

Møte i NUFA

24. – 25. april 2024 – Velkommen til dag 2

Scandic Ishavshotel, Tromsø



Agenda NUFA dag 2 – 25. april 2024

Saksnr.	Tittel på sak	Presenter saken	Tid	Sakstype
	Velkommen	Hans Löwe Larsen Helsedirektoratet	09:00	
18/24	Temadag – glimt fra aktiviteter i Nord-Norge	Helse Nord RHF		Drøfting
	Forskning ved Nasjonalt senter for e-helseforskning	Stein Olav Skrøvseth, NSE	09:05	
	Digitale innbygger- og samhandlingstjenester i nord – kort innledning om satsningene i Helse Nord	Tove Sjørensen, Digitale innbygger- og samhandlingstjenester i nord (DIS)	09:30	
	Digitale (spesialist)helsetjenester for barn og unge – hva må til?	Oddgeir Strømsnes og Morten Stensøy, Helse Nord IKT / DIS	09:40	
	Pause		10:30	
	Hva sier brukerne om digitale innbygger- og samhandlingstjenester?	Brukerpanel DIS	10:45	
	Pasientens legemiddelliste i nord – regionale planer og organisering i en nasjonal innramming	Heidi Johansen, HN FRESK	11:00	
	Lunsj		11:30	
	Pasientens legemiddelliste i nord, hva skal til for å lykkes?	Heidi Johansen, HN FRESK	12:30	
	Strukturert journal – for klinisk hverdag og register	Heidi Johansen, HN FRESK Marius Roaldsen, UNN Philip Skau, SKDE	12:50	
	Pause		13:30	
	Et regional brukervennlighetsløft – På tide!	Heidi Johansen, HN FRESK	13:45	
19/24	Eventuelt	Hans Löwe Larsen Helsedirektoratet	14:25	
	Slutt dag 2		14:30	

Sak 18/24: Temadag – glimt fra aktiviteter i Nord-Norge

—



Nasjonalt senter for
e-helseforskning

Forskning ved Nasjonalt senter for e- helseforskning



Stein Olav Skrøvseth
Senterleder

NUFA 25.04.2024





- Et tverrfaglig forskningssenter etablert i 2016, med nasjonalt mandat.
- Senteret skal heve kunnskapsnivået på e-helse gjennom samarbeid, forskning og kunnskapsformidling.
- Senteret skal være en nasjonalt ledende og internasjonalt anerkjent forskningsinstitusjon.



Helsesdata og
analyse



Helhetlige
pasientforløp



Digitale
helse-
tjenester



Personlig
e-helse



Styringsgruppen

- Alle regionene
- KS / kommunerepresentant
- Helsedirektoratet
- FHI
- NHN
- Akademia
- Brukerrepresentant
- UNN





Strategi

Nasjonalt senter for e-helseforskning sitt samfunnsoppdrag er å samle, produsere og formidle forskningsbasert kunnskap som skal bidra til en kunnskapsbasert utvikling og anvendelse av e-helse.

Senterets forskning skal bidra til en bærekraftig helsetjeneste. Vi må forske på hva som skjer når teknologi innføres, og hvilke effekter og betydning digitale helsetjenester har for pasienter, pårørende, innbyggere, helsepersonell og tjenesten som helhet.



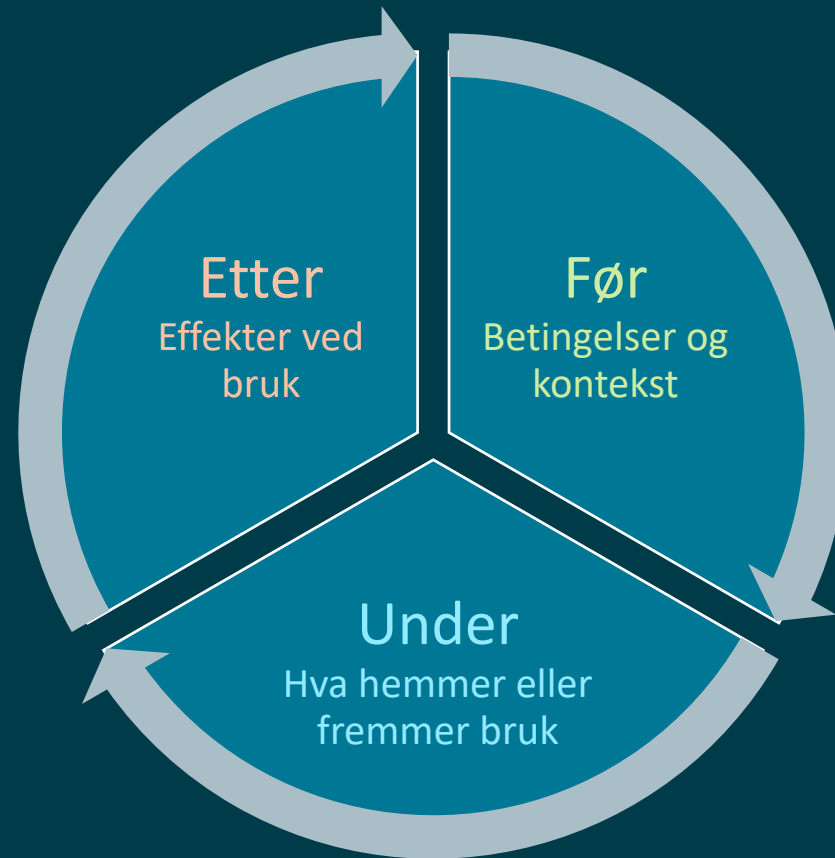


Effektforskning og implementeringsforskning

- Teknologi er en intervensjon i et komplekst og komplisert system.
- RCT er ofte ikke et godt verktøy for å evaluere effekt.
- Påvirker arbeidsprosesser og roller på kompliserte måter.
- Forskningen må designes deretter.
- Tverrfaglighet er viktig.



Evaluere før, under og etter innføring





Forskningsens rolle

- Forskningen **må** være uavhengig og objektiv.
- Tar tid – i en verden som ofte vil ha raske endringer.
- Viktig at forskningen blir tatt i bruk slik at samfunnet får noe igjen for investeringer
 - Forstå hvordan forskning kan brukes
 - Tilrettelegge for forskning
- Vi kan bidra til å utforme kunnskapsbasert politikk og besvare viktige spørsmål.

EIDM has the potential to improve the effectiveness, efficiency and equity of health policies and interventions. It facilitates a more efficient use of scarce resources in health care, reduces research waste, and improves transparency and accountability.

Evidence, policy, impact. WHO guide for evidence-informed decision-making. Geneva: World Health Organization; 2021.



