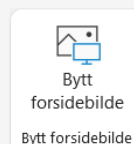


Pasientens kritiske informasjon: Anbefaling om videre innføring

Digital samhandling

RAPPORT | [Bestillingsnummer]

Velg fanen «Helsedirektoratet» og trykk på «Bytt forsidebilde» for å sette inn bilde på forsiden.



Innhold

1	Introduksjon	3
2	Bakgrunn for anbefalingen	5
3	Vurderinger	9
4	Nyttestyring	11
5	Status	12
6	Innføringsaktiviteter	14
7	Anbefaling	18

1 Introduksjon

1.1 Om oppdraget

Pasientens kritiske informasjon er en nasjonal tjeneste for deling av kritisk informasjon gjennom kjernejournal. Målet er at kritisk informasjon skal være tilgjengelig på tvers av aktørene i helsesektoren. Mangel på integrasjon mellom pasientjournal og kjernejournal gjør at registreringen av kritisk informasjon i kjernejournal er lav, fordi helsepersonell må registrere informasjonen både i egen pasientjournal og i tillegg i kjernejournal.

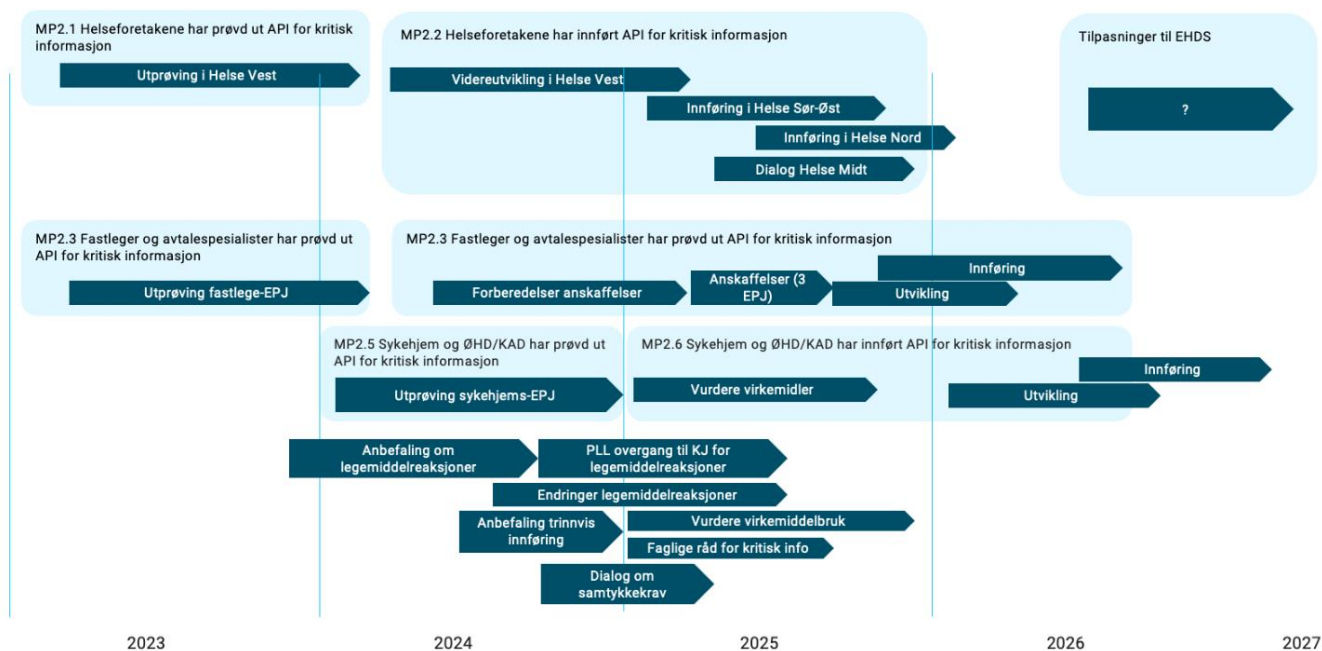
Tjenesten pasientens kritiske informasjon er nå vært prøvd ut i sykehusene i Helse Vest RHF, og lar helsepersonell registrere kritisk informasjon i eget pasientjournalssystem, og dele enkelt med kjernejournal.

