

Kjernejournal i sykehjem, hjemmetjeneste og omsorgsinstitusjoner

EFFEKTER OG BARRIERER KNYTTET TIL BRUK AV KJERNEJOURNAL

Innhold

1.	Bakgrunn	4
2.	Metode.....	5
2.1	Spørreundersøkelse	5
2.1.1.	Datagrunnlag fra spørreundersøkelsen	7
2.2	Intervju.....	8
2.3	Kildekritikk	9
3	Bruk av Kjernejournal	10
3.1	Forutsetninger for bruk av Kjernejournal	12
3.1.1	Behov for Kjernejournal.....	13
3.1.2	Informasjon og opplæring	14
3.1.3	Forankring og oppfølging	17
3.1.4	Hele behandlingkjeden må benytte Kjernejournal.....	18
4	Effekter av Kjernejournal	20
4.1	Forventede effekter	20
4.2	Kvantitative effekter.....	20
4.2.1	Antall informasjonskilder og tid brukt på å innhente informasjon om nye pasienter	21
4.2.2	Henvendelser til andre aktører i helsesektoren.....	23
4.2.3	Tid brukt på legemiddelsamstemming	24
4.2.4	Generell tidsbesparelse	25
4.3	Kvalitative effekter	27
4.3.1	Samhandling.....	27
4.3.2	Deling av kritisk helseinformasjon	29
4.3.3	Pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen.....	30
4.3.4	Konsekvenser av Kjernejournal	32
4.4	Effekter oppsummert.....	34
5	Barrierer knyttet til bruk av Kjernejournal	35
5.1.1	Holdninger til bruk av teknologi og Kjernejournal	35
5.1.2	Hardware	36
5.1.3	Pålogging	37
5.1.4	Tjenstlig behov og innsyn	38
6	Anbefalinger for videre arbeid med Kjernejournal.....	40
6.1	Kommunene bør forberedes på gjennomføringen av hele innføringsfasen av Kjernejournal	40
6.2	Flere aktører i helse- og omsorgstjenesten må bruke Kjernejournal.....	41
6.3	Kommunene trenger flere funksjoner i Kjernejournal enn det som er tilgjengelig for helsepersonell i dag.....	41

Sammendrag

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning for deling av pasienters helseopplysninger på tvers av tjenester og nivåer i helsevesenet. Kjernejournal inneholder en oversikt over blant annet generell informasjon om innbyggeren, så som aktive resepter, kritisk informasjon, og vaksinasjonsstatus. Løsningen har vært i bruk på legevakter, sykehus og fastlegekontorer i flere år. Prosjektet *Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester* skal gi helsepersonell i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste tilgang til løsningen. Innføring og bruk av Kjernejournal sees på som et viktig steg i å øke pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenestene. En rekke kommuner har allerede innført Kjernejournal i pleie- og omsorgstjenestene, men antall oppslag som blir gjort er lavere enn forventet. Forskriftsendringene i pasientjournalloven fra 2021 innebærer at kommuner pålegges å blant annet betale for forvaltning og drift av kjernejournal. Kommunenes andel av kostnadsvekst knyttet forvaltning og drift skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse – og omsorgstjenesten. Med dette som premiss er det viktig for kommunene å sikre at gevinster blir realisert. I denne studien har vi identifisert og målt reelle effekter ved å bruke Kjernejournal, samt identifisert viktige forutsetninger og barrierer for bruk.

Effekter er målt og barrierer er kartlagt ved hjelp av en spørreundersøkelse som har blitt sendt ut til leger, sykepleiere og vernepleiere i 30 utvalgte kommuner i alle landets fylker. Totalt har 739 svart på undersøkelsen. Selve datagrunnlaget er noe mindre ettersom ikke alle respondentene har tilgang til Kjernejournal, eller ikke bruker Kjernejournal selv om de har tilgang. 259 har kunnet svare på effektspørsmålene, hvorav 77% er sykepleiere, 11% leger, og 8% vernepleiere. 461 har kunnet svare på barrieredelen, og fordelingen mellom yrkesgruppene er omtrent den samme som for effektspørsmålene. I tillegg til spørreundersøkelsen er det gjennomført 25 dybdeintervjuer med ulike enhetsledere og prosjektledere for innføring av Kjernejournal i 12 av de 30 utvalgte kommunene.

Norsk helsenett har tidligere operert med et mål for hensiktsmessig bruk av Kjernejournal på 0,3 oppslag per uke per 1000 innbygger. I utvalgs kommunene varierer antall oppslag per 1000 innbygger per uke fra 0,05 til 3,49, hvor gjennomsnittet er på 0,75 oppslag og medianen er på 0,42 oppslag. Antall oppslag per 1000 innbygger per uke korrelerer både med innbyggertall og med antall uker siden oppstart. Foreløpig er det en relativt liten andel av respondentene som benytter Kjernejournal daglig eller ukentlig (29% av 487). 16% bruker Kjernejournal månedlig, 27% bruker den sjelden og 29% bruker aldri Kjernejournal. Bruksgraden varierer mellom yrkesgruppene og arbeidssted. Legene bruker den hyppigst og sykepleierne nest hyppigst. Videre er det i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene i sykehjem at den brukes oftest. Kjernejournal brukes først og fremst til å finne informasjon om pasientenes resepter og kritisk informasjon. Gjennom covid-pandemien har Kjernejournal også blitt hyppig brukt til å kartlegge vaksinasjonsstatus. Mange bruker også Kjernejournal til å finne ut hvilken fastlege pasienten har.

I kommunene hvor Kjernejournal har blitt et arbeidsverktøy som benyttes av flere oppnår en både kvantitative og kvalitative gevinster. Men det ser ut til at en rekke forutsetninger må være til stede for at Kjernejournal skal bli brukt, og dermed blir dette forutsetninger for å få hentet ut de identifiserte gevinstene. Den viktigste forutsetningen er at helsepersonell ser at de har behov for å bruke Kjernejournal. 25% av de som har oppgitt at de aldri bruker Kjernejournal oppgir at det er fordi de ikke har behov for informasjonen som de finner der. Både i spørreundersøkelsen og gjennom intervjuene blir det gjort et poeng ut av at helsepersonell allerede opplever å ha tilgang på nødvendige opplysninger i andre systemer enn Kjernejournal. Gjennom flere av intervjuene blir det trukket frem at det største behovet for Kjernejournal ligger hos ØHD/KAD- og korttidsavdelingene fordi de møter flere pasienter i en øyeblikkelig hjelp-situasjon og ofte ikke kjenner pasientene godt fra tidligere. Mange trekker også frem flere gevinster for hjemmetjenesten i forbindelse med bruk av Kjernejournal, muligens fordi de har et høyt volum av brukere/pasienter, og en stadig større andel av tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten er hjemmeboende. En annen viktig forutsetning for bruk av Kjernejournal er at medarbeidere har fått informasjon og opplæring. Hvor mye informasjon helsepersonell oppgir å ha fått om Kjernejournal korrelerer både med antall oppslag per 1000 innbygger per uke og med andelen som har svart at de er godt informert om å bruke Kjernejournal. I hvor stor grad de ulike medarbeiderne

er informert om Kjernejournal varierer på tvers av kommuner, profesjoner og tjenestested. God opplæring er blant de mest gjennomgående svarene i spørreundersøkelsen på hva som skal til for at en bruker Kjernejournal mer enn i dag. 27% av de som har svart at de aldri bruker Kjernejournal forklarer det med utilstrekkelig opplæring. Informasjon og opplæring i en sektor hvor det er mange ansatte, hvorav flere jobber turnus og deltid, er ressurskrevende. Kvaliteten på opplæringen korrelerer positivt med hvor ofte en har oppgitt å bruke Kjernejournal. En viktig suksessfaktor for vellykket innføring og vedvarende høy bruksgrad av Kjernejournal virker å være forankring i alle ledd, og det å ha en egne dedikerte ressurspersoner til å jobbe med forankring, informasjon og kanskje også opplæring. Det ser ut som om det er særlig viktig å sikre forståelsen av nytte blant mellomledere. Når mellomledere har forstått hensikten med at enheten skal benytte Kjernejournal, og mellomledere blir fulgt opp på det, vil fokuset forplante seg videre til resten av virksomheten. En siste forutsetning for å sikre hyppig bruk av Kjernejournal er at løsningen brukes i hele behandlingsskjeden, og ikke bare av pleie- og omsorgstjenesten. Ikke bare må Kjernejournal brukes av hele behandlingsskjeden, men kritisk informasjon må oppdateres når det har skjedd endringer. Funn fra spørreundersøkelsen og intervju indikerer at både fastlegers og spesialisthelsetjenestens (manglende) bruk av Kjernejournal påvirker bruksgraden i pleie- og omsorgstjenesten i negativ retning. Når informasjonen i epikrise, reseptmodul og Kjernejournal ikke stemmer overens med hverandre blir Kjernejournal i verste fall en kilde til forvirring.

Antall kilder som brukes for å innhente nødvendig informasjon om nye brukere eller pasienter har gått ned etter innføringen av Kjernejournal. Andelen som nå bare bruker én informasjonskilde har økt fra 2% til 13%, mens andelen som bruker fem eller flere kilder har falt fra 16% til 8%. Effektene er større i hjemmetjenesten enn i sykehjem. Tiden som blir brukt på å innhente nødvendig informasjon om pasient har også gått ned. Andelen som når bruker 1-15 minutter har økt fra 6% til 19%, mens andelen som bruker mer enn 30 minutter har falt fra 33% til 18%. Effektene er omtrent like stor for alle institusjonstypene og yrkesgruppene. Vi finner også indikasjoner på at Kjernejournal sparer helsepersonell for tid på legemiddelsamstemming og generelle tidsbesparelser i løpet av en arbeidsuke. Tidsbesparelsene er størst i hjemmetjenesten, og det er særlig i hjemmetjenesten at Kjernejournal har redusert antall unødvendige henvendelser til øvrige aktører som fastlege og apotek. Nesten halvparten av de spurte synes at Kjernejournal er et godt verktøy for å dele kritisk helseinformasjon med fastlege, spesialisthelsetjenesten og legevakt, og det gjør dem tryggere på at helseopplysningene de har om pasient er oppdatert. En tredjedel mener at grunnlaget for å gjøre faglige vurderinger er forbedret. Muligheten til å dele kritisk informasjon, grunnlaget for å gjøre faglige vurderinger og det å ha en trygg plattform for kvalitetssikrede helseopplysninger gjør at flere mener at Kjernejournal har forbedret kvaliteten på behandlingen. 70% av utvalget mener at Kjernejournal har medført positive konsekvenser både for helsepersonell og pasienter/brukere. I tillegg til viktige forutsetninger for bruk av Kjernejournal er det også avdekket noen barrierer. En betydelig andel av spørreundersøkelsens deltakere synes at pålogging via BankID er både tidkrevende og tungvint, og flere kommuner har opplevd utfordringer med ansatte som ikke ønsker å benytte sin BankID i jobbsammenheng. 19% oppgir at de ville ha brukt Kjernejournal mer hvis de kunne ha benyttet en annen påloggingsmetode. Det har også vært utfordringer knyttet til å tolke hvem det er som har tjenstlig behov, og som har lov til å gjøre oppslag i Kjernejournal. Uklarheter rundt dette har ført til mindre bruk. Loggføring av hvem som har gjort innsyn i Kjernejournal i Helsenorge gjør at helsepersonell frykter å urettmessig bli anklaget for snoking, og kvier seg av den grunn for å bruke Kjernejournal. 11% holder igjen på bruken av Kjernejournal på grunn av dette.

For videre arbeid med Kjernejournal anbefales det at Kjernejournal i større grad settes i system i de kommunale pleie og omsorgstjenestene enn hva det har vært blitt gjort til nå for å kunne hente ut flere gevinster. Kommuner som ikke har tatt i bruk Kjernejournal enda må gjøre et målrettet arbeid når det gjelder informasjon, forankring, opplæring og oppfølging i forbindelse med innføring. I Kjernejournal skal sentrale person- og helseopplysninger samles på ett sted, for å oppnå dette er det viktig at samtlige aktører i helsevesenet aktivt bruker Kjernejournal. En må definere ansvarsforhold for å sikre at både Pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og spesialisthelsetjenesten legger inn og oppdaterer kritisk informasjon i Kjernejournal når det er relevant. Det anbefales å få på plass funksjon for dokumentdeling, prøvesvar, digital behandlingsplan og pasientens legemiddelliste så raskt som mulig, disse funksjonen vil i stort øke nytten.

1. Bakgrunn

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning for deling av pasienters helseopplysninger på tvers av tjenestene og nivåer i helsevesenet. Helseforetak, private sykehus, kommunal legevakt og fastleger har bruket Kjernejournal allerede i flere år, og ble fra juli 2022 pålagt ved norsk lov å bruke Kjernejournal¹. Prosjektet *Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester*² skal gi helsepersonell i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste tilgang til løsningen, og er ett av fire prosjekter i *Program pasientens legemiddelliste*. Legemiddelområdet har høy prioritet innenfor primærhelsetjenesten, og innføring og bruk av Kjernejournal sees på som et viktig steg i å øke pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenestene.

Kjernejournal inneholder en oversikt over blant annet³:

- Generell informasjon om innbyggeren
- Innbyggers aktive resepter
- Kritisk informasjon om innbyggeren (CAVE)
- Innbyggerens vaksinasjonsstatus

Det foregår i tillegg arbeid for:

- Deling av utvalgte dokumenter (epikriser og andre sammenfatninger) fra spesialisthelsetjenesten
- Tilgjengeliggjøring av prøvesvar på tvers av helsetjenesten
- Utvikling, utprøving og tilgjengeliggjøring av digitale behandlingsplaner

Forskriftsendringene i pasientjournalloven fra 2021 innebærer at kommuner pålegges å blant annet betale for forvaltning og drift av kjernejournal. Vekst i kostnader til forvaltning og drift, som er en konsekvens av nye investeringer, skal synliggjøres og behandles i den nasjonale styringsmodellen for E-helse. Kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse – og omsorgstjenesten⁴. Med dette som premiss er det viktig for kommunene å sikre at gevinster blir realisert. Det er behov for å identifisere og vurdere de reelle effektene ved innføring av Kjernejournal, samt eventuelle hindringer som står i veien for å realisere gevinstene. Det er ikke gjort noen samfunnsøkonomisk analyse av Kjernejournal siden forprosjektet for nasjonal kjernejournal i 2010⁵. I tillegg til å identifisere faktisk nytte av Kjernejournal hos aktørene i pleie og omsorgstjenesten må det vurderes om det er nødvendig å sette inn tiltak for å sikre denne nytten. Selv om det er identifisert både kvalitative og kvantitative effekter ved innføring av Kjernejournal, ser en at antall oppslag gjort i Kjernejournal er langt mindre enn forventet sett opp mot måltallet for hensiktsmessig bruk. Dette medfører en usikkerhet rundt hvilke gevinster Kjernejournal faktisk fører med seg.

På bakgrunn av denne usikkerheten er det utført en effektstudie av å ha innført Kjernejournal i sykehjem, hjemmetjeneste, omsorgsinstitusjoner og ØHD/KAD. Barrierer for bruk og realisering av gevinster er også kartlagt. Per november 2022 hadde 146 kommuner tatt i bruk Kjernejournal på sykehjem og i hjemmetjenesten. Innføringen av løsningen startet opp januar 2020 (pilot november 2019), og er fortsatt pågående.

Deloitte har utført studien på vegne av KS, Lene Lunde og Anitha Kathirgamadas har forfattet rapporten. Jan Erik Tveiten har vært ansvarlig partner for prosjektet.

¹ [Lov om endringer i pasientjournalloven \(tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.\) - Lovdata](#)

² [Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester \(Program pasientens legemiddelliste\) - ehelse](#)

³ [Om kjernejournal - Helsenorger](#)

⁴ [Nasjonale e-helseløsninger gjør helsetjenesten tryggere og mer effektiv - regjeringen.no](#)

⁵ [Microsoft Word - Rapport fra forprosjekt kjernejournal v 1.0_3 .doc \(legeforeningen.no\)](#)

I denne rapporten presenteres først metode for studien, siden omtales bruk av Kjernejournal, og forutsetninger for bruk. Effekter som er identifisert og målt presenteres i kapittel tre. I kapittel fire presenteres barrierer, og i kapittel fem gis det på bakgrunn av studien anbefalinger for videre arbeid med Kjernejournal.

2. Metode

Det finnes flere metoder, rammeverk og standardiserte retningslinjer for å utføre økonomiske analyser og evalueringer av helsetiltak. Alle disse er mer eller mindre forankret i tradisjonen av nyttekostnadsanalyser og bruk av kvalitetsjusterte leveår. Innføring av e-helsetiltak som Kjernejournal har ofte et bredere perspektiv enn bare de medisinske aspektene. På mange måter kan en si at det mangler velprøvde rammeverk for å effektmålinger av e-helsetiltak.

I denne studien er forventede effekter knyttet til bruk av Kjernejournal identifisert, og så målt ved hjelp av spørreundersøkelse og intervju. Forventede barrierer for innføring og bruk av Kjernejournal er også identifisert, og så kartlagt ved hjelp av spørreundersøkelse og intervju. Med tanke på at det var så mange kommuner som allerede hadde tatt i bruk Kjernejournal ved studien sin start, og på grunn av tidsrammen for studien har det ikke blitt utført nullpunktsmålinger. Målingene er derfor gjort i retrospekt.

2.1 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen for å måle effekt og kartlegge barrierer er tredelt. Første del består av generelle spørsmål om respondenten, som hvilken kommune vedkommende jobber i, yrkesgruppe, hvilken type institusjon vedkommende jobber ved, etc. Andre del består av spørsmål knyttet til effekt. Tredje og siste del omhandler barrierer knyttet til bruk av Kjernejournal. Målgruppen for spørreundersøkelsen var sykepleiere, leger, vernepleiere og helsefagarbeidere ved sykehjem (langtids- og korttidsavdelinger), ØHD-/KAD-enheter, hjemmetjeneste og omsorgsinstitusjoner.

For å kunne måle effekten av Kjernejournal i retrospekt måtte spørsmålene omhandle hvordan ulike situasjoner oppfattes etter at Kjernejournal ble innført sammenliknet med før. For å få best mulig svar på effekter nå sammenliknet med før var det hensiktsmessig å inkludere kommuner hvor det ikke har gått for lang tid siden innføringen, men heller ikke så nylig at effekter ikke har fått tid til å inntreffe. Første inklusjonskriterium til undersøkelsen var derfor kommuner som hadde oppstart av å ta Kjernejournal i bruk f.o.m. januar 2022 t.o.m. juli 2022. 55 kommuner innførte Kjernejournal i denne tidsperioden, og av disse 55 ble det inkludert opp til tre kommuner fra hvert fylke. Fra fylkene Vestland, Møre og Romsdal, Troms og Finnmark og Agder er det inkludert færre enn tre kommuner som innførte Kjernejournal fra januar til juli 2022, og det er derfor inkludert færre enn tre kommuner fra respektive fylker.

Det er i tillegg viktig å måle effekter i kommuner som bruker Kjernejournal i relativt stor grad for å kunne vise til suksessfaktorer. Det andre inklusjonskriteriet var derfor et høyt antall oppslag, uavhengig av innføringstidspunkt. Én kommune fra hvert fylke som hadde et høyt antall oppslag relativt til de andre kommunene ble inkludert. Tabellene under viser kommunene som ble valgt ut til å være med i undersøkelsen. Kommuner som står i *kursiv* er tatt med som følge av et relativt høyt antall oppslag. Vi mener utvalget er representativt for kommunene som har innført Kjernejournal. Se tabell 1 for en oversikt over utvalgte kommuner, innføringstidspunkt, antall oppslag og svarprosent på spørreundersøkelsen per kommune.

For å få invitert deltakere til undersøkelsen fikk prosjektgruppen en kontaktperson i hver av de utvalgte kommunene. Kontaktpersonene formidlet prosjektet e-postadressene til brukere av Kjernejournal i sine kommuner. Invitasjoner ble

fortløpende sendt ut per e-post mellom 19.01.23 og 28.02.23. Det ble også sendt ut automatiske påminnelser til de som ikke hadde svart etter 7, 14, 21 og 28 dager. De utvalgte kommunene gikk bredt ut da de formidlet epost-adresser og det var derfor en mulighet at kommunalt ansatte som ikke bruker Kjernejournal også ble invitert til å delta i undersøkelsen. Vi etterspurte epostadresser til leger, sykepleiere og vernepleiere. Det ble tidlig i undersøkelsen lagt inn ett kontrollspørsmål om hvorvidt vedkommende har tilgang til Kjernejournal eller ikke. Om respondenten oppga å ikke ha tilgang ble undersøkelsen avsluttet, etter at en hadde svart på hvorfor en ikke hadde tilgang.

