

Kjernejournalen som arbeidsverktøy?

Den medisinske journalen er det viktigste arbeidsdokumentet for leger, men mange journaler er så omfattende og uoversiktlige at det ikke er mulig å gjennomgå dem i løpet av en vanlig konsultasjon. Nå prøves det ut en nasjonal kjernejournal som skal bedre akuttmedisinsk behandling. Er det løsningen?

Vi er vant til å betrakte journalen som den endelige dokumentasjonen og bedre enn pasientens, pårørendes og legenes hukommelse. Journalen er legens viktigste arbeidsverktøy (1–3). Erfaringer med min egen journal og som sakkyndig og sjeflege viser at dette arbeidsverktøyet kan være problematisk.

Jeg har hatt paroksyttisk takykardi siden jeg var 15 år og har nå tross tre ablasjoner utviklet permanent atrieflimmer. I tillegg har jeg hatt symptomer på pernisiøs anemi i ca. ti år, men diagnosen ble stilt først for to år siden. For ett år siden ba jeg om å få tilsendt min komplette journal med alle vedlegg fra de tre sykehusene der jeg er blitt behandlet mest. Det var en skremmende opplevelse: Det var i alt 305 sider (tab 1)! Selv med den kunnskapen jeg har om min egen sykehistorie og de prøver som er tatt, tok det meg én time og 20 minutter å sortere alle papirene. Detaljert gjennomgang av alle journalark, prøvesvar og undersøkelser tok mange timer og ville vært umulig i løpet av en konsultasjon.

Det var først ved en systematisk retrospektiv gjennomgang av alle laboratorieprøver jeg oppdaget en økning i gjennomsnittlig cellevolum i de røde blodcellene (MCV) som gjorde at diagnosen pernisiøs anemi kunne vært stilt tidligere. Prøvesvaret hadde druknet i informasjonsmengden.

Tanken på at fremtidig behandling skal bygge på så uoversiktlig og voluminøs informasjon er ikke særlig oppløftende. Gjennomgangen viste meg at det er et skrikende behov for redigering og fortløpende, oppdatert oppsummering i pasientjournaler.

Kjernejournal løser ikke problemet

Min erfaring er neppe enestående. De fleste jeg har snakket med, har opplevd at leger på legekontor og poliklinikker bruker mer tid på å se på dataskjermen enn å snakke med pasienten. På sykehus stilles de samme spørsmålene om igjen til samme pasient så ofte at det virker som om legene ikke leser journalene. Jeg tror dette skyldes at det er for tidkrevende å få oversikt i dem. Alt blir tatt med i den fortløpende legejournalen. Det blir derfor stadige gjentakelser og volumet blir så stort at aktuell informasjon kan bli vanskelig tilgjengelig.

I merknadene til § 6 i journalforskriften (2) står det: «Nødvendige journalopplysninger må gjøres lett tilgjengelige for dem som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, diagnose, behandling og annen oppfølging av pasienten.» Men jeg kjenner ikke til noe sykehus der det systematisk lages oppsummeringer som oppdateres. I epikriser og

polikliniske notater tas oppsummeringer med i varierende grad.

I stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* heter det: «Det er tidkrevende for helsepersonellet å få en samlet oversikt over pasientens eller brukerens opplysninger» (4). Men behovet for redigering og oppsummering diskuteres ikke, og det er etter min mening den viktigste mangelen ved de journaler vi har i dag.

Formålet med den nasjonale kjernejournalen er å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten (5). Som det fremgår av Arnesen & Larsens innlegg i Tidsskriftet nr. 20/2014 (6) vil kjernejournalen som nå prøves ut gi en god oversikt over «kritisk» og «praktisk og viktig» informasjon. Den vil være meget nyttig i akuttmedisinske situasjoner, men jeg er usikker på om presentasjonen av den samlede, nasjonale informasjon blir oversiktlig nok. Digitalisering uten redigering og oppsummering gjør ikke informasjonen mer tilgjengelig.

Jeg vil foreslå at informasjonen i journalen presenteres i separate kapitler for hver type informasjon. Den bør begynne med en oppsummering som i tillegg til kritisk informasjon også omfatter laboratorieresultater og andre prøver som må følges opp. Deretter innholdsfortegnelse. Første kapittel bør være legejournalen, både fra allmennpraksis, spesialist og sykehus, ordnet kronologisk. Deretter prøvesvar fra laboratorier, røntgen, EKG og andre undersøkelser, kronologisk ordnet i egne kapitler, som alle innledes med en oppsummering av prøver som må følges opp. Til slutt kurver fra sykehusopphold og sykepleieinformasjon. Journalen må selvsagt være søkbar.

Mye av dette arbeidet kan legesekretærer gjøre før innleggelse/konsultasjon. Sorteringen må kontrolleres av den som skriver epikrisen, og vedkommende bør også lage oppsummeringene. Dette krever merarbeid i første omgang, men vil gi bedret kvalitet, spare legearbeid på sikt og også gjøre journalen bedre egnet for pasienters medbestemmelse.

Min konklusjon er at den medisinske journalen inneholder masse nyttig informasjon, men er et dårlig arbeidsverktøy i sin nåværende form. Kjernejournalen løser ikke det problemet. Det er ikke nok at journalen blir nasjonal og tilgjengelig i elektronisk form, den bør også redigeres og oppsummeres fortløpende. Journalens endelige form må utformes gjennom prosjekter både i og utenfor sykehus.

Tabell 1 Min journal

	A4-sider
Totalt	305
Journalark	53
Epikriser	20
Sykepleierrapporter	11
Kurveark	30
Laboratorieprøver	79
EKG-registreringer	73
Ekkoultral lyd m.m.	23
Histologi	3
Røntgen	6
Diverse vedlegg	7

Jon Haffner

jon.haffner@gmail.com

Jon Haffner (f. 1940) er dr.med., spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og professor emeritus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Kap.4. En mer aktiv pasient- og brukerrolle. www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?docId=STM20122013001000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=4 (15.12.2014).
- FOR-2000-12-21-1385. Forskrift om pasientjournal. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385 (15.12.2014).
- Janbu T. Hva skal en journal være? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2847.
- Meld. St. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal. www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/?docId=STM201220130009000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=1 (15.12.2014).
- FOR-2013-05-31-563. Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften). §1. Formål. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-05-31-563 (15.12.2014).
- Arnesen EN, Larsen BA. Kritisk informasjon i kjernejournal. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 1927–8.

Mottatt 6.11.2014, første revisjon innsendt 10.12.2014, godkjent 15.12.2014. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.