I [mandat for tiltaket pasientens kritiske informasjon](#) får Helsedirektoratet i oppdrag å gi en anbefaling om trinnvis innføring.

1.2 Overordnet plan for tiltaket

Basert på sentralt styringsdokument og mandatet kan planen for tjenesten pasientens kritiske informasjon oppsummeres slik for årene som kommer:

DISKUSJONSUTKAST

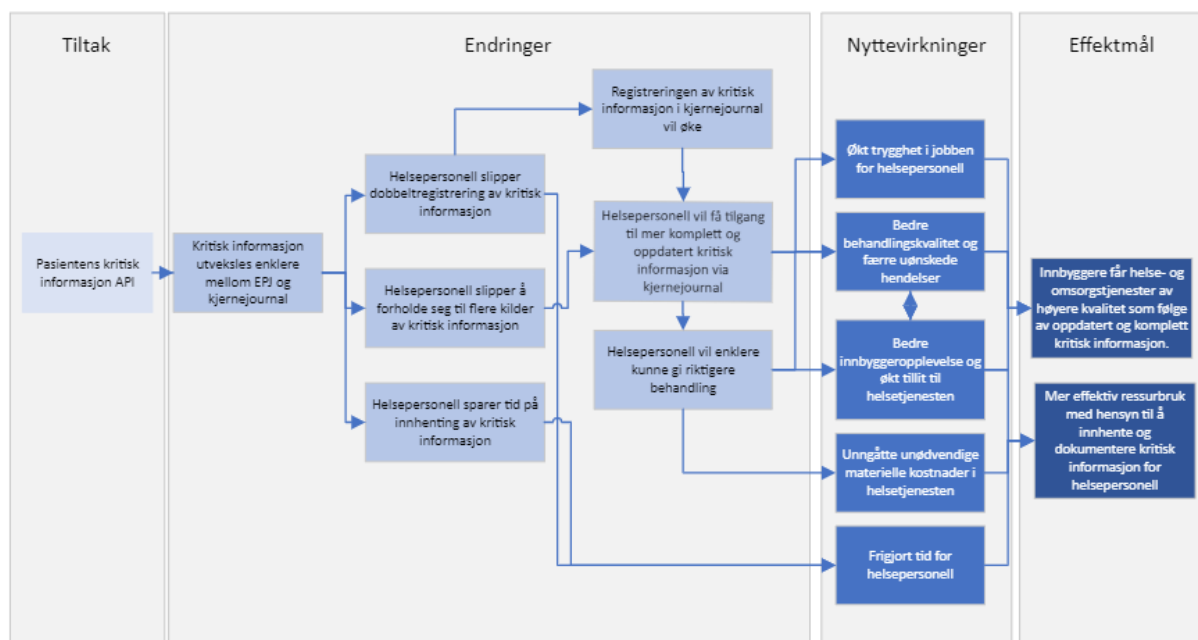


Figur 1 Overordnet plan fra sentralt styringsdokument for innføring av Pasientens kritiske informasjon.

2 Bakgrunn for anbefalingen

2.1 Forenklet samfunnsøkonomisk analyse av tiltaket

Den forenklete samfunnsøkonomiske analysen legges ved som vedlegg 1, og viser flere nyttevirksomheter for tiltaket, som kan bidra til økonomiske besparelser, redusert tidsbruk og økt pasientsikkerhet. Den samfunnsøkonomiske nytten er derimot usikker i sin helhet. For å vurdere et innføringsløp basert på samfunnsøkonomiske prinsipper (kost/nytte) er det gjort en vurdering av nytte og kost for den enkelte aktør. Dette skal utgjøre grunnlaget for anbefaling om videre innføring.



