

# Er journalen egnet som datagrunnlag?

– erfaringer fra et forskningsprosjekt

**T**idende nr. 4/2010 (s.189) står det at helsemyndighetene vurderer muligheten for sentral registrering av tannhelsesdata i et nasjonalt tannhelsesdataregister. Hvorvidt tannlegen journalopplysninger er egnet for dette skal i første omgang vurderes av Folkehelseinstituttet (Anna Månsson Biehl og Rasa Skudutyte-Rysstad) på oppdrag fra HOD.

Sommeren 2009 fikk både offentlige og private tannleger i Midt-Norge invitasjon til å delta på et pionérkurs om temaet forskningskompetanse, i regi av Kompetansesenteret i Trondheim, som var, og er, i oppbygningsfasen. Utgangspunktet var helsemyndighetenes ønske om å stimulere til slik forskning. Det meldte seg til slutt to deltagere fra hvert av fylkene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Det ble kun med én privatpraktiserende tannlege. (Han var fra Sør-Trøndelag.)

1. september 2009 startet Kompetansesenteret for Tannhelsetjenesten i Midt-Norge opp et kurs som hadde som målsetting å gi deltagende tannleger en innføring i hva som skal til for å drive med praksisnær odontologisk forskning. På første samling ble det diskutert hvilket tema vi skulle ta for oss. Hovedpoenget var å lære om forskningsmetodikk og ikke så mye å forske, men for å lære om metodikken, ble vi enige om å finne et tema som ikke var for komplisert og som kanskje kunne resultere i en artikkel i Den norske tannlegeforenings Tidende – om vi var iherdige og dyktige nok. Etter hvert ble enige om at Ekstraksjon av første permanente molar blant 6–18 åringer i region Midt-Norge kunne være et egnet tema, og vi gikk på med krum hals. En av grunnene til at vi valgte dette temaet var at vi regnet med å kunne bruke data fra det elektroniske dataprogrammet for registrering av journalopplys-

ninger – OPUS, som alle de tre fylkene benytter. Og, det er her vi føler at vi har et visst grunnlag for å uttale oss om egnetheten, som Folkehelseinstituttet nå vil undersøke.

Etter å ha bestemt hvilke parametre vi ønsket å hente fra OPUS, for best mulig å kunne belyse vår problemstilling, tok vi kontakt med ledelsen i OPUS, for å få hjelp. Dette viste seg etter hvert å være feil innfallsvinkel, og det tok unødig lang tid før vi ble henvist til en programutvikler for dataprogrammet, som virkelig kunne sine ting. Han lagde et «skript» – et program for uttrekk av de ønskede dataene – som IT-folk i de tre fylkene kunne kjøre for å få ut ikke-personidentifiserbare (anonymiserte) data fra OPUS for alle ekstraherte 1. molarer på barn/ungdom mellom fem og tjuer år. De tre fylkene hadde benyttet OPUS ulikt antall år, og vi så raskt at dataene var ufullstendige de første årene OPUS ble benyttet. Forhåpentligvis kan vi gå ut fra at data fra senere år er mer pålitelige og korrekte.

I vårt forskningsprosjekt var ex. av 16/26/36/46 det sentrale utvalgskriteriet. Men, selv med et så enkelt journalutvalgskriterium var det vanskelig å få presise data, særlig når det kom til å stadfeste årsaken til at tanna hadde blitt ekstrahert. Det som ga mest informasjon om årsak var endodiagnoser og «fritekstvariabler». Det siste er tekstlinjer som behandlende tannlege har skrevet og som er knyttet til den aktuelle tanna. Og, allerede her er det et problem med elektroniske datajournalssystemer; fritekst trenger ikke å være knyttet til aktuell tann. Den kan godt være skrevet under «undersøkelse», «røntgen», eller, det som kanskje de fleste, som ikke knytter teksten til aktuell tann, velger; nemlig «diverse» (tekst). Dette gjør at journalopplysningene ikke kan spores eller søkes opp på den aktuelle tanna.

En hovedkonklusjon etter en vurdering av fritekstene er at det i en altfor stor andel av tilfellene med ekstraksjon av en første molar, ikke er anført en skikkelig diagnose som grunnlag for trekkingen. Det er tannlegen ansvar for all behandling utføres på grunnlag av en mest mulig korrekt stilt diagnose. Dataprogrammet OPUS, krever ikke annen diagnose enn at man velger et av punktene «årsak til ex» (står i parentes), for å få registrert at man har ekstrahert tanna. Disse forhåndsdefinerte årsakene er karies, periodontitt, kjeveortopedi, traume, tannfelling og «annen årsak». Og, man kan attpåtil gå inn og slette dette i etterkant. Jeg mener at dette er en altfor grov og ufullstendig «diagnose». Et såpass alvorlig inngrep på en pasient, som det å trekke en tann er, burde kreve at man har stilt en skikkelig diagnose, før man får lov å føre inn behandlingen. For eksempel; grunnen «annen årsak» er jo ikke engang en begrunnelse/diagnose, og «periodontitt» kan jo være både marginal og apikal...

