

Vedlegg 2

14.10.03

Dette dokumentet beskriver forslag til bruk av diagnoseklassifikasjonssystemet ICPC i elektronisk pasientjournal i allmennpraksis. Forslaget er utarbeidet av arbeidsgruppen for prosjektarbeidet for norsk utgave av ICPC-2.

1 Krav til behandling av diagnoser i en elektronisk pasientjournal

Forskrift til pasientjournal 21. desember 2000, §8 pkt. f, krever at diagnose, eventuell foreløpig diagnose skal fremgå ved føring av journalnotat.

Rikstrykdeverket krever at allmennleger benytter International Classification of Primary Care (ICPC) som diagnosesystem ved utfylling av regningskort og sykmeldinger.

1.1 Ulike typer krav

Forslagene til krav er gruppert og tildelt en bokstavkode (for type krav) slik som angitt i tabellen nedenfor:

O	Obligatoriske krav, må oppfylles av alle journalsystemer
A	Anbefalte tilleggskrav som bør gjennomføres snarest

Eksempel på et formalisert krav som er hentet fra EPJ standarden utarbeidet av KITH er vist nedenfor. K5.1 identifiserer dette som krav 1 i kapittel 9, og O i tredje kolonne angir at dette er et obligatorisk krav. Krav som er foreslått i dette dokumentet og som går utover standarden, er angitt med T

K5.1	Hvis koder innføres i EPJ ved valg fra tilkoblet koderegister skal det kun være mulig å innføre koder som finnes i koderegisteret.	O
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Forkortelsen EPJ betyr Elektronisk pasientjournal.

1.2 Krav til behandling av et diagnosekode- og klassifikasjonssystem i EPJ

Det vises til EPJ standarden utarbeidet av KITH kapittel 5 om normgivende informasjon og spesielt avsnittene:

- 5.2.1 Overordnede krav til kodeverk
- 5.2.2 Registrering av koder i EPJ
- 5.2.3 Håndtering og vedlikehold av kodeverk
- 5.2.4 Rapportering av kodet informasjon

Vi vil ta frem følgende krav fra kapittel 5.2.2 om registrering av koder som spesielt relevant for bruken av diagnoseklassifikasjonssystemet ICPC.

Nr.	Kravbeskrivelse	Type
K5.5	Hvis koder innføres i EPJ ved valg fra tilkoblet koderegister skal det kun være mulig å innføre koder som finnes i koderegisteret.	O
K5.6	Ved innføring av kodet informasjon i EPJ skal rubrikktekst for valgt kode kunne vises automatisk på skjerm.	O
K5.9	For kodeverk som er hierarkisk oppbygd, skal det være mulig å "bla" seg fram til riktig kode i den hierarkiske strukturen. Det skal her være mulig å starte på et vilkårlig punkt, f.eks. en kode som brukeren husker, eller en kode som er funnet ved bruk av en søkefunksjon.	O
K5.10	Dersom kodeverket inneholder henvisninger eller andre former for referanser, skal det være mulig å følge disse på en enkel måte, uten at en "mister" den koden som var utgangspunktet.	O
K5.11	Ved innføring av kodet informasjon i EPJ bør aktuelle koderegler for valgt kode kunne hentes fram på skjerm med et enkelt tastetrykk.	A

Kort om ICPC

ICPC er alfanummerisk og har en hierarkisk struktur bestående av 17 kapitler som inndelt i 7 komponenter bestående av 99 rubrikker. Jf. omtale i vedlegg 1.

Norsk ICPC-2 består av en database som for hver ICPC-kode inneholder en kort rubrikktekst, en mer fullstendig rubrikktekst, samt kriterier, inklusjoner, eksklusjoner, merknader og referanser til andre aktuelle koder som bør vurderes. ICPC-2 inneholder også korresponderende ICD-10 koder, både for hver ICPC-2 rubrikk og for søkeord/synonymer i alfabetisk indeks. Det forutsettes at alle opplysninger samt korresponderende ICD-10 koder gjøres tilgjengelig for oppslag og at også rubrikktekst og korresponderende ICD-10 koder kan lagres. Ved distribusjon av ICPC-2 vil det foreligge en detaljert dokumentasjon av databasen, samt en ordliste som forklarer ulike termer som rubrikktekst, eksklusjon, koderegister etc.

