrert <i>utfyllende tekst</i> i forbindelse med en enkeltregistrering, skal dette framheves særskilt, og det skal være enkelt å få fram denne teksten.</p>	O

4.3.3 Sakstype: Pasientens ressurser/behov/problem

All informasjon som er registrert vedrørende vurdering av pasienten, skal være tilgjengelig i form av en sak. Hensikten med denne saken er å kunne kartlegge, identifisere, vurdere og prioritere pasientens ressurser, behov, problem eller risiko, samt årsaker og konsekvenser for det daglige liv.

I en elektronisk eller en papirbasert dokumentasjon er det behov for å kunne fremstille viktige sider ved pasientens tilstand og utvikling, og hvordan pasienten selv opplever dette. For å sikre at all slik informasjon er tilgjengelig må bestemte områder i en standardisert dokumentasjonen kunne kombineres med tekst.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.9	Hver sak av typen <i>Sykepleiedokumentasjon</i> skal inneholde en, og maksimalt en, sak av typen <i>Pasientens ressurser/behov/problem</i> . Denne skal automatisk legges inn når elektronisk dokumentasjon av sykepleie opprettes i pasientens EPJ.	O
Spl4.10	Alle saker av typen <i>Pasientens ressurser/behov/problem</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O
Spl4.11	En virksomhet skal selv kunne velge om det skal være tillatt å registrere dokumenter direkte under denne sakstypen, eller om det skal foretas en underinndeling av saken slik at dokumentene knyttes til de aktuelle funksjonsområder eller domener innenfor sykepleien	O
Spl4.12	Det skal være mulig å velge hvilke klassifikasjonssystem helsevirksomheten ønsker å benytte ved elektronisk dokumentasjon av sykepleie. (Ref. K5.1-K5.30 i EPJ standard.)	O

Følgende sakstyper skal kunne inngå:

1. *Underinndeling sykepleievurdering*. Alle saker av denne typen skal automatisk legges inn i en sak av typen *Vurdering og identifisering av pasientens ressurser/behov/problem*. Den skal kunne inneholde en slik delsak for hver av de aktuelle funksjonsområder eller domener innenfor sykepleien.

Følgende dokumenttyper skal kunne inngå:

- *Vurderingsdokument*
- *Sykepleienotatdokument*, se Sakstype: Sykepleienotater

4.3.3.1 Sakstype: Underinndeling sykepleievurdering

Saker av typen *Underinndeling sykepleievurdering* benyttes til å gruppere sykepleievurderingene i henhold til de aktuelle funksjonsområder eller domener innenfor sykepleien.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.13	Hver sak av typen <i>Pasientens ressurser/behov/problem</i> skal kunne inneholde et fritt antall saker av typen <i>Underinndeling sykepleievurdering</i> .	O
Spl4.14	Alle saker av typen <i>Underinndeling sykepleievurdering</i> skal ha et sakshode som skal følge den spesifikasjonen som er gitt nedenfor.	O

Følgende dokumenttyper skal kunne inngå:

- *Vurderingsdokument*
- *Sykepleienotatdokument* se Sakstype: Sykepleienotater

Sakshode Underinndeling sykepleievurdering

Dette sakshodet skal inneholde et fragment som inneholder følgende informasjon:

- *Funksjonsområde*. Kode og betegnelse.
- Overskrift.

Funksjonsområdene eller domenene skal kunne defineres som *søkebegreper* slik at en lett kan finne fram til pasienter med registreringer i angitte funksjonsområder. Sakstypene skal vise strukturen i dokumentasjonsmetoden, og mål/forventet resultat, intervensjon-tiltak og evaluering/rapport må kunne relateres til disse.

Som eksempel kan følgende sakstyper kunne inngå, med tilhørende dokumenttyper:

1. *Helseadferd*
2. *Ernæring*
3. *Eliminasjon*
4. *Aktivitet og hvile*
5. *Persepsjon/kognisjon*
6. *Selvoppfattelse*
7. *Roller og relasjoner*
8. *Seksualitet*
9. *Mestring/stresstoleranse*
10. *Livsverdier*
11. *Sikkerhet/beskyttelse*
12. *Velvære*
13. *Vekst/utvikling*

Dokumentene som benyttes for å registrere informasjon i de enkelte funksjonsområdene skal være av et standardisert format, bygget opp for å detaljere den vurdering som er foretatt angående pasientens ressurser/behov/problem. For generell beskrivelse av dokumenttypen, se under.

4.3.3.2 Dokumenttype: Vurderingsdokument

Denne dokumenttypen brukes for registrering av sykepleierens vurdering av pasientens ressurser, behov og eller problem.

Dokumentet består av et fragment der følgende informasjon skal kunne inngå:

1. *Innledning.* Et fragment som inneholder informasjon om det tidsrommet vurderingen gjelder for, en mulighet til kort å beskrive hva vurderingen gjelder i form av en merknad samt helsepersonellrollen til den som har utført vurderingen.
2. *Identifisering/Vurdering.* Et eller flere fragment som inneholder informasjon om datasamling og vurderingen med utgangspunkt i pasientens behov/problemer/ressurser. Det bør være lagt til rette for at man kan benytte kodeverk ved elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Man bør kunne registrere koden ved å hente inn og velge de kodene som passer for den aktuelle pasienten.
3. *Notat.* Vurderingen skal også kunne angis som fritekst/strukturert tekst eller hentes fra elektronisk tilgjengelige veiledere. Til registreringen skal det knyttes frekvens og/eller situasjonsangivelse som angir når og hvor ofte vurderingen er registrert.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.15	Alle dokument av typen <i>Vurderingsdokument</i> hvor det er angitt en kode som identifiserer et funksjonsområde, skal automatisk registreres i den sak av typen <i>Underinndeling sykepleievurdering</i> som tilsvare funksjonsområdet. Dersom en slik sak ikke finnes, skal denne opprettes automatisk og tilknyttes saken <i>Pasientens ressurser/behov/problem</i> .	O
Spl4.16	Dersom funksjonsområde endres, skal dokumentet automatisk fjernes fra den saken som tilsvarte det opprinnelige funksjonsområdet og registreres i den saken som tilsvare den nye koden for funksjonsområde. <i>Merk:</i> Når et dokument fjernes fra en sak, skal det fortsatt bevares spor etter at dokumentet har vært tilknyttet saken i en periode.	O

4.3.4 Sakstype: Mål for pasient/forventet resultat

Denne sakstypen skal inneholde mål og forventet resultat av kartlegginger/vurderinger eller mottatt helsehjelp for pasienten i et angitt tidsrom. Det er nødvendig å presisere ønsket resultat for å vite hva man vil oppnå, og å angi retning for intervensjon. Det kan være aktuelt å ha flere mål eller alternative forventede resultat for pasienten.. Mål for pasient/forventet resultat kan beskrives i fritekst/strukturert tekst, hentes fra et klassifikasjonssystem eller ved en kombinasjon av tekst og et klassifikasjonssystem.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.17	Det skal være en, og bare en, sak av typen <i>Mål for pasient/forventet resultat</i> . Denne skal automatisk kunne legges inn i saken av type <i>Sykepleiedokumentasjon</i> når elektronisk dokumentasjon av sykepleie opprettes.	O
Spl4.18	Alle saker av typen <i>Mål for pasient/forventet resultat</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Denne sakstypen består av følgende dokumenttype:

1. Dokumentasjon av mål/forventet resultat
2. Sykepleienotatdokument (Se *Sykepleienotat*)

4.3.4.1 Dokumenttype: Dokumentasjon av mål/forventet resultat

Dokumentet består av et fragment der følgende informasjon skal kunne inngå:

1. *Innledning*. Et fragment som inneholder informasjon om det tidsrommet målet gjelder for, en mulighet til kort å beskrive hva målet for pasienten gjelder i form av en merknad, samt helsepersonellrollen til den som har utformet mål/forventet resultat.
2. *Målet*. Et fragment som inneholder informasjon om hva hensikten eller målet med helsehjelpen er, med utgangspunkt i pasientens ressurser/behov/problemer.
3. *Forventet resultat*. Et sett av fragmenter som hver inneholder informasjon om forventet resultat, f.eks. vurderinger i forbindelse med en operasjon, og foreløpig dato for aktiviteten. Det bør være lagt til rette for at man kan benytte kodeverk ved elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Man bør kunne registrere koden ved å hente inn en og velge de kodene som passer for den aktuelle pasienten. *Forventet resultat* skal også kunne angis som fritekst/strukturert tekst eller hentes fra veiledere som bør være lagt inn i systemet. Registreringen kan angi grad, frekvens og/eller situasjon ift når og hvor ofte det forventede resultatet er registrert.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.19	Det skal være mulig å benytte kodeverk, der helsevirksomheten finner dette formålstjenlig.	O

4.3.5 Sakstype: Intervensjon - tiltak

Tiltak kan utføres på forskjellige måter, for eksempel ved å tilrettelegge, begrense eller beskytte, motivere eller distrahere, støtte eller assistere, undervise (pasienten/pårørende i for eksempel hvordan å leve med sykdom), utføre noe for pasienten eller avstå fra å handle. Sykepleievurdering, mål og ressurser (både pasientens og helsevirksomhetens) styrer valg av tiltak.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.20	Det skal være en, og bare en, sak av typen <i>Intervensjon - tiltak</i> . Denne skal automatisk legges inn i saken av type <i>Sykepleiedokumentasjon</i> når elektronisk dokumentasjon av sykepleie opprettes.	O
Spl4.21	Alle saker av typen <i>Intervensjon/ tiltak</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Denne sakstypen skal inneholde de tiltak/intervensjoner som er gitt pasienten i et angitt tidsrom. Følgende dokumenttype skal kunne inngå:

1. Intervensjon – tiltaksdokument
2. Sykepleienotatdokument (Se Sakstype: Sykepleienotater)

4.3.5.1 Dokumenttype: Intervensjon - tiltaksdokument

Dokumentet består av fragment der følgende informasjon skal kunne inngå:

1. *Innledning*. Et fragment som inneholder informasjon:
 - Tidsrommet tiltaket gjelder for samt en mulighet til kort å beskrive hva tiltaket gjelder i form av et notat.
 - *Kode for tiltak* (Benyttes dersom virksomheten har tatt i bruk koder for dette formålet)
 - Et fritt antall *stikkord* som kan beskrive tiltaket (dersom dette benyttes av virksomheten)
 - *Tidspunkt for evaluering*. Det tidspunktet hvor det er planlagt å evaluere tiltaket.
 - *Rolle* (Kode som angir hvem tiltaket er utført av, av hjemmesykepleier, operasjonssykepleier, poliklinikksykepleier, etc.)

Dersom et tiltak skal repeteres flere ganger, eller dersom gjennomføringen av tiltaket skal skje på et annet tidspunkt enn det ble planlagt, skal følgende opplysninger også kunne inngå:

- *Planlagt tidspunkt*, eventuelt tidsrom, *for gjennomføringen* av tiltaket.
- *Gjentagelsesintervall*. Det skal kunne angis at tiltaket skal gjentas med et fast intervall angitt i timer eller dager, eventuelt på faste ukedager.
- Det skal kunne angis at tiltaket skal gjentas så ofte det er behov for det.

