

Bakgrunn

I forbindelse med prosjektet utprøving av Pasientens kritiske informasjon ble det etablert et samarbeid mellom Norsk helsenett (NHN), DIPS og Helse Vest (HV) i 2020. Prosjektet ble delt i 3 faser, der de to første fasene utgjorde det nasjonale oppdraget. Helse vest produksjonssatte grensesnittet for utveksling av kritisk informasjon mellom Kjernejournal og DIPS Arena 12.02.2024.

Fase 3 er Helse Vest intern og handler om å integrere (enveis) kurvesystemet Meona mot DIPS Arena for overføring av kritisk informasjon. Ansvar for denne fasen er overlevert til seksjon for legemiddel og kurve, under område Pasientbehandling i HV IKT, og er organisert som en egen prosjektaktivitet.

Gevinster

Den nye løsningen og det nye grensesnittet gjør at helsepersonell ikke trenger å slå opp i kjernejournalportal for å få oversikt over pasientens kritiske informasjon. Informasjonen kommer direkte i helsepersonells arbeidsflate, uten ekstra pålogging eller duplisering av samme informasjon i flere systemer.

Når pasienter oppsøker sykehusene i Helse Vest, kan tilgjengelig kritisk informasjon i KJ lastes ned til DIPS Arena. Når ny kritisk informasjon dokumenteres, synkroniseres den automatisk til KJ direkte fra siden for kritisk informasjon i DIPS Arena. En forutsetning for at dette skal skje er at helsepersonell er pålogget mot løsningen med Helse ID.

Følgende gevinster oppnås:

- *Økt grad av tilgjengelig og oppdatert kritisk informasjon i Kjernejournal*
- *Økt grad av tilgjengelig og oppdatert kritisk informasjon i DIPS*
- *Økt grad av tilgjengelig og oppdatert kritisk informasjon i de systemene (F.eks. Sectra og Orbit) som henter kritisk informasjon fra DIPS (intern master i HV)*
- *Økt pasientsikkerhet ved deling av kritisk informasjon i sektor med KJ som nasjonal kilde*
- *Bruk av HelseID gir enklere og raskere autentisering*
- *Redusert dobbeltdokumentasjon*
- *Redusert usikkerhet knyttet til gyldig kritisk informasjon*
- *Frigitt tid til pasientrettet arbeid*

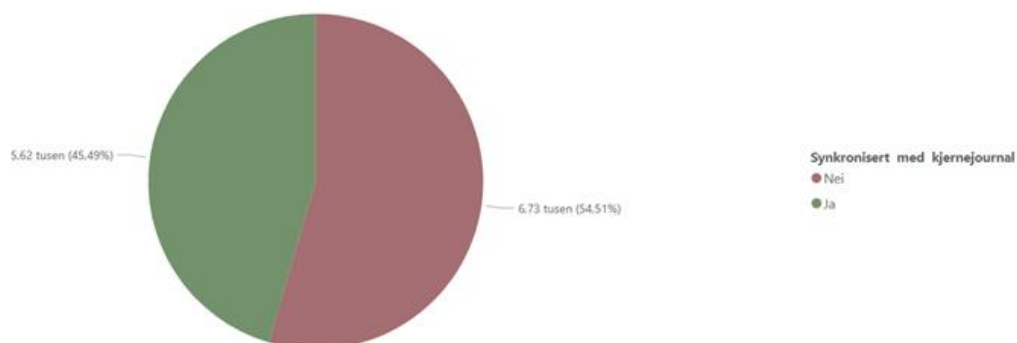
Erfaringer og statistikk

Løsningen ble først innført som en pilot. Piloten ble raskt vurdert som en suksess og løsningen ble overlevert til forvaltning høsten 2024.

Umiddelbart etter produksjonssetting så NHN en økning av registrert kritisk informasjon i KJ. Etter ca. 6 mnd. med bruk av tjenesten viser statistikk (rapport uttrekk fra DIPS Arena i HV

for kritisk informasjon som er kompatibel med KJ) at gjennomsnittlig 45,49 % av kritisk informasjon utveksles til KJ. Statistikken i etterkant har vært svakt økende fra mnd. til mnd.