Det viste seg at det i en overveiende del av tilfellene ikke er anført annen diagnose enn karies (= grunn for ex.) Men, normalt trekker man ikke tenner bare på grunn av karies. Karies behandles med fylling. Kun en endodontisk diagnose eller at tanna vurderes som så dårlig at det ut fra en ortodontisk synsvinkel er mest hensiktsmessig å trekke tanna bør være grunnlag for ex av første molar i det unge permanente tannsettet.

OPUS har en rekke valgmuligheter og det er noe de fleste tannleger setter pris på. Men, det er et problem at alle valgmulighetene i OPUS gjør at samme behandling ikke trenger å føres på samme måte av ulike tannleger. Det kan også gjøre at det blir ført forskjellig på de enkelte klinikkene og i de ulike fylkene, selv om man er enige om én måte å gjøre det på, på klinikken

eller i fylket. Dette kan vanskeliggjøre analyse av innsamlede data fra flere klinikker/fylker om samme tema.

Diagnoser bør trolig være forhåndsdefinerte (det er nå valgfritt om man vil benytte ICD-10-diagnoser), og det bør være et krav at det er stilt en diagnose før behandling kan utføres/journalføres, slik at programmet «tvinger» behandler til å føre på en slik måte at kravene i journalforskriften følges.

En måte å gjøre det på er at dataprogrammet «settes opp» slik at man på forhånd bestemmer hvordan ting skal måtte føres for å registrere ulike behandlinger. Diagnosevalgene bør da være mest mulig fullstendige, og da kan ICD-DA-3 (International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, 3rd edition), som er en ny standard for diagnosekoder innen tannhelse (utarbeidet av Helsedirektoratet i 2008), være et hensiktsmessig redskap.

ICD-DA-3 vil ifølge nye krav fra myndighetene til elektroniske pasientjournaler (EPJ) bli krevd tilpasset disse. Det er et absolutt krav at EPJ-systemene skal ha egenskaper som gjør at tannhelsetjenesten får mulighet til å etterleve de kravene som framgår av lover og forskrifter. Det er mye om informasjonssikkerhet og personvern blant disse. Statistikkmodul som til enhver tid er oppdatert i forhold til myndighetenes krav er også definert som et forskriftskrav. Det er altså grunn til å håpe på at de nye versjonene av EPJ-systemene blir langt

bedre i så måte. Men, altså; det er etter min mening like viktig at tannlegene «tvinges» mer til å føre journalen i henhold til journalforskriften

ELIN-T (prosjekt om Elektronisk Informasjonsutveksling i Tannhelsetjenesten) har utarbeidet kravspesifikasjon for EPJ-tannhelse. (Rapport av 30. juni 2009 er å finne på [www.elint.no](http://www.elint.no).)

For øvrig kan tilføyes at mange av dagens takster for refusjon av tannhelsetjenester er å anse som prosedyretakster, og ikke diagnosetakster. ELIN-T prosjektet er ikke kjent med om Helsedirektoratet har planer om endringer eller tilpasninger av dagens takstsystem.

All journalføring forutsetter at den enkelte tannlege/tannpleier/tannhelsetsekretær kan programmet og er ansvarsfull i sin journalføring. Ved klager på tannleger er det en gjenganger at journalføringen er for dårlig/mangelfull. Rotete håndskrevne journaler med utydelig skrift var et problem før, mens dagens datajournaler i utgangspunktet burde kunne bli mer oversiktlige og lettere leselige. Det er ikke alltid tilfelle. Data blir aldri bedre enn det man legger inn i PCen, og journalføringen må gjøres på en korrekt og ensartet måte, ikke minst om dataene skal samles inn på en enkel måte og kunne anvendes til forskning eller analyseres med en viss grad av presisjon. Her er først en korrekt oppdatering av tidligere behandling viktig. Dette blir ikke alltid gjort, og gjør

at mange journaler/statuser allerede i utgangspunktet er ufullstendige. Vår erfaring er at data som legges inn i OPUS bør opp på et høyere presisjonsnivå når det gjelder opplysninger annet enn karies, fylte tenner/flater og manglende tenner. Skal man undersøke andre forhold, og spesielt årsakssammenhenger i større populasjoner, vil trolig datauttrekk fra OPUS per i dag ha åpenbare svakheter og være beheftet med mangler, delvis på grunn av inkonsistent journalføring. Hvis man derimot kan anvende journalen i sin helhet som informasjonskilde, vil mer spesielle undersøkelser kunne gjennomføres. Men, det vil kreve en omfattende og tidkrevende manuell gjennomgang av hver enkelt journal. Det vil da kunne bli vanskelig å inkludere *alle* i en nærmere definert gruppe. Et tilfeldig og stort nok og godt nok utvalg for formålet, vil man da kanskje også ha vanskeligere for å finne.

Hvorvidt de samme forhold som her tas opp gjelder andre digitale journal-systemer enn OPUS vites ikke, da vi ikke kan nok om disse til å uttale oss om dem. Men, sannsynligheten er stor for at så er tilfelle. Det kan vi trolig forvente at Folkehelseinstituttets utredningsprosjekt finner ut av.

*Stein Tessem*