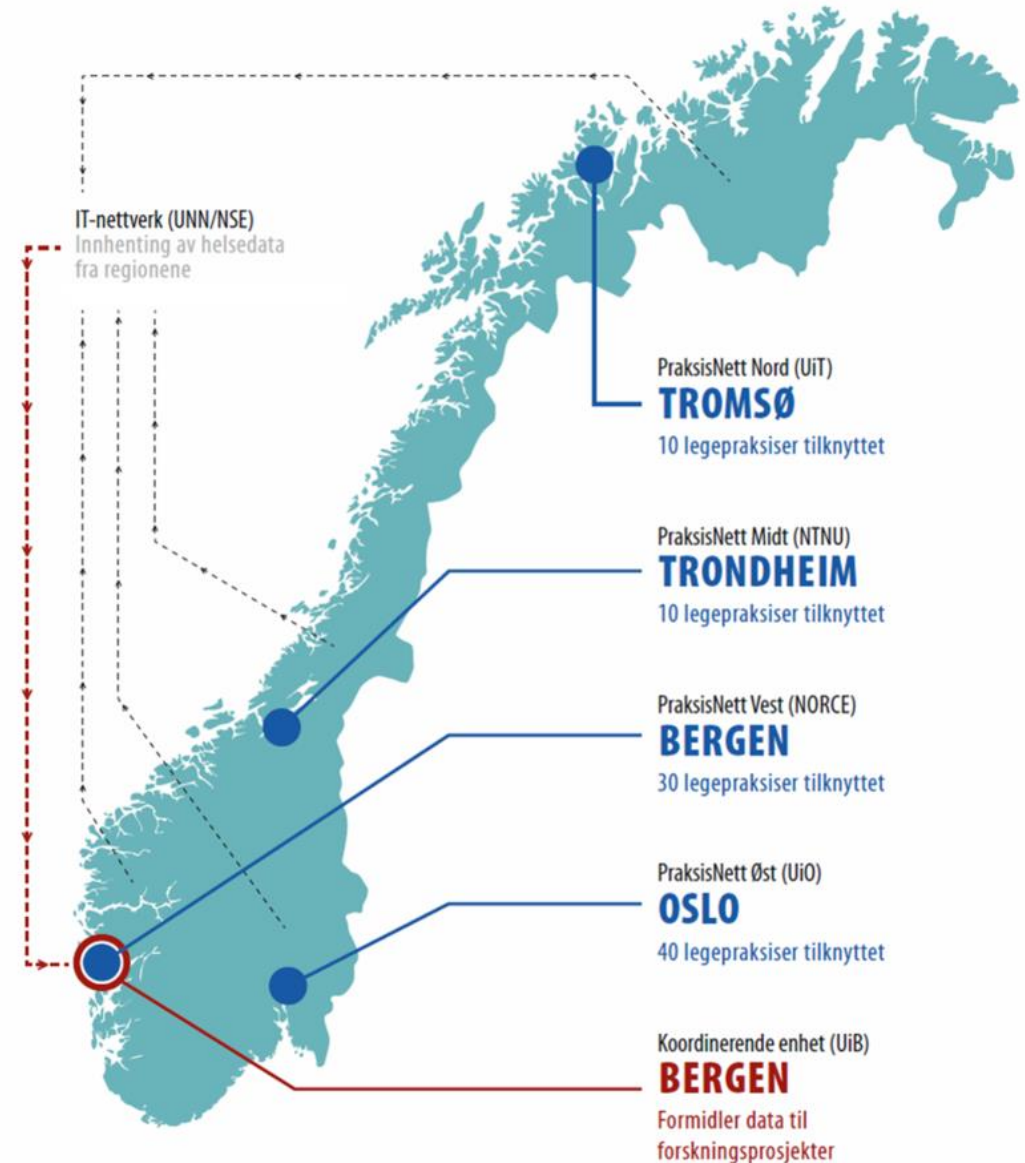
Eksempler



PRAKSIS NETT



Nasjonal infrastruktur for klinisk forskning i primærhelsetjenesten



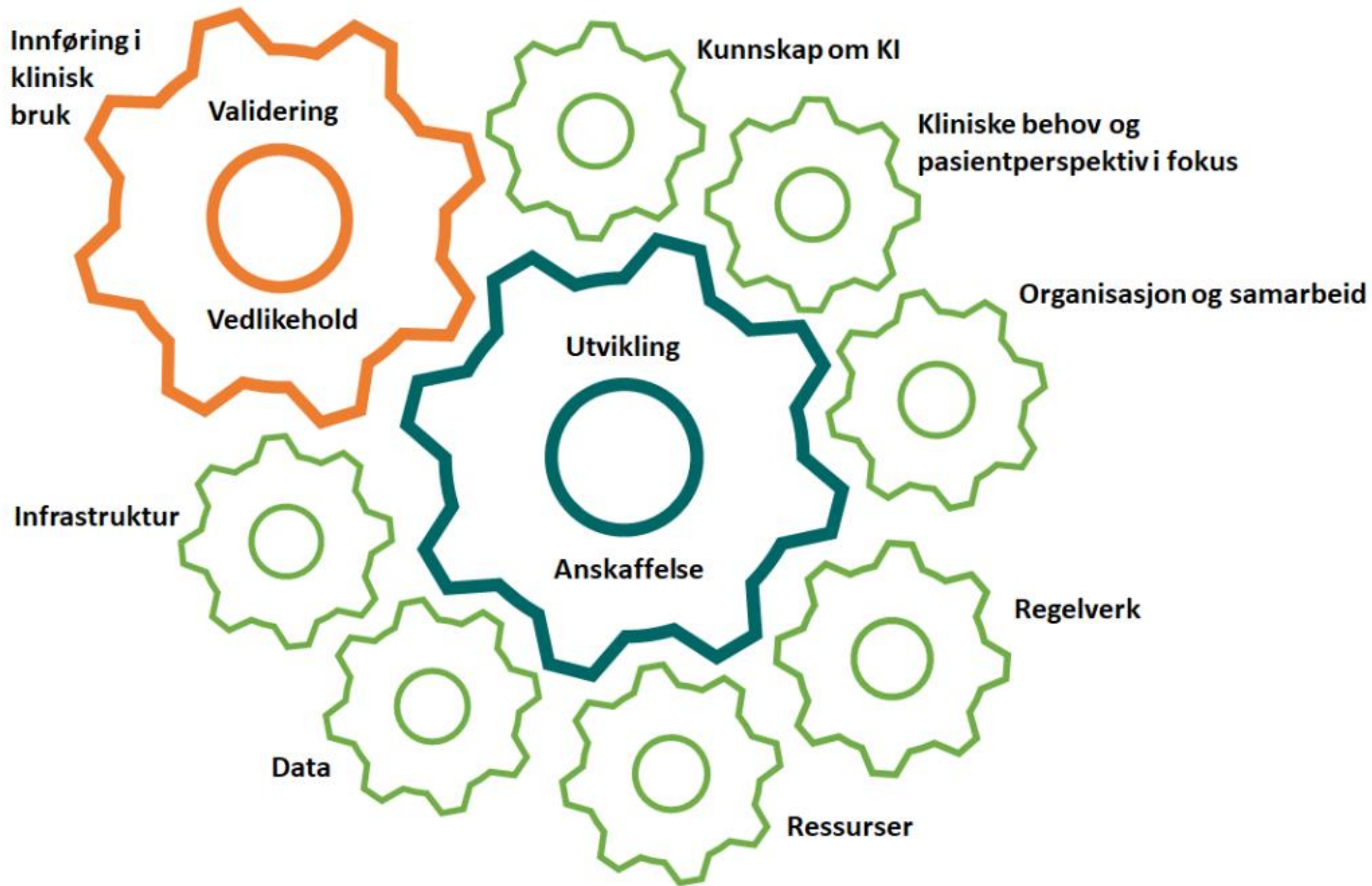


Distribuert maskinlæring med flerspråklig klinisk språkmodell

- Oppdage bivirkning av legemidler
 - Klinisk journalnotat, inntakstnotat, patologirapporter, sykepleienotater
- Oppdagelse av aktive implantater/medisinsk utstyr i kroppen
 - Vanskelig å finne informasjon i pasientjournalen, og pasienten vet ofte ikke hvilken modell de har (før MR)

