

Alt eller ingenting

Wormnes og Rongved er i oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet kritiske til at psykologsamtaler automatisk registreres i kjernejournal. Men det er grunner til at det er slik.

KJERNEJOURNAL ER en løsning for deling av et begrenset sett tilrettelagte, viktige helseopplysninger, det vil si kjerneopplysninger om den enkelte innbygger, på tvers av forvaltningsgrenser og nivåer i helsevesenet. Det er den første nasjonale løsningen som gjør det mulig i en akutsituasjon å skaffe til veie viktige opplysninger om en ellers ukjent pasient. Formålet er å bedre pasientsikkerheten og forhindre feilbehandlinger.

Innholdet i kjernejournal er kort oppsummert: personalia med bl.a. kontaktopplysninger til pårørende og fastlege, gyldige E-resepter og utleverte legemidler på resept, kritiske opplysninger (allergier, implantater, særlig viktige diagnoser, psykiatrisk kriseplan), tidligere behandlinger i spesialisthelsetjenesten (tid og sted, ikke diagnoser) og pasientens egne oppføringer (tidligere sykdommer, kontaktpersoner). Innholdet er nedfelt i egen forskrift (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-05-31-563>).

GODT FORANKRET

I forarbeidet til etablering av kjernejournalen ble alt arbeid nøye forankret, bl.a. med pasientforeningene. For psykisk helse var «Råd for psykisk helse» og «Mental Helse Norge» representert i referansegruppen. Det ble tidlig vurdert om listen over behandlinger i spesialisthelsetjenesten skulle ekskludere behandling for psykisk sykdom. Her var imidlertid begge pasientforeningene samordnet i sitt svar: De ønsket at psykisk sykdom skulle sidestilles med somatisk sykdom og ikke spesialbehandles. Listen over tidligere behandlinger i spesialisthelsetjenesten inneholder derfor både innleggelses på psykiatrisk avdeling og behandlinger hos psykologer med avtale.

Kjernejournal har en rekke personvernmekanismer innebygd, som skal hjelpe innbyg-

gere til å ha kontroll med sine helseopplysninger. I den problemstillingen som Wormnes og Rongved tar opp, vil jeg peke på tre mekanismer som er aktuelle: For det første blir alle oppslag i kjernejournal logget, og loggen er tilgjengelig for pasienten på internett. Ved å gå inn på Helsenorge.no kan pasienten se navn, funksjon og arbeidssted til alle som har sett noe i hans/hennes kjernejournal. For det andre kan pasienten sperre helsepersonells tilgang til hele eller deler av kjernejournal, inkludert besøkshistorikken. Helsepersonell har ikke tilgang til sperret informasjon med mindre de får pasientens uttrykte samtykke eller det er en livstruende situasjon hvor informasjonen kan være livreddende. For det tredje har pasienten mulighet til å velge bort / blokkere hele den automatiske besøkshistorikken. Den blir da fjernet for godt og kan heller ikke åpnes ved samtykke eller i en nødsituasjon. Eventuelle opplysninger om tidligere behandlinger som pasienten ønsker skal være tilgjengelig, må pasienten da selv føre inn i listen over tidligere sykdommer i «pasientens egne oppføringer». Dette er kun tre mulige tiltak, det er også flere personvernmekanismer i kjernejournal, inkludert mulighet for varslinger, blokkering av navngitt helsepersonell og reservasjon. Kjernejournalen har fått ros fra Datatilsynet for det innebygde personvernet.

ALT ELLER INTET

Wormnes og Rongved mener at det burde være mulig for pasienten selv, i samtale med psykologen, å vurdere om informasjon om besøkene skal være tilgjengelig i kjernejournalen. Skulle man valgt en slik løsning, måtte det gjelde alle kontakter med spesialisthelsetjenesten, også et besøk på en gynekologisk avdeling kan være sensitivt. Listen ville da være tilnærmet ubrukelig for helseperso-



BENT ASGEIR

JENSEN, fastlege og medisinsk faglig rådgiver i Direktoratet for e-helse

KJERNEJOURNAL



nell som skal sette seg inn i pasientens tidligere sykehistorie, fordi man aldri ville vite i hvor stor grad listen var komplett. Vi har derfor et «alt eller intet»-prinsipp i kjernejournal som gjelder alle informasjonselementer. Ønsker man ikke opplysningene delt, så sperres hele listen. Da må helsepersonell ta hensyn til det og benytte andre kilder, slik som før kjernejournal ble tilgjengelig.