Arbeidsgruppens tilleggskrav eller presisering og utdyping av krav fra EPJ standarden.

T1.0	ICPC skal være tilgjengelig i EPJ som skal brukes i primærhelsetjenesten	O
T2.0	Klassifikasjonssystemet skal være tilgjengelig for oppslag og kopiering av diagnosetekst og kode til dokumenter og saker	O
T3.0	Det skal ikke være mulig for brukeren eller andre å endre kode eller diagnosetekst i originalregistret som diagnosene hentes/kopieres fra.	O

T4.0	<p>Ved innlegging av nye versjoner av diagnoseklassifikasjons-systemet skal følgende gjelde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tidligere diagnosetekst eller kode i løpende journaltekst skal ikke endres. Jf journalforskriften § • koder og tekst fra tidligere originalversjon skal etter oppdatering til ny versjon være utilgjengelig for kopiering til journalteksten. • i diagnosebilde(r)/oversikter skal diagnosekoder som er endret med ny kode eller tekst merkes ved oppdatering slik at brukeren ser og skjønner at det foreligger endring • hvis brukeren velger (kopierer) en diagnose fra en liste over tidligere gitte diagnoser, skal brukeren få et varsel om at kode og/eller tekst er blitt endret og ny korresponderende diagnosekode og tekst må velges fra originalregistret. Fra da av skal den tidligere diagnosen skyggelegges eller merkes på annen måte og være utilgjengelig for ytterligere bruk. • journalsystemet må kunne ta vare på opplysninger om endringer av pasientens diagnose(r) som skyldes nye versjoner av klassifikasjonssystemet på en slik måte at når brukeren ønsker oversikt eller informasjon om et bestemt problem så skal aktuell informasjon fra alle kontakter for dette problemet kunne hentes selv om diagnose kode eller tekst er blitt endret pga ny klassifikasjonsversjon. 	O
T5.0	Alle saker og dokumenter hvor det kreves eller hvor det blir anbefalt at det blir ført diagnose(r), skal ha strukturerte felt(er) for diagnosekode(r) og strukturerte felt(er) for tilhørende diagnosetekst. Hvis det ikke er krav om diagnosekode og feltene ikke benyttes, kan de skjules.	O
T6.0	Diagnosetekst (ikke koden) som er hentet/kopiert til et dokument eller sak bør kunne redigeres ev. suppleres med spesifikk beskrivelse.	A
T7.0	EPJ må automatisk kunne gi en egen oversikt over diagnoser med kode og diagnosetekst som er blitt gitt til en pasient og som angir tidspunktet for første og for siste gang den er blitt brukt, samt antall ganger diagnosen er blitt benyttet	O
T8.0	EPJ må kunne sortere ut og fremstille pasientens kroniske sykdommer for seg selv	A
T9.0	En diagnose må kunne merkes når den velges som - nytt tilfelle, kontroll eller kronisk som gjensidig utelukkende kategorier.	O
T10.0	Første gang en diagnose blir gitt til en pasient skal diagnosen automatisk bli merket som nytt tilfelle, deretter som kontroll. Blir en diagnose merket som kronisk, skal det være den automatiske betegnelsen på denne koden deretter.	A

T11.0	Årstall for når sykdommen debuterte må kunne bli angitt når en diagnose blir merket som kronisk.	A
T12.0	En diagnosekode som er merket som kronisk, må kunne merkes som avsluttet/overstått ved å angi årstallet det skjer. Blir denne diagnosekoden brukt på nytt skal diagnosen automatisk bli merket som nytt tilfelle	O
T13.0	En diagnose må kunne merkes som foreløpig/tentativ uavhengig av om det er nytt tilfelle, kontroll eller kronisk.	O
T14.0	Informasjon i EPJ bør automatisk eller evt. som opsjon, manuelt kunne knyttes til diagnosen(e) for gjeldene pasientkontakt.	A

1.3 Krav til søkeverktøy

Det skal i følge EPJ standarden være mulig å søke i alle kodeverk og andre former for hjelperegistre mv. Følgende krav fra standarden er relevante for søking i diagnoseklassifiseringssystemer.