A Nordic Federated Health Data Network
FederatedHealth.Net





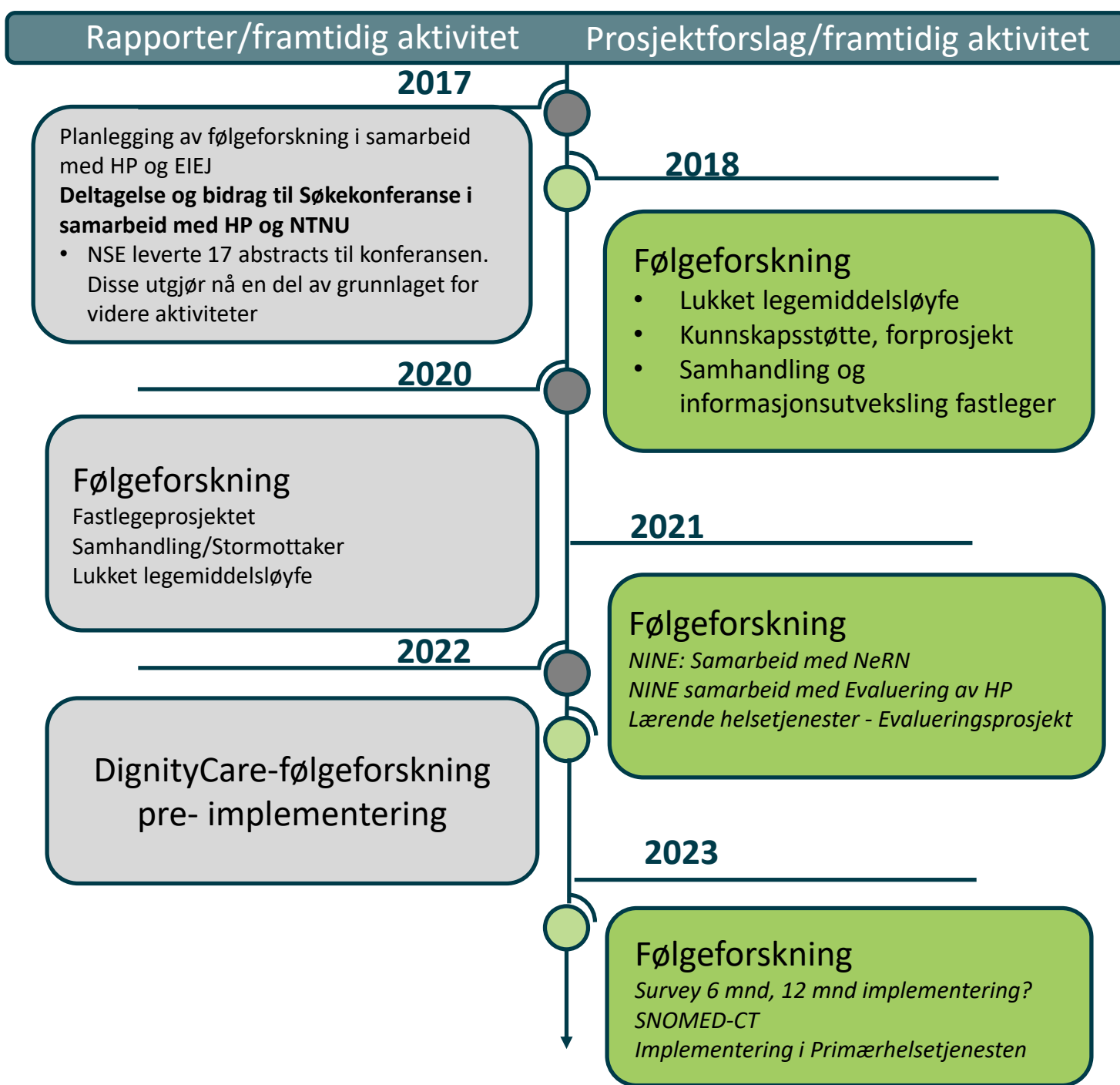


Følgforskning på Helseplattformen

Prosjekter med fokus på de overordnede krav og 12 særskilte tema for anskaffelsen.

I tillegg er det spesielt hensyn til vedtatte effektmål.

Prosjektene er tematisk forankret i flere nasjonale strategidokumenter og satsinger (Én innbygger – én journal, Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022, Helseplattformen og tidligere prosjekter fra NIKT).





Bedre bruk av kunstig intelligens (KI) i spesialisthelsetjenesten

Bruk av AI i bildediagnostikk forventes å gi mange fordeler, blant annet økt kvalitet gjennom mer presis og effektiv diagnostikk og behandling, bedre planlegging, økte muligheter for forsknings- og utviklingsarbeid, og økt bærekraft av helsetjenester i et langsiktig perspektiv. Samtidig reiser bruken av AI utfordringer knyttet til IKT-sikkerhet, datakvalitet, transparens, pasientens personvern, regelverk, ansvar, etikk og organisering og ledelse av tjenesten.

Resultater

- Mer komplisert enn forventet å anskaffe og implementere CE-merkede algoritmer. Etske utfordringer og universell CE merking.
- Skift fra enkeltalgoritmer til plattformtilnærming – komplekst, men nødvendig.
- En plattformtilnærming innebærer komplekse sosiotekniske integrasjoner med eksisterende informasjonsinfrastruktur i organisasjonen.
- Viktig for å få klinikers tillit – test og validering (CE MERKING)
- Involvere klinikere i prosessen.
- God respons på pre-implementering og evaluering



Dignity Care

PACT III IM-PACT

Bakgrunn: Pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT)

- Pasienter med komplekse langsiktige behov
=> fragmentert og reaktiv omsorgstjeneste, lite hensyn til personlige behov, verdier og preferanser.
- Helsepersonell som ønsker å arbeide personsentrert
=> mangler verktøy for støtte.
- Kan en større bevissthet om pasientstemmen, teamet som jobber med pasienter og en risikooversikt transformere omsorg mot pasientsentrert, integrert og proaktiv (PIP)-omsorg.

Visjon:

- Klinisk beslutningstøtte basert på KI og EPJ
- Lage et digitalisert rammeverk for de multisyke, organisering og koordinering
- Sammenligne effekten av et bedre fokusert rammeverk i et randomisert kontrollert forsøk

Resultater:

- PACT team reduserer behovet for re- innleggelse
- PACT viser positiv effekt på overlevelse



Om pasienten (ASLAK)

Søk i pasientens journal

Pasientens mål Sosialt
Tekst med hva som er viktig for pasienten på kort sikt Fritekst sosialt. >

EVENTUELT: Ha tagging på pasientens stemme i journalen slik som for eksempel plan/tiltak??

Filter: Kilde Tidsperiode Forfatter

Fra dokument: ??	Dato:??	Skrevet av: ??
Tekst i journaldokument som omhandler hvem pasienten er / hva som er viktig for pasient		
Fra dokument: ??	Dato:??	Skrevet av: ??
Tekst i journaldokument som omhandler hvem pasienten er / hva som er viktig for pasient		
Fra dokument: ??	Dato:??	Skrevet av: ??
Tekst i journaldokument som omhandler hvem pasienten er / hva som er viktig for pasient		

Det nasjonale velferdsteknologiprogrammet

Forskning og utredning siden 2016

- Følgeforskning «Velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelser»
- Følgeforskning «Digital, sosial kontakt»
- Kartlegginger av velferdsteknologisk aktivitet i Norge
- Evaluering av virkemidlene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram
- Kartlegginger av aktivitet på medisinsk avstandsoppfølging
- Erfaring og behov for nye anbefalinger for responstjenester i kommunene
- Effekter av velferdsteknologi - kunnskapsoppsummering

Evaluering av nasjonal implementering av digital hjemmeoppfølging i norske kommuner 2023 - 2027

Å studere prosessen rundt **implementering** av DHO i norske kommuner, evaluere **spredning og bruk** over tid og forstå hvilke faktorer som er viktige for å oppnå **vellykket implementering** av tjenesten.

Å utforske hvordan DHO påvirker **ressursbruk** over tid, samt hvordan kommunene tilpasser og **organiserer tjenesten** både innad i kommunene og mellom tjenestenivå for å gi best mulig tjenester til pasienter over tid.

Å evaluere hvordan DHO påvirker **effektivitet, kvalitet og tilgang til kommunale helsetjenester** for pasienter.