Antall Synkronisert med kjernejournal av Synkronisert med kjernejournal og Synkronisert med kjernejournal



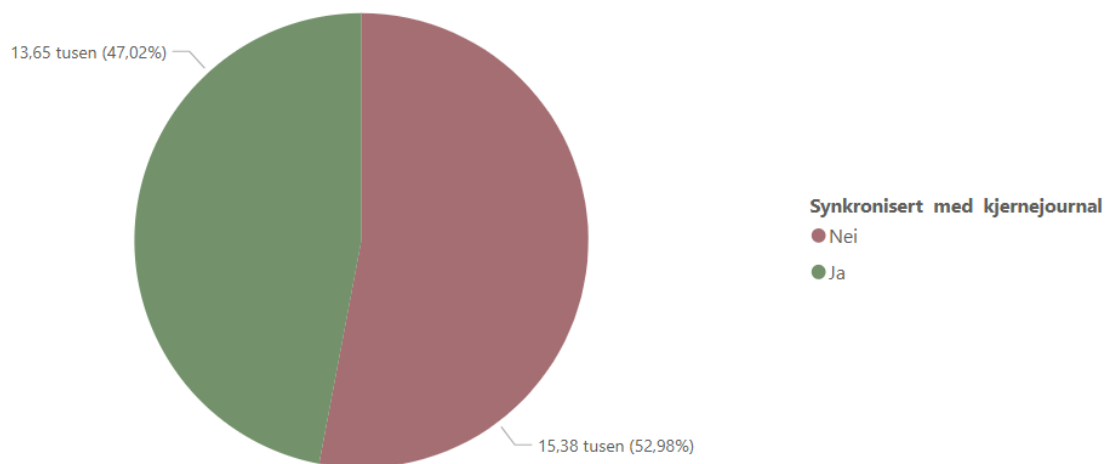
Figur 1: Statistikk fra oppstart 12.02 til og med 31.08.24

Til og med mars 2025 er det registrert > 29 033 oppføringer av kritisk informasjon i Helse Vest og total synkroniseringsgrad er oppe i 47,02 %.



Figur 2: Totalt antall registrert kritisk informasjon, fordeling per kategori kritisk informasjon og fordeling per hp kategori.

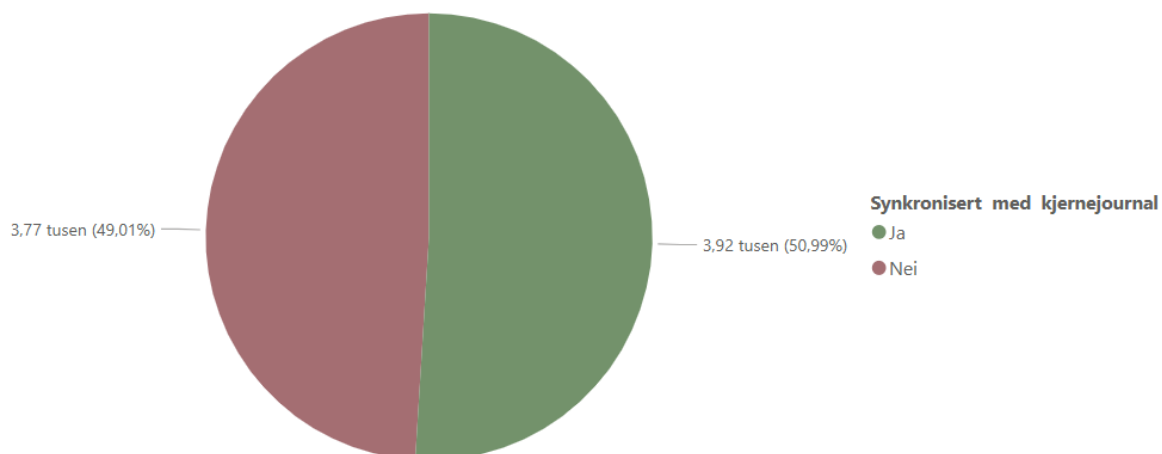
Antall Synkronisert med kjernejournal av Synkronisert med kjernejournal og Synkronisert med kjernejournal