EPJ Fragmenttype: Gjennomføring av tiltak

Dette fragmentet benyttes til å dokumentere gjennomføring av tiltak. Bruk av dette fragmentet er særlig aktuelt for tiltak som skal gjentas flere ganger.

- Utført tidspunkt.

- Dersom gjennomføringen av et tiltak som skal repeteres kan termineres, skal dette kunne angis.
 - *Merknad.* Til fri bruk.
2. *Intervensjon – tiltak.* Et sett av fragmenter som hver inneholder informasjon om tiltaket, f.eks. **vurderinger** i forbindelse med pleie av hjertesyke, og foreløpig dato for aktiviteten. Det bør være lagt til rette for at man kan benytte kodeverk i den elektroniske dokumentasjonen av sykepleie. Man bør kunne hente fram tiltakene som kan være kodet, og velge de kodene som passer for den aktuelle pasientens identifiserte problem/behov. *Intervensjon – tiltak* skal også kunne angis som fritekst/strukturert tekst eller hentet fra veiledere som bør være lagt inn i systemet. Ref. krav nr. Spl5.1 og Spl5.2.
- Til registreringen skal det knyttes frekvens og/eller situasjonsangivelse som angir når og hvor ofte tiltaket er registrert.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.22	Det skal være mulig å benytte kodeverk og terminologi for tiltak.	O

Et eksempel på tiltak kan være:

Planlegging for utskrivning/overføring

Denne dokumenttypen benyttes i mange typer helsevirksomheter. Dokumentet består av fragment med et innhold der mange opplysninger hentes fra registreringer som er gjort i pasientens journal. Innholdet vil kunne variere sterkt avhengig av hvilken helsevirksomhet den føres i og hvem overføringen skjer til. I tillegg vil selvsagt pasientkategori være bestemmende for innholdet. Nedenfor et tilfeldig valgt eksempel:

- Innledning med data for eksempel som i Sykepleiesammenfatning
- Huskeliste for hva som må ordnes *før* pasienten utskrives som for eksempel:
 - Varsle pårørende
 - Varsle kommunehelsetjenesten
 - Bestille transport
 - Bestille time hos poliklinikken for etterkontroll
 - Skrive ut den spesiellagde diettlisten (som eventuelt sendes et sykehjem)

Hver helsevirksomhet må selv kunne utforme en mal for planlegging av utskrivning/overføring etter kravene i EPJ standard.

4.3.6 Sakstype: Evaluering

I følge journalforskriften skal resultatet av de forskjellige tiltakene dokumenteres i journalen. Dersom et mål/forventet resultat er presist formulert, vil det være enkelt å vurdere om målet er oppnådd. Ved evalueringen kartlegges effekten av sykepleie som er utført og pasientens reaksjon på pleie og behandling. Evalueringen skal gi et grunnlag for forandring og utvikling ved å vurdere om mål eller forventet resultat ble helt, delvis eller ikke oppnådd.

Hvordan evalueringen utformes vil henge sammen med hvordan ønsket resultat er dokumentert. Hvis NOC er benyttet, måles graden av resultatoppnåelse ved hjelp av indikatorsystemet, der resultatet av pleie/behandling gis verdier/score på en skala fra 1 til 5 og der betydningen kan være: 1: Alvorlig, 2: Betydelig, 3: Moderat, 4: Noe, 5: Ingen. Eller, dersom dette passer det enkelte resultatutsagn/mål bedre: 1: Ikke i det hele tatt, 2: I en viss grad, 3: I moderat grad, 4: I sterk grad, 5: I svært sterk grad.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.23	Det skal være en, og maksimalt en, sak av typen <i>Evaluering</i> . Denne skal automatisk legges inn når elektronisk dokumentasjon av sykepleie opprettes.	O
Spl4.24	Alle saker av typen <i>Evaluering</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Denne sakstypen skal inneholde de evalueringer som er foretatt i et angitt tidsrom. Følgende dokumenttype skal kunne inngå:

- Evalueringsdokument
- Sykepleienotattdokument (Se Sakstype: Sykepleienotater)

4.3.6.1 Dokumenttype: Evalueringsdokument

Dokumentet består av et fragment der følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Innledning*. Et fragment som inneholder informasjon:
 - Tidsrommet evalueringen er gjort
 - Rolle. (Kode som angir hvem evalueringen er utført av, hjemmesykepleier, operasjonssykepleier, poliklinikkpsykepleier, etc.)
- *Evaluering*. Et sett av fragmenter som hver inneholder informasjon om evalueringen, evaluering av tiltak som f.eks. evaluering av sykepleie i forbindelse med en operasjon, og dato for aktiviteten. Det bør være lagt til rette for at man kan benytte kodeverk i det elektroniske dokumentasjonssystemet for sykepleie. Man bør kunne registrere koden(e) ved å hente inn en eller flere og velge de kodene som passer for den aktuelle pasienten. *Evalueringen* skal også kunne angis som fritekst/strukturert tekst eller hentet fra veiledere som bør være lagt inn i systemet. Ref. krav nr.Spl5.1 og Spl5.2. Til registreringen skal det knyttes frekvens og/eller situasjonsangivelse som angir når evalueringen er registrert.
- *Avvik* som oppstår i forhold til oppsatte behandlingsplaner kan også registreres i evalueringsdokumentet. Fragmenter som inneholder informasjon om avvik og dato inngår i avviksdokumentet og til registreringen skal det knyttes situasjonsangivelse som angir når avviket er registrert.

Evaluering og avvik kan resultere i at den iterative problembaserte dokumentasjonsmetoden startes på nytt, enten via nye vurderinger, mål eller tiltak eller oppfølging av behov og problem.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.25	Det skal være mulig å benytte kodeverk for evaluering, der helsevirksomheten finner dette formålstjenlig.	O
Spl4.26	Graden av resultatoppnåelse bør kunne angis ved hjelp av indikatorsystemet, der resultatet av pleie/behandling gis karakterer på en skala fra 1 til 5.	A

4.4 Krav fra EPJ-standard

Refererer til standardens krav angående *Overordnede krav til kodeverk K5.1..K5.4*, til standardens krav angående *Registrering av koder i EPJ, Håndtering og vedlikehold, Rapportering av kodet informasjon, og Terminologi K5.1..K5.28*.

4.5 Sakstype: Legemidler/legemiddeladministrasjon

Feil bruk og feil håndtering av legemidler er et stort problem både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten, og sykepleiere har et betydelig, delegert ansvar for at pasienten får riktig medisin i riktig dose til riktig tid. Sykepleieren er ofte den som registrerer legemiddeladministrasjonen i pasientens journal.

Statens helsetilsyn har gitt KITH i oppdrag å utarbeide en *Kravspesifikasjon for dokumentasjon av forskrivning og administrasjon av legemidler mv.* [9] for implementering i den elektroniske pasientjournalen. All legemiddeladministrasjon som er aktuelle for sykepleiere skal være i henhold til denne kravspesifikasjonen, og saken vil ikke behandles nærmere her.

4.6 Sakstype: Sykepleienotater

Denne sakstypen skal samle de forskjellige notater som er som er gjort ved elektronisk dokumentasjon av sykepleie. Sykepleienotater er av typen *generelt journalnotat*.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.27	Det skal være en, og bare en, sak av typen <i>Sykepleienotater</i> .	O
Spl4.28	Saken av type journalnotater skal følge de regler som er gitt for løpende journaler i EPJ-standardens kapittel 4.2.4.	O
Spl4.29	Alle saker av typen <i>Sykepleienotater</i> skal følge den spesifiseringen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Følgende dokumenttyper skal kunne inngå:

1. *Sykepleienotatdokument*
2. *NB-notat o.a.* Se Dokumenttype: NB-notat

Alle dokument av disse typene skal automatisk legges inn i saken ved registrering.

4.6.1.1 Dokumenttype: Sykepleienotatdokument

Denne typen dokument benyttes for å registrere alle mulige typer notater vedrørende den elektroniske dokumentasjonen av sykepleie. Denne dokumenttypen består av et eller flere fragmenter av typen *Journaltekst* samt fragmenttypen *Statusinformasjon*.

Fragmenttype: Journaltekst

Denne typen fragment benyttes for å registrere tekst i forskjellige typer journalnotater. Følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Overskriftskode.* Kode som kan benyttes for å referere til en overskrift som kategoriserer fragmentets innhold.
- *Merknad.* Mulighet til å angi en eller flere merknader på stikkordsform.
- *Notat.* Fri tekst/strukturert tekst av ubegrenset lengde.

Fragmenttype: Statusinformasjon

Denne typen fragment benyttes for å registrere forskjellige typer målinger og lignende som tjenesteyteren egentlig ikke har et selvstendig ansvar for, men er delegert for eksempel av lege. Følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Overskriftskode.* Kode som kan benyttes for å referere til en overskrift som kategoriserer fragmentets innhold.
- *Blodtrykk*
 - *Systolisk blodtrykk* (i mmHg)
 - *Diastolisk blodtrykk* (i mmHg)
- *Puls, slag/min*
 - *Puls regelmessighet:* kode for regelmessig/uregelmessig
- *Høyde* (i cm)
- *Vekt* (i kg)
- *Tannprotese.* Kode for egne tenner, alternativt protese: hel eller delvis
- *Kroppstemperatur* (i grader Celsius)
- *Målested.* Koder for rektal/oral/armhule - måling
- *Merknad.* Fri tekst for utfyllende opplysninger

EPJ fragmenttype: Kodet vurdering

Denne typen fragment kan benyttes dersom en har tatt i bruk kodeverk for å identifisere funksjonsområder mv. som er relevant i forbindelse med vurdering av status. Følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Funksjonsområde*. Identifiseres gjennom kode i det aktuelle kodeverk.
- *Vurdering*. Kodet vurdering i henhold til det som gjelder for det aktuelle funksjonsområdet
- *Merknad*. Fri tekst for utfyllende opplysninger

Aktuelle områder for bruk av denne fragmenttypen kan for eksempel være :

- Bevegelsesapparatet
- Hjerterfunksjon
- Lungefunksjon
- Fordøyelsesapparat og urinveier
- Syn og hørsel

4.7 Eksternt spesifisert journalinnhold

I det etterfølgende beskrives en del saks- og dokumenttyper som opprinnelig er spesifisert i andre kravspesifikasjoner eller standarder. Disse gjentas her for oversiktens skyld.

