

---

**Fra:** Follesø, Kjersti Helen [mailto:kjersti.helen.folleso@bomlo.kommune.no]  
**Sendt:** 5. april 2013 09:18  
**Til:** Postmottak HOD  
**Kopi:** Svarstad, Sverre Olav  
**Emne:** Forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal

## Høringsnotat om forskrift om kjernejournal.

Regjeringen har sendt ut forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal. Det skal etableres en pilot i løpet av 2013, og meningen er å bygge opp et system som innhenter opplysninger fra en rekke ulike elektroniske kilder, inklusive fastlegejournaler, journalssystem pleie-omsorg, reseptformidleren, sykehus/helseforetak og spesialister og norsk pasientregister (NPR). Forskriften gjelder alle som oppholder seg over tid i Norge (de med personnr eller D-nr). Det skal være mulig å reservere seg, men det vil kreve et aktivt initiativ fra pas. Leger og annet helsepersonell vil ha opplysningsplikt til registeret. Det vil være forbud mot utlevering til forsikringsselskap, påtalemyndighet, arbeidsgiver etc.

Kjernejournal skal inneholde:

- 1.Oversikt over legemiddelbruk. Kilder reseptregisteret (rekvirerte og utleverte), siste signerte liste over faste medisiner hos fastlege.
  - 2.Kritisk informasjon, eks allergier, implantater, tidl anestesireaksjoner, pågående behandling (f.eks cytostatika, dialyse), infeksjoner (f.eks MRSA, HIV). Det forutsettes nøytral og faktisk informasjon om f.eks aktuelle allergiske reaksjoner, ikke bruk av CAVE. Under kritisk informasjon kan en og anføre evt faglig begrunnede avvik fra rutiner eller pasientens ønsker om avvik fra rutiner.
  - 3.Oversikt over tidligere kontakter med helsetjenesten. Alle kontakter med 2.linjetjenesten (referanser til epikriser og polikliniske kontakter) skal bevares uten tidsbegrensning. Alle kontakter med kommunale helsetjenester (fastlege, hjemmesykepleie, institusjoner etc) skal lagres i 3 år. Alle labsvar i 1 år, og alle rtg.svar i 5 år. Henvisninger til spes.helsetjenesten skal lagres i 1 år. Det forutsettes at opplysninger som er ”utgått på dato” slettes automatisk. Selve innholdet i epikriser/henv skal ikke være tilgjengelig, men må innhentes.
  - 4.Førstevalgbehandling. Det gjelder ønsker fra pasienten, og skal registreres i samarbeid med helsepersonell (f.eks ønske om å unngå livsforlengede behandling).
  - 5.Fritekstfelt der pasienten kan skrive sine ønsker.
  - 6.Kontaktopplysninger. Fastlege, evt annen lege, kontaktpersoner i pleie-omsorg, pårørende med mer.
- Pas kan kreve sletting av opplysninger, det kravet går til primærjournalansvarlig (f.eks fastlege) som må melde videre til kjernejournal. Helsepersonell har meldeplikt, bl.a for kritisk informasjon, men det legges opp til automatisk overføring av informasjon fra primærjournal.

For rett til oppslag i kjernejournal skal det foreligge et ”Tjenlig behov”, dvs at vedkommende skal ha et behandlingsansvar, og opplysningene skal være nødvendige og relevante. Pas skal fortrinnsvis gi samtykke, men instanser som fastlege og behandlere på sykehus og i hjemmetjeneste forutsettes å ha et implisitt samtykke hvis ikke annet er uttrykt. Det skal automatisk loggføres alle oppslag i kjernejournal, og pasienten skal ha innsyn i logg, og trolig få et varsel om oppslag for hvert behandlingsløp (f.eks på sms). Pas skal og kunne ha elektronisk tilgang til kjernejournal, så sant det ikke foreligger tungtveiende grunner for annet.

Helsedirektoratet blir journalansvarlig, og Norsk Helsenett får driftsansvar. Direktoratet ønsker innspill på overfor hvem, hvor ofte og hvordan ordningen med varsling av oppslag i kjernejournal best kan gjøres.

## Høringsuttalelse

Hensikten med nasjonal kjernejournal er å sikre at livsviktig informasjon er tilgjengelig i de tilfeller der pasienten selv ikke kan gi de nødvendige opplysninger. I dagens situasjon er det blant annet et problem at de ulike instanser ikke har oppdatert oversikt over pasientens medikamentbruk. Det er rimelig å anta at en nasjonal kjernejournal vil bli brukt hyppig til å kvalitetssikre opplysninger om bl.a medikamentbruk og overfølsomhetsreaksjoner. Det vil derfor være en stor utfordring å sikre at opplysningene i kjernejournal til en hver tid er oppdatert og korrekt. Det er og viktig for samhandling og gode behandlingsforløp at kontaktopplysninger for pasient, pårørende og behandlingskontakter er oppdatert og lett tilgjengelig.

For at en kjernejournal skal være tjenlig, og samtidig ivareta taushetsplikten og pasientens rett til å begrense tilgang på informasjon, er det viktig at opplysningene i kjernejournal avgrenses til det som er nødvendig i en akuttsituasjon. Ved å registrere alle kontakter med helsetjenesten i kjernejournal, vil denne inneholde mye informasjon som ikke er relevant. I verste fall kan et oppslag i kjernejournal som viser hyppige kontakter med primærlege og helsetjenesten i kommunen (f.eks pga rus eller psykiatri) medføre at helsepersonell bevisst eller ubevisst påvirkes uhensiktsmessig i sin vurdering av pasienten. Det vil samtidig kunne medføre en så vidt stor informasjonsmengde at vital informasjon kan drukne i mengden. En må forvente at kjernejournal hovedsakelig brukes i hastesituasjoner, der pasient eller pårørende ikke selv kan gi nødvendig informasjon, og da er det viktig at den er kort og oversiktlig.

Noen kontakter kan være av relevans. Det foreslås at kontakter i spesialisthelsetjenesten registreres automatisk i kjernejournal, dersom behandler ikke gir melding om at kontakten er irrelevant for kjernejournal (stopper registrering), men at det gis mulighet for det. For primærhelsetjenesten vil det være mer hensiktsmessig å gjøre det motsatte, nemlig at behandler velger å overføre kontakten til kjernejournal når det ansees som relevant, f.eks ved nydiagnostisering av kronisk sykdom. Når det gjelder kritisk informasjon, legemiddelbruk og – forskrivning, overfølsomhetsreaksjoner og kontaktinformasjon bør denne overføres automatisk, slik det er lagt opp til.

Sverre Olav Svarstad  
rådmann

Kjersti Føllesø  
kommuneoverlege