

# Alle skal ikke vite alt

## – kjernejournal med begrenset nytteverdi

■ GISLE ROKSUND *spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, Klosterhagen legesenter*

**På Statsbudsjettet for 2012 er det satt av 85 millioner kroner til etablering av nasjonal kjernejournal. Det er mange penger. Tenk om noe i nærheten av disse midlene i stedet hadde gått til å fullføre meldingsløftet og finansiere EPJ-løftet\*.**

Et forslag til etablering av nasjonal kjernejournal var på høring høsten 2011 (1). Formålet med forslaget er «økt pasientsikkerhet, ved å gi bedre beslutningsgrunnlag for helse-

hjelp og å forhindre skade på pasienter som følge av for eksempel feilmedisinering. I helsesektoren er det behov for rask og sikker tilgang til korrekt og oppdatert informasjon. En nasjonal kjernejournal skal bidra til å dekke dette behovet»

### **Begredelig utgangspunkt**

Tanken er altså å etablere en sentral database hvor helsepersonell på tvers av alle nivåer raskt og enkelt kan klikke seg fram til viktige opplysninger om den enkelte pasient. Også pasienten skal få tilgang til opplysningene via internett. Det høres besnærende og brukervennlig ut. Men problemet er at dette knapt

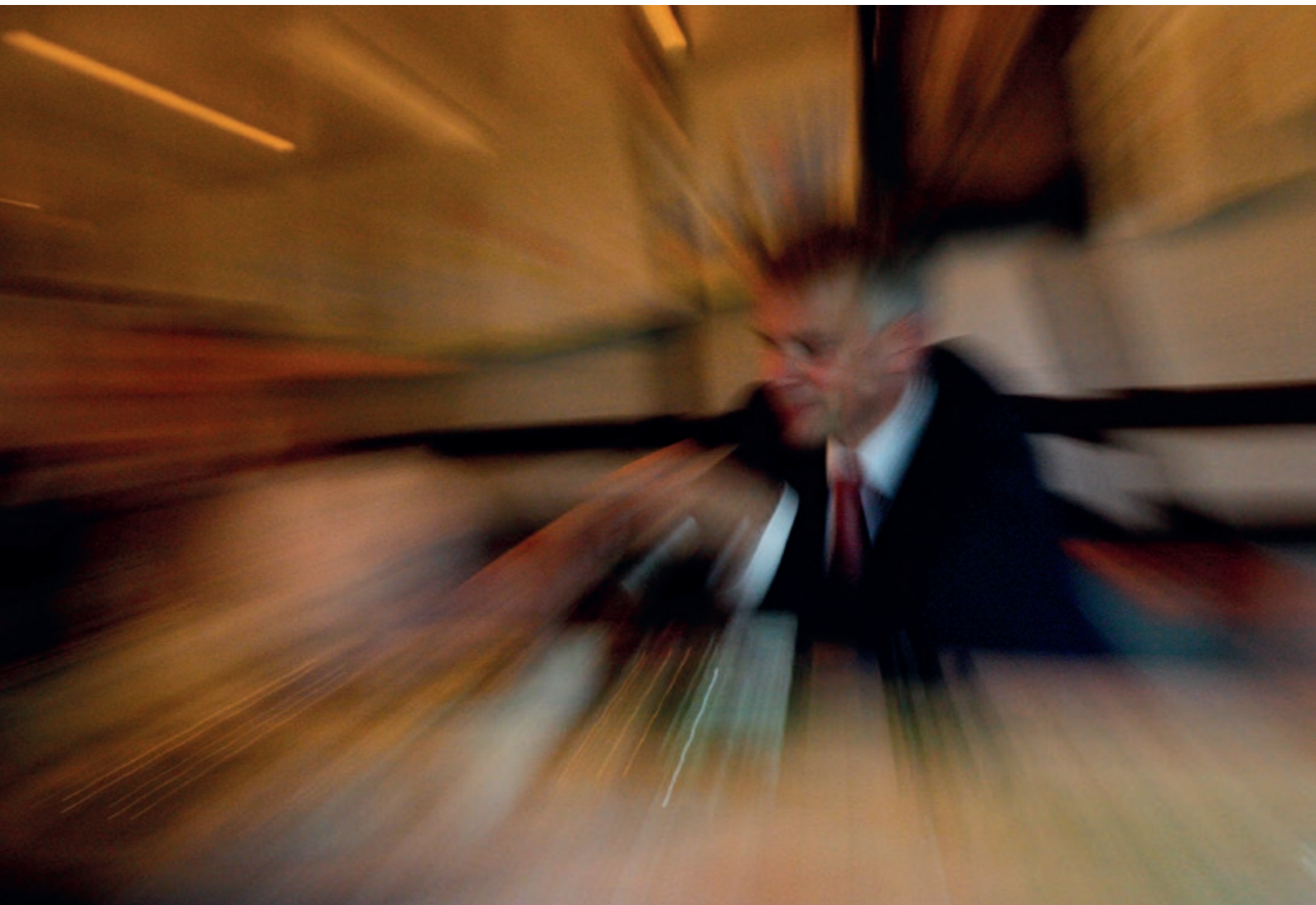
vil løse noen av helsetjenestens enorme IKT-utfordringer. Hva så med faren for skadevirkninger?