Fylke	Kommune	Oppstart innføring	Antall oppslag per november 2022	Antall svar spørreundersøkelse (svarprosent)
Innlandet	Kongsvinger	Februar 2022	36	16 (19%)
	Stange	Juni 2022	162	10 (22%)
	Gran	April 2022	116	8 (40%)
	Hamar	April 2021	3741	30 (18%)
Viken	Bærum	Januar 2022	337	96 (13%)
	Øvre Eiker	Juli 2022	1008	34 (20%)
	Aurskog-Høland	Januar 2022	348	20 (16%)
	Sarpsborg	Oktober 2020	7719	76 (16%)
Vestfold og Telemark	Midt-Telemark	Mars 2022	112	10 (42%)
	Nome	April 2022	108	3 (13%)
	Bamble	Mai 2022	95	3 (10%)
	Skien	Oktober 2021	788	17 (45%)
Agder	Tvedestrand	Januar 2022	34	12 (16%)
	Kvinesdal	Februar 2021	1071	8 (24%)
Rogaland	Randaberg	Februar 2022	242	24 (26%)
	Sauda	Juni 2022	146	13 (29%)
	Stavanger	Mars 2021	3432	15 (68%)
Vestland	Bjørnafjorden	Juni 2022	195	16 (42%)
	Høyanger	April 2021	401	8 (16%)
Møre og Romsdal	Sykkylven	April 2022	358	10 (77%)
	Kristiansund	November 2020	9708	18 (27%)
Trøndelag	Steinkjer	Januar 2022	142	118 (8%)
	Snåsa	Juni 2022	48	10 (13%)
	Stjørdal	September 2021	986	16 (16%)
Nordland	Sortland	Juni 2022	21	4 (33%)
	Hemnes	Februar 2022	47	6 (16%)
	Bodø	Desember 2020	3331	54 (87%)
Troms og Finnmark	Kautokeino	Mai 2022	10	8 (33%)
	Balsfjord	Juni 2022	16	0
	Tromsø	September 2021	3484	76 (25%)

Tabell 1. Utvalgte kommuner, innføringstidspunkt, antall oppslag og svarprosent på spørreundersøkelsen

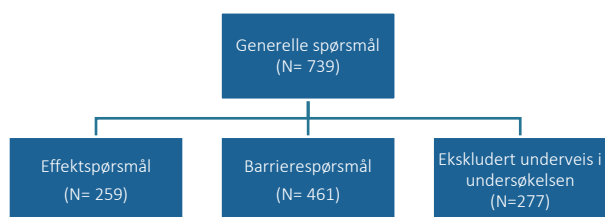
Noen kommuner formidlet e-postadresser bare til et utvalg av helsepersonell som bruker Kjernejournal, hvilket har begrenset antall mottakere av invitasjoner. Noen kommuner som opprinnelig var med i utvalget lyktes vi ikke med å få e-postadresser fra, og naturlig nok ble det heller ikke sendt ut invitasjoner til spørreundersøkelsen til disse kommunene. Dette gjelder Klepp, Lurøy og Inderøy kommune, og disse er derfor tatt ut av oversikten over (tabell 1). Vi mottok e-postadresser fra Balsfjord kommune, men ingen herfra har svart på spørreundersøkelsen. Trondheim kommune var med i det opprinnelige utvalget fordi de har høyest antall oppslag i Trøndelag fylke, men kommunen hadde ikke anledning til å være med i prosjektet fordi de holder på med innføring av Helseplattformen. Trondheim ble derfor erstattet med Stjørdal kommune, som hadde nest høyest antall oppslag i fylket. Flekkefjord kommune var en del av det opprinnelige utvalget fordi de hadde høyest antall oppslag i Agder fylke etter den nasjonale pilotkommunen Arendal

(innførte Kjernejournal i 2019), men på grunn av mangel på kontaktpersoner i Flekkefjord ble kommunen erstattet med Kvinesdal, som hadde høyest antall oppslag etter Flekkefjord.

Da spørreundersøkelsen ble avsluttet hadde 739 respondenter svart. Svarprosenten fra kommunene varierer mellom 0 og 87%, og i gjennomsnitt er svarprosenten per kommune på 28%. På lignende undersøkelser er det vanlig med en svarprosent på rundt 30%. Det at det ble gått bredt ut med e-postadresser og at ansatte som nødvendigvis ikke er brukere av Kjernejournal mottok invitasjoner kan ha påvirket svarprosenten. Vi trodde også at antall oppslag i Kjernejournal kan ha påvirket svarprosenten, men vi finner ingen klar korrelasjon her. Svarprosenten per kommune har en marginal positiv korrelasjon med antall oppslag per 1000 innbygger (Pearsons korrelasjonskoeffisient= 0,02).

2.1.1. Datagrunnlag fra spørreundersøkelsen

Som nevnt svarte 739 stykker på spørreundersøkelsen. Av disse oppga 474 deltakere (64%) at de har tilgang til Kjernejournal, 103 (14%) oppga å ikke ha tilgang og 162 personer (22%) visste ikke om de har tilgang. Undersøkelsen ble umiddelbart avsluttet for de som ikke visste om de hadde tilgang. Deltakerne som oppga at de ikke hadde tilgang ble spurt om årsaken til det, hvorav flertallet (36%) svarte at de ikke visste hvorfor. 29% svarte at enheten de jobber ved ikke har tatt i bruk Kjernejournal, 18% har svart at det er fordi det ikke ligger til deres stilling å ha tilgang, 11% oppga at tekniske aspekter forårsaker manglende tilgang, og 6% oppga andre årsaker. Deltakerne som svarte at de ikke hadde



tilgang på grunn av tekniske problemer, ble dirigert videre til å svare på relevante barrierespørsmål. Undersøkelsen ble avsluttet for de resterende deltakerne som ikke hadde tilgang.

Forutsetningene for å kunne svare på spørsmålene som omhandler effekt var at deltakerne både måtte ha vært ansatt siden før Kjernejournal ble innført, og at de svarte

daglig, ukentlig, månedlig eller *sjelden* på spørsmålet om hvor ofte de benytter Kjernejournal (de som svarte *aldri* fikk ikke svare på effektspørsmålene). 259 (35%) av 739 respondenter oppfylte forutsetningene. For å svare på spørsmål knyttet til barrierer ble det ikke stilt like strenge krav fordi det ikke er nødvendig med de samme forutsetningene for å svare på spørsmålene. 63% (461) av deltakerne har svart på spørsmålene som omhandler barrierer. Alle som kunne svare på effektspørsmålene har også kunne svare på barrierespørsmålene. Totalt ble 277 (37%) respondenter ekskludert fra å svare på undersøkelsen underveis.

Tabell 2 gir en oversikt over antall respondenter fordelt på yrke og arbeidsinstitusjon. 77% av respondentene som har svart på effektspørsmålene er sykepleiere, 11% leger, 8% er vernepleiere, 2% er helsefagarbeidere, mens 2% har oppgitt å ha et annet yrke. Av de som svarer at de har et annet yrke er fagutvikler og leder svarene som er mest gjennomgående. I absolutte tall er det få helsefagarbeidere og respondenter som har oppgitt annen yrkesgruppe. I de videre analysene vil vi derfor ikke se på egne resultater for disse gruppene, men svarene vil bli inkludert når akkumulerte data fra hele utvalget analyseres og kommenteres. Det er også færre legesvar enn ønsket. Legene er en viktig brukergruppe av Kjernejournal, og vi vil derfor presentere separate analyser og funn knyttet til legene til tross for at de er få. Flertallet av de som har svart på effektspørsmålene jobber i hjemmetjenesten (39%). 38% jobber ved sykehjem hvorav halvparten jobber på korttidsavdeling og halvparten på langtidsavdeling. 7% jobber ved en omsorgsinstitusjon, og 5% ved ØHD/KAD. 12% har oppgitt at de jobber et annet sted, og av disse jobber de hovedsakelig i boliger (som er omsorgsinstitusjoner), på helsehus (som består av forskjellige typer avdelinger, f. eks korttid, ØH/KAD og rehabilitering) og innen psykisk helse og rus (hvorav noen er omsorgsinstitusjoner). Merk at det er relativt få svar fra omsorgsinstitusjon eller ØHD/KAD. Vi presenterer likevel separate resultater knyttet til disse

institusjonene, fordi de er viktige brukere av Kjernejournal. Vi vil ikke presentere egne resultater og analyser for de som har oppgitt å jobbe et annet sted, men de vil inngå i presentasjoner av hele utvalget.

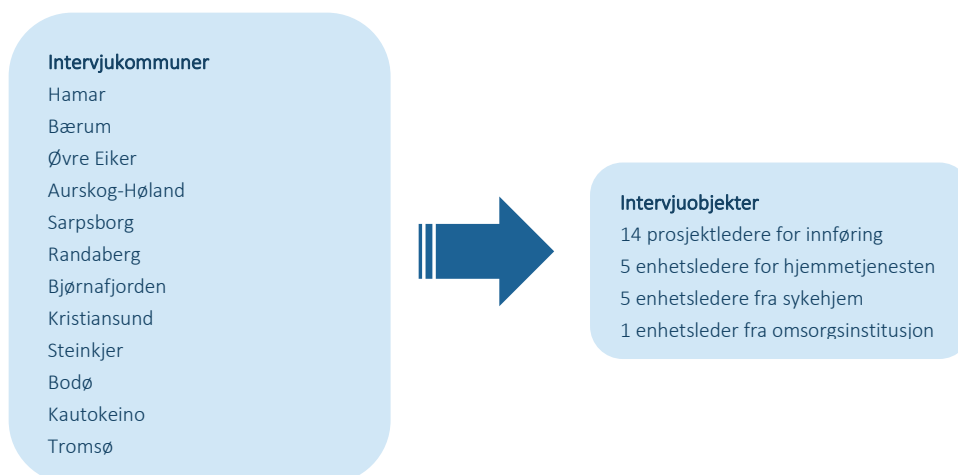
	Effektspørsmål		Barrierespørsmål	
	N=259		N=461	
Yrkesgruppe	Antall svar	Andel	Antall svar	Andel
Sykepleier	200	77 %	345	75 %
Lege	28	11 %	49	11 %
Vernepleier	22	8 %	48	10 %
Helsefagarbeider	4	2 %	9	2 %
Annen yrkesgruppe	5	2 %	10	2 %
Institusjonstype				
Sykehjem	96	38 %	164	36 %
Korttidsavdeling	48	19 %	68	15 %
Langtidsavdeling	48	19 %	96	21 %
Hjemmetjenesten	102	39 %	162	35 %
Omsorgsinstitusjon	17	7 %	31	7 %
ØHD/KAD	14	5 %	48	10 %
Annen institusjon	30	11 %	56	12 %

Tabell 2. Respondenter fordelt etter spørsmålstype, institusjon og yrkesgruppe

Det er et langt større antall respondenter som har svart på barrierespørsmålene sammenliknet med effektspørsmålene, men andelen tilhørende de ulike yrkes- og institusjonskategoriene er ikke veldig ulik mellom de to kategoriene av spørsmål. Det er enn noe større andel vernepleiere som har svart på barrierespørsmål enn effektspørsmål, og det er også en større andel deltakere fra ØHD/KAD som har svart på barrierespørsmålene sammenliknet med effektspørsmålene.

2.2 Intervju

Det er gjennomført 25 dybdeintervjuer i forbindelse med studien i 12 utvalgte kommuner. Intervjuene ble lagt opp semistrukturert, det betyr at det på forhånd ble laget en intervjuguide som inneholder de spørsmålene som en ønsker belyst. På denne måten kan en lettere se forskjeller knyttet til ulike tema da alle intervjuobjektene får de samme overordnede spørsmålene selv om det er rom for forskjellige oppfølgingsspørsmål.



Kommunene det ble gjort intervju med ble valgt ut fra funn i spørreundersøkelsen, og også antall oppslag. Det ble laget to ulike intervjuguider, en rettet mot innføringsledere/prosjektledere og en rettet mot enhetsledere. Intervjuene har gjort det mulig å gå i dybden på enkelte temaer, primært knyttet barrierer og utfordringer i forbindelse med innføring og bruk av Kjernejournal.

2.3 Kildekritikk

Ikke alle yrkesgruppene eller institusjonstypene som benytter Kjernejournal er like godt representert, som utgjør en svakhet i datagrunnlaget. Vi vil særlig trekke frem at det er få svar fra leger, som anses som en av hovedbrukergruppene av Kjernejournal. ØHD/KAD-avdelingene og omsorgsinstitusjoner er heller ikke tilstrekkelig representert. Ingen av disse gruppene er godt nok representert i intervjuene. Vi er usikre på om et lavt antall svar fra leger, ØHD/KAD og omsorgsinstitusjoner skyldes at vi ikke har lyktes i å nå ut til mange nok. Vi mottok e-postadresser til brukere av Kjernejournal, og ba ikke om at e-postadressene skulle kunne knyttes til verken yrke eller institusjon. Det ble forsøkt å gjøre målrettede tiltak for å øke svarprosenten fra leger. Representanter fra KS Ekomp tok direkte kontakt med tre ulike kommuner med oppfordring om å få leger til å svare. Fra én kommune mottok vi ekstra e-postadresser til leger, hvor legene i forkant var informert om at de ville få tilsendt en undersøkelse som de ble oppfordret til å svare på. Dette var trolig det mest virkningsfulle tiltaket. Prosjektet forsøkte også å få avtalt intervju med sykehjemsleger, men lyktes dessverre ikke med å få det til.

Svarprosenten på spørreundersøkelsen per kommune er varierende. Normalt kan en forvente en svarprosent opp mot 30% i slike typer undersøkelser. For å prøve å øke svarprosenten, og andel svar fra faktiske brukere av Kjernejournal spurte vi en rekke intervjuobjekter om de kunne oppfordre ansatte til å svare. Dette tiltaket var svært effektivt. For å gjøre det enklere for intervjuobjektene å oppfordre flere til å svare mottok de en felleslenke til spørreundersøkelsen som kunne videresendes til flere slik at hver enkelt skulle slippe å lete opp sin private invitasjon. Dette gjør svarprosenten fra noen få kommuner usikker, fordi vi ikke vet hvor mange i disse kommunene som mottok felleslenken.

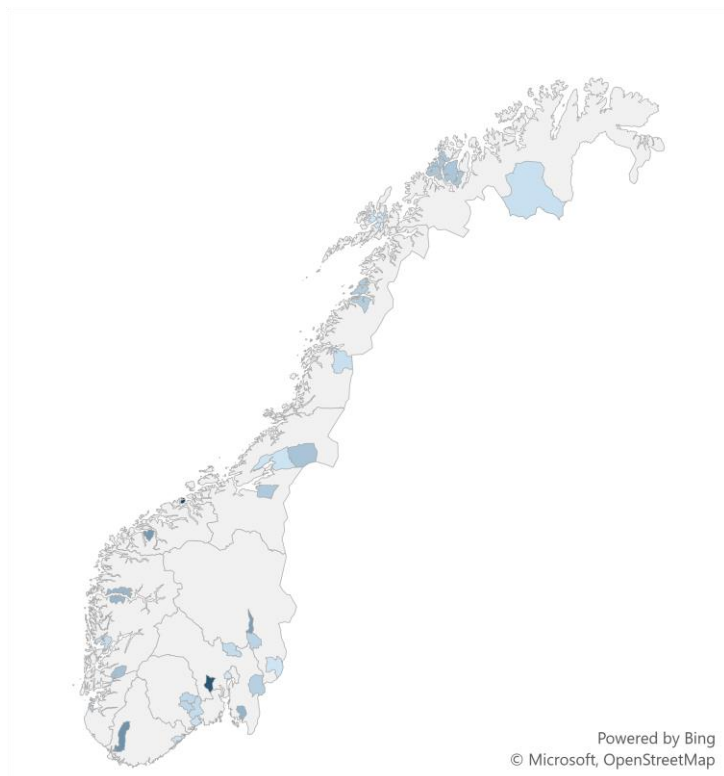
Det er ikke gjennomført nullpunkt-målinger. Estimerte effekter er basert på helsepersonell sine vurderinger. Helsepersonell var ikke forberedt på at det kom til å komme en spørreundersøkelse, og de har derfor ikke underveis vært bevisst på å registrere eller reflektere over effekter ved bruk av Kjernejournal. For flere av deltakerne har det gått 12 måneder eller mer siden innføringen, og som kan medføre at det er vanskeligere å huske hvordan det var før. Helsepersonellens opplevelser og oppfatninger er ikke like nøyaktige som eksakte målinger før og etter en innføring, men de vil likevel kunne gi et bilde av hvilke effekter Kjernejournal gir, og til en viss grad størrelsen på effektene. Det må tas med i betraktningen at det er vanskelig for helsepersonell å svare på spørsmål angående eksakt tidsbruk uten at det gjøres fysiske tidsmålinger.

I etterkant av en spørreundersøkelse er det lett å finne svakheter i form av manglende spørsmål. I denne undersøkelsen ser vi at vi burde stilt noen spørsmål rundt det at respondenter ikke vet om de har tilgang til Kjernejournal. I tillegg ser vi at det kunne ha vært nyttig å spørre hvorfor noen opplever at de bruker mer tid på legemiddelsamstemming etter innføringen av Kjernejournal.

Det er utfordrende å måle forbedring av pasientsikkerhet og behandling uten mer konkrete parametere. Effekten knyttet til dette er også basert på helsepersonell sine erfaringer. Ideelt sett hadde vi ønsket å analysere avviksdataba fra kommunene, før og etter innføring av Kjernejournal, og sett om man kunne finne en antydning til mulige effekter. Dessverre har vi ikke lyktes med å få tak i disse dataene. Mange av kommunene har heller ikke brukt Kjernejournal så lenge i pleie- og omsorgstjenestene, og vi burde hatt data fra en lengre periode for å være sikre på at funn skulle være faktiske effekter, og ikke bare tilfeldigheter.

3 Bruk av Kjernejournal

Da studien startet i november var 167 kommuner både teknisk rigget for, og definert som brukere av Kjernejournal. Det er en betydelig variasjon i antall oppslag i Kjernejournal fra kommune til kommune. Norsk helsenett har tidligere definert hensiktsmessig bruk av Kjernejournal til å være 0,3 oppslag per 1000 innbygger per uke. Ut ifra dette målet er antall oppslag lavere enn forventet. Det er vanskelig å finne et godt mål på hva som er hensiktsmessig bruk av Kjernejournal. Variabler som innbyggertall, aldersfordeling, sykdomsbyrde, antall (plasser ved) helse- og omsorgsinstitusjoner som har tatt Kjernejournal i bruk, andelen av befolkningen som er tjenestemottakere av pleie- og omsorgstjenesten og antall helsepersonell vil påvirke brukstallet. I tillegg til slike variabler vil antall oppslag i Kjernejournal også være avhengig av om viktige forutsetninger for å bruke Kjernejournal er til stede, og om det finnes konkrete barrierer i kommunene for å benytte Kjernejournal. For å kunne si at en kommune har tatt Kjernejournal i bruk må vi kunne forvente at det er gjort mer enn for eksempel 5 oppslag i Kjernejournal i løpet av ett år i en kommune. Det kan være ulike faktorer som avgjør når en teknologi som Kjernejournal kan anses for å være tatt i bruk. Kjernejournal kan anses for å være tatt i bruk når den er implementert og tilgjengelig for brukere som trenger løsningen på en pålitelig og stabil måte. For eksempel kan dette være når et tilstrekkelig antall helsepersonell har blitt opplært og begynt å bruke Kjernejournal i det daglige arbeidet, og den er anerkjent som en verdifull ressurs som bidrar til å forbedre arbeidsprosesser og pasientbehandling.



Figur 1. Antall oppslag i utvalgte kommunene per 1000 innbygger per uke siden oppstart. Jo mørkere blått, jo flere oppslag.

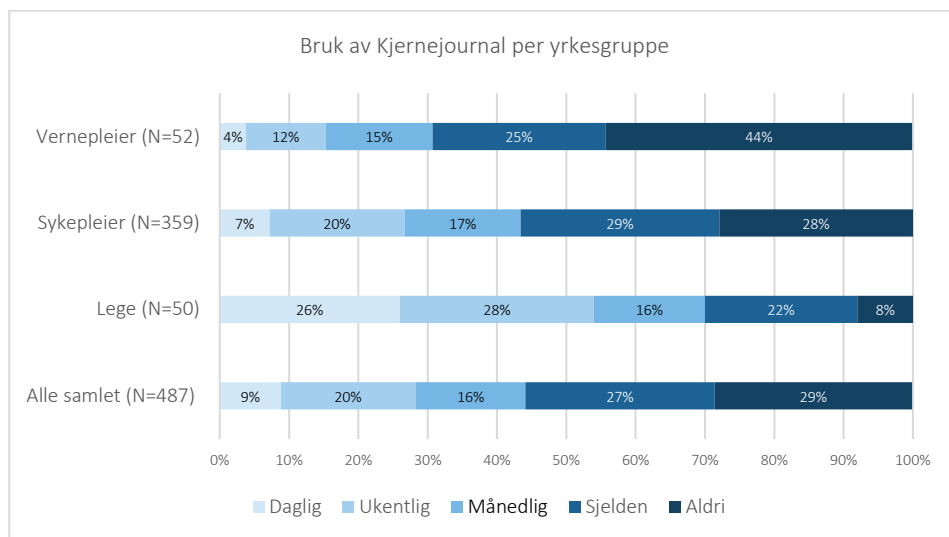
Vi vil her gjøre rede for både forutsetninger som det ser ut til at er viktig at er til stede for bruk av Kjernejournal og kartlagte barrierer som står i veien for bruk.

Antall oppslag i de utvalgte kommunene varierer mellom 0,05 og 3,49 oppslag per uke per 1000 innbygger. Gjennomsnittet er på 0,75 oppslag per 1000 innbygger uke, og medianen på 0,42. Vi ser at bruken av Kjernejournal er lav i de fleste av utvalgets kommuner, mens noen få kommuner trekker gjennomsnittet opp fordi de har et høyt antall oppslag per 1000 innbygger. Antall oppslag per uke korrelerer med både kommunens innbyggertall og antall uker siden oppstart⁶.

