

## ***Høringsuttalelse- forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal.***

Forslaget inneholder en del positive elementer og tanker og da spesielt det at viktige pasientopplysninger skal være tilgjengelige til enhver tid.

På de annen side oppfattes forslaget ikke som spesielt godt. Grunnen til dette er følgende motforestillinger:

### ***1)Behovet for informasjonstjenester i helsevesenet:***

Behovet for kjernejournal i allmennpraksis oppfattes ikke som spesielt stort eller presserende.

Man har nylig innført e-resept som i utgangspunktet er en meget god ide, men som dessverre i praksis har fungert meget dårlig fra juni-12 og fram til nå.

Dette spesielt pga. forsinkelser i kommunikasjon med server og at man relativt ofte ikke oppnår kontakt med server. Det er dessuten dårlig integrasjon med journalsystemet Winmed der også programmene har motarbeidet hverandre og ført til multiple feilmeldinger.

Man har således ikke hatt noen sikkerhet for at pasientene har fått medisiner de skal ha og innføringen har ført til et stort merarbeid..

Å få til et akseptabelt e-resept system må derfor fullføres før man begynner med kjernejournal.

I allmennpraksis er for eksempel behovet for integrasjon av ”medikament kardex” i hjemmesykepleie og sykehjem samt journal for gravide viktigere.

Man kan også være bekymret for at kostnadene med en slik dataløsning i og med at det bare fører til enda mer administrasjon, også får fastlegene. I forbindelse med samhandlingsreformen skulle det bli flere fastleger i kommunene. Dette skjer i liten grad i småkommuner, fordi kommunene får økte utgifter med utjamningstilskudd.

### ***2)Sikkerhet for dataløsningen:***

Elektronisk sending av epikriser og henvisninger inneholder pr. i dag ingen automatisk sikkerhet for at mottaker faktisk mottar det avsender har sendt(slik man skulle tro ut fra EPJ) i det man i primærhelsetjenesten manuelt og kontinuerlig må sjekke ”log” for kommunikasjonsystemet (mot DIPS)

Pr. i dag opplever leger i primærhelsetjenesten at det kan være vanskelig å finne ut hva feil skyldes og hvem som har ansvar. (leverandør av EPJ, lokale IT-leverandører, NHN, helsedirektoratet mfl.

Basert på erfaringen med e-resept er det grunn til å tvile på om det finnes en dataløsning som kan kommunisere godt nok med eksisterende journalsystemer.

Det er også en kjempemessig sikkerhetsutfordring å skulle legge alle disse sensitive data på en sentralserverløsning.

Det er også på prinsipielt grunnlag betenkelig at helsestyresmakten skal "sitte på" og bestyre pasientjournalssystemer i stedet for å styre helsetjenestene og føre tilsyn.

Helsestyresmaktene får på denne måten en sekundær agenda i forhold til å forsvare og bestyre databasedriften og dette kan være i et motsetningsforhold til en tilsynsrolle med helsetjenesten.

Man kan også bli "fristet" til å hente ut data man i dag ikke har hjemmel for.

### **3) Innholdet i kjernejournal**

Tanken om at man skal få klarhet i alle helseopplysninger ved å eksportere dette fra EPJ til en kjernejournal er ikke spesielt god eller realistisk. De opplysninger som etterspørres fra EPJ er i dag ofte nedtegnet uklart pga. dårlige programløsninger, for liten tid for leger til journalskriving/redigering og pga. uklare journalføringsregler.

Eksempelvis kan allergiske reaksjoner på medisiner med mer kan være registrert på forskjellige steder i journal og med uklare begrunnelser eller henvisninger til journalnotater.

Kraftige allergiske reaksjoner uten anafylaksi mekanisme eller pasientens oppfatning kan også tilsi alvorlighet uten at dette er definert.

Ellers er for eksempel implantater er upresist, gjelder det eks. også IUD og P-stav?

Man legger med andre ord opp til et "dobbel bokholderisystem" fordi man ikke anser at den første journal er godt nok. Som eksempel vil en journal for en pasient med mange sykdommer ofte bli uoversiktlig fordi ingen har tatt seg tid til å systematisere

tidligere sykdommer og behandlinger. I alle for allmennpraksis sin del blir ofte "hemmeligheten" for oversikt i forhold til videre diagnostisering og behandling å lage en god og kortfattet liste over "tidligere sykdommer". Man ser at dersom denne oversikten er god nok,

kopieres oversikten ved innleggelse til sykehusjournal.

Det blir således liten hjelp i pliktmessig logføre alle kontakter med helsevesenet slik det legges opp til med kjernejournal, dersom det ikke er godt og relevant medisinsk innhold som følger med.

I forbindelse med akutte sykdomsforløp vil det også være tvilsomt om man rekker å føre inn

kritisk informasjon fordi forandringene er størst når pasienten er alvorlig syk.

### **4) Taushetsplikt:**

Uansett hvordan man snur på forslaget om kjernejournal innebærer det en uthuling av legers taushetsplikt. Ikke minst gjelder det den systematiske logføring av kontakter med helsetjenestene.

Pr. i dag har man en aksept for journalssystemene fordi man vet at opplysninger ikke kommer på avveie. Man må som angitt gi pasienter en soleklar rett til å reservere seg mot kjernejournal. Dersom pasienter reserverer seg, har man heller ikke lengre en sikker kjernejournal.

### **5) Alternative forslag:**

Det kan være greit å minne om en gammel regel: "Journalen er pasientens eiendom og legens arbeidsredskap."

Etter min oppfatning er det på tide å gi pasienten automatisk innsyn i alle sine journaler. Dersom man skal ha en "kjernejournal" bør dette være pasientens ajourførte journal fra primærlege og sykehus lagret der de er i dag eller muligvis i tillegg på et smartkort.

Man bør også ta høyde for at pasienter reiser utenlands og kan ha behov for å hente opplysninger fra journal i hjemlandet.

På denne måten gir man pasienten økt ansvar og kontroll over eget liv og helse.

Leger bør med pasientens tillatelse ha tilgang til både primærleges og sykehusleges journal.

Det beste midlet mot "snoking" er loggføring av ethvert oppslag i alle journaler.

For å unngå eks. dobbel prøvetaking og undersøkelser bør

fastleger ha tilgang til røntgenundersøkelser og prøver tatt i sykehus,

noe man ikke har i dag. Tilsvarende bør sykehusleger ha tilgang til

prøver og røntgen tatt i primærhelsetjenesten.

## 6) *Utprovning.*

Det kan således være ønskelig at revurderer forslaget til kjernejournal.

Dersom man likevel velger å vedta forslaget,

er det svært viktig at praktisk og datateknisk løsning prøves ut praksis

over lengre tid og da fortrinnsvis i en del av landet som ligger langt fra servere.

Løsningen må også prøves ut av pasienter og leger med en viss interesse for problemstillingen.

## 7) *Sluttbemerkning:*

Det får bemerkes at høringsuttalelsen er gitt av undertegnede som informatikkutdannet,

fastlege og vikarierende kommunelege i Lyngen. Uttalelsen vil således kunne være subjektiv

og har blant annen pga. tidsnød ikke vært drøftet i en større sammenheng i Lyngen kommune.

Med hilsen

Arne Haugstad

Vik. kommunelege/ fastlege/ spesialist i allmenntid medisin/cand. mag. i informatikk(UIO)