

Kritisk informasjon i kjernejournal

Med innføringen av kjernejournal vil kritisk informasjon registrert på den enkelte pasient bli tilgjengelig nasjonalt. Vi vil da få et rikere informasjonsgrunnlag for tilpassing av behandling.

Nasjonal kjernejournal er et e-helsesystem som gir tilgang til utvalgt journalinformasjon tilpasset den akuttmedisinske kjeden. Formålet med å innføre kjernejournal er å øke pasientsikkerheten og behandlingskvaliteten, da det stadig rapporteres om manglende opplysninger ved bl.a. innleggelser (1). Kjernejournal inneholder oppdatert informasjon om hvilke legemidler pasienten har fått utlevert på resept i norske apotek, en oversikt over pasientens kontakt med sykehus, avtalespesialister og andre enheter innen spesialisthelsetjenesten, pasientens folkeregistrerte adresse, fastlege og kritisk informasjon. Pasienten kan selv registrere kontaktpersoner og pårørende, sykdomshistorikk og spesielle kommunikasjonsbehov.

Kjernejournal er første gang nevnt i e-helsestrategien Samspill 2.0 fra 2008 (2). Høsten 2013 ble kjernejournal satt i pilotdrift ved St. Olavs hospital og ved legevakten i Trondheim, Malvik, Melhus og Klæbu kommuner. Våren 2014 ble kjernejournal også prøvd ut i Stavanger universitetssjukehus og legevaktene i Stavanger, Randaberg og Sola. Fastleger deltar etter eget ønske. 400 000 innbyggere har nå en kjernejournal, og høsten 2014 blir begge utprøvningsområdene utvidet, slik at i alt 700 000 innbyggere får kjernejournal. Man kan reservere seg fra kjernejournal.

Kritisk informasjon

Journalinnholdet i en pasientjournal kan deles inn i tre: Kritisk informasjon, viktig

informasjon og resten (fig 1). I utviklingen av nasjonal kjernejournal var et sentralt innholdselement hvilken informasjon som kunne være kritisk å vite om i akuttsituasjoner, nærmere bestemt «informasjon som i en gitt situasjon vil kunne ha avgjørende betydning for valg av helsehjelp, og som hvis den mangler kan medføre fare for feil eller forsinket behandling.» (3).

Hva som bør inngå som kritisk informasjon ble utredet ved at en prosjektgruppe evaluerte internasjonale modeller for kritisk informasjon og spesifiserte informasjons-

«I kjernejournalen skal man dokumentere kritisk informasjon så presist som mulig»

områdene og innholdselementene. Den svenske modellen for «varningsinformasjon» ble valgt som utgangspunkt (4). Arbeidet ble kvalitetssikret av en ekspertgruppe på 17 personer, med innspill fra ytterligere 12 (5). Modellen fikk støtte fra alle referansegruppene til kjernejournal, både fagforeninger, helsevesenet, pasientforeninger m.fl.

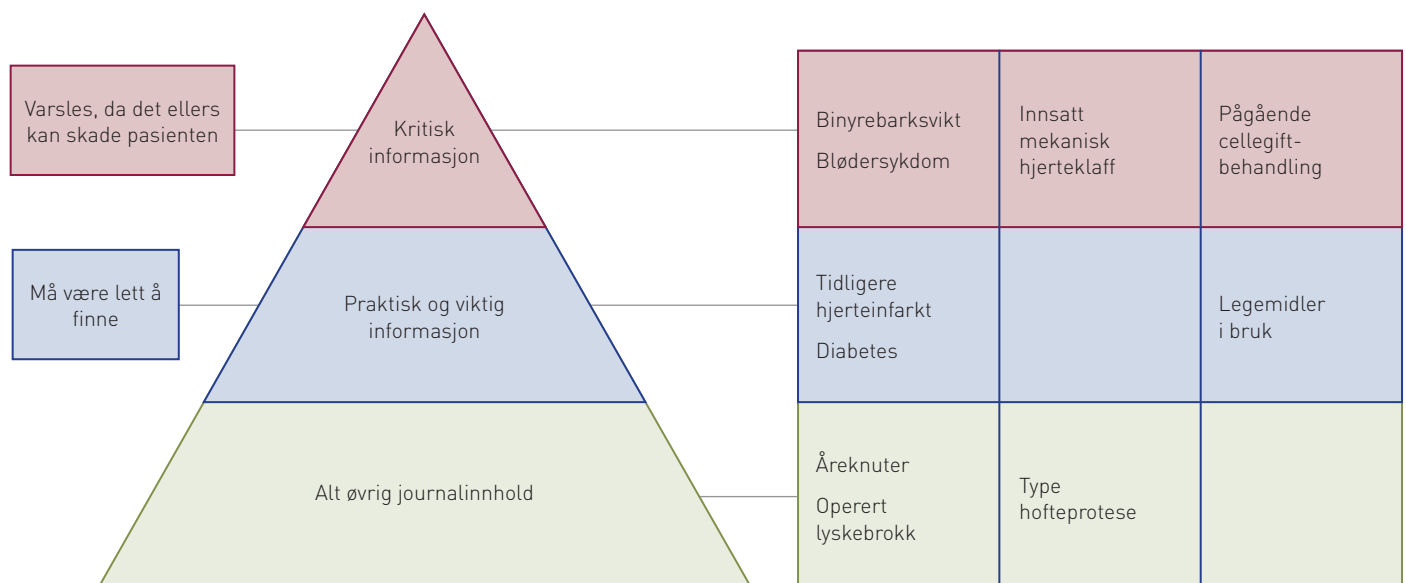
Myren og medarbeidere har i Tidsskriftet nr. 15/2014 skrevet en interessant og leseverdig artikkel om begrepet CAVEs opprin-