Hvor mye Kjernejournal brukes varierer mellom yrkesgruppene og institusjonstypene. Foreløpig er det en relativt liten andel av respondentene som benytter Kjernejournal daglig eller ukentlig. Av de 487 respondenter er det 9% som bruker

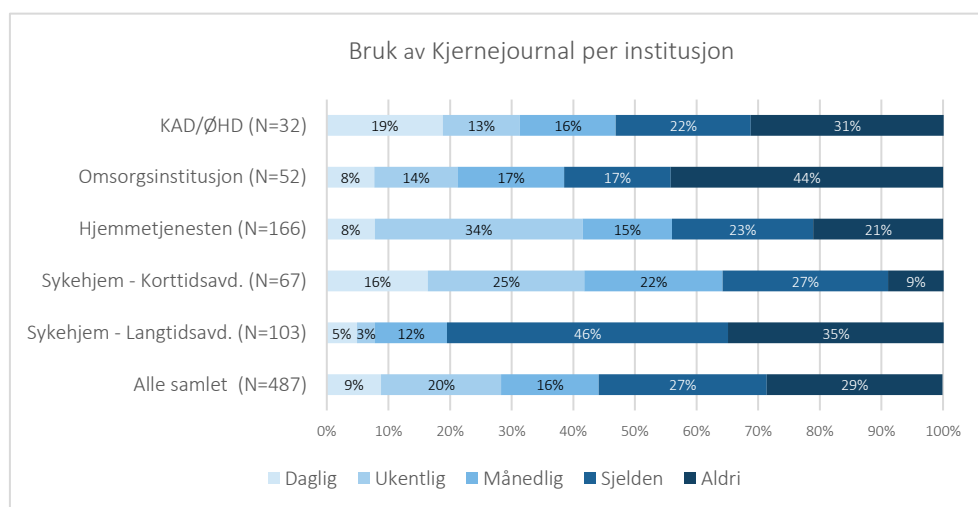
⁶ Korrelasjonskoeffisientene er på henholdsvis 0,40 og 0,62

Kjernejournal daglig, mens det er 20% som bruker den ukentlig. Litt mer enn halvparten av legene som har svart benytter Kjernejournal daglig eller ukentlig (54%), mens 27% av sykepleierne og 16% av de spurte vernepleierne gjør det samme. Rett i overkant av 40% av de som jobber på korttidsavdeling og i hjemmetjenesten oppgir at de bruker Kjernejournal daglig eller ukentlig, mens 32% ved ØHD/KAD gjør det samme. Ved langtidsavdeling sykehjem er det bare 8% som har oppgitt å bruke Kjernejournal daglig eller ukentlig.



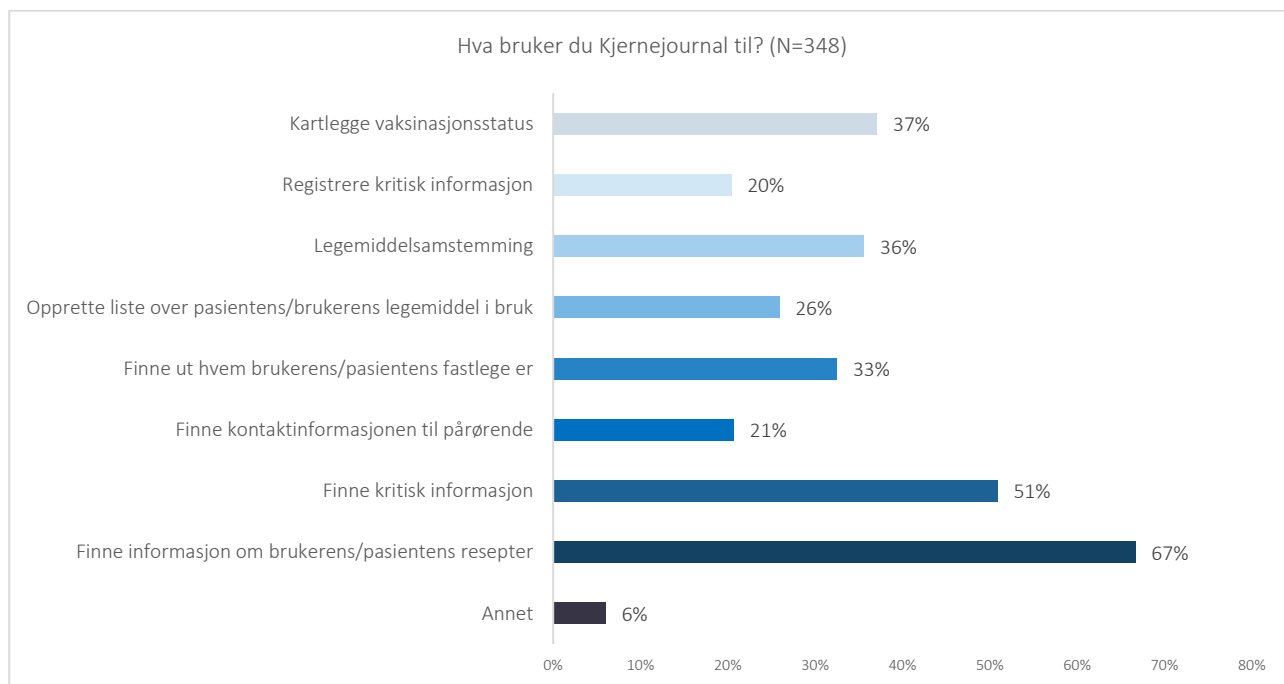
Figur 2. Bruk av Kjernejournal per yrkesgruppe

Litt over halvparten av deltakerne bruker Kjernejournal sjelden eller aldri. Ser en kun på de som svarer at de aldri bruker Kjernejournal gjelder det 29% (139) av hele utvalget. Merk at dette spørsmålet ikke ble stilt til de som innledningsvis oppga at de ikke har tilgang til Kjernejournal. Andelen som aldri benytter KJ er høyest blant vernepleierne (44%), og lavest blant legene (8%). Videre er det høyest andel medarbeidere som arbeider ved omsorgsinstitusjon (44%) og ved sykehjem langtidsavdeling (35%) som aldri benytter Kjernejournal. Til sammenlikning er det bare 9% på korttidsavdeling på sykehjem som aldri bruker Kjernejournal



Figur 3. Bruk av kjernejournal per institusjon

Kjernejournal har som nevnt samlet de mest sentrale person- og helseopplysningene på ett sted, og det foregår pilotprosjekter for å tilgjengeliggjøre flere funksjonaliteter (f. eks dokumentdeling og behandlingsplan). Deltakerne i spørreundersøkelsen ble spurt om hva de konkret benytter Kjernejournal til.

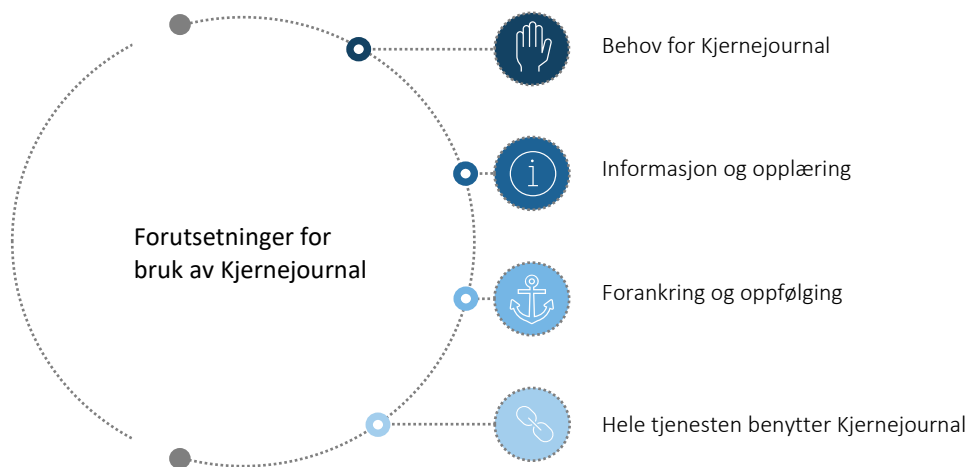


Figur 4. Hva Kjernejournal brukes til. Deltakerne kunne velge mer enn ett svaralternativ.

67% bruker Kjernejournal til å få oversikt over resepter/legemidler, 36% bruker det til legemiddelsamstemming og 26% bruker det til å opprette lister over legemidler i bruk. Til tross for Kjernejournal mangler det fortsatt en kvalitetssikret og oppdatert legemiddelliste i bruk for alle innbyggere som er tilgjengelig på tvers av behandlingkjeden. 32% av respondentene oppgir at de bruker Kjernejournal fordi det er første steget på veien mot pasientens legemiddelliste. Halvparten bruker Kjernejournal til å finne kritisk informasjon og 20% bruker Kjernejournal til å registrere kritisk informasjon. 37% svarer at de bruker Kjernejournal til å få oversikt over vaksinasjonsstatus, og både fritekstsvar og intervjuobjektene bekrefter at denne funksjonaliteten var særlig relevant under pandemien. En tredjedel av respondentene bruker Kjernejournal til å finne ut hvem pasientens fastlege og 21% bruker Kjernejournal til å finne kontaktopplysninger til pårørende. Som intervjuobjektene trekker frem som nyttige funksjoner. Verken opplysninger om hvem som er pasientens fastlege eller pårørende trenger å legges inn eller oppdateres manuelt.

3.1 Forutsetninger for bruk av Kjernejournal

Forutsetninger for å bruke nye digitale verktøy refererer til de faktorene som må være til stede for at verktøyet kan implementeres og anvendes på en effektiv måte. Hvis forutsetningene ikke er på plass, så kan det ses på som barrierer for å ta det nye verktøyet i bruk. Både forutsetninger og barrierer for bruk må adresseres i forkant og underveis for å sikre effektiv bruk. I dette kapitlet beskrives faktorer som må regnes som forutsetninger for å i praksis ta i bruk Kjernejournal, samt øke bruksgraden der hvor den er lav. Andre hindringer presenteres i kapittel 4 om barrierer.



Den viktigste forutsetningen for å ta i bruk Kjernejournal er at helsepersonell faktisk har behov for Kjernejournal. Andre sentrale forutsetninger er at helsepersonell er informert om at Kjernejournal er innført, innføringsprosessen er forankret i alle ledd, ansatte får tilstrekkelig opplæring og at virksomhetene følges opp etter oppstartsfasen. Sist, men ikke minst, så er det nødvendig at alle leddene i behandlingsskjeden benytter Kjernejournal på tiltenkt måte.

3.1.1 Behov for Kjernejournal

Én av forutsetningene for at Kjernejournal skal brukes av helsepersonell er at de har behov for informasjonen i Kjernejournal. Hvis informasjonen allerede er tilgjengelig i andre systemer bør informasjonskvaliteten i Kjernejournal være bedre eller ha andre fordeler. «Vi har et godt system fra før, bruker KJ lite,» skriver en av spørreundersøkelsens respondenter. 25% av de som aldri bruker Kjernejournal oppgir at det er fordi de ikke har behov for informasjonen som de finner i Kjernejournal. Hovedsakelig er det sykepleiere fra langtidsavdeling i sykehjem som sier dette (60%). 16% av deltakerne som har oppgitt at de aldri bruker Kjernejournal mener det ikke er relevant for deres arbeid, hvorav flertallet er sykepleiere som jobber på langtidsavdeling i sykehjem. Ikke alt helsepersonell i pleie- og omsorgstjenesten har arbeidsoppgaver hvor Kjernejournal er et nødvendig hjelpemiddel, men alle som har svart på dette spørsmålet har i utgangspunktet fått tilgang til Kjernejournal. Svarene vi ser stemmer overens med hypotesene om at noen institusjonstyper har et større behov for å oppsøke informasjonen i Kjernejournal enn andre. Gjennom flere av intervjuene blir det trukket frem at det største behovet for Kjernejournal ligger hos ØHD/KAD-pasienter og korttidsavdelinger ved sykehjem fordi de møter flere pasienter i en øyeblikkelig hjelp-situasjon og ofte ikke kjenner pasientene godt fra tidligere. Mange trekker også frem flere gevinster for hjemmetjenesten i forbindelse med bruk av Kjernejournal, muligens fordi de har et høyt volum av brukere/pasienter, og en stadig større andel av tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten er hjemmeboende.

Både i spørreundersøkelsen og gjennom intervjuene blir det gjort et poeng ut av at helsepersonell allerede opplever å ha tilgang på nødvendige opplysninger i andre systemer enn Kjernejournal. Dermed ser ikke alle behovet for å gjøre oppslag i Kjernejournal. Helsepersonell som jobber med pasienter/brukere som de kjenner godt finner informasjonen de trenger i elektronisk pasientjournal og på medisinkort. Flere nevner at Kjernejournal sin oversikt over resepter og

reiterasjonsstatus er nyttig i forbindelse med medisinbestilling og -håndtering. Der hvor Pasientnett⁷ har rukket å bli et veletablert hjelpemiddel, har helsepersonell allerede tilgang til denne informasjonen.

For innbyggere som nylig har fått plass på en langtidsavdeling i sykehjem har det som regel vært en prosess i forkant hvor nødvendig informasjon er innhentet. Sykehjemslegen overtar det medisinske ansvaret i sykehjem, og opplysninger legges inn i sykehjemets journalsystem, som alle de andre ansatte ved sykehjemmet benytter. En sykehjemslege beskriver situasjonen:

«På sykehjem har Kjernejournal bare ført til at hele journalsystem har blitt tregt, føler jeg, da treghet i journal kom samtidig med Kjernejournal. Det er heller ikke behov, jeg har som regel informasjon i stor grad fra epikriser, pårørende, hjemmetjeneste, og må ofte uansett spørre fastlegen om enkelte medisiner»

Gjennom intervjuene fortelles det videre at ansatte i hjemmetjenesten som oftest har god oversikt over brukere/pasienter. Hvis kommunikasjonen med fastlege og spesialisthelsetjenesten er god ved bruk av elektroniske meldinger, vil det sjelden være behov for å gjøre oppslag i Kjernejournal. Hos brukere med sammensatte problemstillinger med hyppige legemiddelendringer kan Kjernejournal uansett være hjelpsomt. En av de intervjuede enhetslederne forteller at Kjernejournal må tilby noe bedre enn det de har fra før for at en skal velge å benytte Kjernejournal fremfor etablerte metoder. For eksempel så må det være raskere eller enklere å lese og navigere i epikriser/polikliniske notater via Kjernejournal sin dokumentdelingsfunksjon fremfor elektroniske meldinger. Den gjengse oppfatningen blant enhetslederne som ble intervjuet er at Kjernejournal per i dag ikke tilbyr de ansatte kombinasjonen av noe nytt og bedre enn det de har fra før. Både prosjektledere og enhetsledere tror at Kjernejournal i fremtiden kommer til å dekke behovet for en oversiktlig arena for nødvendig helseinformasjon som oppdateres i sanntid, men da må pasientens legemiddelliste, dokumentdeling og pasientens prøvesvar være på plass og være brukervennlig. Det passer med funn fra spørreundersøkelsen - nesten en tredjedel svarer at de bruker Kjernejournal fordi det er første steg på veien mot pasientens legemiddelliste.

3.1.2 Informasjon og opplæring

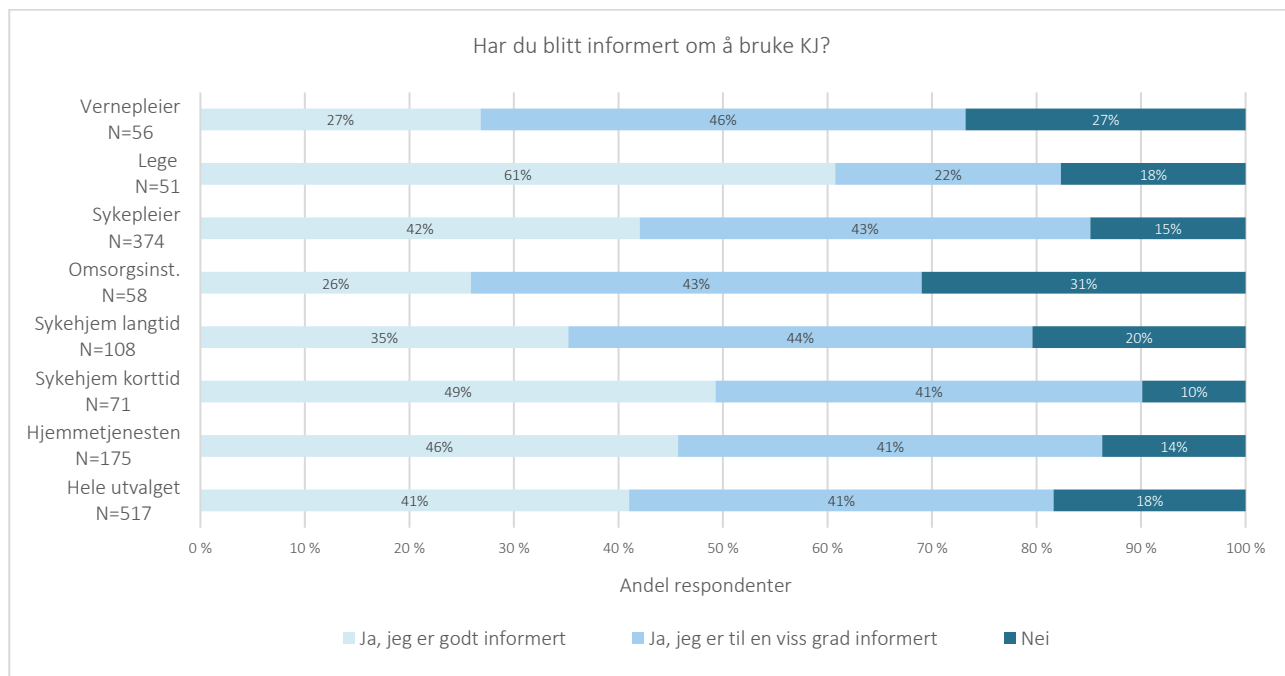
En annen viktig forutsetning for bruk av KJ er at medarbeidere har fått både informasjon om og opplæring i bruk av Kjernejournal. 82% av hele utvalget oppgir å ha fått informasjon om å bruke Kjernejournal, hvorav halvparten er godt informert og halvparten til en viss grad er det. Hvor mye informasjon en har fått korrelerer positivt med hvor ofte en bruker Kjernejournal (korrelasjonskoeffisienten= 0,41). Antall oppslag per uke per 1000 innbygger per kommune korrelerer også positivt med andelen som har svart at de er godt informert om å bruke Kjernejournal (korrelasjonskoeffisienten=0,30).

«Har ikke fått informasjon om hva det skal brukes til eller hvilken informasjon vi skal hente på Kjernejournal.»

Gruppene som i størst grad er godt informert er legene og ansatte ved korttidsavdeling på sykehjem. Gruppene som i minst grad er godt informert er vernepleiere og ansatte ved omsorgsinstitusjon (en høy andel av respondentene fra omsorgsinstitusjon er vernepleiere). 31% av de som jobber ved omsorgsinstitusjon og 27% av vernepleierne har ikke blitt informert om å bruke Kjernejournal i det hele tatt, som er høyt sammenlignet med andelen som ikke har fått informasjon ved sykehjem korttidsavdeling (10%) og i hjemmetjenesten (14%). Forskjellene mellom yrkesgrupper og institusjonstyper henger trolig sammen med ansvarsområder og arbeidsoppgaver. De fleste vernepleiere jobber med brukere de kjenner godt over tid som nødvendigvis ikke er veldig sammensatte, mens leger har høy turnover av

⁷ Pasientnett er en tjeneste utviklet av Apotek 1 med hensikt om å forenkle bestilling av legemidler, administrative endringer knyttet til legemidler og sjekke om resepter er inne.

pasienter hvorav det er flere som de ikke kjenner fra før, står i flere akuttsituasjoner og har legemiddelansvar. Mange leger har i tillegg erfaring med Kjernejournal fra tidligere.



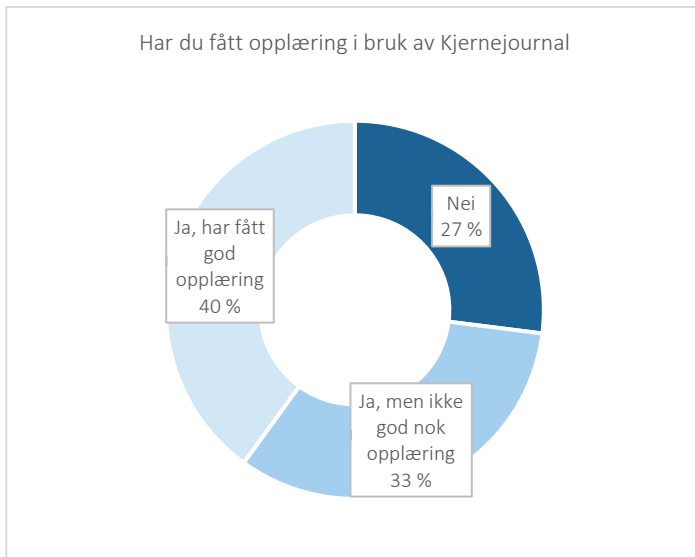
Figur 5. Grad av informasjon gitt om Kjernejournal på tvers av yrkesgrupper og institusjoner

«Jeg fikk beskjed om KJ fra en lege som viste meg at KJ fins. Det var alt! Ser ut som legen har fått opplæring, men ikke sykepleiere eller ledere.»