K8.51	Alle attributter med begrenset lengde (dvs. ikke fritekstfelt eller binære felt) i alle tabeller skal være søkbare.	O
K8.52	Beskrivelser og merknader til koder skal være søkbar på lik linje med de øvrige attributter.	O
K8.53	Ved ethvert søk skal store og små bokstaver kunne behandles som ekvivalente.	O
K8.58	For tekstfelt av begrenset lengde skal det være mulig å angi høyre- og/eller venstretrunkering ved søk.	O
K8.59	For tekstfelt av begrenset lengde bør det være mulig å maskere enkelttegn ved søk.	A
K8.60	Innenfor alle tekstfelt bør det være mulig å søke på enkeltord og kombinasjoner av enkeltord.	A
K8.61	Det bør være mulig å søke videre innenfor de poster som ble funnet ved forrige søk ved å angi nye kriterier i tillegg til de opprinnelige.	A
K8.62	Brukerne skal få informasjon om antall tilslag ved et søk.	O
K8.63	Det bør være mulig å avbryte et søk som er satt i gang.	A

Det er to hovedmåter helsepersonell må kunne bruke ved oppslag i diagnoseklassifiseringer:

- ved å søke direkte etter diagnoseteksten eller diagnosekoden
- ved å utnytte klassifiseringssystemets inndelings- og nivåstruktur til trinnvis systematisk oppslag

Med synonym menes her diagnoser med samme ICPC kode.

For søking i diagnoseklassifikasjonssystemer vil vi føye til følgende presiseringer eller tilleggskrav:

T15.0	Det må kunne søkes ved hjelp av søketekst eller koder, og ved behov en kombinasjon av disse	O
T16.0	Ved søk med søketekst skal man kunne benytte hele eller bare deler av en term	O
T17.0	Søketekst må kunne være satt sammen av flere termer eller en term og deler av en annen term	A
T18.0	Alle diagnosesynonymer hvor søketeksten gjenfinnes, skal som standard være gyldig uavhengig av søketekstens plassering i termen og eventuelt termens plassering i diagnoseteksten	O
T19.0	Ved hjelp av koden eller visuelt fremstilt i en trestruktur skal man kunne gjøre et trinnvis systematisk oppslag i diagnoseklassifikasjonssystemet. For ICPC: <ul style="list-style-type: none"> • Kapittel (bokstav) navn • Komponent (nummer) navn <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosekode (rubriknummer) med hovedterm • Synonymer 	A
T20.0	Når en diagnose eller et synonym er funnet ved søk eller blitt valgt, skal alle synonymer med samme kode kunne synes eller listes opp (også de uten gyldig søketekst)	A
T21.0	Ved visning skal gyldige funn og synonymer sorteres først etter stigende ICPC-kode, deretter ICD10 kode og så alfabetisk	O
T22.0	Når en diagnose eller et synonym er funnet ved søk eller blitt valgt, skal man for denne ICPC koden enkelt kunne slå opp kriterier, merknader og vurderinger knyttet til ICPC koden (hovedtermen), samt inklusjons- og eksklusjonskriterier	O
T23.0	Det bør være mulig å opprette en egen søkeordliste av bruker eller som kan preinstalleres, hvor man kan føye til termer som ikke finnes i den originale alfabetiske indeksen, men som kan kobles til denne slik at synonyme termer fra originallisten blir listet opp. Koblingen må kunne velges å være til en term eller til kode(r). For eksempel at ordet kreft kan kobles til ordet ondartet svulst eller kodene som inneholder ondartet svulst.	A

1.3.1 Problemrelaterte sakstyper

I følge EPJ standarden skal man kunne opprette saker som hver for seg representerer et (helse)problem (Kap 4.2.2).