Digital legemiddelhåndtering

Kunnskap om hvordan digital legemiddelhåndtering kan øke pasientsikkerheten og bidra positivt til en enhetlig helse- og velferdstjeneste for fremtiden

- Kjernejournal – effekt og implementering
- Implementering/innføring av Kjernejournal + e-resept
- Multidose i e-resept – effekt og implementering
- Pasientens legemiddelliste (PLL) og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjeneste
 - PLL til sykehus
- Forskernettverk / webinarserie
- Råd til Nye Narvik og Nye Stavanger sykehus
- Gravitare Health (UIO)- elektronisk pakningsvedlegg



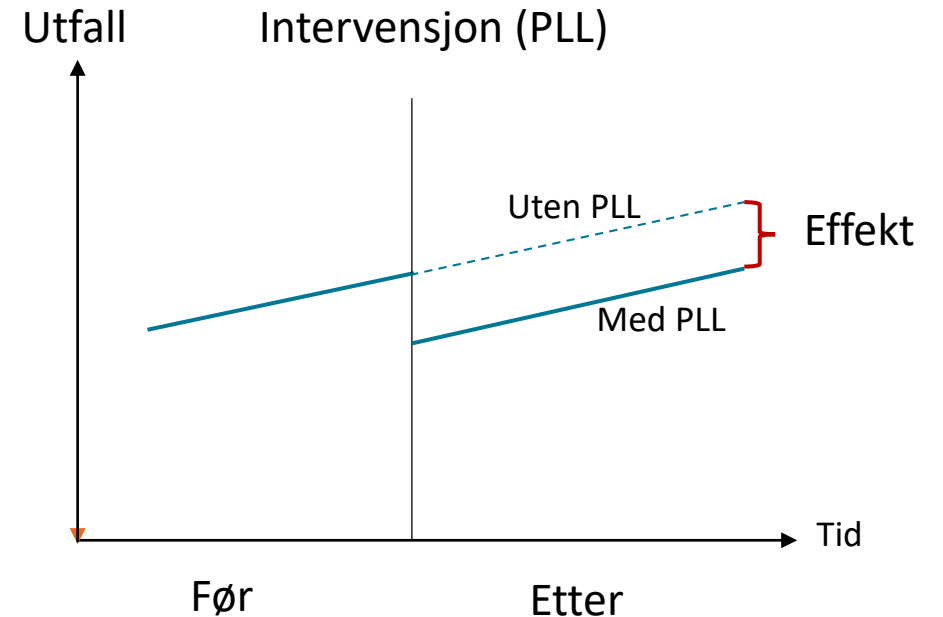


Planer

Litteraturgjennomgang 2019 viser lite forskning (n=9), og ingen effekt på pasientutfall som sykdom/skade, død

Vil innføring av PLL gi effekter på dødelighet og ressursbruk som innleggelser, liggedøgn, reinnleggelser, poliklinikk, bruk av legevakt, fastlegekontakter, tildelte tjenester i kommunene osv?

- Registerstudie
- Sammenligne for pasienter med og uten PLL
- Ser utvikling over tid – mellom gruppene





Videokonsultasjon i pandemien

- 3484 videokonsultasjoner (855 fastleger)
- 51 % like godt eller bedre egnet enn fysisk oppmøte
- Økt egnethet når fastlegen har:
 - kjennskap til pasient
 - kjennskap til helseproblem

Open access

Research

BMJ Open General practitioners' perceptions towards the use of digital health services for citizens in primary care: a qualitative interview study

Asbjørn Johansen Fagerlund,¹ Inger Marie Holm, Paolo Zanaboni

Open access

Original research

BMJ Open Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: results from an online survey


Paolo Zanaboni ,^{1,2} Asbjørn Johansen Fagerlund ¹

Published on 8.2.2021 in Vol 23, No 2 (2021): February

Preprints (earlier versions) of this paper are available at <https://preprints.jmir.org/preprint/26433>, first published December 11, 2020.



Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners

Tor Magne Johnsen ^{1,2} ; Børge Lønnebakke Norberg ^{1,2} ; Eli Kristiansen ¹ ; Paolo Zanaboni ^{1,3} ; Bjarne Austad ² ; Frode Helgetun Krogh ^{1,2} ; Linn Getz ² 



E-konsultasjon og sykemelding

Forespørsel fra Arbeids- og sosialdepartementet (AID) i 2020

- Undersøke konsekvenser av at fastleger skriver ut sykemeldinger over e-konsultasjon (VK, tekst, telefon) under covid-19-pandemien

Fordeler:

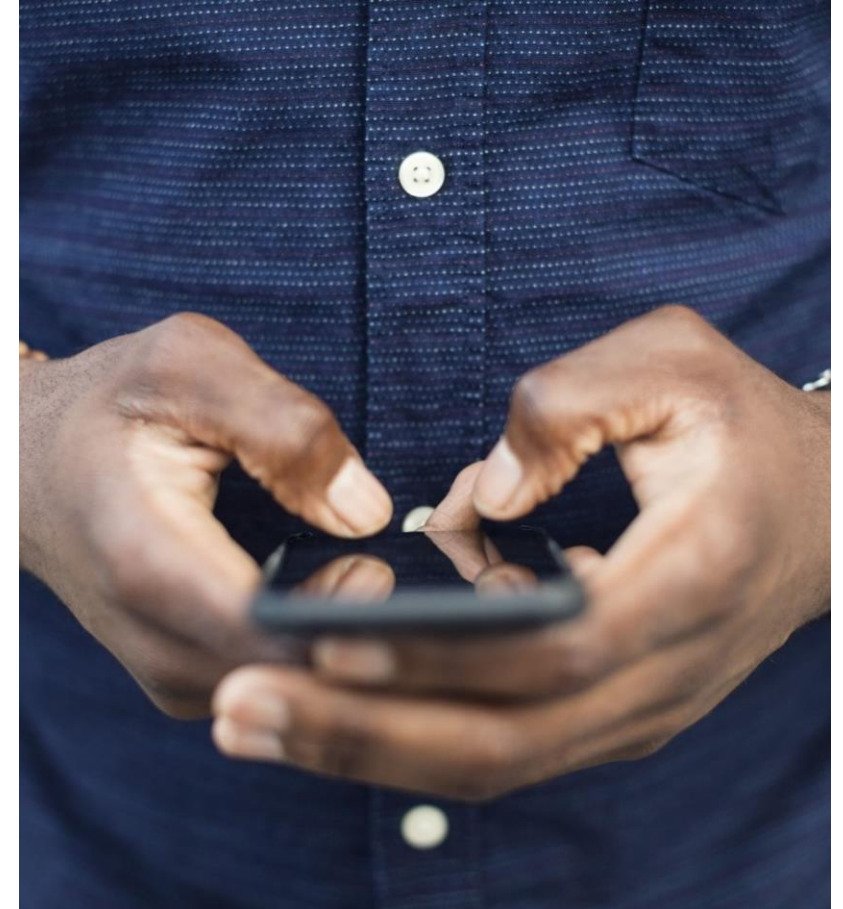
- økt effektivitet og fleksibilitet
- redusert smittefare
- tidsbesparelser for pasienten

Ulemper:

- begrenset klinisk vurdering
- lavere terskel for å be om sykemelding

Forutsetninger:

- kjent pasient
- kjent problemstilling



Lovendring trådte i kraft fra 1. juli 2023

<https://ehealthresearch.no/prosjekter/e-konsultasjoner>



Tusen takk for oppmerksomheten



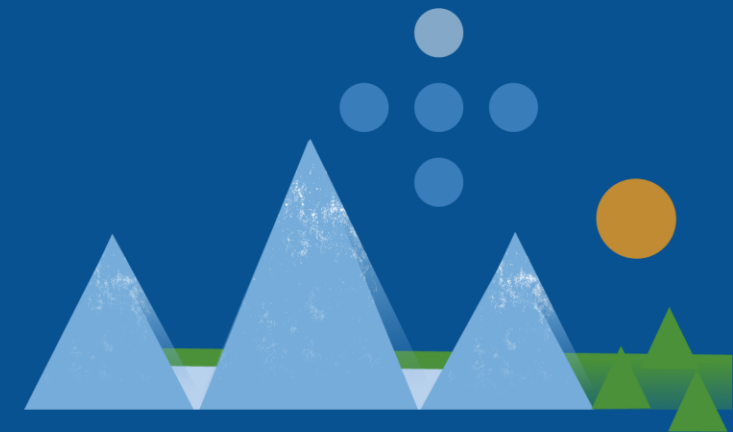
Stein Olav Skrøvseth
stein.olav.skrovseth@ehealthresearch.no

ehealthresearch.no

Digitale innbygger- og samhandlingstjenester i nord

Oddgeir Strømsnes, Morten Stensøy og Tove Sørensen

NUFA, 25. april 2024



Sammen om helse i nord

Bakgrunn – endring tar tid

Digitale innbygger og samhandlingstjenester (DIS) har vært et satsingsområde i Helse Nord siden 2014. Målet er å utvikle helhetlige digitale tjenester som understøtter pasientforløpet og arbeidsprosessene i spesialisthelsetjenesten, samt legger til rette for samhandling på tvers av helsetjenestenivåene og virksomheter [Styresak 72-2021](#) og [Styresak 145-2023](#).