Gjennom studien er det blitt kjent at Kjernejournal ble innført i minst to av utvalgskommune uten at enhetsledere ved sykehjem/helsehus har blitt informert om det. Én av dem ble klar over dette da vi tok kontakt i forbindelse med spørreundersøkelsen. Den andre fikk tilfeldigvis høre om at

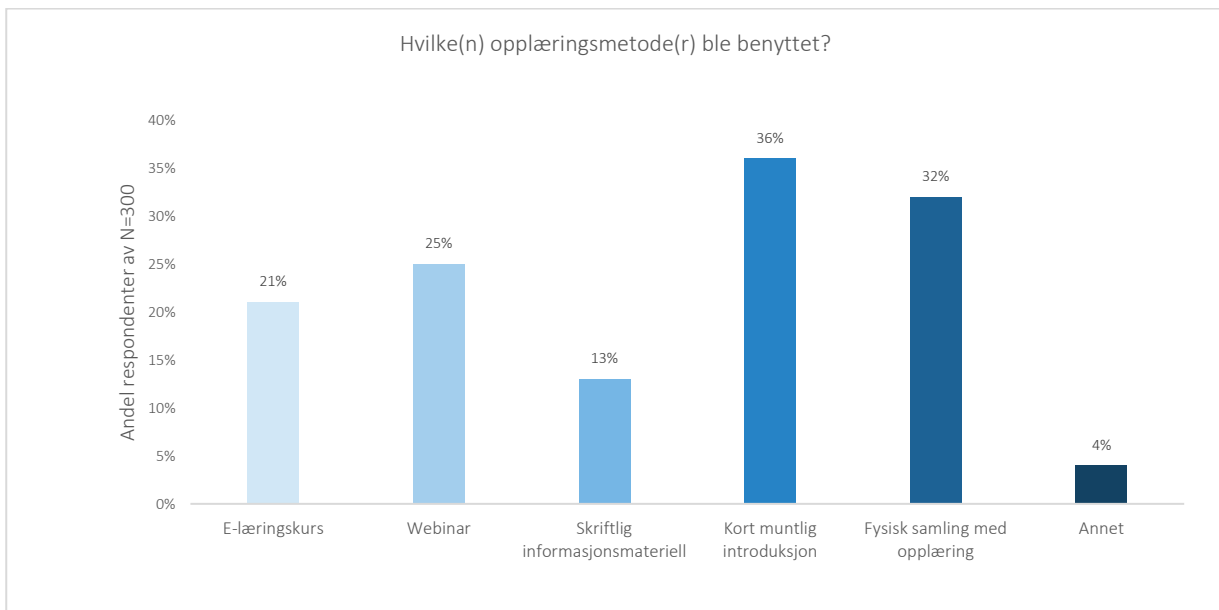
Kjernejournal var tilgjengelig på et møte som fant sted et par uker før vårt intervju. Det hadde da gått henholdsvis 12 og 13 måneder siden oppstart av Kjernejournal i de to utvalgskommunene. Det ene tilfellet er knyttet til en stor kommune som har svært få oppslag per 1000 innbygger per uke.

At man har fått tilstrekkelig med opplæring i et nytt system er en forutsetning for bruk. Om en ser på hele utvalget (inkluderer også de som sier de aldri bruker Kjernejournal) oppgir 40% at de har fått god opplæring, mens 33% har fått opplæring som ikke er god nok. 27% av hele utvalget har ikke fått opplæring. Yrkesgruppene svarer ulikt om hvor god opplæringen har vært: over halvparten (54%) av legene har fått god opplæring, 41% av sykepleierne har fått god opplæring, mens bare 24% av vernepleierne svarer at de har fått god opplæring. Ser på en på institusjonstypene så er andelen som *ikke* har fått opplæring større på langtidsavdeling i sykehjem (35%) sammenliknet med korttidsavdeling (27%) og i hjemmetjenesten (18%).



Figur 6. Opplæring i Kjernejournal

Hvor mye opplæring en har fått korrelerer positivt med hvor ofte en bruker Kjernejournal (korrelasjonskoeffisienten = 0,28). Antall oppslag per 1000 innbygger per uke har en liten korrelasjon med andel som har fått god og tilstrekkelig opplæring (korrelasjonskoeffisient = 0,11).



Figur 7. Opplæringsmetoder

De som har svart at de har fått opplæring fikk spørsmål om hvilke typer opplæringsmetoder som ble benyttet (respondentene kunne velge mer enn ett alternativ). Kort muntlig introduksjon (36%) og fysisk samling med opplæring (32%) er de mest brukte metodene. Innføringsledere som er intervjuet har i varierende grad vært involvert i planlegging og gjennomføring av opplæringen. Flere av dem har oppfordret de ansatte, enten selv eller via ledere/mellomledere, til å delta på Norsk helsenett sitt webinar. Intervjuene gir dermed inntrykk av at webinarer som Norsk helsenett har utarbeidet er hyppig brukt. Det er uvisst kommunen eller virksomhetene har oversikt over hvem som har deltatt på webinar eller ikke. Noen av innføringslederne har reist rundt til virksomheter i sine respektive

kommuner og selv stått for opplæring av mellomledere, superbrukere og innimellom ansatte. Nesten alle forteller at informasjon om Kjernejournal er en del av nyansattes opplæring.

I tillegg til at bedre opplæring i selve systemet virker det også som det er et behov for å få mer informasjon om når og hvordan verktøyet skal brukes, og hvilken informasjon en skal hente ut der fra. Flere gir uttrykk for at de trenger mer enn bare muntlig informasjon om det, og ikke alle har forstått hva som er forskjellen mellom Kjernejournal og elektroniske meldinger. Flere skriver også at de trenger at bruken blir ufarliggjort. Noen fritekstsitater dekker dette:

«For at jeg skal bruke KJ mer trenger jeg bedre opplæring og informasjon om hva og hvordan man kan ha større nytte av bruk av kjernejournal i det daglige. Går ikke innpå Kjernejournal så sant den ikke er merket (rød så skal man inn å sjekke) med at det er lagt inn informasjon som vi er blitt informert om at vi da skal inn å se hva som ligger der»

«For at vi skal bruke Kjernejournal mer trenger vi tid til opplæring av de ansatte som skal bruke dette + kvalifisert opplæring. Slik det er nå er det forventet at en person som har vært på en felles digital opplæring skal sørge for at alle skal få opplæring og ta kjernejournal i bruk. Pr dd er det er få (så og si ingen) som vet at vi har dette i kommunen, og derfor er det lite i bruk.»

«Hvis KJ skal blir nyttig for oss må man få informasjon (gjærne kalt opplæring) mer enn 20-40 min på den travleste tiden av dagen da man må gå til og fra undervisningen.»

Gjennom intervjuene som er gjennomført er opplæring pekt på som en viktig suksessfaktor. I en kommune med svært høyt antall oppslag blir det fortalt at hos dem har det vært viktig å gjøre opplæring med mellomledere sammen med sluttbrukere. Etter opplæringen er medarbeiderne fulgt opp i faste intervaller. En barriere for bruk av Kjernejournal er mellomlederes likegyldighet. Det er derfor sett på som svært viktig å følge opp virksomhetene og enhetslederne. Videre er det sett på som viktig å få skape en forståelse for hva slags konkrete gevinster Kjernejournal medfører, og dermed legge et grunnlag for hvordan enhetene kan inkorporere Kjernejournal i eksisterende rutiner for å forbedre dem. Når medarbeidere ikke har forstått hvilken nytte som ligger i verktøyet vil de heller ikke bruke det. Både gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen har det kommet flere eksempler på nettopp dette at flere ikke har forstått hvilke muligheter Kjernejournal gir eller hvorfor en bør bruke det. Tilstrekkelig og god opplæring er derfor en svært viktig forutsetning for bruken av KJ.

3.1.3 Forankring og oppfølging

En god innføringsprosess for et nytt digitalt hjelpemiddel er viktig for at de ansatte både skal vite om, forstå og føle seg trygge på det nye verktøyet. En god innføringsprosess innebærer at en jobber med forankring av hva som skal innføres i alle ledd. Forankring sammen med informasjon og opplæring virker å være avgjørende for bruken av Kjernejournal. Endringsarbeid og forankring krever tid og ressurser, også i en sektor hvor dette er sett på som knappe faktorer.

I intervjuene med innføringslederne undersøkte vi hvordan hver av kommunene hadde jobbet med innføringsprosessen av Kjernejournal, og forankring av bruken, herunder involvering av mellomledere og ansatte. Kommunene har arbeidet ulikt med innføring av Kjernejournal, og det varierer hvilket fokus Kjernejournal har hatt. Det kan være medvirkende til forskjellene vi ser i antall oppslag. I noen kommuner har innføringslederne vært med helt siden anskaffelsen av Kjernejournal, og flertallet av intervjukommunene har hatt samme prosjektleder siden start. En kommune forteller at innføringen av Kjernejournal stoppet opp da prosjektlederen sluttet og ikke ble erstattet. En annen kommune fikk nytt prosjektlederteam underveis, og påtroppende prosjektlederteam hadde ikke vært involvert i forankringsarbeidet, som var en utfordring for videre innføring. En tredje kommune forteller at de i lang tid har strevd med høy turnover og mangel på ledere og mellomledere, som medfører at prosjektleder mangler et bindeledd mellom seg selv og helsepersonell.

En viktig suksessfaktor for vellykket innføring og vedvarende høy bruksgrad av Kjernejournal virker å være forankring i alle ledd, og det å ha en egne dedikerte ressurspersoner til å jobbe med forankring, informasjon og kanskje også opplæring. Det ser ut som om det er særlig viktig å sikre forståelsen av nytte blant mellomledere. Når mellomledere har forstått hensikten med at enheten skal benytte Kjernejournal, og mellomledere blir fulgt opp på det, vil fokuset forplante seg videre til resten av virksomheten. Mellomlederne trenger med andre ord å bli overbevist og bli gitt ett push, fordi de har en rekke andre prioriterte arbeidsoppgaver. En kommune forteller blant annet at enhetsledere har tatt opp Kjernejournal på storskjerm, slik at de ansatte ser sin nærmeste leder vise hva som ligger av verdi i Kjernejournal og illustrerer bruken i praksis. Flere kommuner trekker frem at de har hatt suksess med å benytte fagkoordinatorer og superbrukere som endringsagenter og ambassadører for Kjernejournal. I spørreundersøkelsen svarer 20% av dem som oppgir å aldri bruke Kjernejournal at det er fordi ingen andre på arbeidsplassen gjør det.

Oppfølging av ledere og medarbeidere underveis er også trukket frem som en suksessfaktor. I kommuner med et høyt antall oppslag er det ofte slik at mellomledere blir fulgt opp med statistikk på antall oppslag, hvorav noen til og med får formidlet denne statistikken ukentlig. Det en blir målt på er så klart med å skape fokus, og anerkjennelse av «gode resultater» virker forsterkende på videre arbeid. Et annet sentralt aspekt med oppfølging underveis er at det blir skapt en arena for å få oppklart spørsmål som dukker opp underveis.

Flere kommuner forteller også viktigheten av å møte mellomlederne fysisk «ute i felt» både når en skal drive med forankringsarbeid, informasjon og opplæring. Da må man vise forståelse for og ha respekt for en travel hverdag. Nøkkelen er å la mellomledere selv finne tid som passer, selv om det kanskje er langt frem i tid. En kommune erfarte at det ikke ble noe oppslutning rundt e-læringskurs som var satt opp, og løsningen da var å dra ut fysisk, og først da fikk Kjernejournal fokus.

Hvorvidt kommunene har innarbeidet bruken av Kjernejournal i sine rutiner eller prosedyrer varierer. Flere av de som har fått innarbeidet oppslag i Kjernejournal som en rutine mener dette er med på å trekke bruksgraden opp. En kommune peker på at det nødvendigvis ikke trenger å være skriftlige rutiner, men at det viktigste er at den er praktisk etablert. Gjennom spørreundersøkelsen er det flere respondenter som oppgir å bare bruke Kjernejournal når rutinen tilsier det, og dette er stort sett når det er et varsel om kritisk informasjon.

Når en skal realisere gevinster knyttet til en ny systeminnføring kan det være nyttig med en gevinstrealiseringsplan, og det var derfor et tema i alle intervjuene. Bare to kommuner oppgir å ha jobbet med en gevinstrealiseringsplan i forkant av innføringen, hvorav den ene ikke har benyttet planen i etterkant. Datagrunnlaget er derfor for lite til å si noe om hvordan en gevinstrealiseringsplan kan bidra til å øke bruken av og hente ut effekter fra Kjernejournal.

3.1.4 Hele behandlingskjeden må benytte Kjernejournal

For at kommunene skal lykkes med gevinstuttak knyttet til Kjernejournal kreves det at løsningen brukes av flere enn pleie- og omsorgstjenesten. For at Kjernejournal skal gi verdi krever det at aktørene i alle ledd i behandlingskjeden bruker Kjernejournal på riktig måte. Bruk av Kjernejournal må være et initiativ på tvers av helse- og omsorgstjenesten for at det skal bli en felles arena for kvalitetssikret og oppdatert informasjon, og for at incentiver til bruk skal opprettholdes. Funn fra spørreundersøkelsen og intervju indikerer at både fastlegers og spesialisthelsetjenestens (manglende) bruk av Kjernejournal påvirker bruksgraden i pleie- og omsorgstjenesten i negativ retning. Et fritekstsvar fra spørreundersøkelsen er beskrivende for situasjonen:

«Kjernejournal er en fin ide, men bare dersom andre instanser faktisk bruker den og legger informasjon og papirer der. Noe de ikke gjør. Per nå inneholder den aller mest de pasienten selv velger å legge inn selv der. Med en eldre brukergruppe som ikke vet eller kan betyr det mye tomme kjernejournaler som blir helt ubrukelig»

Noen av intervjukommunene har opplevd til dels store utfordringer med at fastlegene ikke er særlig begeistret for Kjernejournal. Beskjeden er at fastlegene ikke har tid til å gjøre oppdateringer i Kjernejournal selv om det finnes egne takster tilskrevet dette arbeidet. En av disse kommunene har derfor hatt møter med fastlegene for å informere at pleie- og omsorgstjenestene har tatt i bruk Kjernejournal, og at det er ønskelig at Kjernejournal brukes mer aktivt i kommunen. Andre steder har sykepleiere sendt elektroniske meldinger til fastleger med forespørsel om å legge inn informasjon i Kjernejournal. Resultatet av manglende oppslutning rundt bruken av Kjernejournal blir at helsepersonell ikke ser nytteverdien med å bruke Kjernejournal. 4% av de som aldri bruker Kjernejournal sier at det er på grunn av at de ikke stoler på informasjonen som står der. Både i spørreundersøkelsen og fra intervjuene trekkes det frem at sykepleiere har fått beskjed fra leger at de ikke kan «stole på» legemiddelinformasjonen i Kjernejournal. I en av virksomhetene bruker de ansatte Kjernejournal i liten grad på grunn av dette, selv om de har oppslag i Kjernejournal som en del av sjekklisten sin når de mottar nye pasienter. Det har også vært kommentarer på at spesialisthelsetjenesten ikke legger inn kritisk informasjon etter et sykehusopphold. Når informasjonen i epikrise, reseptmodul og Kjernejournal ikke stemmer overens med hverandre blir Kjernejournal i verste fall en kilde til forvirring. De som har slike erfaringer lar enten være å bruke Kjernejournal eller begrenser bruksområdene, f. eks bare til å sjekke reiterasjonsstatus på resepter.

«Synes at kjernejournal blir et farlig verktøy så lenge det ikke blir oppdatert. Nyttig i noen tilfeller å sjekke resept, men STOR svakhet at det ikke kan fungere som felles legemiddelliste. Man er avhengig at de ulike tjenestenivåene faktisk oppdaterer info i KJ, det skjer i for liten grad i dag. Må sterkere føringer til og mer opplæring blant fastleger og helsepersonell. I dag risikerer vi at det står registrert kritisk informasjon i KJ, som ikke samsvarer med kritisk informasjon i kommunens journalsystem og motsatt. Etter min erfaring så snakker ikke den akuttmedisinske kjede det samme språket i denne sammenheng. Ulik forståelse blant helsepersonell om bruken av KJ medfører også at KJ i mindre grad blir brukt»

4 Effekter av Kjernejournal

4.1 Forventede effekter

I forbindelse med innføring av Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenesten forventet Direktoratet for e-helse at Kjernejournal skal medføre en rekke kvalitative og kvantitative effekter, listet opp i figuren til høyre.

Forut for denne studien hadde prosjektgruppen en forventning om at de fleste og største ville finne sted på korttidsavdelingene i sykehjem og ØHD/KAD-avdelingene, fordi dette er aktører som har høy turnover av pasienter, som helsepersonell i tillegg ikke kjenner godt fra tidligere. Prosjektgruppen forventet effekter på tidsbruk og kvalitet knyttet til legemiddelhåndtering, og at disse effektene kom til å være størst på korttids plasser og i hjemmetjenesten hvor det er et høyt volum av pasienter/brukere. Det var en forventning om at Kjernejournal kom til å føre til færre henvendelser mellom hjemmetjenesten og fastlege på grunn av at hjemmetjenesten enklere skulle få tilgang til oversikt over resepter, men vi forventet ikke store effekter på antall henvendelser om legemidler fordi Kjernejournal per dags dato ikke inneholder en oversikt over legemidler i bruk. Prosjektgruppen forventet større og flere effekter for sykepleiere og leger (som jobber på korttidsavdelinger, ØHD/KAD og i hjemmetjenesten), enn vernepleiere (som i større grad jobber med brukere/pasienter som er i behov for kontinuerlig omsorg over lang tid). Det var ingen forventning om store effekter jevnt over fordi vi vet at antall oppslag i Kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten er lav, og innføringen er fortsatt pågående.

4.2 Kvantitative effekter

I denne studien ble det målt en rekke kvantitative effekter knyttet til bruk av Kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten. Kvantitative effekter handler om effekter som kan måles, telles og kvantifiseres på en eller annen måte. Slike effekter kan være relativt enkle å kvantifisere og måle, og en typisk kvantitativ effekt er tidsbesparelser. Figuren under illustrerer hvilke kvantitative effekter som er forsøkt målt.

FORVENTEDE GEVINSTER AV KJERNEJOURNAL I KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE HJEMMETJENESTEN

Helsepersonell vil få bedre tilgang til **sentrale oppdaterte opplysninger** om legemidler for sine pasienter.

Færre pasientskader som følge av uheldig bruk av legemidler.

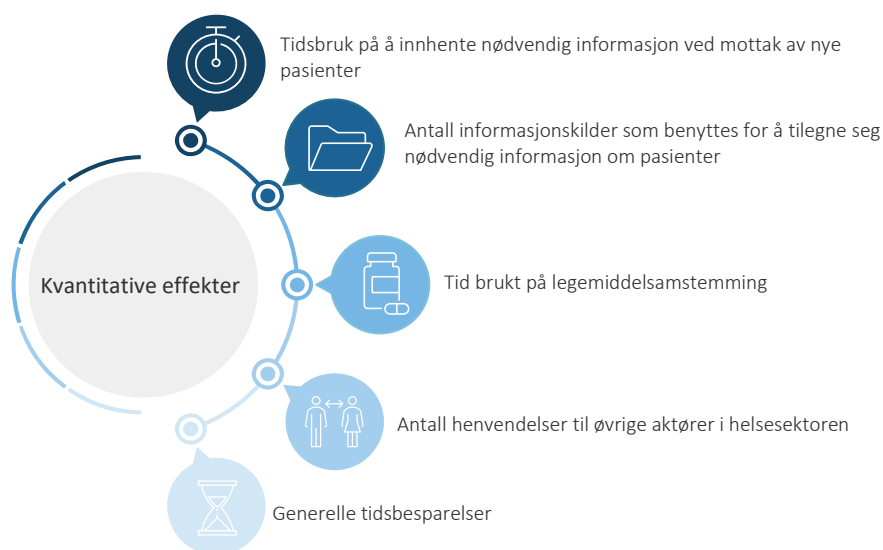
Helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester får mulighet til å **dele kritiske og viktige opplysninger** om sine pasienter med øvrige helsetjeneste.

Pasienter som følges opp av helsepersonell i sykehjem og hjemmetjenester har trygghet for at viktige opplysninger om dem også deles med deres primære behandlere.

Person- og helseopplysninger som i dag deles ved utskrift av dokumentasjon som følger med pasienten eller som sendes på fax kan **deles på en sikrere måte** via Kjernejournal. Det er bare helsepersonell ved tjenstlig behov som vil ha tilgang, dette begrenser tilgang på sensitive opplysninger.

Helsepersonell vil **spare tid** på å innhente og kvalitetssikre opplysninger om pasienten.

Kilde: [Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester \(Program pasientens](#)



4.2.1 Antall informasjonskilder og tid brukt på å innhente informasjon om nye pasienter

Ved mottak av nye pasienter/brukere blir det brukt mye tid på å innhente nødvendig informasjon, det være seg ny bruker av hjemmetjenesten, ny pasient på helsehus eller ny bruker i en avlastningsbolig. Det er også kjent at det brukes mye tid på å få oppdatert informasjon etter sykehusopphold, konsultasjon hos legevakt eller time hos avtalespesialist. Kjernejournal skal gi en samlet oversikt over de viktigste helseopplysningene om hver innbygger på ett sted, og med det forventer en at helsepersonell slipper å forholde seg til *like mange* (altså et mindre antall) informasjonskilder som før. Ulike informasjonskilder som typisk brukes for å få nødvendig informasjon er elektronisk pasientjournal, henvisningsnotat på papir hvis den ikke er sendt elektronisk, medisinkort på papir hvis det ikke er sendt elektronisk, dokumenter sendt per fax, pasienten selv og pårørende. Med en eventuell reduksjon i antall informasjonskilder er det også grunn til å tro at helsepersonell vil bruke *mindre tid* på å innhente nødvendig informasjon ved mottak av ny pasient/bruker. Hvis helsepersonell får muligheten til å forholde seg til et fåtall gode informasjonskilder og systemer, og at de ulike aktørene kan forholde seg til de samme informasjonskildene, kan det redusere sannsynligheten for feil og forbedre kvalitetssikringen av viktige opplysninger.

Antall kilder som normalt blir brukt for å få oppdatert informasjon om en pasient/bruker nå sammenliknet med før innføring av Kjernejournal ser ut til å være redusert. Det er en økning i andel som benytter bare én informasjonskilde i alle grupper, med unntak av legene som har sluttet å bare bruke én kilde. Samlet sett har andelen som normalt bruker én kilde økt fra 2% til 13%. Den største økningen ses i hjemmetjenesten og blant vernepleierne. Andelen som bruker 2-4 informasjonskilder har gått ned hos samtlige grupper med unntak av hos legene og ØHD/KAD, som har hatt en økning, og ved omsorgsinstitusjoner hvor andel som bruker 2-4 kilder er uendret. Samlet sett har andelen som normalt bruker fem eller flere kilder har *falt* fra 16% til 8% med Kjernejournal. Den største reduksjonen i andel som bruker fem eller flere kilder ses på ØHD/KAD (hvor det ikke er noen som oppgir å bruke fem kilder eller flere etter innføring av Kjernejournal), nest størst i hjemmetjenesten og minst i sykehjem. Andelen som bruker fem eller flere kilder er uendret hos legene.