Status for helsetjenestens elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) er begredelig. Norge var tidlig ute med å etablere slike systemer, men utviklingen har løpt fra oss. Journalssystemene på sykehus befinner seg på steinaldernivå. EPJ hos fastlegene er noe bedre, men langt fra en standard som er 2012 verdig. Mulighetene for elektronisk kommunikasjon mellom de ulike aktørene er svært begrenset. Fastleger og sykehusleger kan f. eks. ikke sende enkle meldinger eller forespørsler om konkrete pasienter på en trygg måte. Internett er ikke en sikker kanal i så

\* Elektronisk pasientjournal-løftet

Kjernejournal skal bli en database hvor helsepersonell enkelt kan hente vitale opplysninger om den enkelte pasient. I hvilken grad vil informasjonen være tilpasset formål og behov – og hvem skal vokte og redigere en slik journal? spør forfatteren.

ILLUSTRASJONSFOTO: IDA MYKLEBUST SUNDAR



måte. Når fastlegene får epikriser fra sykehus med oversikt over ny medikasjon for pasientene, kan ikke dette enkelt samstemmes med tidligere medikasjon. Tvert i mot må det tas tes inn manuelt – med rikelige muligheter for feil.

## Utfordrer personvernet

Et argument for kjernejournal er at leger i akutte situasjoner enkelt kan finne fram til vitale opplysninger om blant annet medisinbruk. Realiteten er at det i livstruende situasjoner anvendes standardiserte behandlingsregimer uavhengig av hvilke medisiner pasienten måtte bruke. Og hvordan kan vi garantere at opplysningene i en kjernejournal er oppdatert og til å stole på? Gale opplysninger kan være verre enn ingen opplysninger.

Den til enhver tid undersøkende lege kommer aldri unna arbeidet med å få fram den aktuelle sykehistorie og gjøre godt klinisk håndverk med å innhente nødvendige opplysninger.

Sentral oversikt over kontakter med helsevesenet utfordrer personvernet betydelig. Taushetsplikt og personvern er avgjørende i forholdet mellom lege og pasient. Det gjelder ikke bare hva som er sagt og gjort, men også hvorvidt det har vært noen kontakt eller ikke. Det foreslås at kjernejournalen skal inneholde oversikt over all tidligere kontakt med spesialisthelsetjenesten og de siste tre årenes kontakt med primærhelsetjenesten. Jeg ser med gru fram til en situasjon hvor en ektefelle i en konfliktsituasjon skal kunne true den andre part til å klikke seg inn på dennes journal for å se om hun eller han har vært hos legen i det

siste. Eller en kontrollerende mor eller far versus sitt snart voksne barn: «Hva har du sagt, eller hva har du gjort?»