Digitale verktøy vil understøtte Helse Nord's arbeid knyttet til forbedring av drift, og funksjons- og oppgavedeling.



-> 2021	2021-2023	2024 Rest (2022-23)
Tilgang til pasientjournal på Helsenorge	Pas. Journaldok. (steg 1 dokumentdeling)	Digital dialog pasient-behandler
Vise informasjon om journaldokumenter som ikke er direkte tilgjengelig på Helsenorge	Pasientbrev via Helsenorge med videreformidling	Pasientbrev til radiologiundersøkelse (*)
Timeavtaler med dialog	Helseopplysningsskjema	Tjenester for ungdom (12-16)
Videotimer via Helsenorge	Vise Helsekontakt	Tilgang til multimediaarkiv (*)
Dialog fastlege-spesialist	Tilbakemeldingsskjema (H-23)	
Vise dokumentbaserte prøvesvar	Utprøving digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	
Vise henvisningsstatus	Formidle skjema fra Checkware via Helsenorge (H-23)	
Vise viderehenvisninger		
Digitale skjema om journal		
Pasienter får varsel om og kan se covid-19 prøvesvar		
Utprøving: Pas. journaldok. (dokumentdeling)		



To hovedområder i videre satsing

- Sammenhengende pasientforløp på tvers av helsetjenesten
 - Pasientens journaldokumenter
 - Pasientens prøvesvar
 - Delte behandlingsplaner
 - Tilrettelegge for Digital hjemmeoppfølging
 - Deling av data på tvers av regioner, mellom nivåer og med nasjonale løsninger og registre
 - Nasjonal tillitsmodell for data og dokumentdeling
- Effektive pasientforløp i sykehus (helsenorge.no)
 - Innkallingsbrev via Helsenorge
 - Pasientstyrt timebooking
 - Digital dialog mellom pasient og behandler
 - Tjenester for barn og unge (12-16)
 - Digitale skjema, prøvesvar mm
 - Beslutningstøtte (Triagering og annen type pasientrapporterte data)



Flere tjenester på nord-samisk

HELS
n o r g E

Fállu

Oza

Ring Alpinski

Logge eret

Ovdasiidu

Dearvvašvuodadieđut sámegillii

Dás gávnnaat kvalitehtasihkkaraston dieđuid du dearvvašvuodariivttiid ja eará válljuvvon fáttáid birra.



Dearvvašvuodaveahkki Norggas →

Dás gávnnaat álkis dieđuid dan birra mot dearvvašvuodafuolahus doaimbá Norggas ja geainna sáhtát váldit oktavuoda ja goas.

Oppalašgeahčastat mas oidno makkár sisdoallu gávdno sámegillii

Borasdávdda obbalaščuovvoleapmi →

Buorit rávvagat dutnje gii galggat buohcevvissui →

Bokmål | Nynorsk | Davvisámegillii

Pasientreiser ?

Maid hálidat dahkat?



Ohcat ruđa mátkái



Du rekvisišuvvna mátkkit →

Geahčat, duodáštít, rievdadit dahje pasieantamátkki dingonmáchaheapmi

Du ohcamušat ja mearrádušat →

Geahča ohcamušaid, mearrádušaid dahje váidde mátkki ruhtádoarjaga mearrádušaid.

Man duhtavaš leat don dáinna siidduin?



Digitale (spesialist)helsetjenester for 12-16





BEGRENSET: Geirmund Furnes og kona har tre kronisk syke barn. De reagerer på at de ikke får digital tilgang til tenåringsbarnas prøvesvar. Foto: Privat

Aldersgruppen 12-16 er i en digital blindsoner

Loven er tydelig på at det kun unntaksvis skal legges begrensning på informasjon til oss foreldre, og da etter et aktivt valg fra helsepersonell.

Geirmund Furnes

FAR TIL TRE TENÅRINGER MED DIABETES TYPE 1, FASTLEGE PÅ FEDJE, SPESIALIST OG GRUPPEVEILEDER I ALLMENNEMEDISIN

PUBLISERT Fredag 22. desember 2023 - 09:09 SIST OPPDATERT Fredag 22. desember 2023 - 12:04



Vi har i dag tre barn med diabetes type 1, hvorav de to yngste er hhv. 13 og 15 år. Som foreldre til barn med kronisk sykdom forventes det både fra samfunnet generelt og diabetesteamet spesielt at vi hjelper barna våre med å håndtere/behandle sykdommen så godt vi kan. Dette er en jobb vi gjør hver dag, året rundt, det kalles foreldreansvar. Foreldre med multihandikappede barn har en langt (!) mer krevende oppgave enn oss.

De som er mest innenfor, holdes utenfor

Helsenorge.no har fortsatt ingen løsning for digitalt innfødte. Ungdommer har stor digital kompetanse og klare behov, men ingen tilgang. Hvorfor har ikke barn og tenåringer også digitale spesialisthelsetjenester?

Ellen Nordal og medforfattere

PUBLISERT Søndag 02. mai 2021 - 13:43



Denne artikkelen er mer enn to år gammel.

Kronikk: **Ellen Nordal**, overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og førsteamanuensis ved UiT – Norges arktiske universitet

Elisabeth Selvaag, leder for Barnelegeforeningen og klinikkssjef ved Barne- og ungdomsklinikken, St. Olavs hospital

Tove Sørensen, prosjektleder for Digitale pasienttjenester i nord, Helse Nord

MULIGHET TIL innsyn i egen journal via digitale verktøy er enkelt tilgjengelig og praktisk nyttig for alle over 16 år i Norge. Helsenorge er den etablerte digitale plattformen for helse for hele befolkningen. Der finner du timeavtaler, henvisningsstatus, journalopplysninger, og noen prøvesvar. Det er raskt og enkelt å sjekke – med mindre du er mellom 12 og 16 år.

Skal ungdom og deres foresatte fortsatt holdes utenfor?

UTEN DIGITAL TILGANG. Barn og unge mellom 12 og 16 år har anledning til å holde tilbake helseinformasjon for sine foresatte. Tilgang til opplysninger for denne aldersgruppa skal vurderes særskilt. Følgelig har verken ungdommene eller deres foresatte digital tilgang til innsyn i journal, og de må henvende seg til aktuell sykehusavdeling for å få tilsendt papirkopi i posten.

Foresatte skal ikke alltid ha innsyn i ungdommens journal. Ungdom skal være trygge på at de kan oppsøke helsetjenesten uten at foresatte får vite verken om kontakt, årsak til kontakt – eller hva de forteller i en konsultasjon. Det kan dreie seg om seksuell helse, vold i hjemmet eller andre sensitive tema. Eller bare behovet for å kunne holde mer for seg selv, som en naturlig del av en gradvis overgang til voksenlivet.

TRYGGHETEN. I de fleste situasjoner, når ungdom er syke og trenger helsehjelp, er de foresatte viktige støttespillere. De som har barn med hjertesykdom, astma eller andre kroniske sykdommer, er vant til å sjekke på Helsenorge hvilke medisiner barnet står på og når neste kontroll er avtalt.