4.7.1 Sakstype: Cave

Denne saken skal inneholde informasjon om nærings- og legemiddelallergi, og eventuelt annet som det er særlig viktig å være oppmerksom på.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.30	En elektronisk journal skal inneholde en, og bare en, sak av typen <i>Cave</i> . Denne skal automatisk legges inn i saken av type <i>Oversikt</i> når ny journal opprettes.	O
Spl4.31	Alle saker av typen <i>Cave</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende.	O

Informasjon i stikkordsform angis i sakshodet til saken, mens mer utfyllende opplysninger gis i egne dokumenter.

Slike dokumenter merkes med en kategori *Signalinformasjon*, jf. krav K3.43 i EPJ-standard. Ettersom signalinformasjon også skal kunne benyttes for andre formål, er det nødvendig å kunne skille ut hvilke signalkategorier som benyttes til *Cave* og hvilke som benyttes til andre formål.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.32	Det skal være mulig å angi hvilke kategorier signalinformasjon som skal tilknyttes <i>Cave</i> -saken. Jf. krav K3.45 i EPJ-standard.	O

Saken av type *Cave* skal inneholde en delsak av typen *Underinndeling Cave* for hver av disse kategoriene signalinformasjon som er registrert i journalen.

Nye (del)saker av typen *Underinndeling Cave* skal automatisk legges inn i saken når en ny signalkategori knyttet til *Cave* blir brukt ved registrering i journalen.

Sakshode Cave

I sakshodet skal det i stikkordsform kunne angis informasjon om nærings- og legemiddelallergi, og eventuelt annet som det er særlig viktig å være oppmerksom på.

Sakshodet skal kunne inneholde et fritt antall (null eller flere) fragment av typen *Stikkord Cave*. Hvert slikt fragment består av kun et dataelement hvor en kort tekst kan registreres. Nye fragmenter av denne typen skal kunne registreres i sakshodet etter behov, og eventuelt fjernes dersom de ikke er relevante lengre. (Merk at retting og fjerning skal skje etter reglene i EPJ-standarden, jf. krav K3.64.)

4.7.1.1 Sakstype: Underinndeling Cave

Disse delsakene skal igjen inneholde alle dokumenter, og eventuelt også saker, som tilhører den aktuelle kategorien signalinformasjon, f.eks. næringsmiddelallergi eller legemiddelallergi. Tilknytningen av dokumenter og eventuelt (del)saker til saker av typen *Underinndeling Cave* skal skje automatisk.

For registrering av Cave-informasjon kan det være naturlig å benytte et journalnotat og merke denne med den aktuelle signalkategori.

Merk: Et dokument tilhører en kategori signalinformasjon dersom dokumentet eller et eller flere fragmenter som inngår i dokumentet er markert som signalinformasjon av den aktuelle typen. Dette innebærer at et dokument kan tilhøre flere kategorier signalinformasjon og dermed kan inngå i flere del saker av typen *Underinndeling NB* og/eller *Underinndeling Cave*.

Saker av typen *Underinndeling Cave* bør også legges inn i de saker hvor informasjonen er spesielt relevant, f.eks. så bør all Cave som har betydning for forskrivning av legemidler legges inn i saken hvor forskrivning av legemidler registreres.

Sakshode Underinndeling Cave

Dette sakshodet skal inneholde et fragment som inneholder følgende informasjon:

- *Signalkategori.* Kode og betegnelse, jf. krav K3.43 i EPJ-standarden.

Det skal ikke tillates flere saker av typen *Underinndeling Cave* tilknyttet samme *Signalkategori*, i en og samme journal.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.33	Alle dokument eller saker hvor det er angitt en signalkategori som er knyttet til Cave, skal automatisk registreres i den sak av typen <i>Underinndeling Cave</i> som tilsvarer signalkategorien. Dersom en slik sak ikke finnes, skal denne opprettes automatisk og tilknyttes saken <i>Cave</i> .	O
Spl4.34	Dersom et dokument frakobles en signalkategori, skal det automatisk fjernes fra den saken som tilsvarer signalkategorien. <i>Merk:</i> Når et dokument fjernes fra en sak, skal det fortsatt bevares spor etter at dokumentet har vært tilknyttet saken i en periode.	

4.7.2 Sakstype: Reservasjoner og ønsker

Denne type sak benyttes for å gi en oversikt over eventuelle reservasjoner mot å motta bestemte former for helsehjelp, samt eventuelle ønsker relatert til det tilbudet som gis av virksomheten.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.35	En elektronisk journal skal inneholde maksimalt en sak av typen <i>Reservasjoner og ønsker</i> .	O
Spl4.36	Alle saker av typen <i>Reservasjoner og ønsker</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Følgende dokumenttyper skal kunne inngå:

1. *Reservasjon/ønske fra pasient*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.
2. *Krav om reservasjon mot vaksinasjon*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.
3. *Sykepleienotatdokument*. Benyttes for å registrere andre reservasjoner eller ønsker. Se kapittel 4.7 og pkt.1 i kapittel 4.6.

4.7.2.1 Dokumenttype: Reservasjon/ønske fra pasient

Denne typen dokument benyttes for å registrere de enkelte reservasjonskrav. Dokumentet består av et fragment hvor følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Reservasjon/ønske*. Angivelse av reservasjon eller ønske ang. behandling
- *Reservasjon mot vaksinasjon*. Kode som angir hvilken vaksine
- *Merknad*. Til fri bruk.

4.7.3 Sakstype: NB!

Denne type sak benyttes for å gi en oversikt over spesielle forhold som helsepersonellet bør være oppmerksom på når det gjelder pasienten, og som ikke går på allergier, reservasjoner eller annet som hører hjemme under sakstypene *Cave* eller *Reservasjoner*.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.45	En elektronisk journal skal inneholde maksimalt en sak av typen <i>NB!</i> . Denne skal automatisk legges inn i saken av type <i>EPJ inngang</i> når det første dokument av typen " <i>NB-notat</i> " registreres, eller når første sak eller dokument hvor det er angitt en signalkategori tilknyttet en " <i>NB-gruppe</i> " registreres.	O
Spl4.46	Alle saker av typen <i>NB!</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Følgende sak/dokumenttyper skal kunne inngå:

1. *Underinndeling NB*. Alle saker av denne typen skal automatisk legges inn i saken.
2. *NB-notat*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.

4.7.3.1 Sakstype: Underinndeling NB

Disse delsakene skal igjen inneholde alle dokumenter, og eventuelt også saker, som tilhører en kategori signalinformasjon som er registrert som "NB-gruppe". Dette skal kunne benyttes til å markere registreringer i journalen som en bør være spesielt oppmerksom på senere. F.eks. kan en opprette signalkategorier for "Atferdsproblemer", "Rusmisbruk" og lignende, og for raskt å kunne få en oversikt over registreringer knyttet til slike problemer. Tilknytningen av dokumenter og eventuelt (del)saker til saker av typen *Underinndeling NB* skal skje automatisk. Slike dokumenter merkes med en kategori *Signalinformasjon*, jf. krav K3.43 i EPJ-standarden. Ettersom signalinformasjon også skal kunne benyttes for andre formål, er det nødvendig å kunne skille ut hvilke signalkategorier som benyttes til saker av typen *Underinndeling NB* og hvilke som benyttes til andre formål.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.47	Det skal være mulig å angi hvilke kategorier signalinformasjon ("NB-gruppe") som skal tilknyttes saker av typen <i>Underinndeling NB</i> . Jf. krav K3.45 i EPJ-standarden.	O

Merk: Et dokument tilhører en kategori signalinformasjon dersom dokumentet eller et eller flere fragmenter som inngår i dokumentet er markert som signalinformasjon av den aktuelle kategorien. Dette innebærer at et dokument kan tilhøre flere kategorier signalinformasjon og dermed skal inngå i flere del saker av typen *Underinndeling NB* og/eller *Underinndeling Cave*.

Sakshode *Underinndeling NB*

Dette sakshodet skal inneholde et fragment som inneholder følgende informasjon:

- *Signalkategori*. Kode og betegnelse, jf. krav K3.43 i EPJ-standarden.

Det skal ikke tillates flere saker av typen *Underinndeling NB* tilknyttet samme signalkategori, i en og samme journal.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.48	Alle dokument hvor det er angitt en signalkategori som tilhører en "NB-gruppe", skal automatisk registreres i den sak av typen <i>Underinndeling NB</i> som tilsvarer signalkategorien. Dersom en slik sak ikke finnes, skal denne opprettes automatisk og tilknyttes saken av type <i>NB!</i> .	O
Spl4.49	Dersom et dokument frakobles en signalkategori, skal det automatisk fjernes fra den saken som tilsvarer signalkategorien. <i>Merk:</i> Når en dokument fjernes fra en sak, skal det fortsatt bevares spor etter at dokumentet har vært tilknyttet saken i en periode.	

4.7.3.2 Dokumenttype: NB-notat

Denne dokumenttypen benyttes for å registrere spesielle forhold som helsepersonellet bør være oppmerksom på når det gjelder pasienten. Dokumentet består av et fragment hvor følgende informasjon skal kunne inngå:

- *NB-kode*. Kode som benyttes for å angi hvilken type forhold dette notatet gjelder.
- Et eller flere fragmenter av typen *Journaltekst*, se Fragmenttype: Journaltekst.

4.7.4 Sakstype: Praktiske forhold

Denne type sak benyttes for å gi en oversikt over praktiske forhold de som har kontakt med personen bør ha kjennskap til, for eksempel hvilket behov og ønsker pasienten har når det gjelder bruk av tolk, . Videre skal denne type sak inneholde en oversikt over all bruk av tolk i forbindelse med undersøkelser mv.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.50	En elektronisk journal skal inneholde maksimalt en sak av typen <i>Praktiske forhold</i> . Denne skal automatisk opprettes og legges inn i saken av type <i>EPJ inngang</i> når det første dokument som skal tilknyttes saken, registreres.	O
Spl4.51	Alle saker av typen <i>Praktiske forhold</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Følgende dokumenttyper skal kunne inngå:

1. *Omsorgssituasjon*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.
2. *Behov for assistert kommunikasjon eller tolk*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.
3. *Bruk av tolk*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.
4. *Registrering av verdisaker*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.

4.7.4.1 Dokumenttype: Omsorgssituasjon

Dersom det er oppnevnt verge eller hjelpeverge for pasienten, eller dersom pasienten er et barn eller en ungdom, kan denne typen dokument benyttes for å registrere informasjon om omsorgssituasjonen.

Dokumentet består av et fragment hvor følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Verge, hjelpeverge / Forelderansvar*. Det skal inngå informasjon om verge/hjelpeverge er oppnevnt. For brukere < 18 år angis hvem som har forelderansvaret. Utfyllende kommentarer kan gis i merknadsattributtet.
- *Primær kontaktperson*. Her skal det registreres referanse til den person som innkaller til undersøkelser m.v. normalt skal adresseres til. (*Implementasjonsmerknad*: Se beskrivelsen av klassen *Person* i EPJ-standard.)
- *Bosituasjon*. Kode som angir hvem pasienten bor sammen med. Utfyllende kommentarer kan gis i merknadsattributtet.
- *Hjemmespråk*. Kode som angir om det snakkes norsk eller et annet språk i hjemmet.
- *Merknad*. Her kan det registreres informasjon om andre praktiske forhold som en bør ha kjennskap til før en har kontakt med personen.

