



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Direktoratet for e-helse
Avdeling Kjernejournal
Oslo

Deres ref.: 18/996

Vår ref.: 19/663

Dato: 4.3.2019

Kravspesifikasjon for bruk av Kjernejournal-API, Kritisk informasjon.

Legeforeningen takker for utvidet frist på denne høringen, som vi mottok langt senere enn andre høringsinstanser.

Vi har følgende bemerkninger:

Et arbeid som styrker kjernejournal, KJ, innhold og aktualitet er i seg selv positivt. Legeforeningen har ønsket å prioritere KJ som nasjonal felleskomponent fordi den raskere vil kunne gi oss samhandling om viktige områder «på tvers» av helsetjenesten enn andre løsninger som for eks. «en innbygger en journal». Deling av kritisk informasjon, dokumenter og pasientens legemiddelliste tilgjengelig gjennom KJ vil lette vårt kliniske arbeid.

Legeforeningen støtter at det jobbes med å etablere automatisk synkronisering av kritisk informasjon. Det er viktig at leger ikke bruker tid på å dokumentere på nytt, og kun dokumenterer én gang hvis mulig. Samtidig er det sånn at det faglige innholdet i kritisk info er like viktig og vanskelig som den tekniske løsningen når man laster opp automatisk.

Sikring av det faglige innholdet er en omfattende lederoppgave i hele helsetjenesten må adresseres i alle virksomheter. Den tekniske løsningen er ikke mer enn en teknisk plattform, og utvikling av faglig kvalitet må understøttes av løsningen. På dette området kreves tett samarbeid med helsetjenesten og en god plan for gjennomføring.

Brukerhistoriene i høringsnotatet er på et overordnet nivå og bør detaljeres slik at man får bedre oversikt over faktiske muligheter for dokumentasjon av synkronisert kritisk informasjon.

Det er i dag begrensede skriverettigheter for kritisk informasjon i KJ. Vi er kjente med at andre profesjoner ønsker å få rett til å registrere kritisk informasjon. Vi mener det er riktig å begrense skriverettighetene. Det vil kunne føre til ytterligere kvalitetsutfordringer i KJ å la andre profesjoner få skrivetilgang. Vi forstår at det i noen kliniske systemer på sykehus gis anledning til at f.eks. sykepleiere kan registrere kritisk informasjon lokalt i EPJ. Når dette ikke lastes opp blir det en diskrepans mellom KJ og lokal EPJ noe som kan oppleves problematisk på sykehusnivået. Denne utfordringen må finne en annen løsning enn frislipp på hvem som kan skrive i KJ.

EPJ er den mest troverdige informasjonskilden og det sentrale arbeidsverktøyet for klinikere. Dokumentasjon av kritisk informasjon er en liten del av den dokumentasjonsjobben som gjøres. Det kan bli krevende å få til arbeidsprosesser som legger til rette for synkronisering.

Det kan komme ytelsesutfordringer med slik kompleks teknisk løsning. Det bør bekreftes via teknisk utprøving hvorvidt ytelsen kan være så høy at klinikere ikke merker forsinkelse ved synkronisering – både for les- og skriv-operasjoner.

Synkronisering av kritisk informasjon via mange kilde-systemer er meget ambisiøst og teknisk komplekst. Utarbeidelse av standarden forutsetter derfor stor grad av dialog mellom aktørene, inkludert journalleverandørene.

Et lavere ambisjonsnivå som kanskje er et nødvendig steg på veien kunne vært å vist kritisk info fra andre journalsystemer via kjernejournal inn i eget journalsystem, kanskje via IHE XDS standarder. Man må så "synkronisere" manuelt i eget journalsystem når man kan lese hva som står registrert i de andre. Man kunne vurdert EUs prosjekt for Patient summary som basis for teknologisk standard.

Innenfor EU har man nylig blitt enige om en europeisk standard for kjernejournal – The European standard for **The Patient Summary for Unplanned, Cross – border Care**. Dette må man ta hensyn til ved utvikling av APIer for KJ. Standarden er utviklet av CEN (Comité européen de normalisation) sammen med de to andre store standardiseringsorganene HL7 Europe og IHE Europe. HL7 IPS (International Patient Summary) har vært grunnsteinen for produktet som er laget. Det er utviklet implementerings guider for både CDA (Clinical Document Architecture) og FIHR (Fast Healthcare Interoperability Resources). Standarden må oppfattes som en omforent standard for EU.

APIet baserer seg fortsatt på innholdstandarder som angir at legemiddelreaksjoner sin alvorlighetsgrad er enten "alvorlig" eller "mindre alvorlig". Dette er ikke entydig og vil føre til at samme type reaksjon klassifiseres forskjellig. Her bør man endre til det svenske tre-delte systemet med "livstruende", "skadelig (permanent)" og "plagsom (forbigående)". Dette er entydig, vil gjøre registreringsprosessen klarere og vil gi mer verdi for konsumenter av informasjon.

Det er all grunn til å gjøre et forbedringsarbeid på Cave modulene i EPJ, sammen med forbedring av FEST sin beskrivelse av allergisk reaksjon og koding av denne. Samspillet mellom disse danner grunnlag for en riktig bruk av Cave opplysningene, noe som ikke skjer i dag. Trolig er et flertall av legene ukjente med disse problemene. ATC-klassifiseringen brukes for varsling av kryssreaksjoner, noe det ikke er egnet for. Vi behøver et eget kryss-allergi-register for legemidler som håndterer registrering av både produkt, generika og gruppe legemidler som mistenkt agens.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
Avdelingsdirektør