”Fortsatt utestenging fra digitale helsetjenester er et rettighets- og selvstendighetsproblem, og en ekstra belastning for den som er syk, og for pårørende



Ellen Nordal



Elisabeth Selvaag

Praksis i spesialisthelsetjenesten i dag (12-16)

- Brev i postkassa til folkeregistret adresse (til pasienten selv, til foreldre eller c/o foreldre).
- Anmodning om innsyn i journal: Foreldre får stort sett kopi. Ungdom ber svært sjelden om innsyn selv (mange vet ikke at de har journal).
- Videotimer: Oppkplingsinformasjon sendes via usikre kanaler.
- Noen behandlere gir ungdommen privat e-post / mobil.
- Samtykke: I de aller fleste tilfeller kreves samtykke til behandling av foreldre, fosterforeldre, barnevern. I spesielle tilfeller gis behandling uten samtykke.



Helsepersonell



- Journalen er primært helsepersonells arbeidsverktøy
- Mangler støtte og oversikt i EPJ
- «Alt eller ingenting» – lite fleksibelt EPJ
- Ønsker å treffe ungdom der de er – når de trenger det
- Mer automatisering

Tilbakemeldinger fra ungdomsrådene i UNN og NLSH (12-25)

- Informasjon må være samlet på ett sted (som ikke er postkassa)
- Det må være mulig å få svar på spørsmål *raskt* og sikkert – når det trengs
- Forklaring på ord i journal, vaksinekort, etc.
- Mange foreldre spiller en viktig rolle i behandling, men ikke alle. *Pasienten må selv* avgjøre om og når forelder/re får tilgang.
- Behandler må spørre ungdommen *uten at foreldrene er til stede* om innsyn og dialog med behandler.

Hvem som bør ha tilgang til hva er avhengig av situasjon, pasient, foreldre og tidspunkt (alder og forløp).

Hva skal prosjektet oppnå (effekt mål)?

1. Foreldre til barn mellom 12-16 følger opp sine barns helseinformasjon, slik at de kan ivareta foreldreansvaret.
2. Barn mellom 12-16 er godt informert om sin helsesituasjon, slik at de kan være med på aktive valg om egen helse.
3. Helsepersonell åpner og nekter tilgang basert på henvisning, slik at pasient får bedre tilpasset tilgang til informasjon som samtidig er enklere for helsepersonell å forvalte.
4. Metadata for dokumenter fra før fylte 16 (vurdert for foreldre). Slik blir tjenesten mer forsvarlig.
5. Foreldres tilgang til dokumenter fra før fylte 12 år blir tilgjengelig, slik at de kan ivareta foreldreansvaret.

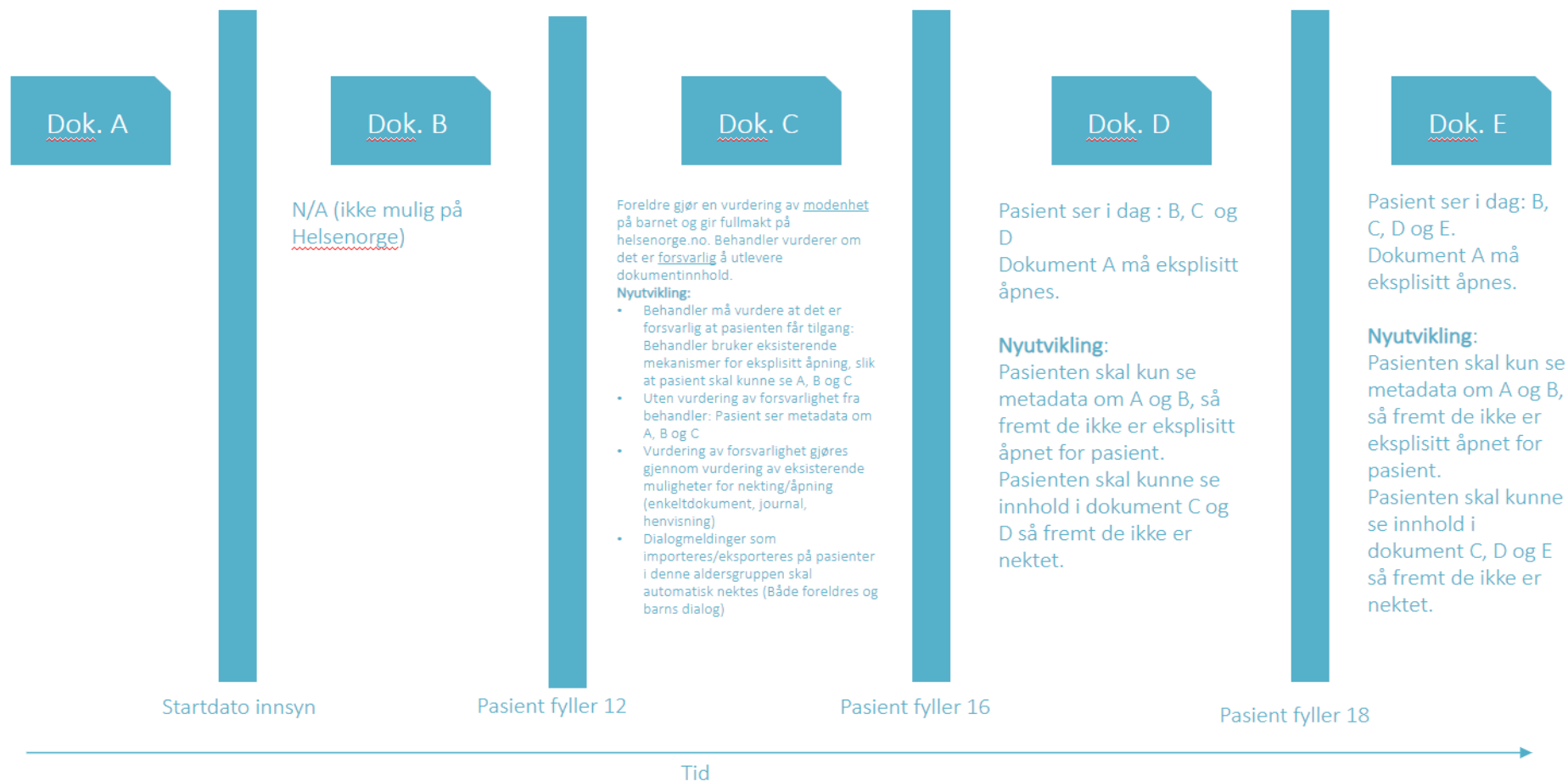


Brukerhistorier:

- Use case 1: Pasientens innsyn i egne journaldokumenter
- Use case 2: Foreldre
- Use case 3: Pasient
- Use case 4: Foreldre
- Use case 5: Pasient
- Use case 6: Foreldre
- Use case 7: Pasient
- Use case 8: Foreldre

Use case 1: Pasientens innsyn i egne journaldokumenter

Forutsetning: Visning av historiske metadata (dok. A) må være slått på



Digitale tjenester for *alle*



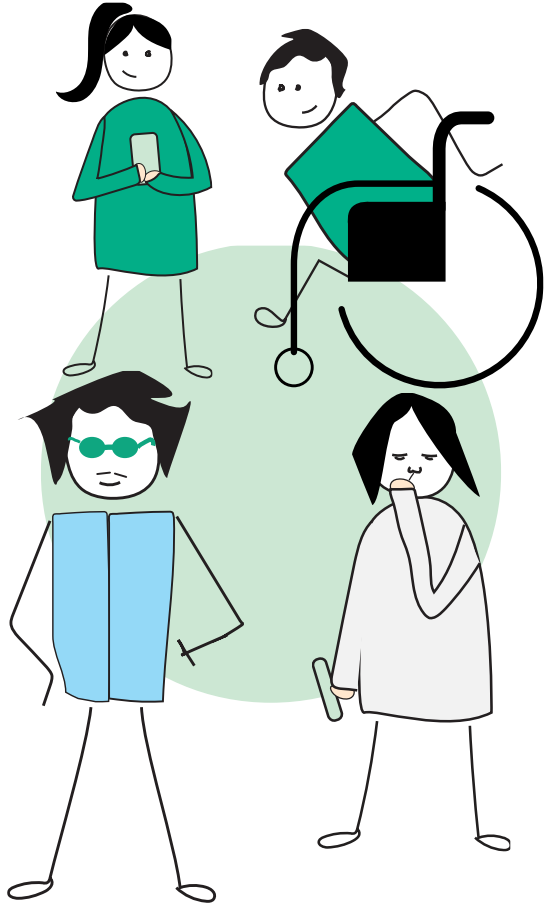
Prinsipper for tilgang:

- Standard er at ingenting er digitalt tilgjengelig på Helsenorge for foreldre.
- Standard er at barn/unge får digital tilgang til metadata på Helsenorge, forutsatt at foreldre har gitt samtykke til behandling av personopplysninger.
- Behandler kan gi foreldre digital tilgang (meta- og detaljerte data) etter samråd med ungdommen.
- Behandler og foreldre kan gi ungdommen selv tilgang til journalinnhold.
- Dette er forankret i ungdomsrådene i regionen og med andre regioner.

