

Rask tilgang til viktig helseinformasjon

For første gang i historien får legene nå tilgang til medisinsk informasjon om hele den norske befolkningen gjennom kjernejournalen.

– Med innføring av kjernejournal får legen mulighet for rask tilgang til viktig helseinformasjon om hele befolkningen inn i sitt journalsystem, uansett hvor i landet legen jobber og uansett hvor pasienten tidligere har vært til behandling, forteller Bent Asgeir Larsen. Han er rådgiver i Direktoratet for e-Helse og fastlege ved Karrestad Legekon-tor i Halden.

Nasjonalt utbredt fra 1. mars

Alle har nå fått sin kjernejournal. Ordningen ble først tatt i bruk i deler av Trøndelag og Rogaland, men fra 1. mars i år er kjernejournal innført i hele landet.

Journalen er et nasjonalt varslingsystem for viktig informasjon og er nå integrert i alle elektroniske pasientjournalsystemer som brukes i allmennpraksis, på sykehus og AMK. Via et symbol i egen pasientjournal kan legen enkelt åpne kjernejournalen. Her ligger kritisk informasjon om pasienten, informasjon om legemidler, pårørendeinformasjon, navn på tidligere fastleger (inntil tre år tilbake) og tidligere behandlingssteder.

Med et raskt blikk i kjernejournalen kan nå legen blant annet se om andre leger har registrert kritisk informasjon på pasienten. I så fall vil kjernejournalssymbolet være rødt. I tillegg vil informasjonen man finner der være strukturert etter et etablert kodeverk.

Økt presisjon

– Hovedprinsippet er at det kun er leger som kan registrere kritisk informasjon; informasjon som i en gitt situasjon vil kunne ha avgjørende betydning for valg av helsehjelp,

men som er lett å overse med mindre legen blir tipset om det, forteller Larsen.

– Dette øker presisjonen av opplysningene og gir mindre risiko for tolkningsfeil og uklarheter, understreker han.

Som eksempel på kritisk informasjon nevner Larsen legemiddelallergier, implan-tater som pacemaker, tidligere komplikasjo-ner ved anestesi, pågående strålebehandling, cytostatika m.m.

Men, påpeker han, også i det daglige arbeidet med sine faste pasienter vil legen kunne ha nytte av kjernejournal. Det er bare et spørsmål om å venne seg til å benytte de mulighetene som journalen tilbyr.

Oppdateres jevnlig

Kjernejournalen er organisert i seks deler, vist som seks klikkbare faner øverst. Den henter inn data automatisk fra offentlige registre og man får derved hele tiden oppdaterte opplysninger om pasienten. Mer informasjon finnes på *e-helse.no*.

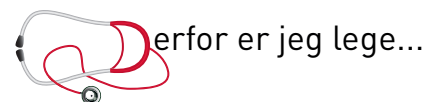
Det var Helse- og omsorgsdepartementet som i 2010 ga Helsedirektoratet oppdraget med å utrede en nasjonal kjernejournal. Arbeidet ble oppfattet som så viktig at det medførte en lovendring hvor Helseregister-loven i 2012 ble utvidet med § 6d om Nasjonal kjernejournal. Fra 1.1. 2015 er dette flyttet til § 13 i Pasientjournalloven. Kjernejournal-forskriften trådte i kraft i 2013. Dette ga hjemmel for opprettelse av kjernejournal.

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Samfunnspolitisk avdeling



INTEGRERT I ALLE SYSTEMER: Kjernejournal er den første digitale løsningen for deling av pasientinformasjon på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Illustrasjonsfoto Colourbox



Jakten på årsaken



Jeg er aller mest interessert i syndrom-utredning. Jakten på årsaken til hvorfor et barn er sykt er spennende. Det kan ta måneder, noen ganger år. Vi søker i litte-ratur, databaser og i internasjonale mil-jøer for å finne en årsak. Dessverre finner vi den ikke alltid, men vi finner stadig flere og flere!

Gleden ved å finne den er som julekvel-den. Det betyr mye for den aktuelle fami-lien å få en forklaring og en diagnose. For-eldrene får tilbud om fosterdiagnostikk hvis de ønsker det i senere graviditeter.

Syndromutredning har forandret seg. Ny gensekvenseringsteknologi er en re-volusjon for genetik. Den gjør at vi of-tere finner genetisk årsak til syndromer. Tidligere så vi på pasienten og forsøkte å finne et gen som passet. Nå kan vi ofte begynne med analyse av mange hundre gener og så ser vi om funnet passer med pasientens fenotype.

Denne kunnskapen har vist oss at syk-dom kan være nyoppstått hos barnet og ikke arvelig fra foreldrene, noe som gjør at det er liten gjentagelsesrisiko i senere svangerskap. Tidligere trodde vi oftere at det var recessiv arv der foreldrene er bærere av genfeilen og har 25 prosent risiko for å få et nytt barn med samme til-stand. Det viser seg at nesten 60 prosent av alvorlige syndromer er nyoppståtte.

En del av mitt arbeid er å veilede pasien-ter med syndromer og arvelige sykdommer i sin familie. Ifølge bioteknologiloven er det krav om genetisk veiledning før testing. Vi drøfter hvorfor pasientene ønsker å teste seg, juridiske forhold og konsekvenser av å få resultatet. Det kan være en tung bær å vite at du blir syk.

Kathrine Bjørge

Overlege, avdeling for medisinsk genetikk
Ullevål/Rikshospitalet, OUS

Se videointervju her:
legeforeningen.no/derfor