## Viktige premisser

Det er mange eksempler på mislykkede kostbare offentlige IKT-satsinger. Nasjonal kjernejournal kan bli en ny. Tida er overmoden for at staten i stedet tar et samlet grep og finansierer tidsmessige elektroniske pasientjournalssystemer både på sykehus og i allmennpraksis, samt ferdigstiller enkle muligheter for å sende elektroniske meldinger mellom de aktuelle aktørene. Informasjon om den enkelte skal være tilpasset formålet og behovet. *Alle skal ikke ha tilgang til alt.*

Kjernejournal ses på som et verktøy for bedre samhandling og arbeidsflyt for helse-

Før nasjonal kjernejournal implementeres, må man få plass gode nok IKT-verktøy og meldingssystemer som sikrer samhandlingen mellom 1.- og 2. linjetjenesten. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR



personell og pasienter. Da er det sentralt at man legger vekt på det som er klinisk viktig i et behandlingsforløp. Samtidig er det viktig å være kritisk til hvilken nytteeffekt et slikt verktøy faktisk har.

Nasjonale løsninger for kjernejournal har fortsatt til gode å bli en suksess i andre sammenlignbare land, til tross for prosjekter som allerede har pågått i flere år. Dette ble tydelig påpekt av professor Trisha Greenhalgh ved Queen Mary, University of London under HelsIT-konferansen i Trondheim i 2010. Det er derfor grunn til å mane til edruelighet når det gjelder forventningene til kjernejournal.

Å utarbeide et verktøy som kan forbedre pasientbehandling så vel som samhandling i helsevesenet er i seg selv et enormt arbeid. I første fase av et slikt prosjekt bør man prioritere arbeid med viktige, oversiktlige parametre som er realistisk å få til. Staten må bygge grunnmuren før taket. Ikke omvendt. Derfor er etter min oppfatning følgende premisser viktig for nasjonal kjernejournal:

- Nasjonal kjernejournal erstatter på ingen måte det nødvendige arbeidet med å utvikle tidsmessige EPJ i sykehus og allmennpraksis, samt fullføring av Meldingsløftet.
- Verktøy for samstemming av pasientens legemidler er det viktigste enkeltstående pasientsikkerhetstiltak og må prioriteres. Dette er en forutsetning for en vellykket kjernejournal.
- Innholdet i kjernejournalen må holdes på et minimum. Flere typer opplysninger øker muligheter for feil og truer personvernet.
- Nasjonal kjernejournal må integreres med legenes eksisterende EPJ.

### Få andre prosjekter i mål

Meldingsløftet er ikke fullført. Det er i 2012 fortsatt ikke slik at helsearbeidere på ulike nivåer og steder i helsetjenesten, enkelt og trygt kan kommunisere elektronisk. Sammen med utdaterte elektroniske pasientjournalssystemer, er dette etter min mening ikke noe mindre enn en nasjonal skandale.

Når allmennlegen får oversendt epikriser fra sykehus enten i papirformat eller som elektroniske meldinger, må han eller hun sitte og manuelt oppdatere legemidler i bruk eller såkalte «faste medisiner». Daglig må jeg skrive ut denne informasjonen på papirark og sjekke hvilke medikamenter som er endret i dosering og styrke, hva som er tatt ut og hva som er lagt til.

Gjennom Norsk forening for allmennme-

disin (NFA), EPJ-løftet og EPJ-referansegruppa er det nå under utarbeidelse et elektronisk verktøy for samstemming av legemidler i bruk. Prosjektet er høyt prioritert i EPJ-løftet, men har vist seg vanskelig å fullfinansiere.

Et slikt elektronisk verktøy for samstemming av legemidler i bruk, vil være et av de viktigste pasientsikkerhetstiltak en kan tenke seg – og en nødvendig forutsetning for en vellykket kjernejournal.