Figur 22 Årsaksforhold for nyttevirksomheter fra "Forenklet samfunnsøkonomisk analyse av Pasientens kritiske informasjon API"

I dag innhentes kritisk informasjon hovedsakelig gjennom samtaler med pasient eller informasjon i lokal pasientjournal. I tilfeller der pasienten ikke kan gjøre rede for seg, og informasjonen i journalsystemet er mangelfull, kan helsepersonell logge inn i kjernejournal portal. Helsepersonellet kan i mange pasientjournalsystemer se at kjernejournal symbolet har rød markering om at det er registrert kritisk informasjon på pasienten. Innlogging oppleves tungvint, og helsepersonell mangler tillit til at den registrerte informasjonen er oppdatert og komplett. Helsepersonell velger derfor å innhente og registrere kritisk informasjon

hovedsakelig i eget pasientjournalssystem. Mange sykepleiere og annet helsepersonell har i tillegg manglende eller begrenset lesetilgang til kjernejournal.

Norsk helsenett SF har etablert en løsning som gjør det enklere å lese eller oppdatere kritisk informasjon i kjernejournal direkte fra de pasientjournal- og fagsystemer helsepersonell bruker som arbeidsflate. Dette vil spare tid for helsepersonell, og øker kvalitet og omfang av innholdet i Pasientens kritiske informasjon for alle som har tilgang til kjernejournal.

Da den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av tiltaket i sin helhet er usikker, er det gjort en vurdering av den relative nytten og kostnaden, fordelt på ulike helsetjenester. Denne vurderingen viser at en videre innføring anbefales hos spesialisthelsetjenesten, og at det bør vurderes å anbefale innføring hos fastlegetjenesten og legevakt. Kjernejournal portal kan vurderes for deler av helsesektoren der nytten er usikker, dersom det vil være rimeligere.

Vi har fordelt vurderingene på tre områder:

- **Relativt bidrag til registrering av kritisk informasjon:** det kan være riktig å prioritere innføringen av kritisk informasjon API hos aktører som bidrar mest til å registrere kritisk informasjon, for å få opp registreringsgraden, slik at informasjonen blir mer komplett. Dette er ikke en nyttevirkning for aktøren som registrerer, men en virkning som bidrar til nytten for andre.
- **Relativt potensiale for økt behandlingskvalitet og pasientsikkerhet:** det kan være riktig å prioritere innføringen av kritisk informasjon API hos aktører som har flest pasienter der det er behov for å innhente kritisk informasjon, det vil si der situasjonene er akutte og kunnskapen om pasienten er lav. I slike tilfeller vil potensiale for å unngå uønskede hendelser være høyest.
- **Potensiale for frigjort tid for helsepersonell:** det kan være riktig å prioritere innføring av kritisk informasjon API hos aktører som vil ha størst potensial for tidsbesparelser for helsepersonell, enten ved å unngå dobbeltregistrering av kritisk informasjon, eller ved innhenting av kritisk informasjon

Nytte	Spesialisthelsetjenester		Legevakt	Fastlegetjenesten	Kommunal helse- og omsorgstjeneste			Andre
	Øvrige avdelinger	Akutt mottak og andre mottaksavdelinger			Sykehjem langtids	Sykehjem korttid	Hjemmetjenesten	
Relativt bidrag til registrering av kritisk informasjon	Middels bidrag	Lavt bidrag	Lavt bidrag	Stort bidrag	Mindre bidrag	Mindre bidrag	Mindre bidrag	Varierende bidrag
Relativt potensiale for øke behandlingskvaliteten og pasientsikkerhet	+	+++	++	+	+	++	++	+
Potensiale for frigjort tid for helsepersonell	Sjeldent	Ofte	Av og til	Av og til	Sjeldent	Av og til	Av og til	Sjeldent
Samlet vurdering av relativ nyttepotensialet	+	+++	++	++	+	++	++	+

Figur 33 Oversikt over nyttevirkninger hvor man sammenligner de ulike helseaktørene.

Den forenklete samfunnsøkonomiske analysen gir støtte til rekkefølgen som er skissert i sentralt styringsdokument for Digital samhandling.

2.2 Anbefaling om nasjonal håndtering av legemiddelreaksjoner

Helsedirektoratet har tidligere gitt en anbefaling om at kjernejournal brukes som nasjonal kilde for pasientens legemiddelreaksjoner. I arbeidet med anbefalingen kom det fram noen prinsipielle spørsmål som er av betydning.

