



Tilgang til pasientens elektroniske journal basert på henvisning

Hallvard Lærum
Håkon Haugtomt
Aksel Sogstad
RR HF september 2006



Tilganger til helseopplysninger i sykehus

Behov:

Relevante helseopplysninger for
å støtte eget klinisk arbeid,
tverrfaglige prosesser og
samarbeid innen sykehuset



Dagens hovedprinsipper for tilgang

Pasientjournal: hele sykehistorien, med unntak av dokumentasjon fra skjermede enheter ut over sin egen

Basert på organisasjon (og tid)

- Pasienter ved avdelingen/poliklinikken brukeren er ansatt ved
- Pasienter ved samarbeidende avdelinger
- Pasienter innlagt ved en avdeling der brukeren normalt yter tjenester (eks. anestesi)

Basert på brukers eget initiativ

- Aktualisering
 - Bruker "låser opp" valgte pasientjournaler med passord og begrunnelse, og blir logget spesielt for dette



Regelverk

Taushetsplikt

Tjenestelig behov, nødvendig for å yte
helsehjelp

Samarbeidende helsepersonell

Dagens EPJ-systemer gir **for bred** og **for smal** tilgang til klinisk opplysninger

Tilsynsorganer: for bred tilgang

- Flere pasienter enn man trenger
 - Spesielt ved samarbeidende avdelinger
- Logging ved aktualisering er et passivt tiltak
 - Kun en indirekte beskyttelse

Klinikere og sekretærer: for smal tilgang

- Må aktualisere for mange pasienter de faktisk jobber med
 - Henvisninger og tilsyn
 - Samarbeidende team på tvers av avdelinger
 - Forberedelser før innleggelser

Kliniske tjenesteytere: for smal tilgang

- Anestesileger, fysioterapeuter, m.fl.
- Mange har pasienter over hele sykehuset, men normalt tilgang til et helt sykehus er uaktuelt

Løsning: **Prosessbasert individuell tilgang**

Tilgang basert på kontakter, oppgaver eller avtaler den enkelte kliniker har med pasienten

Eksempler

- Kardiologisk tilsyn etter henvisning
- Tilsyn av anestesilege under forberedelse til operasjon
- Avtale som ledd i behandlingsplan med fysioterapeut

Behov altså: individualisering, og relasjon til konkret pasientprosess.

Hva menes med prosessbasert?

Forutsigelig sett deltakere i en klinisk prosess og hver av disse bidrar individuelt

- Tilgang for deltagere i prosessen
- eks. operasjon med forberedelser

Henvisning til brukerens org.enhet/rolle gir brukeren adgang til å åpne pasientjournalen

Brukseksempel

1. Lege ved primærenhet henviser til tjeneste
2. Tjenesteyter finner henvisningen på sin arbeidsliste
3. Systemet tilbyr "vil du åpne kontakt?"
4. Tjenesteyter får tilgang til journalen, vurderer, legger plan, gjennomfører.

Kan dette prinsippet utvides til mottatte eksterne henvisninger ?

Ekstern henvisning til brukerens org.enhet eller rolle gir rettighet til å hente opp sykehusets egne opplysninger

- Definert og forutsigbar prosess

Ekstern henvisning til brukerens org.enhet eller rolle gir rettighet til å innhente helseopplysninger fra henvisende instans?

- Kan vi regne med presumptivt samtykke her?
- Er dette en kontrollerbar og oversiktlig situasjon for pasienten?



Prosessbasert tilgang innen institusjoner

Fordeler

- Reduserer behovet for bred tilgang
- Reduserer bruken av aktualisering
- Beholder et element av brukerinitiativ
 - uten å henfalle til individuell tildeling, som innebærer mye administrasjon

Ulemper

- Deltakelse i komplekse kliniske prosesser kan innebære variasjoner og behov for å melde inn nye deltakere. Denne innmeldingen vil være utfordrende å gjøre både effektiv og kontrollert.

Forutsetninger

- Krever integrerte systemer og sentralisert tilgangskontroll.
- Krever elektronisk representasjon av aktuelle prosesser (operasjoner, henvisninger) og utveksling av informasjon om denne til den sentraliserte tilgangskontrollen.

Hvordan få til prosessbasert tilgang ved RRHF?

Henvisninger og annen prosessinformasjon

Pasientens kontakter

Brukers rolle, org.enhet og faste rettigheter

