

Vem behöver alla uppgifter som samlas i datorjournalen?

Datorhaveri visade att det ofta är både enklare och snabbare att fråga patienten

Ett datorhaveri vid vårdcentralen i Heby, då ett och ett halvt års patientuppgifter försvann, aktualiserade frågan i vilken utsträckning den omfattande information som finns i datorjournaler verkligen behövs i det dagliga arbetet. En intern undersökning visade att man klarade sig väl så bra genom att fråga patienten om sådant som kan ha försvunnit ur journalen.

Kanske vore det bättre att låta datorjournalerna utvecklas till system som kan stödja återföring av erfarenheter från vården, t ex i form av kvalitetsregister, i stället för att utnyttja dem för lagring av allsköns uppgifter med lågt informationsvärde.

En viktig anledning till den nu i det närmaste helt genomförda datoriseringen av primärvårdens journalsystem var att man ville göra medicinsk information om patienterna lättare tillgänglig. Man hade vid olika inventeringar funnit att upp till 20 procent av pappersjournalerna inte fanns på plats när de behövdes och att väsentliga uppgifter inte sällan försvann för gott.

Även datorsystem kan vara sårbara

Det har dock visat sig att även datoriserade journalsystem är sårbara, och att information ur sådana system kan vara svårtillgänglig på grund av långa svarstider. Och trots omfattande säkerhetsrutiner kan även elektroniskt lagra-

Författare

INGVAR KRAKAU
universitetslektor, enheten för allmänmedicin, institutionen för medicin, Karolinska sjukhuset, Stockholm

CHRISTINA FABIAN
vårdcentralschef, familjeläkarenheten, Heby.

de uppgifter försvinna temporärt eller permanent.

Hela systemet totalhavererade...

En naturlig fråga i detta sammanhang är givetvis i vilken utsträckning den omfattande information som finns i primärvårdens datorjournaler behövs i det dagliga patientarbetet. En fingervisning om vilken nytta distriktsläkare kan ha av sina patientjournaler kan man få genom att studera vad som händer när uppgifter ur dessa försvinner. Till följd av ett datorhaveri uppstod en sådan situation vid vårdcentralen (familjeläkarmottagningen) i Heby.

Denna vårdcentral, med fyra ordinarie husläkare och totalt drygt 7 000 listade patienter, övergick 1994 från ett manuellt till ett datoriserat journalsystem. Det aktuella systemet (Profdoc II) har även funktioner för patientlistning, tidsbokning och kassa. Förutom daganteckningar, diagnoser, brev, utlåtanden, remisser m m lagras även inkommande provsvar. Vissa externa handlingar, framför allt remissvar och epikriser, läses in i systemet på elektronisk väg, dvs skannas in.

... och allt som lagrats försvann

Hela datorsystemet havererade i slutet av augusti 1997, varvid allt som lagrats från slutet av januari 1996 och framåt (omkring ett och ett halvt års uppgifter) försvann. Trots stora ansträngningar gick det inte att återskapa den information som förlorats. Uppskattningsvis 1 000 patientjournaler berördes av detta datorhaveri, som tidigare uppmärksammats på nyhetsplats i Läkartidningen [1].

Systemet kunde åter tas i bruk under hösten 1997 och har därefter fungerat normalt. Genom denna beklagliga incident gavs emellertid ett unikt tillfälle att studera i vilken utsträckning olika journaluppgifter behövs i den fortlöpande kontakten med patienter i primärvården.

Ett försök att mäta följderna

Med hjälp av en enkel blankett registrerade samtliga läkare, med början

sex månader efter datorhaveriet (februari 1998), vardera 50–100 konsekutiva besök av patienter som sökt allmänläkare minst någon gång under den period som omfattades av haveriet. Blanketten innehöll uppgifter om kön, ålder, besökstyp, diagnos och om läkaren träffat patienten tidigare.

Läkarna skulle vidare skatta det aktuella behovet (stort, begränsat, inget) av uppgifter som kan ha gått förlorade (kategorierna hereditet, socialt, tidigare sjukdomar, riskfaktorer, andra bakgrundsuppgifter, aktuella läkemedel, laboratorie-, röntgen- och remissvar samt andra medicinska data). Den aktuella registreringen avbröts efter omkring tre månader.

Resultat

Sex allmänläkare deltog i studien. De registrerade totalt 363 besök av patienter i åldrarna mellan 2 och 98 år, varav 142 var av manligt kön. Vid 273 av besöken hade läkaren träffat patienten tidigare, i 169 fall under den period som omfattades av datorhaveriet. För 298 av patienterna fanns journalanteckningar från tiden dessförinnan. 150 besök var akuta.

Diagnoser och kontaktorsaker spände över hela det problemfält som är vanligt i primärvården.

I flertalet fall ansåg man sig inte behöva de uppgifter som kan ha funnits i de raderade datorfiler. Vid mellan 71,6 procent (aktuella läkemedel) och 87,2 procent (svar på bakteriologiska prov) av besöken skattades behovet av olika typer av sådan information som obefintligt.

Störst användning skulle man ha haft av uppgifter om aktuella läkemedel, där behovet skattades som stort vid 12,7 procent av besöken och begränsat vid 8,0 procent. När det gällde tidigare sjukdomar och svar från kemiskt laboratorium var motsvarande andelar 5,0 och 7,4 procent, respektive 4,7 och 7,2 procent. I alla övriga fall skattades behovet av tidigare uppgifter, om sådana hade funnits, som minimalt.

Bilden var i stort sett densamma oavsett om läkaren tidigare träffat patienten eller ej (Tabell I).