- **reservasjonsrett**, der helsepersonell vil miste muligheten til å formidle kjente legemiddelreaksjoner gjennom nasjonale løsninger dersom pasienter har reservert seg mot kjernejournal, eller av andre grunner ikke kan ha kjernejournal
- **samtykkekrav** varierer mellom kjernejournal og reseptformidleren, der sistnevnte ikke krever samtykke for oppslag i informasjonen. Det er likevel unntak fra kravet om samtykke for fastlegen, helsepersonell med legemiddelansvar i sykehjem og i hjemmesykepleien og lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten.

For å lykkes med overgangen, kreves godt samarbeid med helsepersonell og aktører i helsesektoren, tilpasninger i nasjonale og lokale løsninger, og en overgangsperiode som ivaretar både faglig forsvarlighet og juridiske krav. Anbefalingen medfører endringer i reseptformidleren og pasientens legemiddelliste, og aktørene som jobber med digital samhandling ser på hvordan dette skal håndteres. Helsedirektoratet vil sammen med Norsk helsenett SF se på hvordan endringen kan gjennomføres, noe som svares ut i et eget oppdrag.

Samtidig må tilgangen til informasjon for apotekansatte og andre relevante grupper vurderes for å sikre at pasientsikkerheten ivaretas.

2.3 Evaluering av utprøvingen i sykehusene i Helse Vest RHF

Helse Vest IKT har sammen med pasientjournalleverandør utviklet ny funksjonalitet, og tilpasset informasjonsmodeller for kritisk informasjon i egen pasientjournal. Den nye funksjonaliteten gjør det mulig å utveksle kritisk informasjon mellom lokalt pasientjournalssystem og kjernejournal. Evalueringen av denne utprøvingen er lagt ved som vedlegg 2.

Evalueringen setter søkelys på nytte for helsepersonell, balanse mellom pasientsikkerhet og personvern og at det er god utviklingsretning. Erfaringsinnhenting ble gjennomført gjennom dialog med aktører, bruk av rapporter, statistikk og intervjuer med leverandører. Innsamling av data og erfaringer skjedde i perioden februar-oktober 2024.

Innføringen av tjenesten pasientens kritiske informasjon har økt tilgjengeligheten og brukervennligheten for kritisk informasjon, med gevinster som tidsbesparelser og bedre beslutningsstøtte. Det er likevel utfordringer knyttet til at ikke all kritisk informasjon i lokal journal lastes opp til kjernejournal og utfordringer med HelselD-pålogging. Utprøvingen viste også at helsepersonell opplevde utfordringer med kravene til samtykke.

Utprøvingen avdekket også behov for bedre opplæring og veiledning for helsepersonell, tydelige anbefalinger for oppstart, og juridiske avklaringer rundt synkronisering mellom kjernejournal og lokale fagsystemer. Effektivisering av oppstartsprosesser, inkludert innføring og integrasjon av HelselD i arbeidsflyten, viste seg nødvendig for å sikre enkel og sikker tilgang. Videre trengs klare retningslinjer for håndtering av personvern, sperringer, innsyn og samtykke.

Utprøvingen av tjenesten pasientens kritiske informasjon i sykehusene i Helse Vest RHF har vært vellykket med tanke på å øke tilgjengelighet og brukervennlighet av kritisk informasjon for helsepersonell. Til tross for noen utfordringer knyttet til opplæring og tekniske krav, har tjenesten vist seg å være en viktig milepæl for økt pasientsikkerhet i regionen.

3 Vurderinger

Helsedirektoratet mener utprøvingen har vært vellykket, men at den også setter søkelys på noen utfordringer som må jobbes videre med.

3.1 Utfordringer med å innhente samtykke

Helsepersonells tilgang til opplysninger i kjernejournal er regulert i pasientjournalloven § 13 og kjernejournalforskriften. Pasientjournalloven § 13 fjerde ledd fastsetter at helsepersonell med tjenstlig behov i forbindelse med ytelse av helsehjelp, kan etter samtykke fra den registrerte, gis tilgang til nødvendige og relevante helseopplysninger fra nasjonal kjernejournal. Fra hovedregelregelen om samtykke er det imidlertid gjort en rekke unntak, jf. kjernejournalforskriften § 7.