Begrepet problem er ikke synonymt med diagnose. Diagnose forbindes vanligvis bare med sykdom. Men pasienter er også i kontakt med helsetjenesten i samband med forebyggende helsearbeid (vaksinasjon), av administrative grunner (attester) og for rene prosedyrer (promilleprøve). ICPC har koder for både symptomer, sykdommer og andre kontaktårsaker som her nevnt og er dekkende for begrepet problem brukt om saker.

Ved kontakter i en allmennlegepraksis vil mange pasienter ha flere problemer parallelt. Noen kan være residiverende og noen varer livet ut. Det er en spesiell utfordring å utforme EPJ slik at informasjonen som blir ført eller registrert ved kontakter knyttes til det riktige problemet på en enkel og praktisk måte slik at EPJ kan representere problemer mest mulig fullstendig og separat.

EPJ må også kunne behandle problemer fleksibelt, for eksempel når en lumbago, artritt og iridocyklitt til slutt viser seg bare å være forskjellige sider av samme sak – problemet Mb. Bechterew. Likeledes at nye problemer kan knyttes til et allerede kjent problem som følgetilstander. For eksempel neuropati og katarakt som følge av diabetes.

Følgende krav fra EPJ- standarden er relevante for problemorientering.

K4.2.4	Det skal være mulig å opprette saker som hver for seg representerer et problem. <i>Merk:</i> For EPJ-systemer beregnet for virksomheter hvor det ikke er et anerkjent behov for fleksibel organisering av journalen, er det tilstrekkelig at det leveres med et fast og veldefinert sett av sakstyper tilpasset den type virksomheter systemet er beregnet for.	O
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Vi vil føye til følgende presiseringer eller tilleggskrav:

T24.0	I allmennpraksis skal problemer være representert med én ICPC-kode, enten som symptom eller sykdomsdiagnose. Et problem kan være representert med flere enn én diagnosekode, men da i form av underproblemer – en hoveddiagnose og bidiagnoser/følgetilstander	O
T25.0	I løpende journal skal det være enkelt å sortere/filtrere ut alle notater og tilhørende informasjon hørende til samme problem/ICPC-diagnose	O
T26.0	Det må være mulig å benytte en problemliste (tidligere gitte ICPC diagnoser) til enkelt å bytte mellom saker/problemer når man arbeider med flere problemer som parallelt	A
T27.0	Et problem/sak må fleksibelt kunne knyttes til et annet problem som et underproblem. Et underproblem skal fortsatt representere en egen sak selv om det blir knyttet til en annen sak.	A

1.4 Bruk av diagnoser i samband med ulike dokumenttyper

Dokumenttyper er omtalt i EPJ-standarden kapittel 4.3. Det som kjennetegner et dokument er at det godkjennes som en helhet, og kan senere ikke endres. Et dokument kan ikke eksistere alene, men må inngå i minst én sak.

Ethvert dokument skal tilordnes en dokumenttype. Dokumenttype benyttes som samlebegrep for dokumenter som har felles karakteristika når det gjelder den interne struktur, men ikke nødvendigvis når det gjelder hvilken type informasjon (helsefaglig sett) de inneholder.

I en elektronisk pasientjournal vil det inngå en rekke forskjellige dokumenttyper. De viktigste i allmennlegejournalen er:

- Journalnotater
- Rekvisisjoner
- Laboratoriesvar
- Henvisning
- Epikrise
- Attest
- Legeerklæring
- Resept
- Sykmelding
- Regningskort

Det er ikke obligatorisk at det skal føres på en diagnosekode og tekst ved oppretting av alle typer dokumenter. Journalforskriften krever imidlertid at det ved alle henvendelser som gjelder yting av helsehjelp eller hvor det blir foretatt en vurdering blir ført løpende journal. Helt sentralt i løpende journal er journalnotater (jf journalstandarden kap 4.2.4 og 4.3.1). Forskriften setter krav til hva disse skal inneholde, blant annet at det blir oppført en diagnose.