nelse og historie i norske journaler (6). Det refereres til at man i nasjonal kjernejournal ikke anbefaler bruk av CAVE lenger. CAVE brukes oftest om reaksjoner på legemidler og oppfattes ofte som en befaling eller en kontraindikasjon mer enn som en presis beskrivelse av en reaksjon. Begrepet «kritisk informasjon» omfatter informasjon som kan være vanskelig å erkjenne i en akuttsituasjon, men samtidig kan være potensielt livstruende hvis den ikke tas høyde for i behandlingen, og er dermed mer omfattende enn CAVE. Eksempler er legemiddelallergier, andre allergier, overfølsomhetsreaksjoner, spesielle lidelser (f.eks. hemofili, angioødem, Addisons sykdom, porfyri etc.), implantater, pågående behandling (som kjemoterapi) og tidligere komplikasjon ved anestesi.

Presis dokumentasjon

Behandlere vil ha forskjellig kompetanse og ulik ressurstilgang for å håndtere akuttsituasjoner. En anestesilege med et trenet team og avansert utstyr vil ha helt andre forutsetninger for å håndtere en pasient i sjokk enn en enslig turnuslege to timer unna nærmeste sykehus.

I forskjellige settinger må leger ha forskjellig tilnærming til hvor stor medisinsk risiko man skal ta, basert på kompetansenivå og de ressurser man har. Derfor bør kritisk informasjon beskrives nøytralt og presist slik situasjonen en gang var, uten å gi befalinger til kolleger om hvordan de skal håndtere senere situasjoner. Turnus-



Figur 1 Forholdet mellom kritisk informasjon og alt innhold i en pasientjournal

legen i distrikt bør være ytterst forsiktig med å ordinere legemidler pasienten er allergisk mot, mens anestesilegen på sykehuset har alle ressurser til å håndtere en eventuell anafylaksi.

I kjernejournalen skal man dokumentere kritisk informasjon så presist som mulig. For allergiske reaksjoner noteres fortrinnsvis produkt, eventuelt på overordnet ATC (Anatomisk terapeutisk kjemisk legemiddelregister)-nivå. Førstegangsreaksjon bør dokumenteres, ideelt med dato, alternativt pasientens alder på reaksjonstidspunktet. Om opplysningene kommer fra pasient, pårørende, journal eller fra prøvesvar er også mulig å notere, og også om dokumenterende lege mener dette er en mistenkt, sannsynlig eller bekreftet reaksjon. Da blir opplysningene dokumentert med den visshetsgrad man har, og neste lege kan bruke dem ut ifra pasientens situasjon, sin ressurstilgang og medisinsk risiko. Kritisk informasjon gir et bedre grunnlag for denne vurderingen enn den klassiske «Cave Penicillin».

For å varsle nye behandlere om potensiell risiko for pasienten er det viktig at alle leger dokumenterer kritisk informasjon så raskt som mulig etter at de har erkjent informasjonen. Det nye, når kjernejournal innføres, er at denne informasjonen blir tilgjengelig nasjonalt, slik at kritisk informasjon ikke bare er dokumentert og tilgjengelig lokalt i ett journalsystem. Det er derfor spesielt viktig at man er konsekvent og benytter en standardmetode til å dokumentere informasjonen, slik vi nå prøver ut med kjernejournal. Høsten 2014 sendes en revidert standard for kritisk informasjon ut på høring. På lang sikt er det en visjon at kritisk informasjon automatisk varsles på basis av den vanlige journalføringen og ikke må skrives inn manuelt som i dag.

For den som vil prøve modellen finnes en demonstrasjon av kjernejournal på internett og på Helsenet (7).

Eirik Nikolai Arnesen
eirik.arnesen@helsedir.no
Bent Asgeir Larsen

Eirik Nikolai Arnesen (f. 1974) er lege i spesialisering i samfunnsmedisin og seniorrådgiver i Seksjon arkitektur, Divisjon e-helse og IT, Helsedirektoratet. Han var medisinsk ansvarlig i prosjektet kjernejournal i 2011–14. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bent Asgeir Larsen (f. 1955) er spesialist i allmennmedisin og fastlege på Karrestad legekontor. Han har vært engasjert av Helsedirektoratet for utredning og utvikling av kjernejournal siden 2010. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Frydenberg K, Brekke M. Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggesskriv og epikriser. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 942–5.
2. Helsedirektoratet. Samspill 2.0 – Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse-og-omsorgssektoren-2008-2013/Sider/default.aspx (26.9.2014).
3. LOV-2012-06-22-46. Lov om endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.). http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2012-06-22-46/KAPITTEL_1 (26.9.2014).
4. Sjukvårdsrådgivningen. Varningsinformasjon Etapp 2, Sluttrapport. www.nepi.net/res/dokument/Sluttrapport-varningsinformasjon-etapp2.pdf (26.9.2014).
5. Helsedirektoratet. Kritisk og viktig helseinformasjon i kjernejournal. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kritisk-og-viktig-helseinformasjon-i-kjernejournal/Sider/default.aspx> (26.9.2014).
6. Myren S, Spigset O, Larsen O. Våkthund i journalen. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1486–7.
7. Helsedirektoratet. Opplæring av helsepersonell. <http://helsedirektoratet.no/it-helse/kjernejournal/opplering-for-helsepersonell/Sider/default.aspx> (9.7.2014).

Mottatt 4.9. 2014, første revisjon innsendt 15.9. 2014, godkjent 26.9. 2014. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no