Vi håper selvsagt ikke at listen i kjernejournal skal skremme noen fra å søke behandling hos psykolog. Det er derfor viktig at alt helsepersonell, psykologer inkludert, er oppmerksomme på de personvern-tiltak som finnes i kjernejournal, og kan gi pasienten nødvendige råd for å ivareta sitt personvern. ✕

Siri Gullestad om intervju og sitater i denne utgaven

Siri Gullestad har i etterkant ønsket å trekke intervjuet i denne utgaven.

Hun skriver i en e-post til Psykologtidsskriftet at hun og ledelsen ved instituttet nå står sammen for å lukke avvik, for snarest mulig å gjenoppta studentterapiene – for å ivareta både pasienter og studentenes studieprogresjon.

Gullestad skriver videre at hun følte seg presset til å svare om enkeltpersoner.

Det som best reflekterer hennes opplevelse av prosessen, skriver hun, er at det ble sendt bekymringer om klinikkdriften fra instituttledelsen oppover uten at de som driver virksomheten, fikk påvirket denne informasjonen. Det var også flere misforståelser i denne, skriver Gullestad.

Psykologtidsskriftet



Et rundskriv til bekymring

Rundskrivet fra Helse- og omsorgsdepartementet ender opp i en sykdomsdiskurs, der spesielle faglige vurderinger som gjelder ved psykiatrisk diagnostikk, blekner eller forsvinner helt.

BIRTE F. JOHANNESSEN, dr.philos., psykologspesialist

RUNDSKRIV OM LAVTERSKELTILBUD

DA NORSK PSYKOLOGFORENING gjorde flere psykologer i kommunen til satsingsområde, ble livsløpsperspektivet lagt til grunn. Rundskrivet som Helse- og omsorgsdepartementet sendte ut i juni 2017, kan tyde på at det nå er sykdomsperspektivet, og ikke livsløpsperspektivet som vinner frem i kommunens lavterskeltilbud.

Bakgrunnen for at dette rundskrivet ble sendt ut, var ifølge helseminister Bent Høie usikkerheten om hvordan deler av helselovgivningen skal praktiseres ved lavterskeltilbud (Psykologtidsskriftet, 9/2017). Det fremgår av samme tidsskrift at usikkerheten også hadde et faglig innhold (s. 802–806), noe som er vanlig når noe nytt er under utvikling. Birgit Valla er en faglig frontfigur som i mange fora har gitt uttrykk for at Stangehjelpa ikke bruker psykiatriske diagnoser, heller ikke kartleggingsverktøy med formål å gi pasienter en diagnose. Hun har lagt frem og forsvart alternative faglige fremgangsmåter med utgangspunkt i høye faglige standarder med vekt på pasientens rettigheter, ønsker og behov. Noe av det hun har sagt og gjort i denne sammenhengen, blir gjengitt i aktuelt-saken i Psykologtidsskriftet. Der kommer det også frem at Fylkeslegen i Hedmark har et helt annet syn enn hennes: «Noe av hensikten med å ha flere psykologer i kommunen er blant annet å sørge for at pasienten får rett diagnose.» Det er kort skissert innholdet i den faglige disputten som er gjengitt i tidsskriftet, og som knytter seg til kommunens satsing på flere psykologer i lavterskeltilbud. Den diskusjonen er viktig å ta, i rette faglige fora. Men her blir dette blandet sammen med både tilsynsak og departementets utsendelse av rundskriv i juni.

PSYKIATRISK DIAGNOSTIKK I LAVTERSKELTILBUD

Formålet med Rundskriv I-4/2017 er presisert slik: «I dette rundskrivet redegjør departementet særlig for reglene om dokumentasjon og diagnostisering når det ytes helsehjelp ved lavterskeltilbud.» Jeg har sett nærmere på rundskrivet. Det handler ikke om Birgit Valla og Stangehjelpa. Dette er et rundskriv som benytter lovverket på to prinsipielt forskjellige måter: For det første hjelper det oss å avklare noen nærmere definerte spørsmål tilknyttet journalføring, særlig der hvor grenseoppgangen mellom helsehjelp og annen hjelp er flytende. For det andre brukes lovverket til å gjennomgå reglene for, og gi retning til, hvordan kontroversielle