4.7.4.2 Dokumenttype: Behov for assistert kommunikasjon eller tolk

Denne typen dokument benyttes for å registrere hvilket behov og ønsker pasienten og eventuelt også dennes omsorgspersoner har når det gjelder bruk av tolk, samt opplysninger om andre praktiske forhold de som har kontakt med personen bør ha kjennskap til.

Dokumentet består av et fragment hvor følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Person*. Referanse til den person (pasienten eller en omsorgsperson) som har behov for tolk.
- *Døv/ stum*. Markering dersom personen er døv og / eller stum.
- *Blind*. Markering dersom personen er blind.
- *Behov for tolk for språk*. Dersom personen behov for tolk, angis her hvilket språk (kode) personen snakker.
- *Preferert tolk*. Her kan det eventuelt registreres referanse til den person som vedkommende selv foretrekker som tolk. (Personalialia, inkl. adresse og telefonnummer, til tolken registreres i personregistret, se kapittel 6.1 i EPJ-standardens.)
- *Merknad*. Her kan det registreres informasjon om andre praktiske forhold som en bør ha kjennskap til før en har kontakt med personen.
- *Behov opphørt dato*. Dersom behovet for tolk e.l. opphører, registreres datoen dette skjer her.

4.7.4.3 Dokumenttype: Bruk av tolk

Denne typen dokument benyttes for å registrere bruk av tolk.

Dokumentet består av et fragment hvor følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Person*. Referanse til den person (omsorgsperson eller pasienten selv) som hadde behov for tolk.
- *Tolk for språk*. Kode for det språk det ble tolket fra.
- *Benyttet tolk*. Referanse til den person som ble benyttet som tolk. (Personalialia, inkl. adresse og telefonnummer, til tolken registreres i personregistret, se kapittel 6.1 i EPJ-standardens.)
- *Tidspunkt*. Dato og klokkeslett som angir når tolkingen fant sted.
- *Varighet*. Her kan det eventuelt registreres hvor lang tid tolken ble benyttet.
- *Kvalitet av tolking*. Dersom det er kvalitetsanmerkninger til den tolking som ble utført, kan disse registreres her.
- *Merknad*. Kan f.eks. benyttes for å registrere hvor tolken er hentet fra (tolketjenesten el.)

Merk: Dokumenter av denne type skal også knyttes til den kontaktepisoden tolkingen gjelder.

4.7.4.4 Dokumenttype: Registrering av verdisaker

Denne dokumenttypen benyttes for å kunne registrere eiendeler og penger pasienten overlater til helsevirksomhet eller tjenesteyter.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.52	Det skal være mulig å kunne registrere verdisaker en pasient overlater til oppbevaring ved/i helsevirksomheten. Kvittering for deponeringen skal kunne gies.	O
Spl4.53	Når pasienten eller dennes pårørende får tilbake verdisakene, skal dokumentet kunne lukkes for videre registreringer.	O
Spl4.54	Det skal tydelig framgå i skjermbildet for denne funksjonen, hvem som har tatt imot eller fått utlevert verdisakene. Kvittering for utlevering skal kunne gies.	O
Spl4.55	Dersom det ikke er samsvar mellom de verdisaker som utleveres og de som er innlevert, skal det være mulighet til å registrere dette som et avvik.	O
Spl4.56	Det skal finnes en funksjon for å registrere om skifteattest ved mors, er levert eller ikke	O

Følgende fragmenttype skal kunne inngå:

- Registrerte eiendeler

Denne dokumenttypen benyttes for å registrere de eiendelene pasienten overlater til helsevirksomhet eller til tjenesteyter for oppbevaring.

Fragmenttype: Registrerte eiendeler

Denne fragmenttypen benyttes for å registrere de eiendelene pasienten overlater til helsevirksomhet eller til tjenesteyter for oppbevaring.

Fragmentet kan ha følgende innhold:

- Kontanter
- Klokke
- Ringer
- Smykker
- Lommebok
- Nøkler
- Briller
- Mobiltelefon
- Pass/kredittkort
- Medisiner
- Annet

4.7.5 Sakstype: Informasjon om pasientrettigheter

Denne saken skal inneholde en oversikt over hvilken informasjon og/eller tilbud som er gitt til pasienten selv, foreldre (til barn/ungdom under 18 år) eller annen bemyndiget person (f.eks. en pårørende), jf. lov om pasientrettigheter. EPJ saken er primært beregnet for å registrere at en har gitt den informasjon som pasienten har krav på i henhold til lov, forskrift eller annet regelverk. Eksempler på slik informasjon er:

- Innsynsrett i journal
- Retten til å motsette seg at helsepersonell får tilgang til informasjon i journalen uten eksplisitt samtykke.
- Klageadgang
- Rutiner for overføring av journalinformasjon
-

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl4.57	En elektronisk journal skal inneholde en, og bare en, sak av typen <i>Informasjon og tilbud til pasient</i> . Denne skal automatisk legges inn i saken av type <i>EPJ inngang</i> når ny journal opprettes.	O
Spl4.58	Alle saker av typen <i>Informasjon og tilbud til pasient</i> skal følge den spesifikasjonen som er gitt i det etterfølgende. Merk: Dette inkluderer, så langt annet ikke eksplisitt er angitt, de (del-)saker og dokumenttyper som er beskrevet under denne sakstypen.	O

Følgende dokumenttyper skal kunne inngå:

1. *Gitt informasjon om*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.
2. *Gitt tilbud om*. Alle dokument av denne typen skal automatisk legges inn i saken.

4.7.5.1 Dokumenttype: Gitt informasjon om

Denne typen dokument benyttes for å registrere hvilken informasjon som er gitt til pasienten og/eller . Dokumentet består av et fragment hvor følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Type informasjon*. Koder som angir hvilken type informasjon som er gitt, f.eks. kode for “Innsynsrett i journal” eller “Veiledning/undervisning”.
- *Informasjon avslått*. Referanse til den person som avslår informasjonen og tidspunkt for når dette blir gjort.
- *Beskrivelse informasjon*. Kan benyttes til en kort beskrivelse av den informasjon eller veiledning/undervisning som er gitt.
- *Informasjonsform*. Angir om informasjonen ble gitt skriftlig eller muntlig.
- *Informasjon gitt til*. Navnet (referanse) til den, eller de, personer, far, mor, annen foresatt eller pasienten selv, som har fått informasjonen.
- *Dato*. Angir når informasjonen ble gitt.

- *Informasjon gitt av.* Referanse til den tjenesteyter som ga informasjonen.
(*Implementasjonsmerknad:* Se beskrivelsen av klassen *Tjenesteyter* i EPJ-standardens.)

4.7.5.2 Dokumenttype: Gitt tilbud om

Denne typen EPJ dokument benyttes for å registrere hvilke tilbud som er gitt til pasienten selv, foreldre (til barn/ungdom under 18 år) eller annen bemyndiget person (f.eks. en pårørende). Dokumentet består av et fragment hvor følgende informasjon skal kunne inngå:

- *Type tilbud.* Koder som angir hvilken type tilbud som er gitt, f.eks. kode for "Tilbud om tolk", "Tilbud om re-/habilitering" og lignende.
- *Beskrivelse tilbud.* Kan benyttes til en kort beskrivelse av det tilbud som er gitt. Bør normalt kun benyttes dersom den angitt koden for tilbudstype ikke gir en god nok identifikasjon av tilbudet.
- *Tilbudsform.* Angir om tilbudet ble gitt skriftlig eller muntlig.
- *Tilbud gitt til.* Benyttes dersom tilbudet er framsatt til en annen en pasienten selv (foreldre/foresatt for barn/ungdom eller annen bemyndiget person) og skal da inneholde navnet (referanse) til den, eller de, personer som har fått tilbudet.
- *Tilbud gitt av.* Referanse til den tjenesteyter som gav tilbudet
- *Dato.* Angir når tilbudet ble gitt.

4.8 Målinger/registreringer/observasjoner

I alle typer helsevirksomheter og innenfor alle spesialiteter foretar sykepleier målinger relatert til pasientens helse og registrerer disse dataene inn i pasientens EPJ. Mange andre typer helsepersonell gjør også dette, så målinger/registreringer/observasjoner er en tverrfaglig aktivitet der dataene skal være tilgjengelige for flere helsefaggrupper. I denne kravspesifikasjonen spesifiseres denne registreringsmuligheten via et eget fragment, *Statusinformasjon* i dokumentet *Sykepleienotatdokument*. Ref. kapittel 4.6.

Måleresultat fra medisinsk teknisk utstyr som er direkte tilkopleet pasientens EPJ, blir lagt inn i journalen på samme måte som registreringer og målinger utført av helsepersonell. Denne tverrfaglige måling/registrering/observering vil ofte inngå som dataelementer i pasientens medisinske kurve, se kapittel 8.6.2.

Noen registreringer og målinger er bare aktuelle innenfor spesialiteter, som føde/barsel/neonatal, psykiatri, onkologi og anestesi/intensiv/operasjon. For å kunne gi en fullverdig beskrivelse av hva som skal dokumenteres innenfor alle spesialiteter, bør det utvikles krav til egne saks- og dokumenttyper for forskjellige målinger/registreringer og andre kvantifiserbare observasjoner av tverrfaglig karakter.

4.8.1.1 Målinger/registreringer utført manuelt

Selv om mye er felles, vil forskjellige helsevirksomheter ha forskjellige behov for hva som skal måles og registreres. Det er derfor ikke mulig i denne kravspesifikasjonen å definere alle aktuelle parametre, lista under må derfor ses på som eksempler på hvilke dataelement som kan registreres:

- Kroppstemperatur
- Blodtrykk
- Puls
- Høyde
- Vekt

4.8.1.2 Registreringer fra teknisk apparatur

Det vil også være behov for egne dokumenttyper for å registrere informasjon fra medisinsk teknisk utstyr. Informasjonen kan registreres manuelt i pasientens EPJ, eller det er utviklet en kommunikasjonsløsning som legger dataene direkte i den elektroniske journalen. Se ellers kap. 6.5.3 i EPJ standard.

Eksempler på slik informasjon kan være:

- Type og merke medisinsk teknisk utstyr
- O₂ (Oksygen)
- CO₂ (Karbondioksyd)
- BE (Base Excess)
- N₂O/Luft (Nitrogenoksyd/luft)
- SaO₂ (oksygenmetning)
- ETCO₂
- Registreringer fra pasientens EKG
- Registreringer fra pasientens EEG

5. NORMGIVENDE INFORMASJON

Ved elektronisk dokumentasjon av sykepleie må man i stor utstrekning hente informasjon fra, og strukturere informasjon i henhold til, eller begrunne tiltak med referanse til ulike normgivende informasjonskilder.

