

Elektroniske epikriser og elektronisk pasientjournal

I Tidsskriftet nr. 2/2002 er det referert fra et seminar i Bergen i desember 2001 (1). Det angis at 90 % av primærlegene har innført elektronisk pasientjournal, mens sykehusene henger etter. Bare et titall sykehus har innført elektronisk pasientjournal, ifølge referatet.

Henger virkelig sykehusene etter i innføringen av elektronisk pasientjournal? Hvorfor har utviklingen av løsning for elektroniske epikriser tatt så lang tid? Hva er definisjon på elektronisk pasientjournal?

I Forskrift for pasientjournal fra Sosial- og helsedepartement heter det: «Pasientjournal/journal: samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 40 første ledd» (2). I sykehusene vil denne definisjonen måtte dekke alle IT-systemer og all papirdokumentasjon som inneholder pasientopplysninger. Det vil i praksis bli svært mange systemer som må være innbyrdes integrert for å gi behandlerne informasjonen i et brukergrensesnitt.

Man kan ikke sette likhetstegn mellom primærlegens elektroniske pasientjournal og sykehusets elektroniske pasientjournal, fordi systemene ikke inneholder samme type data. Primærlegens elektroniske pasientjournal svarer til den delen av sykehusets elektroniske pasientjournal som inneholder den medisinske dokumentasjon, altså bare en liten del av sykehusenes elektroniske pasientjournal.

Forholdet omkring informasjonsteknologi og journalrutiner ved sykehus i daværende helseregion 2 ble undersøkt og publisert i 1999 (3). Undersøkelsen viste at det ved sykehusene var innført svært mange forskjellige systemer, men de fleste sykehusene hadde innført en eller annen form for elektronisk pasientjournal eller var i gang med dette. I et materiale fra Kvalis-prosjektet ved NTNU (4) angis det at 47 av 75 undersøkte sykehus har lisens for elektronisk pasientjournal. Elektronisk pasientjournal er i utstrakt bruk ved alle sykehus som har programvaren fra European Medical Solution (sju fylker) og fra DIPS (fem fylker). I disse 12 fylkene har stort sett alle sykehusene innført en elektronisk pasientjournal som tilsvarende primærlegens system.

Sykehuset Telemark kan fra 1.1. 2002 tilby alle legekontorer i sitt opptaksområde som har systemene Infodoc og Profdoc WinMed, elektronisk overføring av medisinske

dokumenter (epikriser etc.), mikrobiologisk svar og vanlige laboratoriesvar. Legekontor som bruker systemet Profdoc Vision kan fremdeles ikke motta elektroniske dokumenter.

Innføring av en totalt elektronisk pasientjournal i sykehus vil koste svært store beløp. Har helseforetakene disse pengene?

Skien

Nils Stangeland
sjeflege

Litteratur

1. Nesje SB. Full fart fremover for elektroniske epikriser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 224.
2. Sosial- og helsedepartementet. Forskrift om pasientjournal. 21.12. 2000.
3. Jacobsen GM, Stangeland N, Velund TL, Blørstad Ø. Informasjonsteknologi og journalrutiner ved sykehus i helseregion 2. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3765–8.
4. Sosial- og helsedepartementet: Prosjekt «IT i foretak». Rapport. Oslo: Accenture, 2001.

Screening for alloimmun trombocytopeni

Som premiss for å prøve ut et screeningprogram for gravide hevder Anne Husebekk & Bjørn Skogen i Tidsskriftet nr. 27/2001 at alloimmun trombocytopeni sannsynligvis forekommer hos 0,2 % av alle nyfødte, og at 10 % av disse barna dør mens 10–30 % får neurologiske sekveler pga. hjerneblødning (1). Påstanden om morbiditet og mortalitet stammer fra sterkt selekterte retrospektive materialer og er ikke representative (2).

Vi har foretatt en rundspørning blant neonatologer med lang erfaring fra alle region-sykehusene og det største sentralsykehuset i Norge. Disse kan samlet i *hele sin karriere* huske *tre barn* som er døde og *ett* med neurologisk sekvele. To av barna var søsken og et tredje søsken var dekket av petekkier, men overlevde uten skade. Alle dødsfallene og skaden skjedde i andre trimester. Ingen av neonatologene hadde opplevd blødning og skade i forbindelse med fødsel. Stor gjentakelsesrisiko for skade, og at denne ofte skjer før fødsel, er også dokumentert av andre (2).

Telling av blodplater har i alle fall de siste 25 årene vært rutineundersøkelse ved alle tilfeller av blødninger. Selv om noen ikke skulle være oppdaget, er det en lang vei fra de fire tilfellene disse neonatologene samlet har erfart i sin lange karriere, og til de forventede 12 døde og 12–36 skadede *per år* som Husebekk & Skogen antyder som sannsynlige tall.

Alloimmun trombocytopeni fyller i dag ikke kriteriene for screening etter WHO's krav (2), og Husebekk & Skogen burde først ha gjort noen grunnleggende studier for å belyse problemet. De oppgir å ha et materiale på 75 nyfødte med tilstanden. Disse burde representere en høyrisikogruppe for skade, og det burde være enkelt å finne ut hvordan utfallet har vært. Vi har forstått at påvisning av antistoffer skal føre til anbefaling om keisersnitt tre uker før termin. Hvilken dokumentasjon har forfatterne for en slik anbefaling? Dessuten – nytten av denne intervensjonen vil de da heller ikke kunne teste. Hvorfor ikke starte med å innhente blod fra, eller opprette, en biobank for gravide for å undersøke forekomst av antistoffer og utfall av svangerskap og fødsel? Pålitelige tall for utfall kan man få fra Medisinsk fødselsregister, Døderegisteret og Rikstrykdevernets registre. Den pågående nasjonale mor-barn-undersøkelsen ville også egne seg for en grunnleggende studie.

Gjøvik/Bergen

Trond Markestad
Barnepoliklinikken
Oppland sentralsykehus

Hallvard Reigstad
Barneklubben
Haukeland Sykehus

Litteratur

1. Husebekk A, Skogen B. Maternelle antistoffers betydning ved trombocytopeni hos nyfødte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3160–2.
2. Williamson LM. Screening programmes for foetomaternal alloimmune thrombocytopenia. Vox Sang 1998; 74 (suppl 2): 385–9.

A. Husebekk & B. Skogen svarer:

Vi beskriver i vår artikkel (1) resultater fra analyser av tilsendte prøver fra mor og nyfødte barn med mistanke om neonatal alloimmun trombocytopeni. Resultatene viser at denne sykdommen sannsynligvis er betydelig underdiagnostisert. Trond Markestad & Hallvard Reigstad henviser til en spørreundersøkelse blant norske neonatologer og betviler betydningen av slike antistoffer som årsak til trombocytopeni og blødning.

Det etterlyses en prospektiv studie. To slike studier er publisert. Williamson og medarbeidere (2) og vår gruppe (3) har rapportert at blodplatespesifikt alloantistoff kunne påvises hos henholdsvis 12 % og 12,1 % av HPA-1bb-gravide. Vårt prosjekt omfatter nå 33 000 kvinner i Helseregion Sør, Øst og Nord. Målet er å inkludere 100 000 kvinner i