När det gällde akuta besök bedöm-

ANNONS

Tabell I. Skattat behov av uppgifter som kan ha försvunnit ur datorjournal februari 1996–augusti 1997 för av behandlande läkare tidigare kända (n=273) respektive ej tidigare kända (n=90) patienter (i procent av antalet besök).

	Stort behov		Begränsat behov		Ej behov		Ej ifyllt	
	Känd patient	Ej känd patient	Känd patient	Ej känd patient	Känd patient	Ej känd patient	Känd patient	Ej känd patient
Hereditet	0,7	0,0	1,5	4,4	82,8	82,8	15,0	13,4
Socialt	0,4	0,0	2,2	6,7	82,8	81,1	14,6	12,2
Tidigare sjukdom	4,4	6,7	5,9	12,2	77,3	74,4	12,4	2,2
Risikfaktorer	1,1	0,0	1,8	5,6	82,8	78,9	14,3	15,5
Annat	0,4	0,0	1,8	4,4	76,6	77,8	21,6	17,8
Aktuella läkemedel	13,6	10,0	7,0	11,1	71,8	71,1	6,6	7,8
Kemiskt laboratorium	5,5	2,2	8,8	2,2	76,6	84,4	9,1	11,2
Bakteriologiskt laboratorium	0,0	0,0	1,5	2,2	85,0	85,6	13,5	12,2
Röntgen	2,9	1,1	1,1	2,2	84,6	86,7	11,4	12,3
Andra remissvar	1,1	0,0	1,5	2,2	83,9	84,4	13,5	13,4
Övrigt	0,0	0,0	1,1	2,2	83,9	83,3	15,0	14,5

des att det än mer sällan (0–7,3 procent för respektive kategori av uppgifter) fanns behov av uppgifter som kan ha funnits i datorjournalerna.

Även i de fall patienten inte besökt vårdcentralen före datorhaveriet (och där det således inte fanns äldre journalhandlingar att tillgå) skattade man behovet av uppgifter från tiden för datorhaveriet som lika begränsat.

Patienterna bedömdes med få undantag själva kunna lämna upplysningar om sådant som kan ha försvunnit ur journalen.

Äldre journaluppgifter av begränsat värde

Detta »naturliga experiment» i primärvården visar således att upp till två år gamla journaluppgifter bedömts ha starkt begränsat värde för aktuell handläggning av berörda patienter även i de fall läkaren inte träffat patienten tidigare.

I några fall kan förlorad information ha hunnit rekonstrueras när skattningen gjordes, men vi bedömer att detta kan ha haft endast marginell inverkan på resultatet.

Det kan naturligtvis inte uteslutas att den information som förlorats skulle ha varit till större nytta vid det aktuella besöket än vad berörda läkare föreställde sig. Uppgifterna kan även antas ha varit av värde för kvalitetssäkring, uppföljning, utredning av eventuella ansvarsfrågor m m. Ändå är det slående att dessa läkare, oftast med god kännedom om de aktuella patienterna, faktiskt inte tyckte sig ha större nytta av sina egna journaler. Detta kan knappast förklaras av att läkarna hade patienterna »i huvudet», då ju skattningarna utföll i stort sett likadant för patienter som de inte träffat tidigare.

Kanske var det så att uppgifter ur ti-

digare journaler inte efterfrågades, då det, som vissa kritiker anfört [2], kan vara svårt att i en hast överblicka vad som finns i datorjournalen. Möjligen skulle då resultatet ha blivit annorlunda om det hade varit de mer lättbläddrade pappersjournalerna som hade försvunnit.

Behöver vi alla uppgifterna?

Detta aktualiserar den kanske något provocativa frågan i vad mån vi verkligen behöver alla uppgifter som samlas i patienternas journaler. En allmän erfarenhet från vårdcentraler som infört datoriserade journalsystem är att äldre handlingar i pappersformat sällan efterfrågas.

Till vad nytta har de då insamlats? Var det så mycket sämre på den tid då journalerna bestod av lapidariska hieroglyfer i en kortlåda på doktors skrivbord?

Den forskning som finns om hur läkare använder journalen i allmänhet och datorjournalen i synnerhet som arbetsinstrument är sparsam. Det finns därför större anledning än man kanske i förstone tänker sig att förutsättningslöst studera vilket behov man egentligen har av alla de uppgifter i journalen som det numera krävs datorer för att lagra.

Det tar också tid att orientera sig från skärmbild till skärmbild. Som jäktad doktor kanske man hellre frågar om det man vill veta när man träffar patienten. Detta skulle i så fall tala för att patienten är den bästa bäraren av medicinsk information om sig själv, t ex med hjälp av »smart cards».

Utveckla datorjournalerna till stödjande system

I stället för att utnyttjas för lagring av allsköns uppgifter med, som denna stu-

die tyder på, lågt informationsvärde borde datorjournalerna kunna utvecklas till system som stödjer och utvecklar kunskapsbaserad vård [3-4]. Lagring av medicinska data måste då i största möjliga utsträckning begränsas till sådana uppgifter som kan användas för systematisk erfarenhetsåterföring från den reguljära vården, t ex genom utveckling av kvalitetsregister.

En sådan utveckling, som skulle kunna ge det förhoppningsfulla begreppet »vård som lärande organisation» en konkret innebörd, har redan inletts.

Referenser

1. Johnson K. Datorhaveri i Heby. Sjukvårdens krav på datorsystem och service måste bli tydligare. Läkartidningen 1998; 95: 2910-1.
2. Överby A. Sextiosju knapptryckningar i dataprogram. Läkartidningen 1997; 94: 4730.
3. Krakau I. Praktiken som vetenskapens övningsfält. Läkartidningen 1997; 94: 4088-9.
4. Krakau I. Mot bättre vetande i vården? Läkartidningen 1998; 95: 766-8.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.