Tidsbruken på å innhente nødvendig informasjon ved mottak av nye pasienter/brukere har gått ned etter innføringen av Kjernejournal. Det ses en økning i andelen som benytter 1-15 minutter på tvers av alle grupper, og samlet sett har andelen som bruker 1-15 minutter på å innhente nødvendig informasjon økt fra 6% til 19%. Den største økningen es på

ØHD/KAD, hvor det før ikke var noen som brukte bare 1-15 minutter, mens det etter innføring av Kjernejournal er 22% som gjør det. Det samme ser en ved omsorgsinstitusjon, hvor det heller ikke før var noen som brukte 1-15 minutter, mens det nå er 18% som gjør det.

Andelen som bruker 16-30 minutter har også gått opp, og for hele utvalget har andelen økt med 3 prosentpoeng. Andelen som bruker mer enn 30 minutter på å innhente informasjon har gått ned for hele utvalget (-18 prosentpoeng). Størst nedgang finnes hos ØHD/KAD (-29 prosentpoeng). I motsetning til f. eks på en skjermet demensavdeling eller boligjeneste vil helsepersonell som jobber på ØHD/KAD oftere ha behov for kun de mest sentrale helseopplysningene, aktuell sykehistorie og det mest relevante av tidligere sykehistorie. Kjernejournal har en oversikt over en del av dette, og helsepersonell ved ØHD/KAD sparer trolig derfor mye tid når det gjelder informasjonsinnhenting.

	Hele utvalget			Sykepleier			Lege			Vernepleier		
	N=259			N=200			N=28			N=22		
Antall informasjonskilder	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring
1	2 %	13 %	+11 %	3 %	14 %	+11 %	4 %	0 %	-4 %	0 %	14 %	+14 %
2-4	68 %	64 %	-4 %	71 %	65 %	-6 %	57 %	68 %	+11 %	63 %	59 %	-4 %
5 eller flere	16 %	8 %	-8 %	15 %	8 %	-7 %	18 %	18 %	0 %	14 %	5 %	-10 %
Ikke relevant for meg	3 %	4 %	+1 %	3 %	4 %	+1 %	0 %	0 %	0 %	5 %	5 %	-1 %
Vet ikke	11 %	11 %	0 %	8 %	9 %	+1 %	21 %	14 %	-7 %	18 %	18 %	0 %
	Hjemmetjenesten			Sykehjem			Omsorgsinstitusjon			ØHD/KAD		
	N=102			N=96			N=17			N=14		
Antall informasjonskilder	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring
1	1 %	16 %	+15 %	3 %	7 %	+4 %	0 %	12 %	+12 %	0 %	7 %	+7 %
2-4	72 %	63 %	-9 %	63 %	62 %	-1 %	53 %	53 %	0 %	86 %	93 %	+7 %
5 eller flere	16 %	7 %	-9 %	16 %	12 %	-4 %	23 %	12 %	-11 %	14 %	0 %	-14 %
Ikke relevant for meg	3 %	4 %	+1 %	3 %	5 %	+2 %	6 %	6 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vet ikke	8 %	10 %	+2 %	15 %	14 %	-1 %	18 %	17 %	-1 %	0 %	0 %	0 %

Tabell 3. Antall informasjonskilder normalt benyttet for å få oppdatert informasjon om pasienter/brukere (kvantitativ effekt)

	Hele utvalget			Sykepleier			Lege			Vernepleier		
	N=259			N=200			N=28			N=22		
Tidsbruk (minutter)	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring
1-15 min	6 %	19 %	+13 %	5 %	18 %	+13 %	7 %	21 %	+14 %	7 %	21 %	+14 %
16-30 min	22 %	25 %	+3 %	23 %	25 %	+3 %	21 %	29 %	+8 %	22 %	29 %	+7 %
31-60 min	32 %	20 %	-12 %	34 %	22 %	-12 %	40 %	25 %	-15 %	39 %	25 %	-14 %
60-120 min	14 %	10 %	-4 %	15 %	13 %	-2 %	14 %	7 %	-7 %	14 %	7 %	-7 %
> 180 min	5 %	3 %	-2 %	6 %	3 %	-4 %	7 %	7 %	0 %	7 %	7 %	0 %
Ikke relevant for meg	7 %	9 %	+2 %	4 %	5 %	+1 %	4 %	7 %	+3 %	4 %	7 %	+3 %
Vet ikke	14 %	14 %	0 %	15 %	16 %	+1 %	7 %	4 %	-3 %	7 %	4 %	-3 %
	Hjemmetjenesten			Sykehjem			Omsorgsinstitusjon			ØHD/KAD		
	N=102			N=96			N=17			N=14		
Tidsbruk (minutter)	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring	Før KJ	Etter KJ	Endring
1-15 min	7 %	22 %	+15 %	5 %	14 %	+9 %	0 %	18 %	+18 %	0 %	22 %	+22 %
16-30 min	22 %	26 %	+4 %	24 %	25 %	+1 %	18 %	12 %	-6 %	29 %	36 %	+7 %
31-60 min	28 %	17 %	-11 %	34 %	26 %	-8 %	12 %	6 %	-6 %	50 %	21 %	-29 %
60-120 min	14 %	11 %	-3 %	17 %	12 %	-5 %	12 %	6 %	-6 %	14 %	14 %	0 %
> 180 min	8 %	3 %	-5 %	4 %	3 %	-1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Ikke relevant for meg	3 %	4 %	+1 %	3 %	6 %	+3 %	40 %	40 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vet ikke	18 %	17 %	-1 %	13 %	14 %	+1 %	18 %	18 %	0 %	7 %	7 %	0 %

Tabell 4. Tid brukt på å innhente nødvendig informasjon ved mottak av ny pasient/bruker

4.2.2 Henvendelser til andre aktører i helsesektoren

Når mye informasjon er samlet på ett sted forventet vi at Kjernejournal vil kunne redusere antall henvendelser mellom aktørene, særlig når det gjelder enkle avklaringer rundt endringer i legemiddellisten. Respondentene ble derfor spurt om å vurdere hvor ofte de henvender seg til øvrige aktører i helsesektoren i dag sammenlignet med før de tok i bruk Kjernejournal. Det er ikke et mål med Kjernejournal at aktørene skal slutte å henvende seg til hverandre, men en reduksjon av kontakter som ikke krever (tverr)faglige vurderinger vil kunne sies være en positiv konsekvens.

«En positiv konsekvens av Kjernejournal er at jeg kan se om resepter er aktive før jeg legger dem til bestilling til apotek. Sparer masse tid på å ikke spørre fastlege om resept er aktiv da en kan se etter dette selv. Sender kun melding til lege når det er behov for fornyelse av denne.»

Bedre samhandling og samarbeid på tvers av aktørene er et ønsket mål, og tettere samarbeid krever dialog. For majoriteten har ikke Kjernejournal endret kontakthyppheten med øvrige aktører (fastlege, spesialisthelsetjenesten, sykehjemslege, hjemmetjenesten, apotek og pårørende). Det bør likevel påpekes at rundt 30% henvender seg sjeldnere til fastlegen og apotek, og 21% henvender seg sjeldnere til spesialisthelsetjenesten.

Sammenliknet med før innføringen av KJ, hvor ofte henvender du deg til følgende aktører?				
Hele utvalget N=259	Sjeldnere	Uendret	Hypigere	Ikke relevant
Fastlege	32 %	53 %	2 %	13 %
Spesialisthelsetjenesten	21 %	66 %	2 %	11 %
Sykehjemslege	9 %	51 %	2 %	38 %
Hjemmetjenesten	10 %	52 %	2 %	36 %
Apotek	31 %	54 %	3 %	12 %
Pårørende	17 %	70 %	2 %	10 %
Hjemmetjenesten N=102				
Fastlege	37 %	54 %	1 %	8 %
Spesialisthelsetjenesten	26 %	63 %	1 %	10 %
Sykehjemslege	10 %	40 %	0 %	50 %
Hjemmetjenesten	9 %	41 %	1 %	49 %
Apotek	43 %	48 %	2 %	7 %
Pårørende	23 %	66 %	1 %	10 %
Korttidsavdeling N=48				
Fastlege	31 %	52 %	0 %	17 %
Spesialisthelsetjenesten	23 %	65 %	2 %	10 %
Sykehjemslege	11 %	72 %	2 %	15 %
Hjemmetjenesten	8 %	80 %	2 %	10 %
Apotek	17 %	66 %	2 %	15 %
Pårørende	13 %	79 %	0 %	8 %
Langtidsavdeling N=48				
Fastlege	23 %	50 %	2 %	25 %
spesialisthelsetjenesten	8 %	71 %	4 %	17 %
Sykehjemslege	6 %	69 %	2 %	23 %
Hjemmetjenesten	11 %	45 %	4 %	40 %
Apotek	13 %	60 %	4 %	23 %
Pårørende	13 %	68 %	2 %	17 %

Tabell 5. Endringer i henvendeshyppighet til andre aktører i helsesektoren

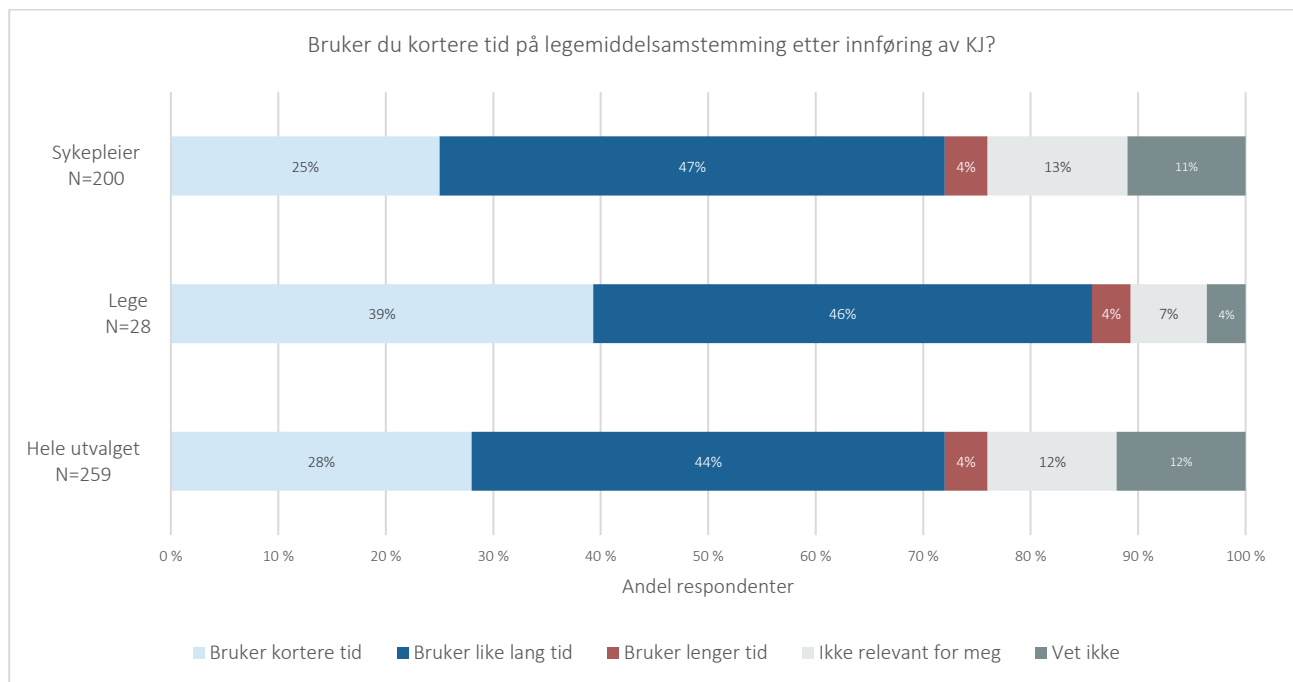
Vi forventet ikke at Kjernejournal skulle redusere antall henvendelser til pårørende i like stor grad på grunn av disse henvendelsene sin natur, men 17% av hele utvalget tar sjeldnere kontakt med pårørende etter innføring av Kjernejournal. Hvorvidt dette kan kategoriseres som en positiv effekt kan diskuteres, og avhenger av hvilken type kontakt som er redusert. De største endringene finnes hos dem som jobber i hjemmetjenesten. Her svarer 37% at de sjeldnere henvender seg til fastlegen, 26% at de sjeldnere henvender seg til spesialisthelsetjenesten og 43% at de sjeldnere henvender seg til apotek. Blant svarene fra ansatte ved sykehjem ser man en forskjell mellom korttid- og langtidsavdelingene (N=48 i begge grupper). 31% av respondenter fra korttidsavdeling henvender seg sjeldnere til fastlegen sammenliknet med 23% av respondentene fra langtidsavdeling. 23% fra korttidsavdeling henvender seg sjeldnere til spesialisthelsetjenesten sammenliknet med 8% ved langtidsavdeling. 17% henvender seg sjeldnere til apotek fra korttidsavdelingene, mens tallet er 13% fra langtidsavdelingene.

4.2.3 Tid brukt på legemiddelsamstemming

Som nevnt, inneholder ikke Kjernejournal en liste over legemidler i bruk, men den gir en oversikt over resepter på legemidler, næringsmidler og forbruksmateriell som er forskrevet de siste 3 årene, inkludert grunnleggende

«Kjernejournal sikrer først og fremst raskere samstemming av legemidler ved mottak av nye pasienter. KJ er også ved utreise en god kilde for å se hva pasienten har aktive resepter på. Vi leger i sykehjem har ikke tilgang til reseptformidleren, og KJ er dermed våre eneste kilde til å se om pasienten har aktive resepter»

bruksinformasjon (dosering, eventuelle instruksjoner og reiterasjoner). Papirresepter kommer ikke inn i oversikten i Kjernejournal før medikamentet blir hentet ut. En av de forventede gevinstene er at Kjernejournal skal redusere tidsbruk på og være et kvalitetssikringsverktøy for legemiddelsamstemming. Leger har overordnet ansvar for legemiddelsamstemming og godkjenning av legemiddellistene, men det er ikke uvanlig at sykepleiere er svært delaktige i prosessen.



Figur 8. Tid brukt på legemiddelsamstemming

44% av hele utvalget tror at de bruker like lang tid på legemiddelsamstemming nå sammenliknet med før innføring av Kjernejournal. En forklaring på at nesten halvparten bruker like lang tid som før kan være at Kjernejournal inneholder informasjon som helsepersonell uansett har hatt tilgang til på andre måter, altså tilbyr ikke Kjernejournal noe nytt som de mener at de trenger. Vi ser likevel at 25% av sykepleierne (28% av hele utvalget) svarer at de nå bruker kortere tid, som kan skyldes at kommunikasjonen med fastlegene er mer effektiv når sykepleierne selv kan se resepter opp mot legemiddellisten som de allerede har. 12% av hele utvalget svarte at dette spørsmålet ikke var relevant for dem, noe som gir mening med tanke på at ikke alt helsepersonell har legemiddelsamstemming som arbeidsoppgave. Det kan også forklare forskjellene vi ser mellom profesjonene hvor en større andel av legene (39%) enn sykepleierne (25%) mener at de sparer tid.

4.2.4 Generell tidsbesparelse

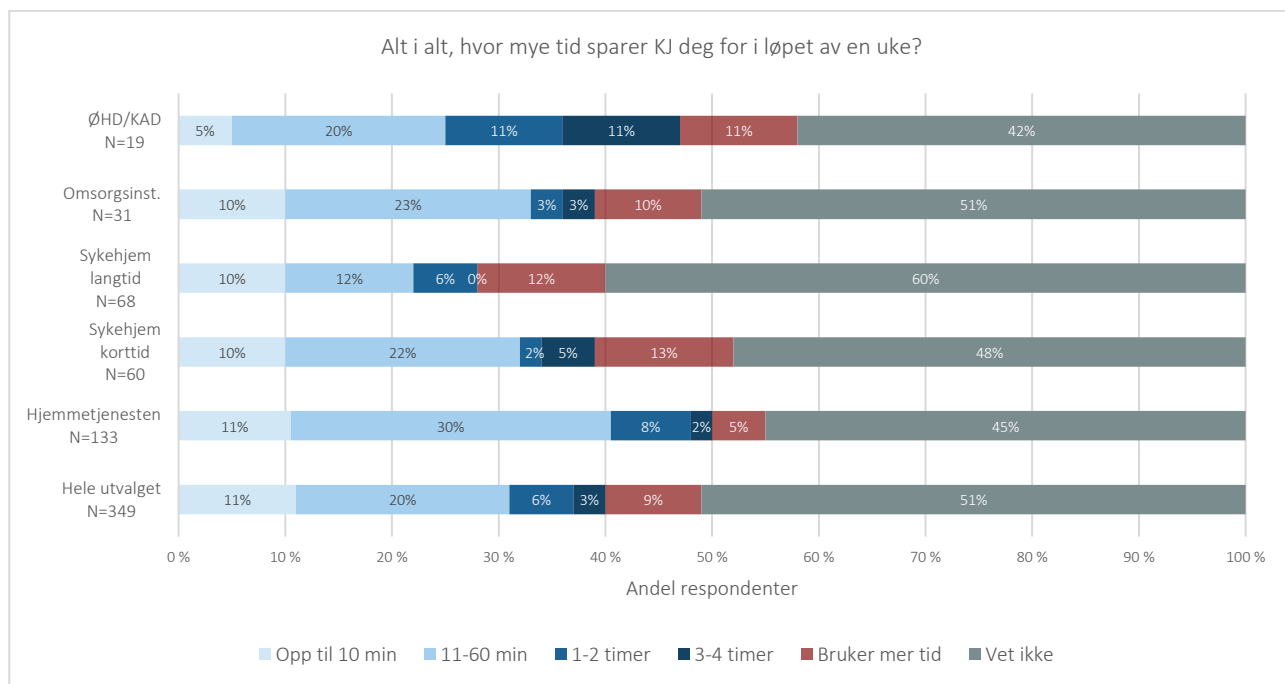
Alt i alt så er det en forventning om at Kjernejournal skal spare helsepersonell for tid. Graden av tidsbesparelser forventes å være høyere når bruken er godt etablert. Vi har spurt helsepersonell om å estimere eventuelle tidsbesparelser, hvilket er en vanskelig øvelse som ikke gir presise estimater. En ren tidsmåling hos et utvalg

«Jeg som medisinsansvarlig bruker langt mindre tid på administrasjon rundt å innhente resepter, og å spørre apotek om det foreligger resept»

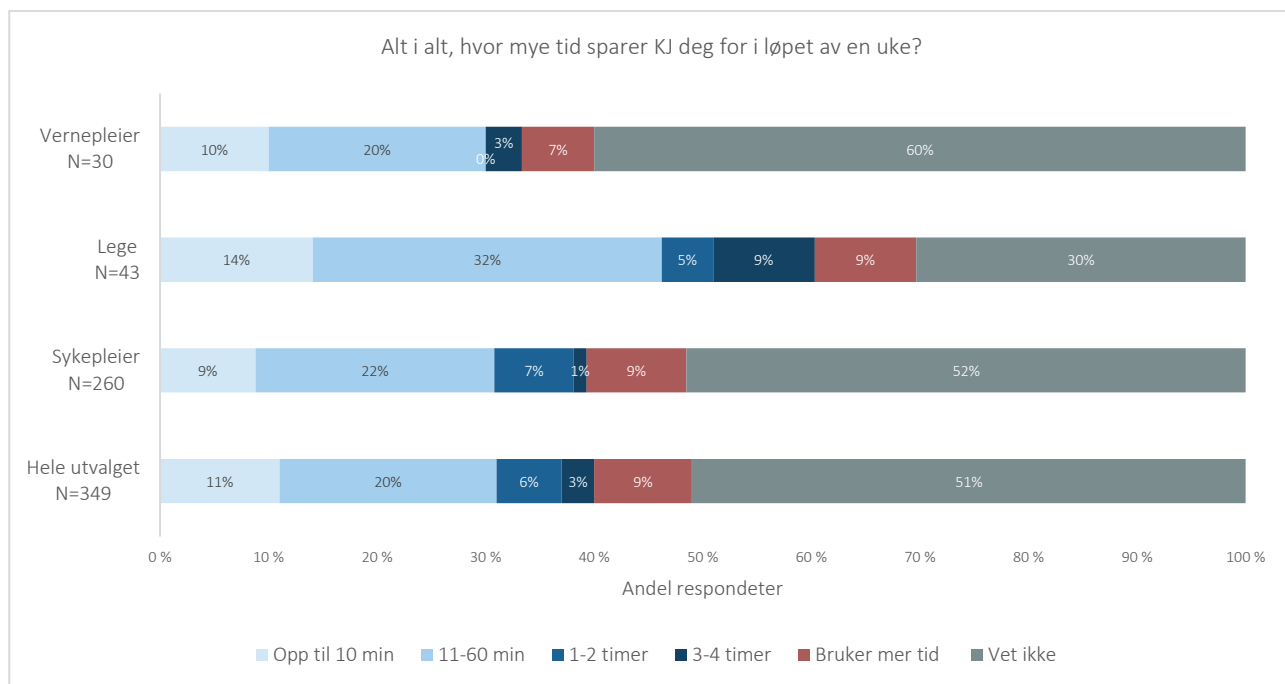
helsepersonell før og etter innføring hadde gitt mer nøyaktige målinger.

Det er derfor ikke overraskende at halvparten ikke vet om Kjernejournal har spart dem tid i løpet av en uke. 20% av hele utvalget tror at de sparer mellom 11 og 60 minutter. Den største forskjellen ses mellom hjemmetjenesten og langtidsavdeling i sykehjem. I hjemmetjenesten tror 30% at de sparer 11-60 minutter sammenliknet med 12% fra

langtidsavdelingene. På korttidsavdeling, omsorgsinstitusjon og ØHD/KAD er det omtrent 20% som mener at de sparer 11-60 minutter. 9% av hele utvalget tror at Kjernejournal har spart dem for mellom 1 og 4 timer, og andelen som sparer såpass mye tid er størst på ØHD/KAD (22%), nest størst i hjemmetjenesten (10%) og lavest på korttidsavdeling på sykehjem (7%), langtidsavdeling på sykehjem (6 %) og omsorgsinstitusjon (6 %).