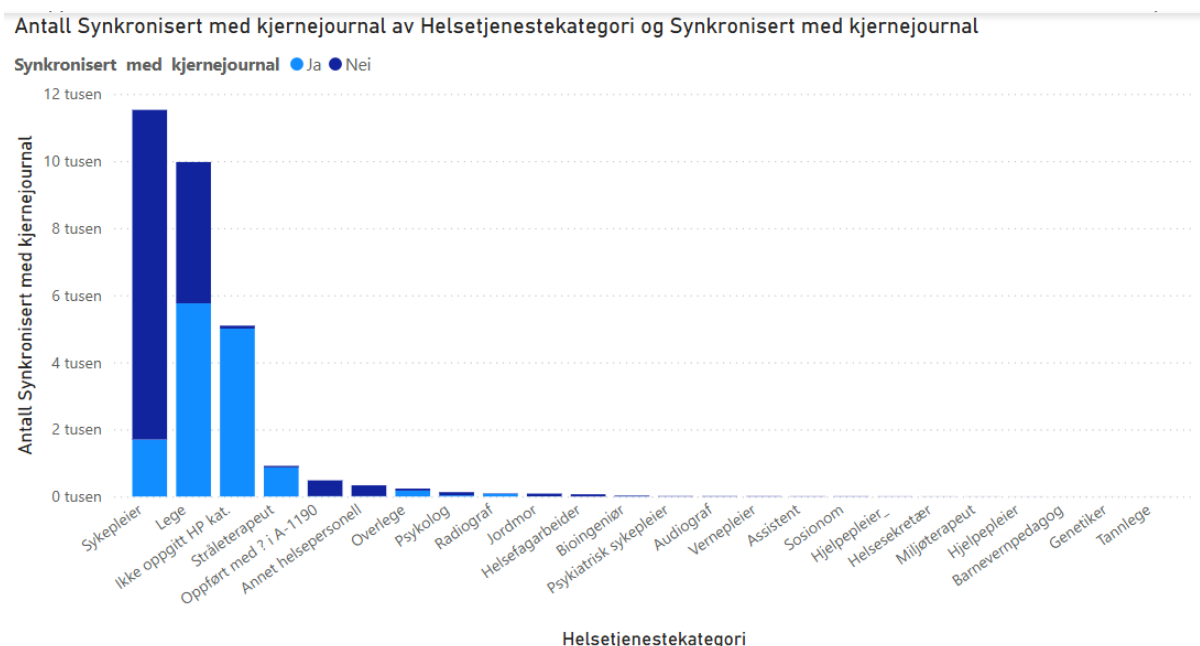
Figur 3: Tall fra DIPS Arena per mars 2025, all kritisk informasjon og alt helsepersonell.

Trenden i 2025 isolert sett viser at synkroniseringsgraden for nye registreringer er oppe i 50,99 %. Synkroniseringsgraden er dermed økende.

Antall Synkronisert med kjernejournal av Synkronisert med kjernejournal og Synkronisert med kjernejournal



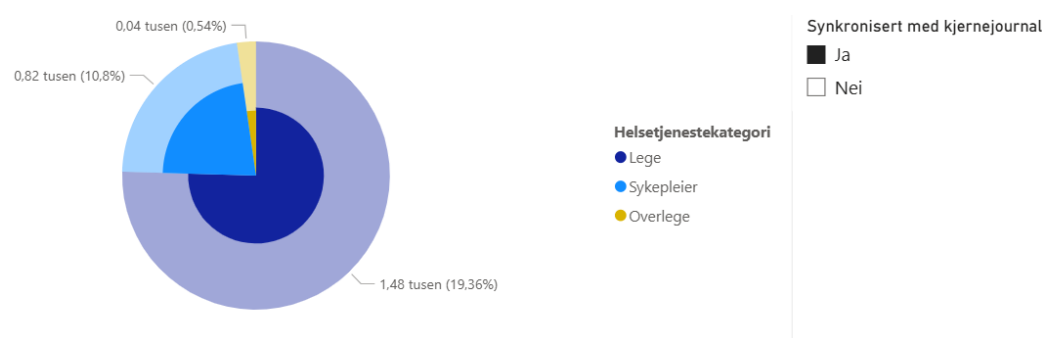
Figur 4: Tall fra 2025, all kritisk informasjon, alt helsepersonell



Figur 5: DIPS Arena hele perioden, helsepersonell som synkroniserer/ikke synkroniserer til Kjernejournal.

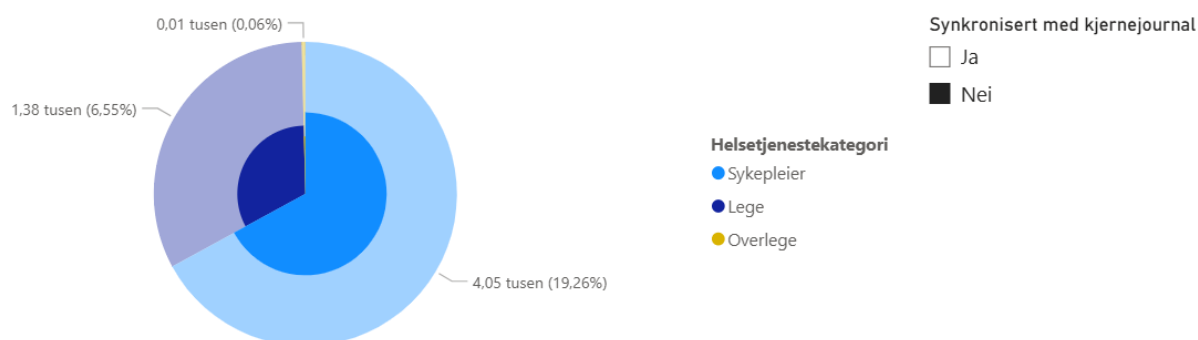
Tallene viser oss at det er flest sykepleiere som dokumenterer kritisk informasjon i DIPS, med legene hakk i hel. De viser også at det er andre helsepersonell kategorier som dokumenterer kritisk informasjon, og som har tjenstlig behov for tilgang på oppdatert kritisk informasjon i sine arbeidsprosesser.