Sykehusene i Helse Vest RHF peker på at dagens regelverk gir utfordringer når helsepersonell som ikke er omfattet av unntak fra samtykkekravet skal forberede helsehjelpen uten at pasienten er til stede og kan gi sitt samtykke. Helsedirektoratet vil fortsette dialog og veiledning med sykehusene i Helse Vest RHF, Norsk helsenett SF og øvrige aktører samt om hvordan dette kan håndteres innen dagens regelverk, og vurdere om det er behov for regelverksendringer. Sykehusene kan også se på muligheten for å innhente samtykke før planlagt helsehjelp.

Helsedirektoratet vil vurdere behovet for regelverksendringer når det gjelder samtykkebestemmelsene, og fortsetter dialogen med aktørene.

3.2 Informasjon som er blokkert for helsepersonell i kjernejournal

Innbyggere kan blokkere helsepersonell i kjernejournal. Da vil det ikke være mulig for helsepersonellet som er blokkert å få tilgang til informasjonen fra kjernejournal.

I løsningen som er prøvd ut vil helsepersonell kunne legge til informasjon fra kjernejournal i lokalt pasientjournalssystem. Det betyr at informasjonen fra kjernejournal vil kunne lastes ned til lokal journal av helsepersonell som ikke har blokkeringer, og deretter kunne leses av helsepersonell som er blokkert i kjernejournal.

DISKUSJONSUTKAST

Det er mulig for innbyggere også å be om blokkeringer for helsepersonell i sykehusenes systemer, men blokkeringene vil ikke automatisk følge med fra kjernejournal. Problemstillingen vil følges opp i oppdatering av personvern vurderingen (DPIA) i 2025.

4 Nyttestyring

Både Helse Vest IKT, Norsk Helsenett SF og Helsedirektoratet ser på hvordan vi kan bruke statistikk til å skaffe bedre indikatorer på hvilken nytte tiltaket gir.

4.1 Mengde kritisk informasjon som er delt gjennom kjernejournal

Det er et mål å øke registreringsgraden nasjonalt, og Norsk Helsenett SF har etablert en statistikk-løsning som viser nye og oppdaterte registreringer av kritisk informasjon. Det finnes ikke gode estimater for forekomsten for de ulike typene kritisk informasjon, men et anslag som har vært brukt tidligere er at rundt 5% av befolkningen har informasjon som bør være delt.

4.2 Oversikt over aktører som har tatt i bruk tjenesten

Ved innføringen av tjenesten kan det skilles på virksomheter som er teknisk forberedt for tjenesten, har etablert lesetilgang og de som har skrivetilgang.

Det er naturlig å etablere måltall basert på sentralt styringsdokument.

4.3 Indikatorer på bruk av tjenesten

Vi anbefaler også å se på andre indikatorer som kan gi innsikt i hvordan tjenesten brukes, eksempler kan være:

- hyppighet på spørring etter oppdatert informasjon fra kjernejournal
- hyppighet på nedlasting av data fra kjernejournal
- andel lokale data som er lastet opp til kjernejournal

5 Status

I dette kapitlet beskrives status for utbredelse av kjernejournal portal og kritisk informasjon API. Selv om mange aktører har mulighet til å se informasjon fra kjernejournal, vil nytten også avhenge av at informasjonen som er tilgjengelig brukes i arbeidsprosessene.

5.1 Primærhelsetjenesten

Aktør	Beskrivelse	Status kjernejournal portal	Status kritisk informasjon API
Fastleger	Dialogen med pasientjournalssystemene foregår gjennom EPJ-løftet	I bruk for de fleste	En pasientjournalleverandør har testet ut lesetilgang og skriveilgang. Konkurranses grunnlaget klargjøres 1. kvartal 2025
Legevakt	Legevakt bruker i hovedsak pasientjournalssystemer som fastleger	I bruk for de fleste	Antas å følge leverandørstøtte som hos fastleger
Kommunale akutte døgntilbud	Planlegging ikke startet for disse pasientjournalleverandørene	I bruk i en del kommuner	Uavklart
Øvrige kommunale helsetjenester	Planlegging ikke startet for disse pasientjournalleverandørene	I bruk i en del kommuner	Uavklart