5.1 Kort om normgivende informasjon

Det finnes en betydelig samling av lover, forskrifter og rundskriv som gjelder for helsevesenet. Ref. [1], m.m. Offentlige helsemyndigheter som Statens helsetilsyn, det tidligere Sosial- og helsedepartementet o.a. har gitt ut flere skriftserier, utredningsserier og en rekke veiledere hvor mange av dem fungerer som normgivende informasjon. Informasjon fra helsemyndighetene som er gjort tilgjengelig på elektronisk form, skal kunne lastes ned og benyttes lokalt, eller refereres til.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl5.1	Det skal være mulig å få tilgang til relevant normgivende informasjon (lover, forskrifter, veiledere, Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, rundskriv etc.) fra helsemyndigheter m.v. som er tilgjengelig på elektronisk form.	O
Spl5.2	Det bør være mulig å få tilgang til helsevirksomhetens interne kvalitetssikringsprosedyrer som for eksempel standardiserte veiledende sykepleieplaner og andre, for å kunne hente informasjon og kopiere tekst inn i dokumentasjonen av sykepleie.	A

5.1.1 Krav fra EPJ standard

Refererer til standardens krav angående Normgivende informasjon K5.29..K5.30

6. PERSONER, ORGANISASJONER MV.

6.1 Innledning

EPJ-standarden stiller en rekke krav om generelle muligheter til registrering av en rekke former for strukturert informasjon som skal kunne inngå i, eller refereres journalen. Eksempler på slik strukturert informasjon er:

- Navn, adresse mv. til personer (pasienten, pårørende, helsepersonell mv.).
- Relasjoner mellom personer (slektskap, omsorgsfunksjon).
- Informasjon om fastlege og annet helsepersonell med spesielle roller i forhold til pasienten.
- Informasjon om egen virksomhet og organisering av denne.
- Informasjon om andre virksomheter som en samarbeider med, eller på annen måte har behov for å referere til i journalen.

Det aller meste av behovet for å kunne dokumentere sykepleie innenfor dette området, er direkte dekket av de krav til funksjonalitet som stilles i EPJ-standarden. Dette kapitlet inneholder derfor hovedsakelig en beskrivelse av hvordan de generelle funksjonene kan benyttes.

6.2 Personopplysninger mv.

For registrering av navn, adresse fødselsdato mv. til pasienten, pårørende, familie eller andre pårørende benyttes de generelle funksjoner som er beskrevet i EPJ-standarden kapittel 6.1. Det gjøres spesielt oppmerksom på følgende:

- Det skal kunne dokumenteres sykepleie gitt til pasienter hvor navnet ennå ikke er avklart. Navnet skal kunne registreres i ettertid når det er avklart. Jf. krav K6.14 i EPJ-standarden.
- Fullt fødselsnummer skal registreres for pasienter det dokumenteres sykepleie på. Dersom fødselsnummer er ukjent eller ikke er tildelt, må det kunne registreres i ettertid. Et midlertidig, lokalt H-nummer skal da benyttes inntil fødselsnummeret er tildelt. Jf. krav K6.23 i EPJ-standarden.
- Kjønn skal beregnes automatisk på grunnlag av fødselsnummeret. Jf. krav K6.21 i EPJ-standarden.
- Pårørende, familie eller andre skal kunne registreres som selvstendige personer (med navn, adresse mv.) som har en bestemt form for relasjon (f.eks. ektefelle, mor, bror eller venn) til pasienten. Jf. krav K6.16 i EPJ-standarden.
- Det skal kunne skilles mellom omsorgsfunksjon og foreldre, slik at andre enn foreldrene i spesielle tilfeller skal kunne registreres som primær omsorgsperson. Omsorgsfunksjonen skal kunne tidsavgrenses. Jf. krav K6.17 i EPJ-standarden.
- Også de som er faste leger for pasienter som det føres journal for, skal kunne registreres som selvstendige personer med navn, adresse mv. og med en "fastlege-relasjon" til de pasienter de er faste leger for. Endringer i adresse, telefon el. for de faste legene får dermed virkning for alle aktuelle journaler. Jf. krav K6.32 i EPJ-standarden.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl6.1	Det bør være mulig å hente relevante data (navn, adresse m.v.) for pasienten samt dennes pårørende, familie eller andre fra folkeregisteret.	A
Spl6.2	Det bør være mulig å oppdatere navn, adresse m.v. for pasienten samt dennes pårørende, familie eller andre fra folkeregisteret.	A

6.3 Virksomheter og andre organisatoriske enheter

For registrering av navn, adresse og annen informasjon om den helsevirksomhet som fører pasientens journal, samt andre virksomheter som en har kontakt med, benyttes de generelle funksjoner som er beskrevet i EPJ-standarden kapittel 6.2.

6.4 Krav fra EPJ-standarden

Referere til følgende krav fra standarden som gjelder for registrering av personer, organisasjon mv.: K6.1..K6.56

6.4.1 Medisinsk-teknisk utstyr og programvare

Refererer til standardens krav K6.1 og K6.2

7. TILGANGSSTYRING

Helsepersonell skal ha tilgang til den informasjon som er nødvendig for å yte helsehjelp. Men av hensyn til personvernet er det ikke akseptabelt at helsepersonell til enhver tid har tilgang til all helseinformasjon det kan *tenkes* de får bruk for. Den som har overordnet journalansvar ved helsevirksomheten har ansvaret for at helsepersonellet har tilgang til den nødvendige informasjonen om pasientene, samtidig med at kravene i lover og forskrifter er ivaretatt. I henhold til helsepersonelloven § 39 og pasientjournalforskriften § 6, skal hver helsevirksomhet utpeke en som har det overordnede ansvar for journalene, en *journalansvarlig*. Hvem som skal ha tilgang til hvilke opplysninger om pasientene kan ikke entydig knyttes mot hvilken stilling eller profesjon vedkommende har. Tilgangsstyring og rettigheter i en elektronisk pasientjournal skal styres av hvilken *rolle* personen har innenfor virksomheten. Og det er den journalansvarlige som har det overordnede ansvaret for at alle som skal ha tilgang til journalen kan gjøre dette i henhold til hvilken rolle de har. Lovverket inneholder ingen bestemmelser om hvem som skal være journalansvarlig, men i praksis er dette ofte en person som har et betydelig medisinskfaglig og administrativt ansvar ved helsevirksomheten. Tilgangskontrollen ved elektronisk dokumentasjon av sykepleie skal følge kravene som er beskrevet i EPJ standard kap.7.

7.1 Signering og dobbeltsignering

I journalforskriften § 7 tredje ledd, heter det at nedtegnelser skal dateres og signeres. Det skal være mulig å kunne signere elektronisk i en EPJ, og samtidig er det ved flere anledninger påkrevet at en annen autorisert person kvalitetssikrer hva den første har gjort. Denne typen kvalitetssikring skal også signeres av nevnte annenpart, såkalt dobbeltsignering. Både signering og dobbeltsignering skal omfattes av de samme kravene som stilles i EPJ standarden, og det må også komme klart fram når dobbeltsignering har funnet sted. I henhold til EPJ standard skal elektronisk signering entydig kunne identifisere den som har registrert informasjonen, omfanget av den og tidspunktet for når dette ble gjort. Ved revisjon av informasjonsinnholdet skal de samme opplysningene registreres på nytt, og merkes med et revisjonsmerke. Det skal ikke være mulig for en annen person å kunne benytte en annens elektroniske signatur. Opplysninger om personene bak en signatur skal bevares like lenge som signaturene.

8. FUNKSJONER

8.1 Brukergrensesnitt

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av krav utover krav som er gitt av EPJ-standard, til funksjoner som et elektronisk journalsystem må inneholde for å kunne dekke behovet for å kunne dokumentere sykepleie elektronisk.

8.2 Kort om brukergrensesnitt

Den elektroniske dokumentasjonen av sykepleie skal være en integrert del av et journalsystem med et bestemt brukergrensesnitt som vil gjelde for flere deler av systemet. Hva som er et godt brukergrensesnitt for et elektronisk journalsystem, vil i stor grad avhenge av *hvem* som skal benytte systemet, og i *hvilken situasjon* systemet skal benyttes. Synspunktene på hva et godt brukergrensesnitt *er*, er mange, og de endres etter hvert som tiden går. Det stilles derfor ikke detaljerte krav til brukergrensesnittet her. Den enkelte leverandør står fritt til å bestemme utformingen av brukergrensesnittet på de system de leverer, og det er opp til den enkelte virksomhet, i forbindelse med anskaffelse av elektronisk journalsystem, å vurdere hvilken leverandør de synes har det beste brukergrensesnittet.

Det skal imidlertid være mulig for helsepersonalet via et skjermbildet å raskt kunne få oversikt om hva som er viktig angående utøvelse av sykepleie til den spesielle pasienten.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.1	Det skal være mulig for sykepleier via lett tilgjengelige skjermbilder å få oversikt over alle viktige forhold angående pasienten.	O
Spl8.1	Når en pasients journal er åpnet, skal alltid pasientens navn, fødselsnummer, adresse samt kommune/bydel vises i skjermbildet.	O
Spl8.2	Når en pasients journal er åpnet skal det alltid være klart markert	O

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
	om det er registrert Cave-opplysninger for pasienten, og en funksjon som henter fram disse opplysningene skal være lett tilgjengelig i skjermbildet	
Spl8.3	Når en pasients journal er åpnet, skal funksjoner som henter fram pasientens medisinske diagnose, vilkår for opphold i psykisk helsevern, og eller vedtak om tjenester (aktuelt for pleie- og omsorgssektoren), være lett tilgjengelig i skjermbildet.	O
Spl8.4	Når en pasients journal er åpnet, skal en funksjon som henter fram følgende tilleggsinformasjon om pasienten være lett tilgjengelig i skjermbildet: <ul style="list-style-type: none"> • Pasientens fastlege og ev. henvisende lege dersom denne er forskjellig fra fastlegen • Pasientens adresse og telefonnummer. • Pårørendes navn, adresse og telefonnummer. 	O

8.3 Søking

For å få en mest mulig hensiktsmessig elektronisk journal, må aktuelle data kunne søkes fram og for generelle krav til søking henvises til EPJ standarden, kapittel 8.3.