Figur 9. Generelle tidsbesparelser knyttet til Kjernejournal per institusjon



Figur 10. Generelle tidsbesparelser knyttet til Kjernejournal per yrke

«Pålogging på data og EPJ tar lang nok tid i utgangspunktet og krever tlf og godkjenningssapper. Det tar bare enda mer tid å skulle logge inn i enda en journal i journalen»

«Kritisk info står alltid i epikrisen fra sykehus, men dersom det er registrert i KJ (rødt ikon) skal vi logge oss inn og sjekke når det kommer ny pasient. Hver gang jeg har sjekket medisinlisten i KJ har den ikke vært samstemt med medisinlisten i epikrisen til den nye pasienten. Unødvendig tidsbruk»

nyttig og mengden informasjon før var utilstrekkelig. Noen fritekstsvar fra undersøkelsen er med på å illustrere noen av årsakene (se sitater). Det kan også være at tekniske aspekter som treghet i journalsystemet, at det går mye tid på å logge seg på Kjernejournal, eller dobbeltføring av kritisk informasjon kan bidra til at noen opplever å bruke mer tid. 11% av de som svarte at de aldri bruker Kjernejournal, på tross av de har tilgang, oppgir at det skyldes at det går for mye tid å bruke Kjernejournal.

Svaralternativene fordeler seg noe ulikt mellom yrkesgruppene.

Omtrent en tredjedel av legene svarer at de sparer mellom 11 og 60 minutter sammenliknet med 22% av sykepleierne og 20% av vernepleierne. 14% av legene sammenliknet med 8% av sykepleierne og 3% av vernepleierne tror at de sparer mellom 1 og 4 timer i løpet av en arbeidsuke.

I motsetning til å spare tid tror 9% av hele utvalget at de bruker mer tid etter innføring av Kjernejournal. Respondentene som valgte dette svaralternativet, har dessverre ikke fått oppfølgingsspørsmål på hva årsaken kan være. Det er mulig at tilgang på mer informasjon i seg selv gjør at man bruker mer tid, selv om denne informasjonen er

4.3 Kvalitative effekter

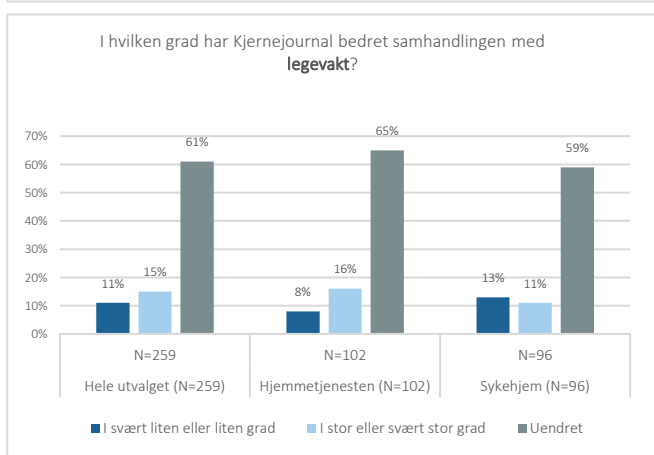
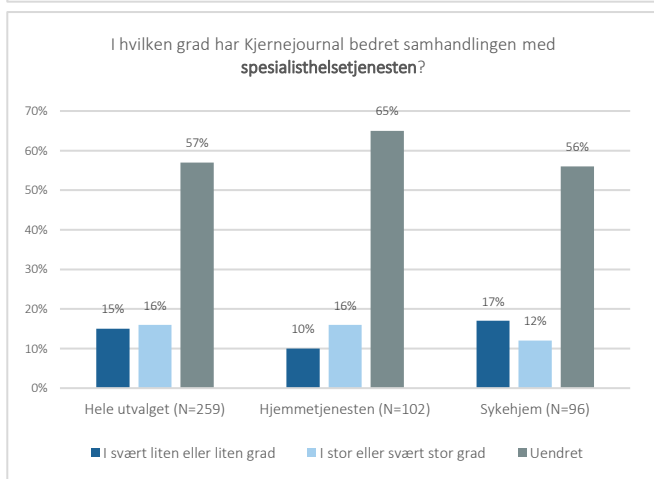
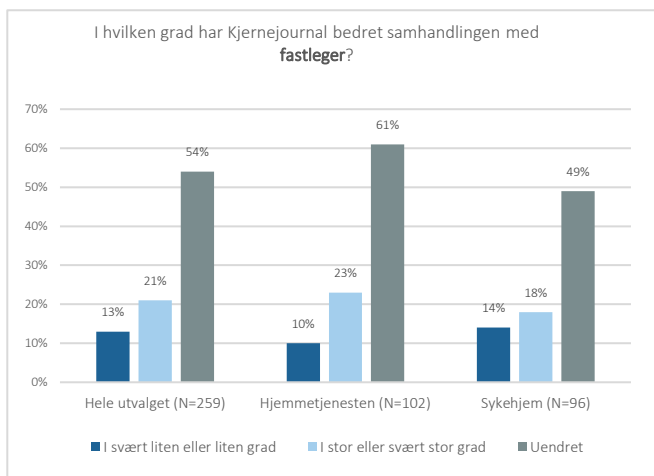
Kvalitative effekter er subjektive og vanskeligere å telle eller kvantifisere sammenlignet med kvantitative effekter. I denne studien er de kvalitative effektene knyttet til pasientsikkerhet, samhandling, kvalitetssikring og grunnlag for faglige vurderinger. Figuren viser hvilke kvalitative effekter som er målt i studien.

I helse- og omsorgstjenestene er det sentralt for både innbyggerne og helsepersonell at helsehjelpen som utøves er trygg, forsvarlig og av høy kvalitet. For at helsepersonell skal kunne utøve slik helsehjelp trenger de verktøy som bidrar til høy kvalitet på informasjon, god kvalitetssikring av informasjonen, sikker deling av person- og helseopplysninger og rask tilgang til kritisk helseinformasjon i akutsituasjoner.



4.3.1 Samhandling

Flere av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene mottar helsehjelp fra flere helseaktører, f.eks. fastlege, hjemmetjenesten, fysioterapeut, legevakt og spesialisthelsetjenesten. Helseaktørene må ha tilgang til informasjon fra hverandre for å kunne samarbeide om å utøve helhetlig god helsehjelp og omsorg. Det forventes derfor at Kjernejournal, som er en felles plattform for helseopplysninger, skal bidra til god samhandling mellom helseaktørene. Deltakerne i spørreundersøkelsen fikk spørsmål om i hvilken grad Kjernejournal har forbedret samhandlingen med noen nøkkelaktører. I den visuelle fremstillingen av resultatene har vi tatt bort de som har svart at samhandlingen ikke er relevant for dem eller de som har svart at de ikke vet.



Figur 11. Endring i samhandling med ulike aktører

Litt mer enn halvparten av hele utvalget (54%) opplever at samhandlingen med fastlegen ikke har endret seg med Kjernejournal. For de som jobber i hjemmetjenesten er denne andelen noe høyere (61%) og for de som jobber i sykehjem noe lavere (49%) sammenliknet med hele utvalget. Videre mener 21% av hele utvalget at samhandlingen med fastleger i stor eller svært stor grad er forbedret. Sammenliknet med sykehjem (18%) er det en litt større andel ansatte i hjemmetjenesten (23%), som synes at samhandlingen med fastlegen har blitt bedre. Det gir mening at en ser en noe større positiv effekt hos hjemmetjenesten sammenliknet med sykehjem når det gjelder samhandling med fastlegen, fordi ansatte i hjemmetjenesten langt oftere forholder seg til nettopp fastlegen. Under intervjuene ble mer målrettet kommunikasjon mellom fastlege og hjemmetjenesten trukket frem som en gevinst fra en kommune som har et høyt antall oppslag i Kjernejournal.

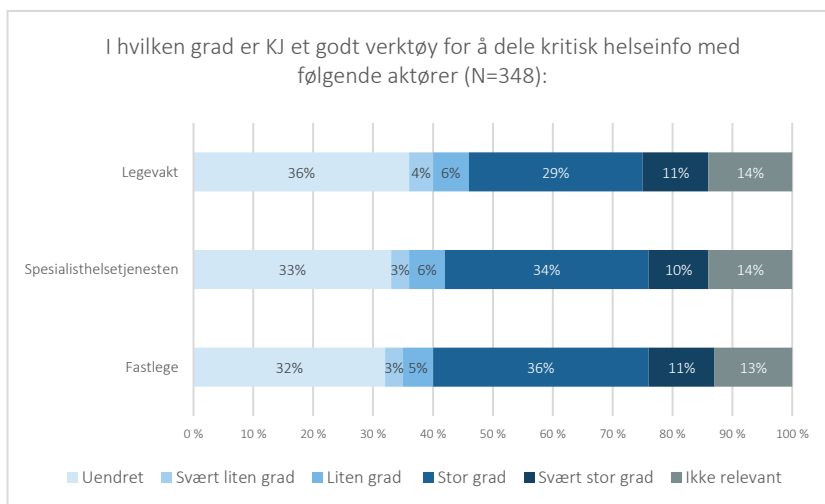
57% av hele utvalget mener at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten er uendret siden innføringen av Kjernejournal. Mens 16% av hele utvalget mener at samhandlingen i stor eller svært stor grad har forbedret seg, så sier nesten like mange (15%) at den i liten eller svært liten grad har blitt mye bedre. Fordelingen av svar mellom svaralternativene er forholdsvis lik mellom sykehjem og hjemmetjeneste på dette spørsmålet.

Selv om flertallet (61%) av hele utvalget mener at Kjernejournal ikke har endret samhandlingen med legevakt, ser vi likevel at 15% mener at den i stor eller svært stor grad er forbedret. Det det er så vidt en større andel i hjemmetjenesten (16%) enn i sykehjem (11%) som opplever en forbedring.

4.3.2 Deling av kritisk helseinformasjon

Kjernejournal er som nevnt en arena hvor helsepersonell på tvers av hele helse- og omsorgstjenesten skal få tilgang til sentrale helseopplysninger. Noen av opplysningene, bl.a. resepthistorikk, vaksinasjonsstatus, besøkhistorikk hos spesialisthelsetjenesten og navn på fastlege, tilgjengeliggjøres i Kjernejournal via integrasjoner. Kritisk helseinformasjon må derimot manuelt legges inn, og er ikke data som integreres fra f. eks EPJ.

I spørreundersøkelsen ble deltakerne spurt om Kjernejournal er et godt verktøy for å dele kritisk helseinformasjon⁸. 47% av hele utvalget svarer at Kjernejournal i stor eller svært stor grad er et godt verktøy for å dele kritisk helseinformasjon med fastlegen. Nesten like mange synes at Kjernejournal er et godt verktøy for å dele kritisk helseinformasjon med spesialisthelsetjenesten (44%) og med legevakt (40%). Omtrent en tredjedel mener derimot at Kjernejournal ikke har ført til noen endringer når det gjelder å dele kritisk informasjon. Det er små forskjeller i opplevelsen av dette på tvers av institusjoner.



Figur 12. Er Kjernejournal et godt verktøy for å dele kritisk helseinformasjon?

Gjennom flere av intervjuene fremgår det at kommuner forut for innføring av Kjernejournal ble forespeilet at det skulle bli enklere å dele kritisk helseinformasjon. Dette er en gevinst som gjennomgående trekkes frem blant kommunene som har tatt Kjernejournal skikkelig i bruk. Andre kommuner opplyser om at de foreløpig ikke har gode rutiner for å legge inn kritisk informasjon i Kjernejournal. Videre forteller noen kommuner at de har sykepleiere ved sykehjem og hjemmetjeneste som kontakter fastlegene med en oppfordring om å legge inn kritisk informasjon om sine pasienter i Kjernejournal. Manglende bruk av denne funksjonaliteten reduserer åpenbart nytten av Kjernejournal.

⁸ Til dette spørsmålet ble det ikke stilt krav om at en hadde vært ansatt i sin stilling før innføringen av Kjernejournal og det er derfor besvart av flere respondenter enn standard effektspørsmål (N=348)

EKSEMPLER PÅ SITUASJONER HVOR DET OFTE ER HELT NØDVENDIG OG LIVSVIKTIG MED TILGANG TIL OPPDATERT KRIKISK INFORMASJON

Pasienter med blodforgiftning behøver raskt å få behandling med antibiotika. Helsepersonell må vite om eventuelle allergier mot antibiotika for å velge riktig preparat. En alvorlig allergisk reaksjon kan medføre fatale konsekvenser i løpet av kort tid.

En pasient med uavklart bevissthetstap og påfølgende forvirring blir lagt inn på ØHD. Når det gjelder bevissthetstap så er det viktig å finne ut av om den skyldes en farlig eller en ufarlig årsak. Hvis denne pasienten har en pacemaker, implantert hjertestarter eller epilepsi, så er dette informasjon som leger og sykepleiere på ØHD trenger å vite for overvåking og videre behandling.

En multisyk sykehjemsbeboer med kort forventet levetid har i samråd med sykehjemslegen besluttet at det skal avstås fra sykehusinnleggelse, selv ved interkurrent sykdom (f. eks en infeksjon). For helsepersonell som ikke kjenner pasienten godt (sykepleier med ansvarsvakt som vanligvis jobber på en annen avdeling) eller ikke kjenner pasienten i det hele tatt (legevaktlege) er dette viktig informasjon å ha tilgang på. Beboeren selv er ikke alltid i stand til å formidle denne informasjonen selv.

4.3.3 Pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen

Økt pasientsikkerhet er et av hovedargumentene for å innføre Kjernejournal i hele helse- og omsorgstjenesten.

Teknologi som anvendes i helsetjenesten må på en eller annen måte understøtte pasientsikkerhet, for eksempel ved å gi grunnlag for faglige vurderinger eller bistå med å unngå pasientskader eller uønskede hendelser.

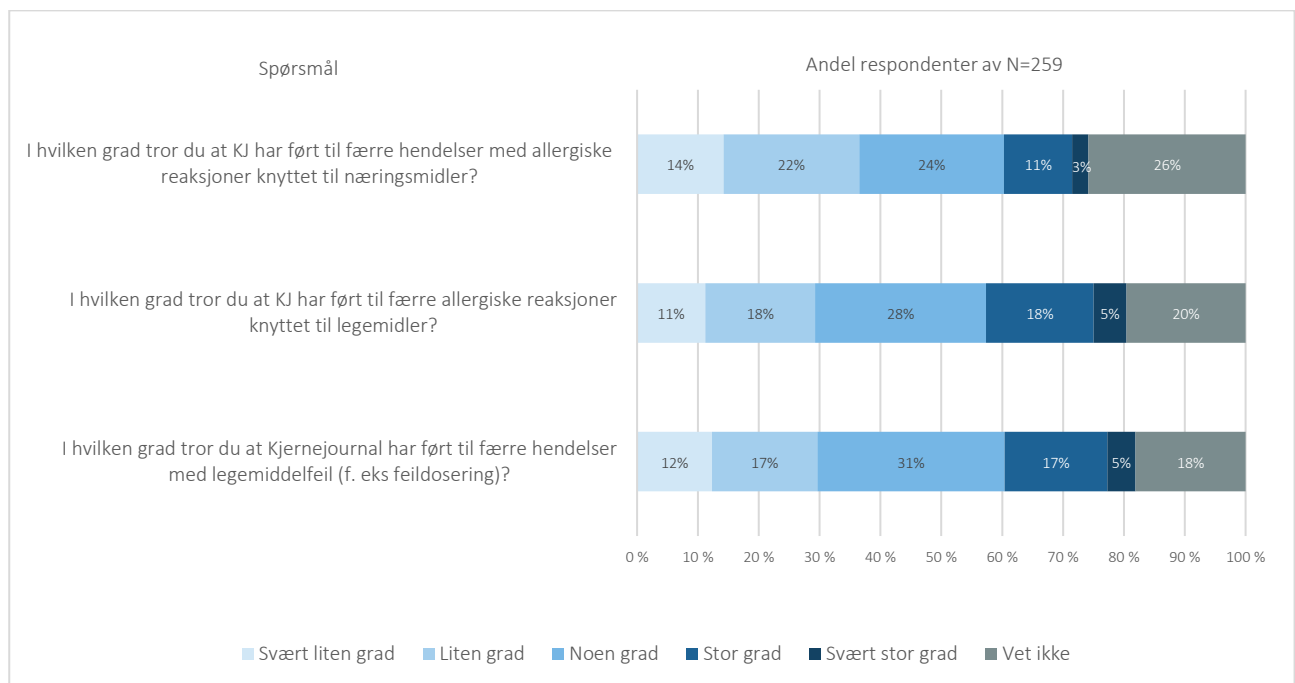
«Kjernejournal har en positiv konsekvens for pasienten – bedre pasientsikkerhet grunnet betydelig økt tilgang til journalopplysninger»

«Kjernejournal er oversiktlig med tanke på å følge opp kritisk informasjon, som igjen fører til at sikkerheten til pasient blir ivaretatt»

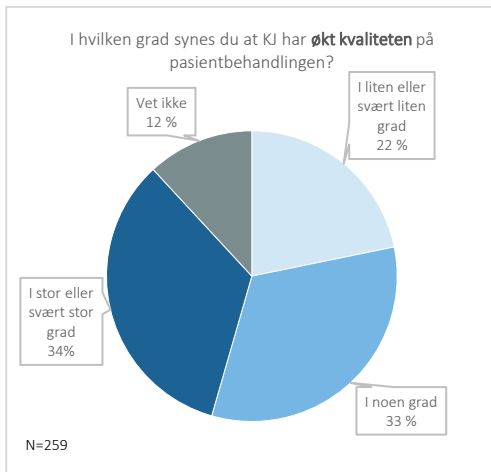
«Kjernejournal gir bedre grunnlag for legemiddelsamstemming. Mindre fare for feilmedisinering. Dette gjør det tryggere for pasienten»

Ved å måle avvik tilknyttet legemiddelhåndtering, forekomst av feilbehandling/pasientskade eller monitorere forekomst av legemiddelreaksjoner i et utvalg før og etter innføring av Kjernejournal kunne man ha kvantifisert effekten som Kjernejournal har hatt på pasientsikkerhet. Dette har det ikke vært anledning til å gjøre i denne undersøkelsen, hovedsakelig på grunn av tidsrammen, men også at Kjernejournal ikke har vært i bruk lenge nok hos de fleste kommunene. Slike data bør vurderes over en lengre periode for at en skal kunne fastslå at endringer i for eksempel forekomst av pasientskader skyldes bruk av Kjernejournal fremfor tilfeldigheter.

Vi har spurt respondentene om de tror at Kjernejournal har ført til færre hendelser med legemiddelfeil og færre hendelser knyttet til allergiske lege- eller næringsmiddelreaksjoner. Oppfatningen av dette er blandet. 29% av hele utvalget mener at Kjernejournal bare i liten eller svært liten grad har ført til færre hendelser med legemiddelfeil, mens 22% mener at KJ i stor eller svært stor grad har ført til færre hendelser med legemiddelfeil. 23% av utvalget mener at Kjernejournal i stor eller svært stor grad har redusert antall legemiddelallergiske reaksjoner, mens 29% mener at dette har forekommet bare i liten eller i svært liten grad.



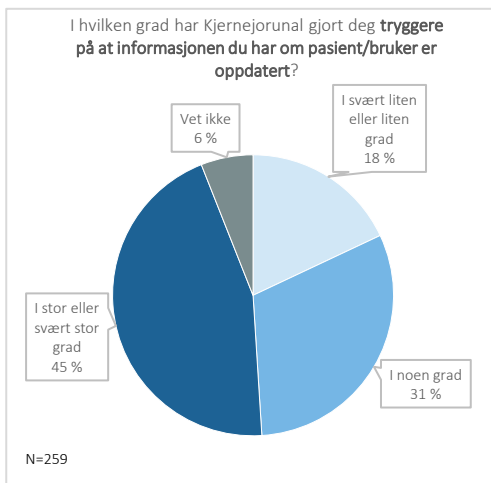
Figur 13. Kjernejournal sin påvirkning på hendelser knyttet til allergiske reaksjoner og legemiddelfeil



Figur 14. Kjernejournal sin påvirkning på pasientbehandlingen

Det er undersøkt hvorvidt helsepersonell i pleie- og omsorgstjenesten opplever at Kjernejournal har økt kvaliteten på pasientbehandlingen. 34% av hele utvalget svarer at Kjernejournal i stor eller svært stor grad har økt kvaliteten på pasientbehandlingen, 31% svarer i noen grad og 22% svarer i liten eller svært liten grad.

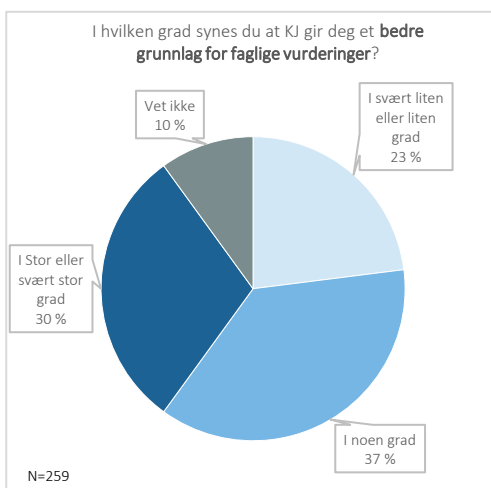
Det er en større andel leger (43%) og vernepleiere (41%) som mener at Kjernejournal har økt kvaliteten på pasientbehandlingen i stor eller svært stor grad, sammenlignet med sykepleierne (32%). Rundt 35% av respondentene som jobber ved ØHD/KAD, hjemmetjenesten og korttidsavdeling sykehjem mener at KJ har økt pasientbehandlingen i stor eller svært stor grad. Ved langtidsavdeling sykehjem er det til sammenlikning 20% som mener det samme.