5.2 Spesialisthelsetjenesten

Aktør	Beskrivelse	Status kjernejournal portal	Status kritisk informasjon API

DISKUSJONSUTKAST

Helse Vest RHF	Helse Vest har prøvd ut pasientens kritiske informasjon, og videreutvikler løsningen	I bruk	I drift, alle sykehus
Helse Sør-Øst RHF	Helse Sør Øst planlegger å komme i gang i 2025.	I bruk	Planlagt 2025
Helse Nord RHF	Helse Nord planlegger å komme i gang, men ønsker å koordinere innføring med pasientens legemiddelliste	I bruk	Planlagt
Helse-Midt RHF	Helse Midt avventer tilpasninger til EHDS	I bruk	Uavklart
Avtalespesialister	Avtalespesialister som bruker fastlege-pasientjournal som EPJ-løftet inngår avtale med, vil ta i bruk kritisk informasjon API. Det sees også på muligheter for systemer som ikke brukes av fastleger	I bruk	Konkurransegrunnlaget klargjøres 1. kvartal 2025.

6 Innføringsaktiviteter

6.1 Suksessfaktorer for innføring

- Opplæring av helsepersonell og tilrettelegging må tilpasses tjenesteområde og profesjon
- God koordinering med tiltakene i satsningen digital samhandling, og særlig med pasientens legemiddelliste.
- Sette krav til pasientjournalleverandørene for leveranser i henhold til resultatmål
- Avklaring og veiledning i forhold til at virksomhetene tar eierskapet til gevinstrealisering
- Målrettet kommunikasjon for å forbedre og øke motivasjon for nødvendige endringer i arbeidsprosesser ved oppstart og underveis til innføring er gjort og tjenesten tatt i bruk
- Involvering av brukere, både helsepersonell, andre ansatte og innbyggere

6.2 Oversikt over innføringsaktiviteter

6.2.1 Sykehus

Fase og mål for fasen	Aktiviteter
Forberedelser. Helseaktøren har identifisert eget behov og mål	○ RHF-ene bestiller funksjonalitet og oppgradering fra pasientjournal leverandør ○ Rydde i historiske data om kritisk informasjon i pasientjournalssystemet ○ Forankring og beslutning hos ledelsen i virksomheten ○ Sette av tilstrekkelig tid og ressurser til opplæring ○ Sørge for innbyggerinformasjon
Utvikling og begrenset innføring. Tjenesten er tilstrekkelig til å prøves ut	○ Sørge for at aktuelt helsepersonell har HelseID sikkerhetsnivå høyt ○ Følge opp leverandør av pasientjournal og andre fagsystem ○ Oppdatert ROS/DPIA ○ Brukertesting

DISKUSJONSUTKAST

	○ Evaluere, dele erfaringer med andre sykehus og gjøre nødvendige justeringer på • Brukervennlighet • Teknisk funksjonalitet • Vurdere mulighet for skalering • Opplæring • Innbyggerinformasjon
Videreutvikling og innføring. Tjenesten er teknisk tilrettelagt og klar til å tas i bruk i virksomhetene	○ Følge opp leverandør av pasientjournal- og andre fagsystemer ○ Kartlegge behov for innføring av nye HelselID-er ○ Sette opp tilgang og delegeringer i pasientjournalsystemet ○ Oppdatere rutiner for håndtering av konverterte data / duplikater ○ Evaluere, dele erfaringer og justere • Brukervennlighet • Teknisk funksjonalitet • Opplæring • Innbyggerinformasjon
Tjenesteforvaltning. Virksomhetene bruker tjenesten som tiltenkt	○ Eventuelle endringer i arbeidsprosesser er gjennomført og innarbeidet ○ Opplæring av helsepersonell som skal registrere/lese kritisk informasjon er gjennomført ○ Følge opp måltall på nytte og justere i virksomheten etter behov ○ Nytte kommuniseres fortløpende ○ Eventuelt bestille videreutvikling

6.2.2 Fastleger, legevakter og avtalespesialister

Fase og mål for fasen	Aktiviteter
Forberedelser. Helseaktøren har identifisert eget behov og mål	○ Bestille funksjonalitet og oppgradering fra pasientjournal leverandør via EPJ-løftet ⊖ Rydde i historiske data om kritisk informasjon i pasientjournal systemet ⊖ Planlegge opplæring ○ Sette av tilstrekkelig tid og ressurser til opplæring