8.3.1 Søkeord

Dersom en velger å klassifisere pasientene i henhold til bestemte funksjonsområder eller domener, må det være mulig å definere søkeord som tilsvarer disse funksjonsområdene. I dokumentasjonsmodellen *VIPS* og i klassifikasjonssystemet *NANDA* finnes eksempler på funksjonsområder som bruker skal kunne definere som søkeord.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.5	Det skal finnes funksjonalitet for å kunne definere egne <i>søkeord</i> .	O

8.3.2 Predefinerte søk

Predefinerte søk benyttes for å effektivisere søk som foretas hyppig. Slike søk utføres ved egne funksjoner hvor hele eller deler av søkebetingelsen er fast definert, mens de øvrige variabler fylles inn før søket utføres. Slik kan man for eksempel finne dokumentasjon av sykepleie til en pasient på grunnlag av pasientens navn og fødselsår, pårørendes navn etc. En del krav til slike predefinerte søk finnes i EPJ-standard, kapittel 8.3.1. *Så fremt en har et spesielt definert oppfølgingsansvar ovenfor enkelte pasienter, kan en i tillegg stille følgende krav:*

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
-----	-----------------	------

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.6	Det skal finnes predefinerte søk som kan hente fram pasienter i en angitt tidsperiode der en eller flere av sakene i sykepleieprosessen har registreringer som: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pasientens ressurser/behov/problem</i> • <i>Mål for pasient/forventet resultat</i> • <i>Intervensjon – tiltak</i> • <i>Evaluering/rapport</i> 	O
Spl8.7	Det bør finnes et predefinert søk for å hente fram opplysninger spesifikk for <i>en</i> pasient. Dette søket skal kunne begrenses mht. tid, definerte funksjonsområder dersom slike finnes eller sykepleiediagnoser.	A
Spl8.8	Det bør finnes et predefinert søk der <i>søkeordet</i> angir hvilken gruppe eller funksjonsområde (eg. sakstype, for eksempel <i>Ernæring</i>) en ønsker informasjon om. Resultatet av slike søk skal vise de pasienter som har fått registrert informasjon i aktuelt funksjonsområde, og angi pasientene gruppert mht. dokumenttypene, dersom slike finnes.	A
Spl8.9	Det bør finnes et predefinert søk der <i>søkeordet</i> angis (som sykepleiediagnose eg. sak, for eksempel <i>Aktivitet og hvile</i>) og resultatet av slike søk viser de pasienter som har blitt registrert i aktuell sak, gruppert mht. sykepleiediagnosekode dersom slike finnes. Sykepleiediagnosekoden skal angis, representert både med kodennummer og beskrivende tekst.	A
Spl8.10	Det bør finnes et predefinert søk som finner dokumentasjonen av sykepleie til de pasienter hvor det i et angitt tidsrom er registrert <i>Mål for pasient/forventet resultat</i> i henhold til sykepleievurderingen.	A
Spl8.11	Det bør finnes et predefinert søk som finner dokumentasjonen av sykepleie til de pasienter hvor det i et angitt tidsrom er gjennomført <i>Intervensjon - tiltak</i> i henhold til sykepleievurderingen.	A
Spl8.12	Det bør finnes et predefinert søk som finner dokumentasjonen av sykepleie til de pasienter hvor det i et angitt tidsrom er gjennomført <i>Evaluering/rapport</i> i henhold til sykepleievurderingen.	A

På grunnlag av resultatet fra søk etter journaler skal det kunne skrives ut enkle rapporter.

8.4 Presentasjonsformer

I de fleste situasjoner vil en ha presentert *alt* angående dokumentasjon av sykepleie. I andre situasjoner kan det være mest hensiktsmessig å presentere data med utgangspunkt i en konkret kontaktype, men presentasjon ut fra kontaktepisode kan også være naturlig.

Det er viktig å poengtere at presentasjonsformen ikke påvirker selve innholdet i dokumentasjonen av sykepleien, helsepersonalet skal alltid kunne få tilgang til all informasjon de har et legitimt behov for. Forskjellige typer presentasjonsformer skal kun gjøre det enklere å få tak i viktig informasjonen raskere.

For de mer generelle kravene til presentasjonsformer henvises til EPJ standard, kap.8.4.

8.5 Utskrift

Generelt må sies at all informasjon i en elektronisk journal skal kunne skrives ut på papir. For de generelle kravene til utskrift henvises til EPJ hovedstandard, kap.8.5.

8.5.1 Utskrift av saker og dokumenter

Alt innhold i journalen skal kunne skrives ut på papir, jf. krav K8.92 fra EPJ-standarden. For enkelte deler av innholdet stilles det bestemte krav til layout, men for mesteparten vil det være opp til den enkelte leverandør å finne en hensiktsmessig måte å presentere informasjonen på. Følgende krav stilles til utskrift av saker og dokument som er registrert ved elektroniske dokumentasjonen av sykepleie:

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.13	<p>Det skal finnes en funksjon for utskrift av alt som er dokumentert av sykepleie. Følgende overordnede regler gjelder for denne utskriften:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innledningsvis skal det skrives ut stikkord fra saken av type Cave, se EPJ standard, samt administrative opplysninger. Dette inkluderer bl.a. institusjonsnummer og navn, pasientens navn, fødselsnummer, adresse samt opplysninger om pårørende. • Deretter skrives innholdet av alle saker som inngår i saker av typer tilhørende <i>Eksternt spesifisert journalinnhold</i>. • Deretter <i>Sykepleiedokumentasjon, Oppfølging av behov og problem, Legemidler, Målinger/registreringer o.a.</i> For alle sakene unntatt av type oppfølging av behov og problem, skal kun sakshodet skrives ut. For oppfølging av behov og problem skrives også de dokumenter som inngår ut. • Dersom ikke annet er eksplisitt angitt for den aktuelle saks- eller dokumenttype, skal innholdet skrives ut sortert kronologisk. • Dokumenter som inngår i flere saker, bør kun skrives ut en gang. Gjøres dette for et dokument, må det skrives ut referanse til dokumentet i de øvrige sakene hvor dokumentet inngår. 	O

8.6 Rapporter

Et elektronisk journalsystem skal kunne tilby mulighet for produksjon av et utvalgt av rapporter basert på registreringer som er gjort i journalene. Med rapporter menes i denne sammenheng opplister eller komprimerte oversikter angående registrerte data, for eksempel skjerm bilde med pasientoversikt eller ulike typer utskrifter.

Ved uttak av rapporter angående dokumentasjon av sykepleie, skal layout og funksjonalitet være som ellers i journalsystemet.

I journalsystemet vil det finnes funksjoner som kan benyttes for å søke fram opplysninger/registreringer basert på forskjellige søkekriterier. Relatert mot dokumentasjon av sykepleie, skal det derfor være mulig å hente fram en rapport over alle som ikke har mottatt de tiltak de skulle hatt i henhold til målet for pasienten. Det bør finnes mulighet for å inkludere forskjellige typer opplysninger i rapporten.

I tillegg til denne generelle muligheten til å produsere en rapport på grunnlag av et søk, beskrives det i det etterfølgende rapporter som tar utgangspunkt i tilsvarende utvelgelse som et predefinert søk. Når det i slike tilfeller refereres direkte til et predefinert søk i kravet, skal rapporten ha samme utvelgelsesmuligheter som i søket, og det er fritt opp til leverandøren om disse rapportene realiseres som selvstendige rapporter med egen utvelgelse, eller om de baseres på at det først gjøres et søk og at rapporten deretter produseres på grunnlag av dette.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.14	<p>Resultatet fra alle søk etter opplysninger eller registreringer angående dokumentasjon av sykepleie skal kunne produseres som en rapport.</p> <p>Rapportens tittel skal baseres på den type søk som ble benyttet til å gjøre utvalget, f.eks. "Manglende evaluering". Rapportoverskriften skal inkludere utskriftsdato, navn og institusjonsnummer for virksomheten samt utvalgs-kriteriet.</p> <p>For hver journal som tilsvarer søkekriteriet skal det skrives ut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Navn, fødselsnummer, adresse og telefon til pasienten. • Tidspunkt for forrige kontakt samt kontakttype • Avtalt tidspunkt for neste kontakt samt kontakttype 	O

8.6.1 Sykepleiesammenfatning

Denne rapporten kan benyttes for å gi informasjon om den sykepleie som er gitt pasienten på en standardisert og oversiktlig måte. Rapportens aktuelle opplysninger hentes fra registreringer gjort i pasientjournalen (fra *Personregistreringer, Dokumentasjon av sykepleie, o.a.*)

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.15	Det skal være mulig å lage en sykepleiesammenfatning med innhold som vist under.	O

I tillegg til nødvendige administrative opplysninger, skal rapporten kunne inneholde følgende informasjon:

- *Tidsrommet sammenfatningen gjelder for*
- *Pasientens ressurser/behov/problem*
- *Mål for pasient/forventet resultat*
- *Intervensjon - tiltak*
- *Evaluering*
- *Årsak til kontakt*
- *Status ved innkomst*
- *Status utskrivning/oppheving av helsehjelp*
- *Signering av pasientansvarlig sykepleier*

Som vedlegg til sykepleiesammenfatningen kan det rapporteres data som sykepleieren har *selvstendig ansvar* for, men også data som sykepleiere har *delegert ansvar* for. Eksempler på slike data kan være:

- Cave
- NB!
- Reservasjoner og ønsker
- Diagnose
- Opplysninger ang. medisiner
- Målinger og registreringer utført av fagperson eller hentet fra medisinsk teknisk utstyr
- Henvisning

8.6.2 Medisinsk kurve

En medisinsk kurve benyttes for å få informasjon om pasienten på en standardisert og oversiktlig måte. Kurven kan sammenliknes med en rapport der aktuelle opplysninger hentes fra registreringer gjort i forskjellige moduler i den elektroniske pasientjournalen (*PAS, sykepleievurderinger, medikamentmodulen, legejournal* o.a.). Den medisinske kurven bør inneha funksjonalitet som gjør det mulig å kunne foreta registreringer og oppdateringer direkte i kurven.