Figur 15. Trygghet for oppdatert informasjon om pasient

Med Kjernejournal er det tenkt at pasienter som følges opp av helsepersonell i ulike ledd i behandlingsskjeden skal ha en større trygghet for at viktige opplysninger tilgjengeliggjøres for alle primærbehandlede. Kjernejournal vil dermed også kunne gjøre helsepersonell tryggere på at informasjonen de har om pasient/bruker er riktig og oppdatert.

45% av hele utvalget mener at Kjernejournal i stor eller svært stor grad gjør dem tryggere på at informasjonen de har om pasient/bruker er oppdatert, 33% mener dette i noen grad, mens 18% mener at Kjernejournal i liten eller i svært liten grad har gjort dem tryggere på at informasjonen er oppdatert. Svarene varierer mellom yrkesgruppene, hvor hele 64% av vernepleierne mener at Kjernejournal har gjort dem tryggere på at informasjonen om pasient/bruker er oppdatert, mens 50% av legene og 42% av sykepleierne mener det samme.

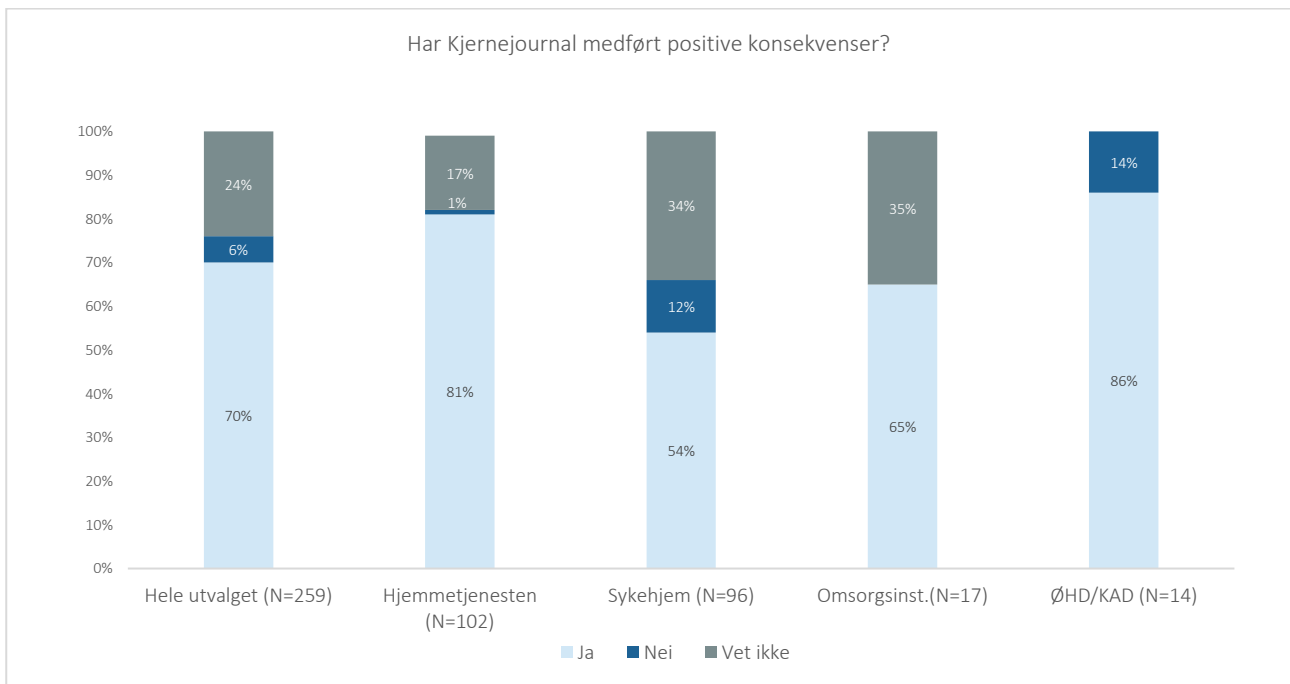


Figur 16. Kjernejournal som grunnlag for faglige vurderinger

Det er grunn til å tro at Kjernejournal skal kunne gi et bedre grunnlag for faglige vurderinger fordi en har kvalitetssikret og nyttig informasjon samlet på ett sted. Undersøkelsen viser at det er delte oppfatninger om det. 30% av hele utvalget oppgir at Kjernejournal i stor eller svært stor grad gir dem bedre grunnlag for faglige vurderinger. Det er en litt større andel vernepleiere (41%) og leger (36%) som opplever dette sammenlignet med hele utvalget. 23% av hele utvalget oppgir at Kjernejournal i liten eller svært liten grad har gitt dem bedre grunnlag for faglige vurderinger.

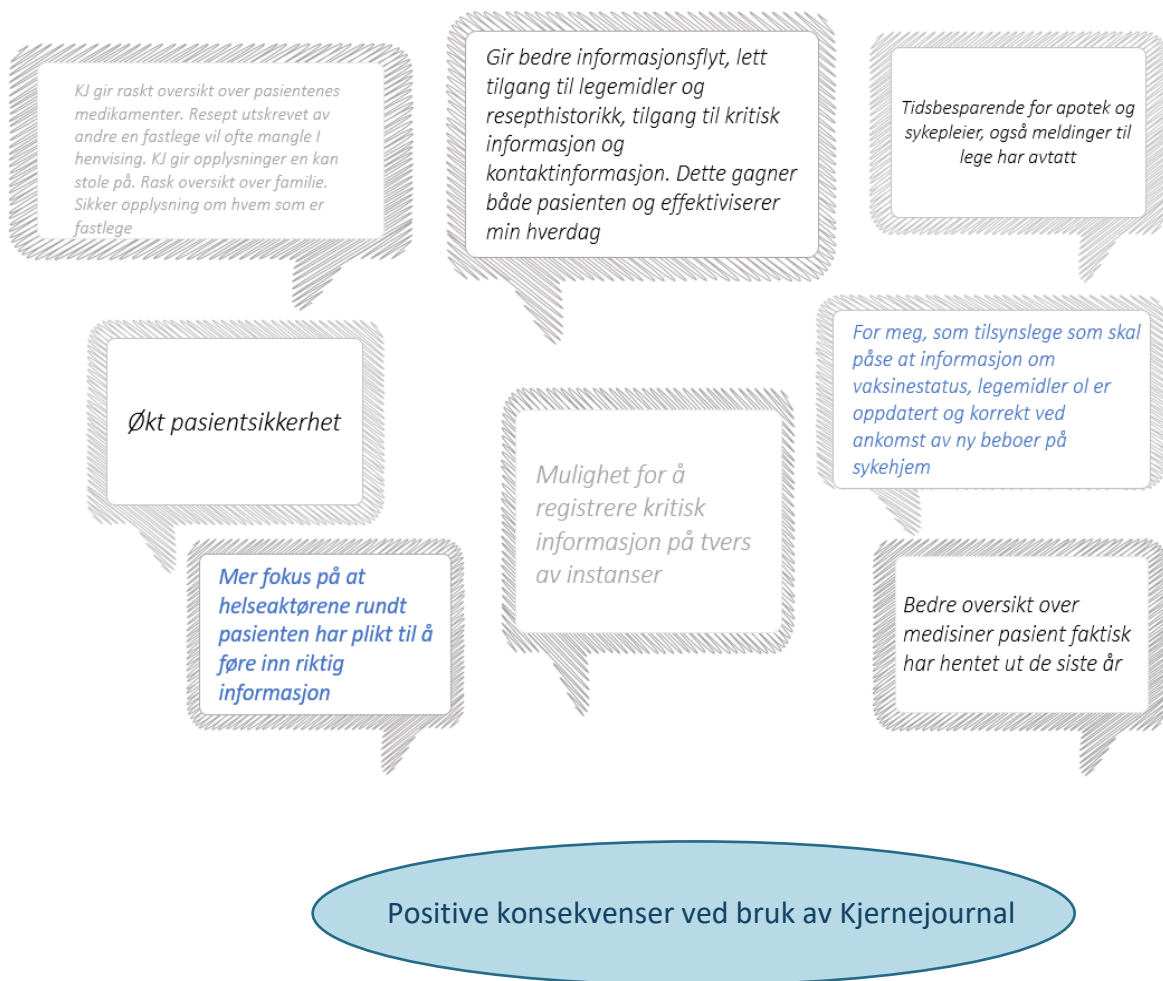
4.3.4 Konsekvenser av Kjernejournal

Kjernejournal har medført positive effekter, og 70% av de som har svart på effektspørsmålene opplever positive konsekvenser. Det ses noe variasjon mellom de ulike institusjonskategoriene. Den største andelen som synes Kjernejournal har medført positive konsekvenser finner vi hos ØHD/KAD (86%), og laveste andelen på sykehjem (54%). I hjemmetjenesten har en høy andel av respondentene (81%) opplevd positive konsekvenser, og en svært lav andel svarer nei på spørsmålet (1%). Fra omsorgsinstitusjon har ingen svart nei, men 35% vet ikke. 82% av legene sammenliknet med 68% av sykepleierne mener at Kjernejournal har medført positive konsekvenser. Merk at det bare er 28 leger som har svart på spørsmålet sammenliknet med 200 sykepleiere.



Figur 17. Konsekvenser knyttet til Kjernejournal

Flere av respondentene har beskrevet de positive konsekvensene som Kjernejournal har medført. Figur 17 viser et utvalg av sitater som er dekkende for hva majoriteten av respondentene trekker frem. Oppsummert kan en si at helsepersonell som benytter Kjernejournal opplever gevinster i form av raskere tilgang til sentrale og kvalitetssikrede person- og helseopplysninger, og peker særlig på kritisk informasjon, vaksinestatus, aktive resepter og kontaktopplysninger til pårørende og fastlege som nyttige funksjonaliteter. Ved å bruke færre kilder og være mindre avhengig av å oppsøke øvrige aktører (fordi man har tilgang til informasjonen selv) kan en oppnå tidsbesparelser. Både spørreundersøkelsen og intervjuer trekker særlig fram at Kjernejournal har medført mindre arbeid knyttet til avklaringer rundt resepter fra fastlege og apotek.



Ikke alle deler oppfatningen om de positive konsekvensene. 6% av utvalget svarer nei på spørsmålet om Kjernejournal har medført noen positive konsekvenser, og 24% svarer at de ikke vet. På spørsmålet om hvilke negative konsekvenser Kjernejournal har medført, svarer noen av deltakerne at de i mindre grad enn forventet, eventuelt ikke i det hele tatt, kan benytte Kjernejournal til legemiddelsamstemming. Reseptoversikten i Kjernejournal inneholder utgåtte resepter og seponerte legemidler, som kan føre til usikkerhet rundt hva som er legemidler i bruk. Flere av svarene på dette spørsmålet handler derimot ikke om negative konsekvenser av Kjernejournal, men om forventninger som ikke har blitt møtt.

«Vi bruker kjernejournal først og fremst til legemiddelsamstemming, og oppdaget flere avvik i forhold til vår medisinliste. Konfererte fastlege med dette og ble fortalt at vi ikke burde bruke kjernejournal til samstemming da den var uoversiktlig og inneholdt eldre seponerte legemidler, så det var lett å feile.»

4.4 Effekter oppsummert

I kommunene hvor Kjernejournal har blitt et arbeidsverktøy som faktisk benyttes finner vi at helsepersonell opplever flere gevinster. Tabellen under oppsummerer effektene målt i studien.

Variabel målt	Hovedfunn
Antall informasjonskilder som benyttes for å tilegne seg nødvendig informasjon om pasienter.	Antall informasjonskilder brukt for å oppdatere informasjon om pasient har gått ned. Dette betyr tidspart, og færre kilder til feilinformasjon: <ul style="list-style-type: none"> • For hele utvalget har andelen som bruker én informasjonskilde økt fra 2% til 13%. • Andelen som bruker fem eller flere informasjonskilder har falt fra 16% til 8%. • For begge kategoriene er økningen større i hjemmetjenesten enn i sykehjem.
Tidsbruk på å innhente nødvendig informasjon ved mottak av nye pasienter	Tid brukt på å innhente nødvendig informasjon ved mottak av nye pasienter har gått ned: <ul style="list-style-type: none"> • Andelen som bruker 1-15 minutter har økt fra 6% til 19%. • Andelen som bruker mer enn 30 minutter har falt fra 33% til 18%. • Endringene er omtrent like stor for alle institusjonstypene og yrkesgruppene.
Antall henvendelser øvrige aktører i helsesektøren	Majoriteten opplever ikke en reduksjon i antall unødvendige henvendelser til andre aktører i helsesektoren. Hjemmetjenesten er unntaket, hvor 40% henvender seg sjeldnere til fastlegen, 47% henvender seg sjeldnere til apotek og 29% henvender seg sjeldnere til spesialisthelsetjenesten. Funnene fra spørreundersøkelsen stemmer overens med det som rapporteres gjennom intervjuene, og den reduserte mengden henvendelser til fastlege og apotek oppleves som en stor gevinst.
Tidsbesparelser knyttet til legemiddelsamstemming	44% av alle spurte tror at de bruker like lang tid på legemiddelsamstemming nå sammenliknet med før innføring av KJ. Det oppnås likevel tidsbesparelser på legemiddelsamstemming, men effekteten varierer: 39% av legene og 25% av sykepleierne tror at de bruker kortere tid på legemiddelsamstemming nå enn før KJ. 4% mener at de bruker lengre tid nå enn før, men årsakene til det er ikke kartlagt.
Generelle tidsbesparelser	KJ fører til generelle tidsbesparelser, men noen opplever også å bruke mer tid: <ul style="list-style-type: none"> • 20% opplever at de sparer mellom 10 minutter og 1 time i løpet av en arbeidsuke. • 9% opplever at de sparer mellom 1 og 4 timer • 9% tror at de bruker mer tid etter innføring av KJ • Det er flere som opplever tidsbesparelser i hjemmetjenesten (31%) enn på korttidsavdeling i sykehjem (22 %) og langtidsavdeling i sykehjem (11%)
Forbedret samhandling med øvrige helseaktører	Kjernejournal har ført til en noe bedre samhandling mellom ulike aktører i helsesektoren, men over halvparten av utvalget mener at samhandlingen med fastlege, spesialisthelsetjeneste og legevakt er uendret .
Mulighet til å dele kritisk informasjon med øvrige helseaktører	Nesten halvparten av de spurte synes at KJ er et godt verktøy for å dele kritisk helseinformasjon med andre aktører som fastlege, spesialisthelsetjenesten og legevakt.
Grunnlag for faglige vurderinger	45% svarer at KJ gjør dem tryggere på at helseopplysningene de har om pasienter/brukere er oppdatert. 30% svarer at KJ gir dem bedre grunnlag for faglige vurderinger.
Økt kvalitet på pasientbehandling	34 % svarer at KJ har økt kvaliteten på pasientbehandlingen. Økt kvalitet kan henge sammen med overnevnte punkt om bedre grunnlag for faglige vurderinger, raskere tiltak fordi en større del av helse- og omsorgstjenesten har tilgang til sentrale helseopplysninger og færre feil pga. kvalitetssikrede opplysninger.
Generelt positive effekter	181 av 259 respondenter (70%) mener at KJ har medført positive konsekvenser. Det er flere i hjemmetjenesten (81%) som opplever positive konsekvenser enn det er i sykehjem (54%). De positive effektene som i størst grad trekkes frem er enkel tilgang til informasjon om resepter, kritisk informasjon (der hvor dette er lagt inn), vaksinasjonsstatus (særlig i forbindelse med pandemien) og opplysninger om fastlege. I hjemmetjenesten trekkes det frem at KJ har redusert antall henvendelser til fastlege og apotek der hvor verktøyet er tatt skikkelig i bruk. 6% opplever ikke at KJ medfører positive konsekvenser, mens 24% vet ikke.

Tabell 6. Effekter oppsummert

5 Barrierer knyttet til bruk av Kjernejournal

Kjernejournal er tenkt som et teknologisk verktøy som skal avhjelpe helsepersonell sin arbeidsdag. Selv om Kjernejournal skal være et hjelpemiddel så kan det tenkes at det finnes noen barrierer for å bruke det. Barrierer knyttet til bruk av helseteknologi kan være strukturelle, organisatoriske, kulturelle, regulatoriske og teknologiske. Kulturelle barriere handler blant annet om endringskultur og brukernes tiltro og holdninger til teknologiske verktøy. Teknologiske barrierer kan i dette tilfellet dreie seg om problemer med brukervennlighet, påloggingsfunksjonalitet eller tilgjengelighet på ulike hardware. Uoverensstemmelser om hva som er privat anliggende informasjon som ikke kan forventes at en benytter i jobbsammenheng og uklare definisjoner om hvem som har lov til å gjøre innsyn i Kjernejournal kan oppleves som regulatoriske barrierer både blant ledere og ansatte. Manglende informasjon og opplæring om Kjernejournal kan være strukturelle barrierer. I denne rapporten er aspekter som handler om informasjon og opplæring beskrevet under kapitlet om forutsetninger for bruk av Kjernejournal, mens de andre barrierene beskrives i dette kapitlet.

5.1.1 Holdninger til bruk av teknologi og Kjernejournal

Norsk helsevesen er storforbrukere av teknologi. På samme måte som all annen helseteknologi stilles det krav til Kjernejournal når det gjelder brukervennlighet, personvern/sikkerhet, integrasjoner og at teknologien i praksis sparer dem for tid og/eller øker kvaliteten på tjenestene. Vi regner med at ansatte i helse- og omsorgstjenesten på lik linje med resten av den norske befolkningen har høy digital kompetanse. Likevel er det slik at man ved utvikling og innføring av helse- og velferdsteknologi må ta høyde for et stort spenn i den digitale kompetansen fordi det er et høyt volum av ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det er naturlig å tro at holdninger til teknologi kan spille inn på bruken av et digitalt verktøy, og at det dermed kan være en driver eller en hemmer for bruk.

Majoriteten (81%) av utvalget har tillit til de teknologiske verktøyene som benyttes på jobb. Vi finner ingen forskjeller på dette på tvers av yrkesgruppene. Nesten halvparten av respondentene er uenig i at en det benyttes for mange digitale verktøy på jobb. Det at en har tillit til de teknologiske verktøyene har en marginal positiv korrelasjon med hvor ofte en bruker Kjernejournal (korrelasjonskoeffisienten=0,026). Det at korrelasjonen er så liten kan bety at det å ikke ha tillit til teknologiske verktøy kan være en barriere for bruken av Kjernejournal for noen. Vi finner likevel ikke noe korrelasjon mellom å ha høy tillit til digitale verktøy og antall oppslag per 1000 innbygger per uke.

Påstand	Helt uenig	Nokså uenig	Verken enig eller uenig	Nokså enig	Helt enig	Vet ikke
Jeg har tillit til teknologiske verktøy som benyttes på jobb	2 %	5 %	10 %	42 %	39 %	2 %
Jeg synes at vi bruker for mange digitale verktøy på jobb	20 %	28 %	28 %	14 %	9 %	1 %
Jeg opplever oftere tekniske problemer med journalsystemet etter innføring av KJ	22 %	18 %	31 %	7 %	4 %	19 %
Det er lett å finne frem til nødvendig informasjon i KJ	2 %	4 %	20 %	32 %	24 %	19 %
KJ er enkelt å bruke sammenliknet med andre digitale verktøy	1 %	4 %	31 %	28 %	14 %	23 %

N=461

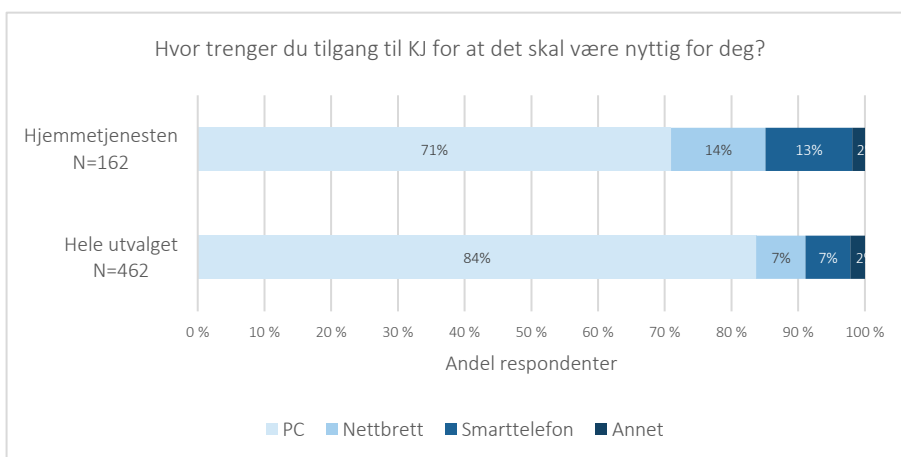
Tabell 7. Ulike påstander knyttet til teknologi og Kjernejournal

23% av de spurte synes at de bruker for mange verktøy på jobb. Her ses det noe variasjon mellom profesjonene, hvor en større andel av legene er uenige i at de har for mange verktøy på jobb sammenliknet med sykepleierne og vernepleierne. At en synes at en har for mange digitale verktøy på jobb har også en marginal korrelasjon med sjelden bruk av Kjernejournal (korrelasjonskoeffisienten=0,022). 40% er uenig i at de ofte opplever tekniske problemer med

journalssystemet etter innføring av Kjernejournal. Brukshyppigheten av Kjernejournal har en moderat korrelasjon med at en opplever tekniske problemer (korrelasjonskoeffisienten=0,26). Det fleste er enige i påstanden om at det er lett å finne frem til nødvendig informasjon i Kjernejournal (54% av sykepleiere, 82% av legene, 42% av vernepleierne) og flertallet synes at det er enklere å bruke Kjernejournal sammenliknet med andre digitale verktøy (42% av sykepleierne, 55% av legene, 31% av sykepleierne). Det er lite som tyder på at disse elementene peker seg ut som barrierer for bruk av Kjernejournal. Funnene fra spørreundersøkelsen stemmer overens med det som ble sagt i intervjuene når det gjelder teknologiske aspekter. Helsepersonell er trygge på å bruke digitale verktøy. De fleste har ikke opplevd større tekniske problemer med Kjernejournal, og synes at det er enkelt å bruke og lett å få oversikt over tilgjengelig informasjon. De som har hatt erfaring med tekniske problemer etter oppstart av Kjernejournal opplevde at det løste seg i løpet av den første tiden. Noen av prosjektlederne for innføring forteller om langvarige tekniske utfordringer i forbindelse med oppkoblingen av Kjernejournal, altså før den ble tilgjengelig for helsepersonell, som førte til forsinket oppstart og at planlagt opplæring ikke kunne gjennomføres.