Dette forutsetter

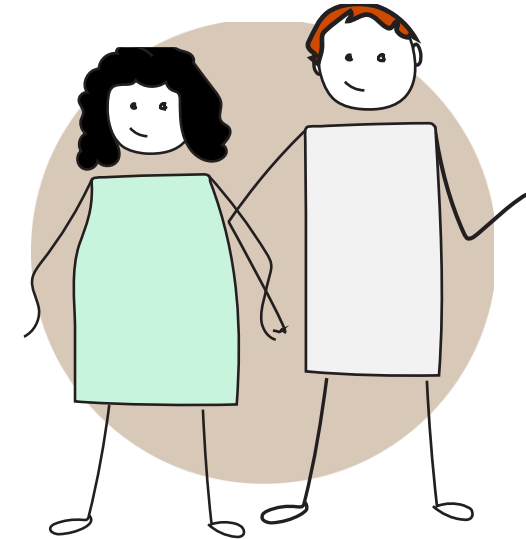
- Bedre tilgangsfunksjonalitet
- At andre tjenester «tar problemstillingen på alvor»
- Sikker innlogging for ungdom (BankID e.l.)

Ungdommen selv vs. familien vs. foreldrene



Ungdom: Følge opp egen helse og ta aktivt del i forløpene sine. Gradvis håndtere mer selv.

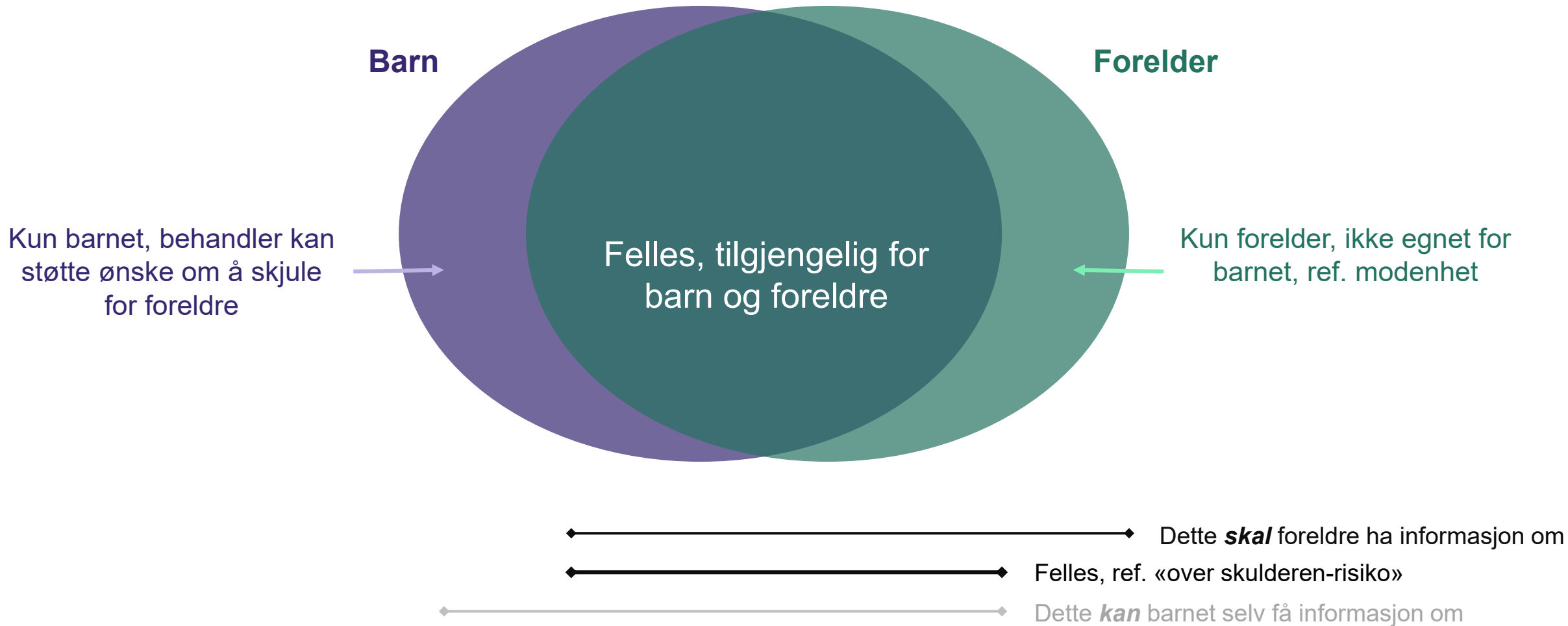
Foreldre: Støtte barnets modningsprosess, uten at egen bruk av tjenestene forringes.



Noe ser de selv, noe av dette ser også foreldrene...

Mye ser de selv, noe av dette ser også barnet...

Hvilken informasjon tilgjengeliggjøres for barnet?



Hva skal til for at tjenesten får effekt?

- Tilgang ungdom 13-16:
 - Foreldre gir ikke samtykke på Helsenorge
 - Ungdommen har ikke digital ID, med nivå Høy
 - Behandler åpner ikke tilgang til de unge
 - (At tilgang også er gitt til foreldre)?
- Tilgang foreldre 12-16:
 - Behandler åpner ikke tilgang til foreldre



Status for prosjektet

- Veileder for deling av digital informasjon til foreldre
- Høy teknisk kompleksitet
- Tidsplan: Siste vedtatte plan har sluttleveranse 15.9.2024, men det vil bli forsinkelser.
- Avhengig av andre prosjekt også tar inn over seg 12-16.



Digitale (spesialist)helsetjenester for 12-16

- Dataansvarlig må ivareta det som skal til for å etterleve lovverk og prinsipper for barn og unge.
 - Helsepersonell har en betydelig rolle i å bidra til at barnets interesser blir ivaretatt.
- Egenskaper ved de ulike tjenestene.
 - Push tjenester til nasjonale registre
 - Pull tjenester fra lokale registre.
- Barn og unge tematikken treffer alle informasjonstjenester.
 - Risikovurdering for hver tjeneste basert på hvilket innhold tjenesten tilbyr.
- Hvor kan foreldreansvarlige få tilgang
 - Som foreldreansvarlig kan jeg se barnets helseinformasjon på Helsenorge.
 - Som foreldreansvarlig og helsepersonell kan jeg ha tilgang til barnets helseinformasjon via Kjernejournal
 - Som foreldreansvarlig og helsepersonell kan jeg ha tilgang til barnets helseinformasjon gjennom EPJ



Helhetlig fokus - Digitale tjenester

(Norsk arkitekturrammeverk for samhandling - DigDir)



HELS E
n o r g e

KJERNEJOURNAL



EPJ

Standardisering

IHE XDS

HL7 FHIR

Kodeverk

EHDS (Europeisk
helsedataområde)

Pasient- og brukermedvirkning

Digitale skjema

Timeavtaler

Pasientens planer

Henvisninger

Dialogmeldinger

Digital
hjemmeoppfølging

Digitale brev

Pasientens
legemiddelliste

Samhandling

Pasientens prøvesvar

Pasientens
journaldokumenter

Pasientens
multimediafiler

Meldingsutveksling

Kritisk info/IPS

Tilgangsstyring / Personvern

Tillitsmodell

Tilgang 12-16

Sperring/nekting

Innsyns- /
tilgangslogg

Teknisk plattform

Sandkasse

Nasjonal
samhandlings
plattform

API plattform for
samhandling

Hendelsehåndtering

XDS Plattform

Meldingsutveksling



Brukerpanel for digitale innbygger-og samhandlingstjenester

- Etablert høsten 2021
- Nikolai Raabye Haugen og Gunnhild Berglen (video)
- Spørsmål / kommentarer ?