Noen av dataene vil være personalia, medikamenter, medisinsk diagnose og lignende, andre vil være resultater av målinger der utviklingen over tid, kan synliggjøres ved hjelp av grafikk. Kurven har tradisjonelt vært en tidsmatrise med tiden langs x-aksen og resultatet av diverse målinger og registreringer langs y-aksen. Men kurven kan også være en tabell der resultatene blir presentert uten bruk av grafikk. Forskjellige helsevirksomheter har forskjellige krav til hva en kurve skal inneholde, og det er i denne sammenhengen umulig å lage en standardisert kurve tilpasset alle behov. Rapporten kan bestå av mange typer fragment, men det bør være mulighet for at bruker eller helsevirksomheten selv kan definere kurvens innhold. Alle målinger som utføres på pasienten bør kunne framstilles som en grafisk presentasjon. Det skal være mulig å legge inn data med opplysninger knyttet spesielt til målingen, for eksempel om blodtrykket er gjort invasivt, hvilken kroppsdel det er gjort på, systolisk/diastolisk en eller begge. Type og størrelse på kateter, sonde, arteriekraner bør kunne registreres o.a. Ved spesialenheter som intensiv-, anestes- og operasjonsavdelinger vil mange av målingene komme fra tilkoplede medisinsk utstyr. Dersom det utvikles kommunikasjon mellom dette utstyret og den elektroniske pasientjournalen, bør målingene kunne presenteres fortløpende i den medisinske kurven.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.16	Det bør være mulig for en helsevirksomhet å kunne definere sin egen medisinske kurve ut fra målinger/registreringer/observasjoner som er registrert i den elektroniske pasientjournalen.	A
Spl8.17	Det bør være mulig for en helsevirksomhet å kunne definere hvilke opplysninger hentet fra andre elektroniske moduler i pasientens EPJ, som PAS, Legemiddelhåndtering, o.a. som skal kunne presenteres i virksomhetens medisinske kurve.	A
Spl8.18	Det bør være mulig å kunne velge mellom ulike presentasjonsformer som for eksempel grafisk presentasjon av målingene eller presentasjon av målingene i en tabell.	A
Spl8.19	Tilleggsopplysninger knyttet til en eller flere målinger skal være godt synlig og lett tilgjengelig fra kurvevisningen.	O

8.6.3 Andre rapporter

Så fremt en har et spesielt definert oppfølgingsansvar ovenfor enkelte pasienter, kan en i tillegg stille følgende krav:

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.20	Rapporten i krav K8.99 i EPJ standarden bør også kunne produseres for alle definerte funksjonsområder samlet. Her skal rapporten først sorteres på funksjonsområde, deretter på pasientens navn. Det lages ny overskrift (funksjonsområdenavn, evt. kode og sykepleie-diagnosebetegnelse) for hvert funksjonsområde og antall medlemmer skrives ut til slutt under den enkelte gruppe.	A

8.7 Statistikker

Et elektronisk journalsystem skal kunne tilby mulighet for produksjon av et utvalgt av statistikker basert på registreringer i journalene. Det skal derfor være mulig å ta ut statistikker basert på den elektroniske dokumentasjonen av sykepleie.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.21	Alle statistikker skal ha en overskrift på første side hvor følgende informasjon skal inngå. <ul style="list-style-type: none"> • En overskrift som klart angir hva statistikken skal vise • Det tidsintervall (fra dato - til dato) som dataene i statistikken gjelder • De øvrige utvalgsriterier som er benyttet ved produksjon av statistikken. • Dato og tidspunkt for når statistikken ble produsert • Navn og institusjonsnummer til den institusjon statistikken er startet fra • Initialer på den tjenesteyteren som produserte rapporten 	O
Spl8.22	Alle statistikker bør baseres på en felles layout. Konkluderende opplysninger (som “sum”, “totalt” og lignende) skal presenteres uthevet eller tydelig forskjellig fra andre opplysninger.	A
Spl8.23	For enhver type statistikk skal det være mulig å velge om statistikken skal vises på skjerm eller om den skal skrives direkte ut på skriver.	O
Spl8.24	Det bør være mulig å produsere statistikkene til en fil på et format som kan redigeres med en vanlig tekstbehandler, f.eks. RTF-format.	A

8.7.1 Aktivitetsstatistikker

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.25	Det skal kunne produsere statistikker over sykepleieaktiviteten ved en helsevirksomhet for et gitt tidsrom. Denne statistikken skal som et minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • Antall kontakter totalt • Antall pasienter som det for første gang er opprettet <i>Dokumentasjon av sykepleie</i> for (nye pasienter, nyfødte, innvandrere, adopterte) • Antall pasienter hvor den elektroniske sykepleiedokumentasjonen er mottatt fra annen virksomhet • Antall pasienter hvor den elektroniske dokumentasjonen av sykepleie er avsluttet og overført til annen virksomhet • Registrerte ressurser/behov/problem, sortert og summert • Registrerte mål, sortert og summert • Registrerte tiltak, sortert og summert • Registrerte evalueringer, sortert og summert 	O

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.26	Det skal kunne produseres statistikker der det er utført registreringer av IPLOS funksjonsvariable, gruppert sekvensielt.	O

8.7.2 Oversikt over tilleggsundersøkelser mv.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.27	Det bør være mulig å produsere en statistikk som viser hvor mange sykepleievurderinger og typer tiltak som er utført i angitt tidsrom. Denne statistikken skal som et minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • Betegnelse på sykepleievurdering • Betegnelse på tiltaket • Antall tiltak gjennomført i perioden. 	A
Spl8.28	Det bør være mulig å produsere en statistikk som viser hvor mange tilleggselementer angitt som <i>Notat Spl-journal</i> , som er gjennomført i angitt tidsrom. Denne statistikken skal som et minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • Betegnelse på sykepleievurderingen, for eksempel <i>Ernæring</i> • Betegnelse på tilleggselement (<i>Overskriftskoden i Sykepleienotat</i>) • Antall tilleggselement gjennomført i perioden. 	A

8.8 Uttrekk av informasjon til sentrale statistikker

Det kan ved flere anledninger være aktuelt å rapportere helseinformasjon til sentrale myndigheter. Slik helseinformasjon skal ikke inneholde personidentifiserbare elementer.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
Spl8.29	Det bør finnes mulighet for å trekke ut informasjon uten personentydige kjennetegn beregnet for overføring til produksjon av statistikker.	A

8.9 Aktuelle krav fra EPJ standard

Refererer til standardens krav om brukergrensesnittet, registrering, redigering, retting og sletting, presentasjonsformer, utskrifter, godkjenning og signering, varsel om frister, informasjon uten personentydige kjennetegn K8.1..K8.105.

9. INFORMASJONSUTVEKSLING

Innad i helsevirksomhetene utveksles informasjon via henvisninger og meldinger, via formelle og uformelle møter, telefon, elektronisk post, rapportskriving og journallesing. Interne laboratoriesvar og røntgensvar sendes elektronisk der dette er mulig, det samme med bestilling eller rekvireringer av tjenester og hjelpemidler.

Men pasienter flyttes også fra en virksomhet til en annen og dette gjør det nødvendig å overføre all informasjon om pasienten som kan ha betydning for videre helsehjelp. De fleste helsevirksomheter mottar en mengde prøvesvar, røntgensvar og epikriser fra andre.

Behandling av pasienter utløser samarbeid mellom forskjellige helsefaggrupper.

Informasjonsutvekslingen viser dette tydelig:

Primærlegene sender henvisninger til helsevirksomheter av alle slag. Epikrise, laboratoriesvar, røntgensvar, polikliniske notat og bl.a. sykepleierapporter sendes i retur. Ved utskrivning av pasient fra sykehus til hjemkommune, blir det sendt med et utskrivningsbrev til fastlege, hjemmesykepleien eller sykehjemmet. Diagnose, sykepleievurderinger med mål, tiltak og evaluering samt medisineringen er en vesentlig del av innholdet i dette brevet i tillegg til persondataene. Sykepleiere på forskjellige typer poliklinikker som for eksempel sårpoliklinikk og diabetespoliklinikk, sender brev med pasienten til hjemmesykepleien/sykehjemmet (+ primærlege) om videre behandling.

Ikke sjeldent vil pasienter innlagt ved et sykehus overflyttes til et annet i samme region eller til en annen helseregion. Dette er spesielt aktuelt for pasienter innlagt etter ulykker og som etter akuttfasen overflyttes til hjemstedet.

Alle innkallinger til time både for poliklinisk konsultasjon og innleggelse blir sendt til pasient, med kopi til henvisende lege.

Forholdet mellom tilbud og etterspørsel av helsetjenester har videre åpnet mulighetene for pasienter å søke hjelp enten i utlandet eller ved private helseinstitusjoner. Dette setter også spesielle krav til informasjonsutveksling, kanskje spesielt med tanke på helsehjelp som ytes i utlandet.

Ved normale fødsler skal aktuell helsestasjon og Medisinsk fødselsregister ha informasjon.

Dersom det er nødvendig med særtiltak, for eksempel pasienten trenger spesiell medisinsk oppfølging, eller familien har spesielle behov, vil dette igjen utløse mange andre behov angående informasjonsutveksling.

Snart vil bookingsystem der eksterne kan bestille timer ved helseinstitusjoner komme i bruk.

Poenget er at primærlegen, mens pasienten sitter på kontoret, kan gå inn på datanettet og bestille time ved sykehuset. I tillegg til å spare tid og venting, får pasienten innflytelse over når undersøkelsen på sykehuset skal skje.

Og om ikke lang tid vil elektroniske bildeoverføringer være vanlig. En kan lett se for seg en framtid der informasjonsutveksling i stor grad vil skje elektronisk.

9.1 Generelt om informasjonsutveksling

Merk: Helseopplysninger kan kun utleveres eller overføres når utlevering eller overføring har hjemmel i eller i medhold av lov, jf. helseregisterlovens § 14. Så fremt ikke annet er bestemt i lov eller i medhold av lov, kan overføring kun skje dersom ikke pasienten motsetter seg dette, jf. helseregisterloven § 45.

I mange tilfeller er den som fører journal pliktig til å rapportere informasjon til aktører utenfor den virksomhet hvor journalen blir ført. Dette kapitlet behandler i særlig grad informasjonsutveksling i form av rapportering mellom helsevirksomheter og eksterne etater som myndigheter og offentlige registre.

9.1.1 Aktører

Aktører aktuelle for informasjonsutvekslingen innen elektronisk dokumentasjon av sykepleie, kan grovt sett inndeles i sju forskjellige virksomhetsgrupper:

1. Spesialisthelsetjenesten
2. Pleie- og omsorgssektoren
3. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten
4. Fastlege
5. Offentlig myndighet
6. Samarbeidende virksomheter (PPT-tjenesten, Sosialtjenesten, etc.)
7. Helsevirksomhet med service og støttefunksjoner (laboratorier, transport, hjelpemidler)

9.1.1.1 Spesialisthelsetjenesten

Ikke sjeldent blir en pasient overflyttet fra et sykehus til et annet. Dette kan være aktuelt ved trafikkskade som har skjedd utenfor egen helseregion eller ved overflytting til sykehus som har spesialisert seg på bestemt type sykdom. Aktuell informasjonsutveksling av sykepleiefaglig karakter vil være:

- Sykepleievurdering av pasientens ressurser/behov/problem
- Mål for pasienten/forventet resultat
- Intervensjon - tiltak
- Evaluering
- Sykepleienotat

Se for øvrig Sykepleiesammenfatning.

I tillegg vil data fra pasientens generelle EPJ være aktuelle, som for eksempel:

- Målinger og registreringer

9.1.1.2 Pleie- og omsorgssektoren

Informasjon aktuell for pleie- og omsorgstjenesten vil være mye som for spesialisthelsetjenesten og se for øvrig Sykepleiesammenfatning.

I tillegg vil pleie- og omsorgssektoren ha spesielle behov relatert til registrering av IPLOS funksjonsvariable.

- Følgende IPLOS-parametre er aktuelle:
 - Personopplysninger: 1-6
 - Funksjonsvariable: 10, 13-15, 17-18 og 20-26
 - Diagnose: 27

Personopplysninger og diagnose må hentes fra pasientens generelle EPJ.