Videre viser tallene at det er flest leger som **synkroniserer** kritisk informasjon til KJ, med sykepleierne på andre plass. Motsatt forteller tallene at det er flest sykepleiere som **ikke synkroniserer**, med legene på andre plass.

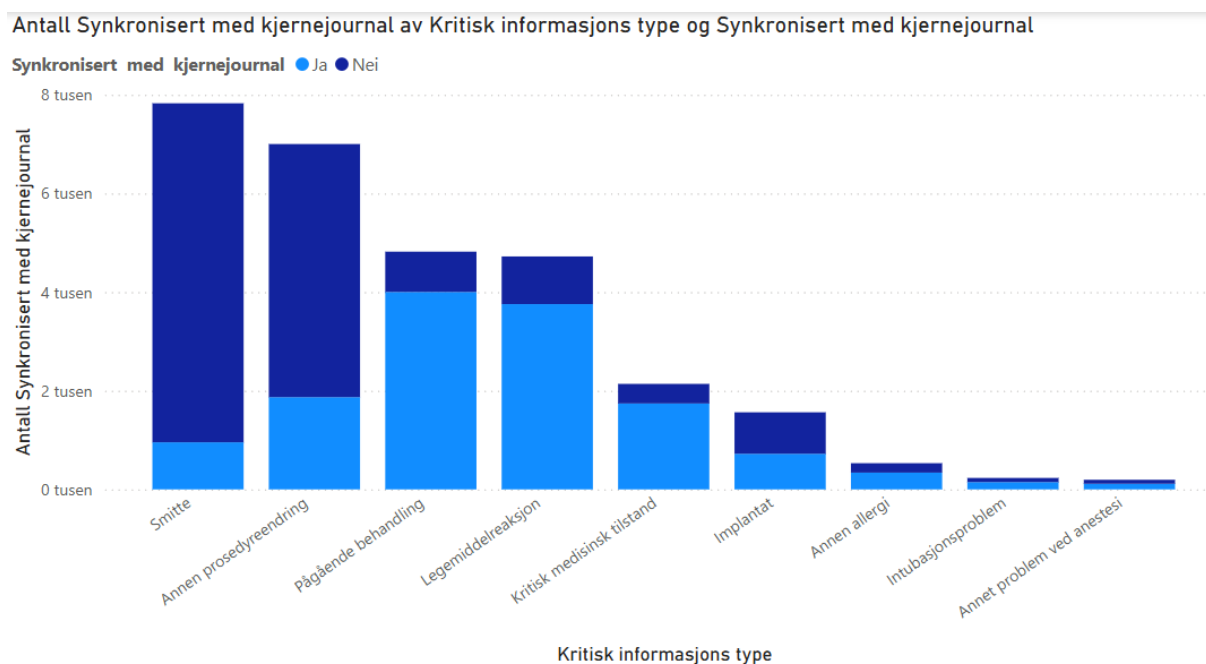


Figur 6: Oversikt over dokumentert og synkronisert kritisk informasjon for overlege, lege og sykepleier i 2025 (jan – mars).

Stillingstitlene lege og overlege viser til personellkategoriene i DIPS. Overleger er både leger og overleger. Lege er både LIS og lege. Ergo kan disse logisk sett slås sammen.



Figur 7: Dokumentert, men ikke synkronisert kritisk informasjon for overlege, lege og sykepleier



Figur 8: Andel av synkronisert kritisk informasjon, fordeling per kategori.

Kategoriene som registres mest av; pågående behandling, smitte og annen prosedyreendring er kategorier som sykepleiere i stor grad tar ansvar for. Her viser tall at det er stor forskjell på om disse kategoriene synkroniseres eller ikke. Det kan forklares med at sykepleierne på kreftavdelingene har fått målrettet opplæring i å registrere pågående behandling med blant annet cytostatika og strålebehandling.