DISKUSJONSUTKAST

Utvikling og begrenset innføring. Tjenesten er tilstrekkelig til å prøves ut	○ Oppfølging av pasientjournalleverandører via EPJ-løftet ○ Vurdere hvem som skal ha innlogging med HelseID ○ Evaluere underveis og gjøre nødvendige justeringer på: • Brukervennlighet • Teknisk funksjonalitet • Opplæring • Innbyggerinformasjon
Videreutvikling og innføring. Tjenesten er teknisk tilrettelagt og klar til å tas i bruk i virksomhetene	○ Sette av tilstrekkelig tid og ressurser til opplæring ⇨ Gjennomføre opplæring ○ Evaluere, dele erfaringer og justere ○ Brukervennlighet ○ Teknisk funksjonalitet ○ Opplæring
Tjenesteforvaltning. Virksomhetene bruker tjenesten som tiltenkt	○ Nødvendige endringer i arbeidsprosesser er gjennomført og innarbeidet ○ Opplæring for de som skal registre og lese kritisk informasjon er gjennomført ○ Oppfølging av måltall og gevinst realisering ○ Eventuelt, bestille videreutvikling hos pasientjournalleverandør via EPJ-løftet

6.2.3 Øvrige kommunale helsetjenester

Fase og mål for fasen	Aktiviteter
Forberedelser. Helseaktøren har identifisert eget behov og mål	KS har i samarbeid med Norsk helsenett SF og kommuner, etablert Nasjonal koordineringsgruppe for felles innføringsløp e-helse i kommunal sektor. Regionale grupper for e-helse er tilknyttet Digi-nettverkene og KS e-komp som kan bistå med å: ○ bestille nødvendig funksjonalitet og oppgradering fra pasientjournalleverandør ○ rydde i historiske data om kritisk informasjon i pasientjournal systemet

	○ få gjort nødvendig forankring i kommunen på politisk- og ledernivå ○ planlegge opplæring ○ bistå med innbyggerinformasjon i samarbeid med kommunikasjonsansvarlig i kommunen
Utvikling og begrenset innføring. Tjenesten er tilstrekkelig til å prøves ut	Bistand fra Digi-nettverkene og KS e-komp til å: ○ anskaffe HelseID sikkerhetsnivå høyt for aktuelt helsepersonell ○ følge opp pasientjournalleverandører ○ planlegge brukervennlighetstester? ○ evaluere erfaringer og gjøre nødvendige justeringer på: ○ Brukervennlighet ○ Teknisk funksjonalitet ○ Vurdere mulighet for skalering ○ Opplæring ○ Innbyggerinformasjon
Videreutvikling og innføring. Tjenesten er teknisk tilrettelagt og klar til å tas i bruk i virksomhetene	Med bistand fra Digi-nettverkene og KS e-komp sørge for ○ oppfølging av pasientjournalleverandør ○ kartlegge behov for at flere helsepersonell har HelseID sikkerhetsnivå høyt ○ gjennomføring av nødvendig opplæring ○ evaluere, dele erfaringer og justere ○ Brukervennlighet ○ Teknisk funksjonalitet ○ Opplæring ○ Innbyggerinformasjon
Tjenesteforvaltning. Virksomhetene bruker tjenesten som tiltenkt	○ Nødvendige endringer i arbeidsprosesser er gjennomført og innarbeidet ○ Opplæring av helsepersonell som skal registrere og lese kritisk informasjon er gjennomført ○ Følge opp måltall og gevinst realisering ○ Eventuelt, bestille videreutvikling fra pasientjournalleverandør med bistand fra Digi-nettverkene og KS e-komp

7 Anbefaling

7.1 Anbefaling om trinnvis innføring av tjenesten

Helsedirektoratet anbefaler å gå videre med trinnvis innføring. Videre blir det viktig med god dialog rundt både helsefaglige og juridiske vurderinger når informasjonen fra kjernejournal brukes på nye måter.