IPLOS funksjonsvariablene i lista over må registreres i egen funksjon. Variablene vil i stor grad, men ikke fullstendig, være lik variablene i et klassifikasjonssystem. De bør derfor registreres slik:

Funksjonsvariabel nr.10: *Er boligen tilrettelagt for orienterings og / eller bevegelseshemmede*

Funksjonsvariabel nr.13: *Kan pasienten skaffe seg varer og tjenester:*

Funksjonsvariabel nr.14: *Kan pasienten ta hånd om personlig økonomi:*

Funksjonsvariabel nr.15: *Kan pasienten håndtere egne medisiner:*

Funksjonsvariabel nr.17: *Kan pasienten vaske seg:*

Funksjonsvariabel nr.18: *Kan pasienten kle av og på seg:*

Svarene på 10, 13, 14, 15, 17 og 18 skal angis som : 1. Nei 2. Ja 3.Uvisst, ikke relevant

Funksjonsvariabel nr.20: *Kan pasienten bevege seg innendørs:*

Funksjonsvariabel nr.21: *Kan pasienten se:*

Funksjonsvariabel nr.22: *Kan pasienten høre:*

Funksjonsvariabel nr.23: *Kan pasienten huske:*

Funksjonsvariabel nr.24: *Kan pasienten kommunisere:*

Funksjonsvariabel nr.25: *Kan pasienten styre egen adferd:*

Funksjonsvariabel nr.26: *Kan pasienten fungere sosialt*

Svarene på 20, 21, 22, 23, 24, 25 og 26 skal angis gradert etter følgende regel:

1. Ingen
2. Noe
3. Middels
4. Store
5. Klarer ikke
6. Ikke vurdert

I tillegg vil data fra pasientens generelle EPJ være aktuelle, som for eksempel:

- Målinger og registreringer

9.1.1.3 Helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Informasjon aktuell for helsestasjon- og skolehelsetjenesten vil være representert i Sykepleiesammenfatning.

I tillegg vil data fra pasientens generelle EPJ være aktuelle, som for eksempel:

- Målinger og registreringer

9.1.1.4 Fastlege

Informasjon aktuell for fastlege vil være representert i Sykepleiesammenfatning.

I tillegg vil data fra pasientens generelle EPJ være aktuelle, som for eksempel:

- Målinger og registreringer

9.1.1.5 Offentlig myndighet

1. Medisinsk fødselsregister

2. Folkehelseinstituttet
3. Statistisk sentralbyrå (KOSTRA)
4. Helsetilsynet
5. Departement
6. Sintef
7. Fylkeslege
8. Kommunelege
9. Helsesjef
10. Andre

Disse vil ha ulike informasjonsbehov avhengig av hvilke oppgaver den offentlige myndigheten skal ivareta, men resultater av målinger og registreringer vil ofte være aktuelle data. Til noen av disse etatene kan det være aktuelt å levere aidentifiserte data.

9.1.1.6 Samarbeidende virksomheter

Informasjon aktuell for samarbeidende virksomheter vil være representert i Sykepleiesammenfatning.

I tillegg kan data fra pasientens generelle EPJ være aktuelle, som for eksempel:

- Målinger og registreringer

9.1.1.7 Helsevirksomhet med service og støttefunksjoner

Til denne sektoren hører :

- Transport (ambulanse)
- Hjelpemiddelsentraler
- Ergo- og fysioterapeuter
- Medisinske laboratorier og lignende.

Virksomhetene vil ha forskjellige informasjonsbehov avhengig av hvilke service- og støttefunksjoner som gies. Informasjonsutveksling i form av henvisninger, rekvisisjoner, attester og søknader fra helsestasjon eller skolehelsetjeneste, mottak av laboratoriesvar, epikriser og svar på henvendelsene fra sykepleier.

Informasjon aktuell for helsevirksomhet med service eller støttefunksjoner vil være informasjon som i Sykepleiesammenfatning.

I tillegg kan data fra pasientens generelle EPJ være aktuelle, som for eksempel:

- Målinger og registreringer

9.2 Elektroniske meldinger

Et av målene med en elektronisk journal er å minske papirbruken samt å forbedre kvalitetssikringsarbeidet. Et annet mål er at meldinger om dokumentasjon av sykepleie skal kunne mottas og avgis elektronisk via en elektronisk journal. For nærmere spesifisering vises til arbeidet med utarbeidelse av *Journalmeldingen*.

10. ARKIVERING

Elektronisk dokumentasjon av sykepleie vil omfattes av bestemmelsene i arkivloven. Krav som skal stilles til arkivering, minstekrav til innhold, opprettelse av journal mv. vil være som til EPJ standard. Se EPJ standardkravene K10.1- K10.41.

VEDLEGG 1: REFERANSER

- [1] Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 22. april 1999.
- [2] Mer helse for hver bIT. Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for perioden 1997 - 2000. SHD 1996.
- [3] Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) av 4. april 2001
- [4] Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 10. juni 1999.
- [5] Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 27. mai 1999.
- [6] Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 31. mai 1999.
- [7] Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982
- [8] ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon. Statens helsetilsyn 1998.
- [9] Kravspesifikasjon for dokumentasjon av forskrivning og administrasjon av legemidler mv. (ISBN 82-7846-171-6, KITH-rapport R08/03)
- [10] Kravspesifikasjon for *Elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten*. (under arbeid)
- [11] Moen, Hellesø, Quivey, Berge, Dokumentasjon og informasjonshåndtering, faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere, 2002

VEDLEGG 2: SAK 31/2002

Fra NSF's forbundsstyre i august 2002, angående arbeid med IKT og dokumentasjon av sykepleie.

VEDTAK:

Å få på plass dokumentasjon av sykepleie i EPJ er et sentralt virkemiddel for å nå mange viktige mål. NSF's arbeid med IKT og dokumentasjon kan ikke ses løsrevet fra øvrige satsningsområder. IKT bør inngå som en viktig del av organisasjonens strategier og handlingsplaner knyttet til så vel utdanning som ledelse, fagutvikling, kvalitet, finansieringsordninger, markedsføring av sykepleiernes kompetanse og lønnsutvikling. Bare gjennom et bevisst forhold til IKT i relasjon til alle sider ved sykepleie, kan NSF sikre at sykepleietjenesten og sykepleierne står rustet til å møte morgendagens krav.

NSF skal:

- Bidra til å få på plass strukturert dokumentasjon av sykepleie i EPJ.
- Sørge for at offisielle norske oversettelser av NANDA, NIC og NOC blir tilgjengelige for sykepleiere og IT-utviklere.
- Bidra til at relevante sykepleiedata finnes i nasjonale og lokale helsedatabaser ved å definere hvilke data som bør innrapporteres og ta initiativ overfor myndighetene for å få etablert rutiner for dette.
- Bidra til at sykepleiedata blir synlige i nasjonale helsestatistikker og danner grunnlag for finansiering, ressursfordeling og prioriteringer ved å påvise at god sykepleie er lønnsomt
- Bidra til at sykepleieledere tar aktivt del i innføring og bruk av EPJ ved å ansvarliggjøre lederne og sette temaet på dagsorden der ledere samles
- Være pådriver for å få opplæring i elektronisk dokumentasjon av sykepleie inn i utdanningen ved alle høgskoler ved å ansvarliggjøre utdanningene og sette temaet på dagsorden der undervisningspersonell samles.
- Bidra til å høyne den generelle IKT-kompetansen hos sykepleierne ved å utarbeide en strategi for dette i samarbeid med Sfid.

Enstemmig vedtatt

VEDLEGG 3: KARTLEGGING

Kartleggingen baseres på innsamlet materiale fra i alt 24 forskjellige helsevirksomheter i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør, innen både somatikk og psykiatri.

I materialet finnes eksempler på dokumentasjon av generell sykepleie, dokumentasjon som utføres av spesialsykepleiere, skjema og prosedyrebeskrivelser av helsevirksomhetens sykepleierelaterte aktiviteter, kvalitetshåndbøker, samt eksempler på skriftlig informasjon som gies av sykepleier til pasient, pårørende eller publikum.

De enkelte virksomhetene har på selvstendig grunnlag utarbeidet egne metoder for dokumentasjon, og det er store forskjeller helsevirksomhetene imellom, selv om det også finnes likhetstrekk. Det innsendte materialet gir et godt innblikk i hvordan hver helsevirksomhet dokumenterer sykepleie og hva som dokumenteres. Den papirbaserte dokumentasjonen gir generelt et solid inntrykk av rutinene angående dokumentasjon av sykepleie, men bruk av termer og begreper er noe forskjellige, og dette gjør det vanskelig å sammenlikne direkte sykepleiedokumenter institusjonene imellom. Et fellestrekk er likevel det at alle foretakene synes å følge sykepleieprosessen ved dokumentasjon av sykepleie.

Tabellen under viser bare i grove trekk hva de enkelte helsevirksomhetene har sendt inn til prosjektet. Det er en oversiktstabell som på ingen måte viser detaljene i hva som dokumenteres. Et slik detaljeringsnivå omfattes ikke av prosjektet og tabellen må derfor bare ses på som en overfladisk oversikt av innsendt materiale.

HELSEVIRKSOMHET	Eks. på generell sykepleiedok.	Eks. på spesial sykepleie-dokumentasjon	Sykepleieprosedyrer, kvalitetssikr.prosedyrer	Pasientrelatert informasjon	Annet
Rikshospitalet	X	X	X		X
Det Norske Radiumhospital	X	X	X	X	X
Spesialsykehuset for rehabilitering (Stavern)	X	X	X		
Spesialsykehuset for epilepsi	X	X	X		
Sykehuset i Telemark HF, Skien	X	X	X		
Sykehuset i Telemark HF, Notodden	X		X		
Vest-Agder sykehus HF, Kr.sand	X		X		
Vest-Agder sykehus HF, Kongsgård sykehus	X		X		
Sørlandet sykehus HF, Arendal,	X	X	X		X
Sørlandet sykehus HF, Arendal, Mauråsen DPS	X	X	X	X	X
Helse Blefjell HF	X	X	X	X	

HELSEVIRKSOMHET	Eks. på generell sykepleiedok.	Eks. på spesial sykepleie-dokumentasjon	Sykepleieprosedyrer, kvalitetssikr.prosedyrer	Pasientrelatert informasjon	Annnet
m/Kongsberg sykehus					
Helse Blefjell HF m/Rjukan sykehus	X	X	X	X	
Helse Blefjell HF m/Notodden sykehus	X			X	
Sykehuset Buskerud HF, Psykiatri	X	X			
Sykehuset Buskerud HF, Somatikk	X	X			
Sykehuset i Vestfold HF, Sandefjord	X	X	X		X
Sykehuset i Vestfold HF, Larvik	X	X	X		X
Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg/Horten	X		X		X
Psykiatrien i Vestfold HF, Tønsberg DPS	X				
Psykiatrien i Vestfold HF, Fylkesavdeling Tønsberg	X				
Psykiatrien i Vestfold HF, Fylkesavdeling Granli	X	X	X	X	X
Ringerike sykehus HF, Ringerike sykehus	X	X	X	X	X
Ringerike sykehus HF, Hallingdal sjukestugu	X	X	X	X	X
Modum Bads Nervesanatorium	X	X			