De andre kategoriene er i generell bruk, og man har ikke kunne gå like målrettet frem. Sykepleiere generelt i HV, mangler nødvendig utstyr til å kunne autentisere seg med helseID. Se barriere nr. 1.

Fremdeles en jobb å gjøre for optimal gevinstoppnåelse

Tallene for synkroniseringsgrad viser oss at det er en jobb å gjøre for å få flere til å synkronisere kritisk informasjon med KJ, særlig for sykepleiere og leger. Forvaltning av løsning, i samarbeid med representanter fra delområde pasientjournal, jobber kontinuerlig sammen med foretakene med å avdekke barrierer for gevinstoppnåelse og å øke synkroniseringsgraden. Barrierene er sammensatte og komplekse. De må jobbes med over tid, både internt i HV og på nasjonalt plan.

De viktigste barrierene for gevinstoppnåelse er:

1. Manglende mulighet til å autentisere seg med helseID

Forklaring: Tradisjonelt har kun leger hatt behov for smartkort med chip eller annen autentiseringsløsning (FIDO2). Informasjon om behovet for autentisering med helseID ble formidlet i god tid før produksjonssetting, men foretakene ønsket å avvente for å se behovet. Foretakene antok at det hovedsakelig var leger som dokumenterte kritisk informasjon, og det fantes ingen rapport for å hente ut tall på dette da. Antagelsen viser seg å være feil.

Konsekvens: Kritisk informasjon kan dokumenteres i DIPS, men ikke lastes opp til KJ. Dette hindrer også ned lasting av ny og tilgjengelig kritisk informasjon fra KJ til DIPS.

Tiltak: Foretakene må utstyre helsepersonell med anbefalt autentiseringsløsning. Dette pågår.

2. Manglende kunnskap om ny løsning

Forklaring: Det tar tid å nå ut til alle ansatte. Informasjon, e-læring og relevant brukermateriell er levert av prosjektet, og nyhetssaker er publisert.

Konsekvens: Løsningen blir ikke utnyttet optimalt.

Tiltak: Gjentagende informasjon, obligatorisk e-læring for alle nyansatte, nyhetssaker på intranett og nasjonal omtale.

3. Problematisk å innhente samtykke etter gjeldende føringer for krav om samtykke i nasjonal KJ, når pasienten ikke er til stede

Forklaring: Det er behov for å innhente, korrigere og dokumentere kritisk informasjon både før og etter helsehjelp. Samtykke må gis både når kritisk informasjon skal meldes eller innhentes, da grensesnittet teknisk sett ikke kan skille mellom opplasting og ned lasting. Krav om samtykke oppleves å være en kunstig barriere, da dette kravet kun er knyttet til bruk av kjernejournal som nasjonal kilde. Kritisk informasjon deles i sektoren på mange andre måter enn via KJ, uten dette ekstra kravet til samtykke fra pasienten.

Konsekvens: Helsepersonell som ikke er unntatt krav om samtykke, får ikke innhentet eller meldt inn kritisk informasjon når pasienten ikke er til stede. Dette hindrer dem i å avlaste leger og sykepleiere, eller å utføre selvstendige arbeidsoppgaver. Beslutninger om helsehjelp tas potensielt på mangelfullt grunnlag, og KJ blir ikke oppdatert.

Tiltak: Vurdere justering av dagens regelverk for å bedre støtte nødvendig arbeidsfordeling og flyt i den kliniske hverdagen, samt økt pasientsikkerhet gjennom oppdatert og tilgjengelig kritisk informasjon i sektoren via KJ.

Oppsummert

Den nye løsningen i DIPS Arena og det nye grensesnittet for kritisk informasjon mellom KJ og DIPS Arena, er helt klart en suksess med klare gevinster i HV. Tallene viser samtidig at det er mer å hente for å oppnå målet med tilgjengelig og oppdatert kritisk informasjon i sektor, med Kjernejournal som nasjonal kilde.

Ansvar for ytterligere gevinstoppnåelse fordeles mellom foretakene, HOD og Helsedirektoratet. Gevinstoppnåelse i fase 3, er avhengig av at tilgjengelig funksjonalitet understøtte behovet i klinikken og at alt helsepersonell utstyres med nødvendig kunnskap og utstyr for å kunne bruke løsningen.

Referanser:

- *Alle tall er hentet fra DIPS rapport A -1190*
- *Styringsdokument Kritisk Informasjon 2.9.docx*
- *Prosjektdirektiv Kritisk informasjon 1.0.docx*
- *Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften) - Lovdata*