- Helsedirektoratet vil i 2025 oppdatere DPIA for kjernejournal med tanke på at tjenesten tar i bruk informasjon i kjernejournal på nye måter.
- Helsedirektoratet ønsker dialog om hvordan pasientens rettigheter med tanke på blokkeringer ivaretas når det blir enklere å overføre opplysninger fra kjernejournal til lokal journal. Helsedirektoratet er åpen for innspill knyttet til hvordan pasientens reservasjoner mot deling av helseopplysninger på tvers av nasjonale løsninger og virksomheter best kan ivaretas
- Helsedirektoratet anbefaler å etablere måleparametre for oppfølging av nytte i den videre innføringen av tjenesten.

7.2 Anbefaling om HelseID

En forutsetning for bruk av flere av de nasjonale e-helseløsningene er at helsepersonell har muligheten til å logge inn med HelseID på høyt sikkerhetsnivå. Helsevirksomhetene bør prioritere at alt helsepersonell får tilgang til å logge inn med HelseID.

Virksomhetene bør legge til rette for gode brukeropplevelser ved innlogging slik at informasjonen er tilgjengelig for de som har behov for den, og at pasientsikkerheten dermed økes.

7.3 Koordinering av innføring

Det pågår en rekke større digitaliseringsprosjekter samtidig, blant annet i satsingen på digital samhandling.

Det ligger store muligheter for mer nytte av kritisk informasjon gjennom økt tilgjengelighet ved ordinerings og rekvirering, og Helsedirektoratet ser at sammen med pasientens legemiddelliste vil uheldige hendelser kunne unngås dersom kritisk informasjon er tilgjengelig når helsepersonell forskriver legemidler.

Både helsevirksomhetene, leverandørene og helseforvaltningen har behov for å ha riktig tempo, og koordinere utviklings- og innføringsaktivitetene slik at ikke kapasiteten overskrides.

7.4 Vurdering av virkemiddelbruk

Helsedirektoratet skal i 2025 vurdere virkemidler for å øke innføringstakten, med fokus på tre aktørgrupper.

- For spesialisthelsetjenesten ser det ut til at tre av fire helseregioner vil ta i bruk kritisk informasjon API. For Helse Midt RHF vil Helsedirektoratet fortsette dialogen
- For fastleger er det startet forberedelser til anskaffelser gjennom EPJ-løftet, som vil gjøre det mulig å ta i bruk kritisk informasjon API hos noen leverandører. Helsedirektoratet skal starte vurdering av alternativer for pasientjournalleverandører som ikke kommer i gang med utvikling av nødvendig funksjonalitet
- Helsedirektoratet skal starte dialog med kommunal helse- og omsorgssektor om hvordan tjenesten kan innføres i de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene

7.5 Videreutvikling

Helsedirektoratet anbefaler også at tjeneste videreutvikles for å hente ut mer nytte. Basert på arbeidet med evalueringen, kan det være nyttig å se på:

Situasjonsbetingede varsler: API-integrasjon mellom kjernejournal og pasientjournal muliggjør enda mer tilpassede varsler basert på situasjonen helsepersonellet står i. Legemiddelreaksjoner er mest relevant når man vurderer ordinerings og rekvirering av legemidler, og intubasjonsvansker er mest relevant dersom pasienten trenger narkose. Dette kan både bidra til å redusere varseltretthet, og samtidig styrke personvernet.

Unngå behov for dobbeltregistrering i eget fagsystem: Legen registrerer diagnoser i diagnosemodulen eller i journaldokumentet. Dersom de også skal registrere det som kritisk informasjon (som kritiske medisinske tilstander), må de også registrere det i kjernejournal, i kritisk info- fanen, og føre informasjonen her også.

Bedre beslutningsstøtte: Tjenesten pasientens kritiske informasjon gir muligheter for både pasientjournalleverandører og andre leverandører å tilby beslutningstøtte som støtter helsepersonellens arbeid basert på kritisk informasjon, og som kan brukes sammen med pasientjournalssystemer.

Tilpasninger til internasjonale standarder: Tilpasning av informasjonsmodellen til internasjonale standarder som utvikles i EHDS-samarbeidet, som det europeiske pasientsammendraget (EU Patient Summary EUPS) kan gjøre pasientjournalssystemer mer compatible med det europeiske markedet. Det kan bidra til mer nytte, og også sikre at norske løsninger kan skaleres og eksporteres til andre markeder i Europa.