Rikstrygdeverket krever at godkjent diagnosekodesystem blir benyttet i dokumenttypene sykmelding, legeregning og erklæringer om arbeidsuførhet.

Det har vært en tradisjon i Norge at det også blir oppgitt diagnose ved henvisninger, epikriser og laboratorierekvisisjoner.

T28.0	Det skal være entydig hvilket notat en diagnose tilhører og det skal kunne fremgå av løpende journal. Det skal for eksempel være mulig å lage to eller flere notater i løpende journal med hver sin diagnose entydig tilknyttet notatet, ved en og samme kontakt når pasienten legger fram to eller flere problemer.	O
T29.0	Dokumenter som skal kunne inngå i flere saker må ha flere separate og strukturerte felt for diagnosekode og tekst slik at tilknytningen kan bli gjensidig og entydig	A
T30.0	Når et dokument har fått tilknyttet en diagnose i samband med en kontakt, bør denne diagnosen automatisk bli foreslått av systemet når andre dokumenttyper blir opprettet ved samme kontakt (samme sak/problem), unntatt ved oppretting av nok et dokument av samme type – for eksempel et nytt notat (annen sak/problem).	A

T31.0	Dokumenter beregnet på å kunne bli sendt spesialisthelsetjenesten (eller annen virksomhet som bruker ICD10) skal i tillegg ha et eget strukturert felt med plass for diagnosetermens ICD10 kode. Feltet kan være skjult.	A
T32.0	Diagnoseopplysninger (strukturerte) i dokumenter som kommer fra eksterne kilder, må kunne bli importert og bli lagt til diagnoseopplysningene i pasientens journal – enten som nytt problem/ny episode eller knyttes til eksisterende problem/episode.	A
T33.0	Fra f eks epikriser skal ICD10 koder ved import til diagnoseopplysningene i pasientjournalen kunne konverteres til en ICPC kode etter gjeldene konverteringstabell i ICPC. Konvertering bør skje automatisk der det finnes et en til en forhold fra ICD10 kode og til ICPC kode. Hvis flere ICPC koder er angitt som mulige i konverteringstabellen, listes disse opp slik at riktig ICPC kode kan velges manuelt.	A

Vedlegg 1 Oversikt ICPC

Figur 1 Oppbygningen av ICPC

Kapittel Komponent	Generelle tilstander A	Organsystemer 14 kapitler (B-Y)						Psykiske problem P	Sosiale problem Z
1 Symptomer									
Smerte, plager									
Bekymring									
2-6 Prosess									
7 Diagnoser									
Infeksjon									
Neoplasme									
Skade									
Medfødt									
Annet									

Klassifikasjonen er inndelt i 17 kapitler, et generelt kapittel, 14 etter organsystem, et for psykiske og et for sosiale problem. Kapitlene er:

A Generell	R Luftveier
B Blod, bloddannende organer	S Hud
C Fordøyelsesorganer	T Endokrin, metabolsk, ernæring
F Øye	U Urinveier
H Øre	W Svangerskap, fødsel, familieplanlegging
K Hjerte-kar	X Kvinnelige kjønnsorganer (inkl bryster)
L Muskel-skjelett systemet	Y Mannlige kjønnsorganer
N Nervesystemet	Z Sosialt
P Psykisk	

Hvert kapittel har syv komponenter som til sammen er delt i 99 rubrikker:

1 Symptomer og tegn (-01 – -29)

2-6 Prosesser (-30 – -69)

2 Diagnostikk, screening, forebyggende

3 Terapeutiske tiltak

4 Prøveresultater

5 Administrative tiltak

6 Henvvisning og andre kontaktårsaker

7 Diagnoser/sykdommer (-70 – -99)