5.1.2 Hardware

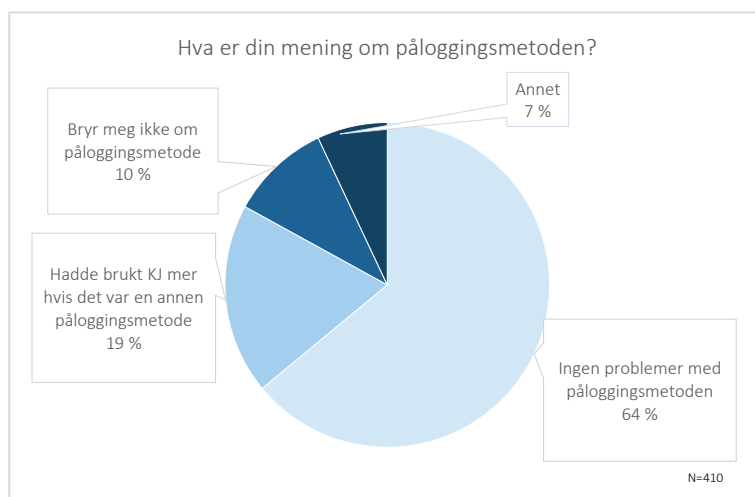
Kjernejournal er per i dag tilgjengelig på PC. Vi spurte deltakerne om på hvilke digitale flater de trenger tilgang til Kjernejournal for at det skal være nyttig for dem. Det store flertallet (84%) svarer PC, så det er lite som tyder på at utelukkende tilgang på PC er en stor barriere for bruk. Som forventet ser en at større andel av deltakerne fra hjemmetjenesten (27%) trenger tilgang på nettbrett eller telefon sammenliknet med resten. I hjemmetjenesten er det allerede utbredt bruk av nettbrett, og forskjellen kan nok forklares med det. Respondentene fikk bare velge ett svaralternativ, og det er mulig at fordelingen hadde sett annerledes ut hvis de hadde kunnet velge flere alternativer. To av intervjukommune (som begge har et relativt lavt antall oppslag per 1000 innbygger per uke) påpeker at manglende tilgang på nettbrett er en hindring for at hjemmetjenesten tar i bruk Kjernejournal. De forteller at det er utfordrende å ikke kunne gjøre oppslag når de er ute hos brukerne, og at det er for tidkrevende å måtte gjøre det før eller etter tilsynene. En annen intervjukommune (som har et relativt høyt antall oppslag per 1000 innbygger per uke) er uenig i at de har behov for Kjernejournal på nettbrett.



Figur 18. Hvilke hardware trenger en tilgang til Kjernejournal på?

5.1.3 Pålogging

Det finnes ulike måter å logge seg på Kjernejournal. En kan enten benytte BankID, smartkort eller HelseID⁹. HelseID er en felles påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren, som skal legge til rette for enklere pålogging for helsepersonell, og styrket informasjonssikkerhet ved digital samhandling i sektoren. Dette skjer blant annet gjennom funksjonalitet for autentisering av brukere, systemer og virksomheter, samt beskyttelse av tjenestegrensesnitt (API-er). BankID-autentisering er en prosess i flere steg som i seg selv som bidrar til opplevelsen av mange klikk og ekstra tidsbruk. Det store flertallet (78%) av ansatte i pleie- og omsorgstjenesten logger seg på Kjernejournal ved å bruke BankID. Det ble bemerket på intervjuene at en større andel av legene logger seg på via smartkort sammenliknet med de andre yrkesgruppene. Av legene som har svart på spørreundersøkelsen bruker de aller fleste legene (74%) BankID, men det er en større andel leger (17%) som bruker smartkort sammenliknet med sykepleiere (6%) og vernepleiere (0). Vi har ikke spurt respondentene i spørreundersøkelsen om de samme smartkortene også brukes i andre sammenhenger, men vi vet fra intervjuer at sykepleiere ved minst én virksomhet også benytter smartkort som adgangskort.



Figur 19. Oppfatninger om påloggingsmetoder

«En må bruke egen BankID på privattelefon. Dette medfører en kostnad på 5 kr for Telia-kunder. Derfor belaster de meg som privatperson på jobb. Dette føler jeg blir feil og kan bidra til at det ikke blir mange innlogginger.»

«Jeg finner det veldig problematisk at vi pålegges å 'blande' privat info med innlogginger på jobb.»

«Knot med bank-id. Opplever ofte latens ved innlogging. En gjennomsnittlig korttidsavdeling med 30 pasienter, 1-2 min pr pålogging- stjeler mye tid ila en dag.»

Tre av fire har enten ikke problemer med eller bryr seg ikke om hvordan de logger seg på Kjernejournal. Vi ser likevel at 19% hadde brukt Kjernejournal mer hvis de hadde kunnet logge seg inn på en annen måte. BankID er mindre kostbart enn smartkort, og BankID benyttes etter hvert for å logge seg på en rekke andre systemer i helse- og omsorgstjenesten. De fleste prosjektlederene for innføring og enhetslederene var forberedt på at det kom til å bli stilt spørsmål ved å bruke BankID som påloggingsmetode. De som har blitt intervjuet av oss har mottatt varierende respons. Der hvor ansatte allerede var vant med å bruke BankID på jobb har motstanden vært liten. Noen av intervjukommunene involverte fagforeningene i forkant av eller underveis i innføringen. I disse kommunene virker det som det å bruke BankID er mindre problematisk. I andre kommuner har det vært tilfeller hvor ansatte av prinsipielle årsaker har nektet å bruke Kjernejournal fordi BankID av mange fortsatt anses som et privat anliggende, som arbeidsgiver ikke kan forventes at en benytte i jobbsammenheng. I flere kommuner ønsker en heller ikke at de ansatte skal benytte privat mobiltelefon mens de er på jobb. Da er det utfordrende å be om at de ansatte likevel skal benytte privattelefonen fordi Kjernejournal krever BankID for pålogging. Noen har også mobiloperatører som krever gebyr for hver gang BankID på mobil benyttes. På bakgrunn av dette har en intervjukommune egen refusjonsordning/utleggsskjema som kan benyttes av ansatte som blir belastet av mobiloperatøren på grunn av Kjernejournal-pålogging. Ordningen ble laget på grunnlag av en prinsipiell

⁹ HelseID er en felles påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren, som skal legge til rette for enklere pålogging for helsepersonell, og styrket informasjonssikkerhet ved digital samhandling i sektoren. Dette skjer blant annet gjennom funksjonalitet for autentisering av brukere, systemer og virksomheter, samt beskyttelse av tjenestegrensesnitt (API-er)

diskusjon, og i praksis har skjemaene har blitt lite brukt. En annen problemstilling er at ansatte som ikke er norske statsborgere ikke har norsk BankID. En intervjukommune forteller at de har løst det ved å benytte smartkort hos fast ansatte med utenlandsk statsborgerskap, mens en annen kommune ikke fikk muligheten til å gjøre det fordi Buypass-kort av sikkerhetsmessige årsaker ikke ble klarert for bruk. Det er usikkert i hvor stor grad dette oppleves som en barriere akkurat nå, men det er til ettertanke ved innføring digitale løsninger i helse- og omsorgstjenesten i fremtiden.

På spørsmål om hva som skal til for at en skal benytte Kjernejournal mer er det svært mange av respondentene som svarer at enklere pålogging hadde økt bruken. Det påpekes av mange at det er svært tungvint og tidkrevende å logge seg på Kjernejournal. Flere enhetsledere har i intervjuene også fortalt at de har fått tilbakemeldinger om dette. Det trekkes spesielt frem at det er lite smidig å måtte gjøre ytterligere pålogginger for å komme inn i Kjernejournal etter at en har logget på pc, og ordinær journal. En prosjektleder beskriver Kjernejournal som «et system i systemet hvor man må gjennom innlogging enda en gang.» I tillegg til at det oppleves som tungvint med ekstra pålogging for tilgang til Kjernejournal, og at bruk av Bank-ID er problematisk er det også mange av respondentene som påpeker at de opplever generell problemer med innlogging i Kjernejournal.

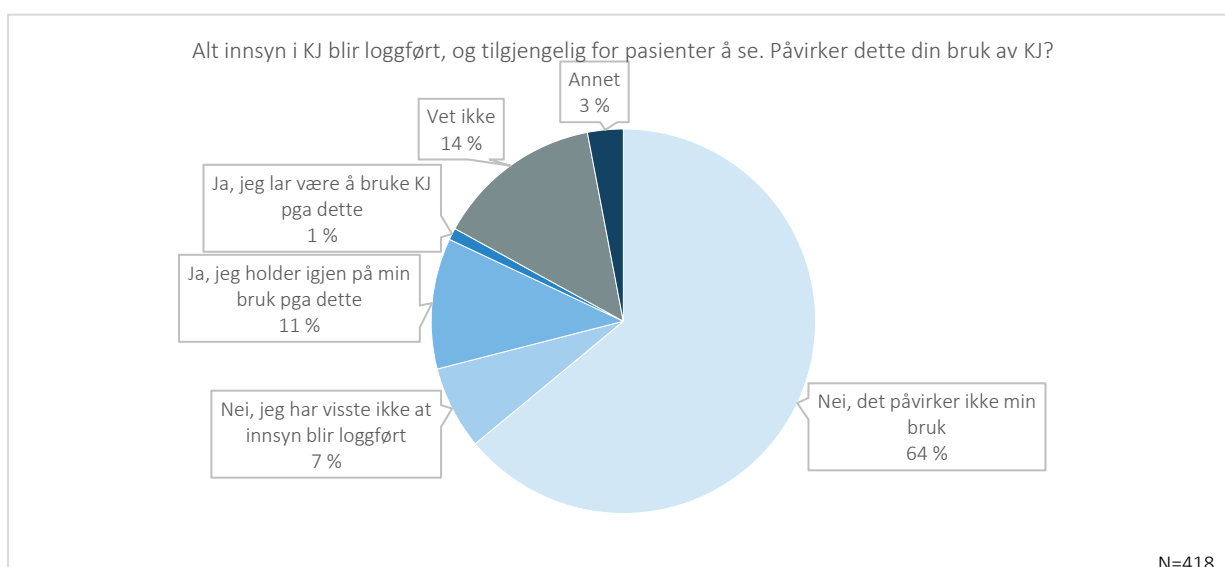
«Må logge meg inn 6-8 ganger daglig, må da logge ut av sykehjems journal og pasientjournal for å komme inn i Kjernejournal»

«Logges automatisk ut i løpet av arbeidsdagen, må da logge inn og ut av journalsystemet for å komme inn i Kjernejournal»

Ut ifra signalene fra intervjuene og svarene fra spørreundersøkelsene må pålogging til Kjernejournal sees på som en barriere for bruk.

5.1.4 Tjenstlig behov og innsyn

Innsyn i elektronisk pasientjournal blir loggført. Innbyggere har rett til å vite hvem som har gjort innsyn i deres journal hvis de ønsker, og kan etterspørre denne informasjonen fra aktørene som journalfører deres helseopplysninger. Oversikt over alle som har gjort innsyn i Kjernejournal er tilgjengelig for alle innbyggere på Helsenorge, altså trenger ikke innbyggere å etterspørre noen andre om hvem som har gjort oppslag i deres Kjernejournal.



Figur 20. Loggføring av Kjernejournal og betydningen av det

64% av respondentene svarer at loggføring av innsyn ikke påvirker deres bruk av Kjernejournal, 7% var ikke klar over at bruk blir logget, 11% sier at dette gjør at de holder igjen på bruken og 1% at de lar vært å bruke Kjernejournal på grunn av dette. Det at bruken blir loggført i Helsenorge er derfor å forstå som en barriere for bruk av Kjernejournal for noen. Prosjektlederne for innføring har tydelig kommunisert at kun ansatte med tjenstlig behov kunne gjøre innsyn i Kjernejournal. Med tjenstlig behov menes medisinsk behov i forbindelse med ytelse av helsehjelpen. Forberedelse og etterarbeid i forbindelse med helsehjelp er definert som deltagelse i helsehjelp. Utfordringen er at det for noen prosjektledere, mellomledere og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten har vært vanskelig å forstå hva tjenstlig behov innebærer i praksis med mindre det dreier som øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Opprinnelig ble det tolket til å gjelde ansatte med legemiddelansvar. Begrepet legemiddelansvar var heller ikke klart definert. To av kommunene forteller at de på grunn av dette var strengere på hvem som fikk tilgang i oppstartsfasen sammenliknet med i dag. Denne strenge linjen hadde allerede rukket å få fotfeste, og har derfor blitt en barriere. Et prosjektteam i en annen kommune forteller at de måtte ta kontakt med jurist for å få nødvendige avklaringer.

Hovedregelen er at helsepersonell må innhente samtykke fra pasienten for å gjøre oppslag i pasienters/brukeres Kjernejournal. Forskrift om nasjonal Kjernejournal definerer unntak fra kravet om samtykke. Både prosjektledere og enhetsledere har fått tilbakemeldinger fra helsepersonell om at det er vanskelig å forstå hvorfor hovedregel er at de må be om samtykke for å gjøre oppslag i Kjernejournal. Begrunnelsen for at det er vanskelig å forstå er at de ikke trenger å be om samtykke når de skal logge inn i f.eks. elektronisk pasientjournal som inneholder langt flere sensitive opplysninger.

Det har også blitt nevnt at ansatte opplever å bli mistenkeliggjort basert på innsynsloggen i Helsenorge.no. Det har vært spesifikke eksempler, særlig innen rus- og psykiatri, hvor pasienter har anklaget helsepersonell for snoking. Kombinasjonen av manglende trygghet på om en har tjenstlig behov og opplevelsen av mistenkeliggjøring kan bidra til at helsepersonell har latt være å bruke Kjernejournal.

6 Anbefalinger for videre arbeid med Kjernejournal

6.1 Kommunene bør forberedes på gjennomføringen av hele innføringsfasen av Kjernejournal

Kjernejournal bør i større grad settes i system i de kommunale pleie og omsorgstjenestene for at en skal kunne hente ut effekter. Kommunene får i dag god informasjon via Norsk helsenett om tekniske aspekter for å starte opp med Kjernejournal. Norsk helsenett arrangerer i tillegg webinarer med introduksjon til Kjernejournal for helsepersonell. Etter hvert har det også blitt opprettet et nettverk for erfaringsdeling knyttet til Kjernejournal, som flere prosjektledere for innføring omtaler som nyttig. Både intervjuene og spørreundersøkelsene avdekker likevel at det må gjøres målrettet arbeid når det gjelder informasjon, forankring, opplæring og oppfølging i forbindelse med innføring av Kjernejournal. Informasjon om tekniske aspekter som må på plass før innføring er ikke nok. Det blir både omfangsrikt og lite hensiktsmessig bruk av tid hvis hver og en kommune skal finne ut av hvordan en skal løse innføringen og bruksutøvelse hver for seg. Det er mulig at KS og sentral helseforvaltning bør samarbeide om hvordan man best mulig kan tilrettelegge for at kommunene skal ta den i bruk og oppleve nytteeffekter av Kjernejournal. Anbefalingene kan for eksempel samles i en oppstartspakke for kommunene. For at en skal kunne si Kjernejournal er tatt i bruk, og for å kunne hente ut gevinster knyttet til Kjernejournal kreves det mer enn å bare ha gjort den tekniske påkoblingen og noen få antall oppslag. Det krever systematisk bruk over tid å si at Kjernejournal er tatt i bruk. For å få til en systematisk bruk over tid anbefaler vi at:

- Helsepersonell og deres nærmeste ledere trenger informasjon om hva Kjernejournal er, hva de skal bruke den til og hvorfor de skal bruke den. Helsepersonell trenger å forstå den praktiske og reelle nytteeffekten ved bruk av Kjernejournal. Forventninger til Kjernejournal bør avklares i forkant av innføringen.
- Innføring og bruk av Kjernejournal må være forankret i alle ledd. Det er særlig viktig å få med seg mellomledere og brukere av Kjernejournal. Det bør være tydelig hvorfor de skal prioritere tid, som allerede er en knapphetsressurs, på å lære seg å bruke Kjernejournal.
- Fremtidige brukere av Kjernejournal trenger opplæring i hvordan de skal bruke Kjernejournal. Opplæringen må være god nok til at helsepersonell er trygge på når, hvordan og hvorfor de skal gjøre oppslag.
- Mellomledere og brukere av Kjernejournal trenger oppfølging i tiden etter selve implementeringen hvis de skal fortsette å bruke den, fordi endring tar tid. Oppfølging bidrar til at Kjernejournal blir prioritert og det skaper en arena for å løfte problemstillinger som oppstår underveis. Mellomlederne kan gjerne følges opp med bruksstatistikk. Å ta i bruk statistikk i oppfølgingen vil virke bevisstgjørende på bruk av Kjernejournal.
- Virksomhetene bør oppfordres til å lage lokale prosedyrer for hvordan Kjernejournal skal anvendes i arbeidshverdagen, gjerne ved å bruke enhetenes fagkoordinatorer. For eksempel bør det tas stilling til om det bør gjøres rutinemessige oppslag i Kjernejournal ved mottak av nye pasienter på korttidsavdeling og ØHD/KAD, og oppslag hos tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten etter et sykehusopphold.
- I kommuner som skal benytte Bank-ID som påloggingsmetode bør det tidlig i innføringsprosessen vurderes om helsepersonell i samarbeid med fagforening trenger å bli forberedt på bruk av privat BankID i jobbsammenheng. Kommuner som har gjort dette på forhånd har opplevd mindre skepsis.
- For at kommuner skal kunne si at de har tatt Kjernejournal i bruk, og for å hente ut gevinster knyttet til Kjernejournal kreves det mer enn å bare ha gjort den tekniske påkoblingen og noen få antall oppslag. Det krever systematisk bruk over tid å si at Kjernejournal er tatt i bruk. For å få til en systematisk bruk over tid må

det sikres at alle brukere har fått informasjon og opplæring. Det bør utarbeides retningslinjer for når Kjernejournal skal brukes.

6.2 Flere aktører i helse- og omsorgstjenesten må bruke Kjernejournal

I Kjernejournal skal sentrale person- og helseopplysninger samles på ett sted, og det skal bidra til bedre pasientsikkerhet, kvalitetssikring og tidsbesparelser. For å oppnå dette er det viktig at samtlige aktører i helsevesenet aktivt bruker Kjernejournal slik at en sikrer disse nytteeffektene.

- Legene i kommunen, som ofte allerede har kjennskap til Kjernejournal, bør informeres om at løsningen tilgjengeliggjøres for større deler av kommunehelsetjenesten enn bare fastlegene og legevaktene. Det bør understrekes at Kjernejournal er en felles arena for helseopplysninger. Forbedringsforslag bør løftes og svakheter belyses, samtidig som at en bør være bevisst på smitteeffekten som uforholdsmessig negativ omtale medfører.
- En må opprette prosedyrer og definere ansvarsforhold for å sikre at både Pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og spesialisthelsetjenesten legger inn kritisk informasjon i Kjernejournal når det er relevant, og oppdaterer denne informasjonen når det er nødvendig. Det bør skapes en felles forståelse på tvers av helse- og omsorgstjenesten om hva som defineres som kritisk informasjon. Skal for eksempel behandling med cellegift være en opplysning som legges inn? Skal eventuelle behandlingsbegrensninger legges inn? Skal næringsmiddelallergier legges inn?
- Reseptoversikten, også hos pasienter som har multidose, bør være tydelig i Kjernejournal.

6.3 Kommunene trenger flere funksjoner i Kjernejournal enn det som er tilgjengelig for helsepersonell i dag

Mesteparten av informasjonen i Kjernejournal, blant annet oversikt over resepter, vaksinasjonsstatus, opplysning om hvem som er pasientens fastlege og kontaktinformasjonen til pårørende, tilgjengeliggjøres i Kjernejournal via integrasjoner. Kritisk informasjon må derimot manuelt legges inn, og slike manuelle oppgaver tar tid og medfører ikke sjelden dobbel- og trippelføring av opplysninger. Selv om Kjernejournal har ført til tidsbesparelser der hvor det er tatt i bruk, forteller intervjuede enhetsledere at det fortsatt brukes mye tid på å få oversikt over nødvendige opplysninger. Dette fører til betydelig slitasje på ansatte. Det er tydelig at Kjernejournal i større grad vil brukes når dokumentdeling, pasientens prøvesvar, digital behandlingsplan og pasientens legemiddelliste kommer på plass. Nevnte funksjoner vil trolig i stor grad bidra til en høyere grad av kvalitetssikring og bedre informasjonsflyt, som igjen fører til tidsbesparelser, bedre pasientsikkerhet og høyere informasjonssikkerhet/personvern. Da vil en virkelig få en felles arena for sentrale person- og helseopplysninger samlet på ett sted. Vi vurderer det til at det haster med å få disse funksjonene på plass.