### Hva skal kjernejournalen inneholde?

Legeforeningen skriver i sitt høringsdokument (2) at første fase for nasjonal kjernejournal (maksimalt) bør inneholde:

1. Personalia og pasientens nærmeste pårørende
2. Blodtype
3. Oppdatert, datert medikamentoversikt (legemidler i bruk)
4. Oppdatert kritisk info
  - a. komplikasjoner ved tidlige anestesi/inngrep
  - b. opplysninger om helsehjelp som er kontraindisert («CAVE»)
  - c. alvorlige allergiske reaksjoner
  - d. implantater og øvrige ekstraordinære medisinske forhold etter nærmere vurdering
5. Pasientens fastlege
6. Valgfri rubrikk vedr. spørsmålet om organodonasjon

Jeg er enig i det. Øvrig innhold som er foreslått i høringsdokumentet virker lite relevant, og vil være en kilde til feil og svakheter. Det viktigste med en kjernejournal er at den inneholder oppdatert og korrekt basisinformasjon. På den annen side vil overflødig, ukorrekt og ikke oppdatert informasjon være potensielt farlig i pasientforløpet.

Referanser til epikriser og røntgensvar virker urealistisk å få til når man per i dag fortsatt ikke har klart å få opp et HER-register (elektronisk adresseregister) som kan brukes, og epikriser fra sykehus fortsatt kommer til fastlegene på papir. Papirdokumenter blir så skannet inn i EPJ. Dette vil være en ikke-standardisert filtype som ikke uten videre vil være enkel å få inn i kjernejournal. Man må først få disse tingene på plass i samhandlingen mellom 1. og 2. linje, før man skal implementere det i en kjernejournal.

En kjernejournal vil speile bildet av samhandlingen i helsevesenet. Selv om en fremtidig medikamentliste lagres sentralt, bør re-

digering av legemidler i bruk og visning foregå i legens egen EPJ. Det bør legges opp til at mest mulig informasjon i kjernejournalen er «speilet», med pekere inn til den sentrale databasen. Prinsipielt mener jeg at all informasjon fra helsepersonell i kjernejournalen skal produseres, lagres og hentes fra andre databaser, fortrinnsvis EPJ. Redigering direkte i kjernejournalen bør unngås.

### Hvem skal redigere?

Pilotering bør være en selvfølge. Et slikt overgripende verktøy må testes nøye før det rulles ut. Dette bør la seg gjennomføre i geografisk mindre områder, selv om pasientene i dag beveger seg fritt rundt i Norges land. De aller fleste behandles lokalt.


Jeg er bekymret redigering og vedlikehold av kjernejournalen. Det ligger store utfordringer i å oppdaterte pasienters legemidler og sykehistorie. Slike opplysninger skal ikke ajourføres manuelt. Det trengs en synkronisert løsning som gjør automatiske uttrekk. Det er utenkelig at fastlegen skal redigere alt innhold i en nasjonal kjernejournal.

Det er foreslått lik tilgang for alt helsepersonell. Det er uakseptabelt. Ulikt helsepersonell har behov for ulik grad av informasjon. Informasjon som blir liggende i nasjonal kjernejournal er sensitiv og skal ikke kunne leses av andre enn de som behandler pasienten – det vil si leger. Andre helsearbeidere vil ikke ha behov for stort annet enn administrative opplysninger om pasientene.

Jeg er spent på hva alt dette ender opp i. I de møter jeg var med på som leder i NFA i 2011, var det store visjoner om nasjonal kjernejournal. Mange syntes å ha en naiv tro på at bare legene fikk tilgang til alt, ville samarbeidsvansker reduseres. Mangelen på forståelsen for velfungerende og skreddersydde EPJ-systemer både i allmennpraksis og på sykehus, med tilhørende «on demand»-basert informasjonsutveksling, gjør meg fortsatt utrygg. *Alle skal ikke vite alt.*

### REFERANSER

1. Høring – etablering av nasjonal kjernejournal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/etablering-av-nasjonal-kjernejournal/horingsbrev.html?id=651191](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/etablering-av-nasjonal-kjernejournal/horingsbrev.html?id=651191) (14.3.2012)
2. [www.regjeringen.no/pages/16778546/DenNorske-Legeforening.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/16778546/DenNorske-Legeforening.pdf) (14.03.2012)

 gisle.roksund@klosterhagen.no