Takk for oss!

<https://www.helse-nord.no/digitale-pasienttjenester>

helse-nord.no

facebook.com/helsenord

twitter.com/helsenord

Pause – oppstart igjen kl.10:45

—

Pasientens legemiddelliste i nord

NUFA 25.04.24

Heidi Johansen, leder PLL i nord



Foto: Marius Fiskum

Pasientens legemiddelliste (PLL)

En felles, digital oversikt over alle legemidlene pasienten bruker, deles mellom helsepersonell i ulike deler av helsetjenesten. Kan leses i EPJ, Kjernejournal og Helsenorge.



I 2016 og 2017 døde 27 pasienter på sykehus fordi det ikke finnes noe system som gir helsepersonell en samlet oversikt over hvilke medisiner pasientene deres bruker.

Foto: Magnus Knutsen Bjørke

› PUBLISERT 09.07.2021 08:23

Manglende oversikt over legemidler – 27 døde på to år

Det haster å få fart på en felles elektronisk legemiddelliste, mener Riksrevisjonen, KS og Legeforeningen.

BERIT ALMENDINGEN
480 33 259

Fel bruk av legemidler er en av de hyppigste årsakene til pasientskader. Det er anslått at slike skader oppstår ved 2 prosent av alle sykehusinnleggelsler.

I 2016 og 2017 døde 27 pasienter på sykehus på grunn av dette. 177 ble alvorlig skadet.

MER OM

› NYHETER | HELSE

Sykehus og kommune ilagt forelegg på 1,2 millioner etter at pasient døde

Helsedirektoratet: Flere barn og unge fikk psykisk helsehjelp i fjor

Sterk vekst i bruk av fastleger



Helsepersonell, både fastleger, sykepleiere og farmasøyter, opplever ofte å være avskåret fra informasjon om pasienters legemiddelbruk, sier Ulin Solliid Marskow. (Illustrasjonsfoto: Colourbox)

Helsepersonell sliter med å få tak i informasjon om hvilke legemidler pasientene deres bruker

Snart kommer en felles, digital legemiddelliste. Det vil løse mange problemer, mener forskere.

Håvard Berntsen
KOMMUNIKASJONSRÅDGIVER

Nasjonalt senter for e-helseforskning

Onsdag 26. mai 2021 - 04:30



Når legemidler blir brukt riktig, får pasientene bedre helse og økt livskvalitet. Men vi har i dag store utfordringer med tilgang på oppdatert informasjon om hvilke medisiner den enkelte pasienten skal ha.

Hvert år dør om lag 1000 personer i Norge på grunn av feilmedisinering. Rundt 12 prosent av alle pasientskader skyldes feil legemiddelbruk. Det er også årsaken til 5-10 prosent av innleggelsene på medisinske avdelinger, ifølge tall fra Direktoratet for e-helse.

YngreLeger.no



LIS1
SPESIALISERING
FORSKNING

GRAVIDITET/PERMISJON
ARBEIDSLIV
TILLITSVALGT

AKTUELT
FRA FORENINGEN
DEBATT OG PERSPEKTIVER

AKTUELT

Pasientens legemiddelliste – det aller viktigste digitale pasientsikkerhetstiltaket

02/03/2021 • JAN EMIL KRISTOFFERSEN, SEKSJONSSJEF MEDISINSK FAGAVDELING I LEGEFORENINGEN OG KJARTAN OLAFSSON, FASTLEGE OG LEDER AV LEGEFORENINGENS IT-UTVALG



Er det ikke et rimelig krav å stille at du som yngre lege skal kunne logge deg inn på pasientens oppdaterte medisinsliste og kunne vite at den er korrekt?

Forventet nytteverdi av PLL (nasjonalt PLL program)



ØKT PASIENTSIKKERHET

Redusere feil i legemiddelbehandling pga manglende informasjon om legemidler



BEDRE SAMHANDLING

Oppdatert og korrekt legemiddelliste på tvers av omsorgsnivå



SPART TID FOR HELSEPERSONELL

Redusere tidsbruk for å innhente informasjon og svare ut henvendelser om legemiddelbruk

PLL i DIPS Arena

Scope

- Tilrettelegge for PLL i DIPS Arena – samarbeid med DIPS AS, Helsedirektoratet, NHN, helseregionene
- Bygger på DIPS Arena medikasjon, nasjonale tjenester, erfaringer fra Bergen
- Utprøving av PLL på tvers av omsorgsnivåene

Premisser

- PLL skal ikke gi klinikerne økt byrde
- Stegvis og pragmatisk tilnærming til rekvirentkrav
- Synkrone forberedelser – sykehus, kommuner, fastleger, epj leverandører



Designere & utviklere inn i klinikken



På klinikernes premisser

Funksjonaliteten må speile legenes arbeidsprosesser

Enkelt og intuitivt brukergrensesnitt, unngå harde stopper

Involvere klinikerne, fra a til å

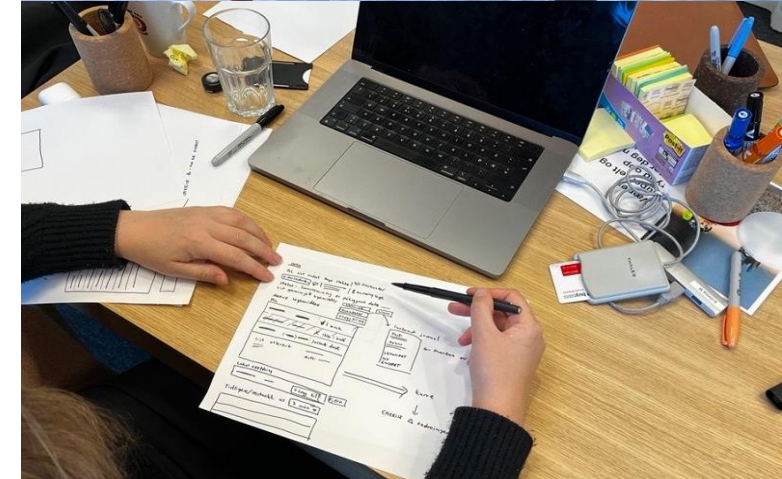


Kartlegge behov og arbeidsprosesser

Hvordan jobbes det med legemidler i sykehusene?

Utfordringer i dag, samhandlingen med elektronisk Kurve m.m.

Rekvirentkrav vs behov, relevans



To-trinns utvikling og implementering

Fase 1: tilkoping til Sentral Forskrivningsmodul (SFM) – kun sykehusene

- Høster og sammenstiller data fra RF og KJ via SFM
- Forenkler samstemming av legemidler i DIPS Arena medikasjon

Kontrollert innføring: 2.kvartal 2024 (26.mai)

Godkjent NHN

Fase 2: Full støtte for PLL (opprette, oppdatere og sende PLL)

- Funksjonalitet for å sende, motta og oppdatere PLL
- Ytterligere funksjonalitet (rek krav)

Kontrollert utprøving med alle aktører: oppstart 4.kvartal 2024



Utprøving i hele regionen

Stegvis utprøving rundt alle Helseforetak – **oppstart 4. kvartal 2024**

PLL FIN, UNN, NLSH, HSYK:

Sykehus

Fastleger

Sykehjem

Hjemmetjenesten

Legevakt

Avtalespesialister

Andre

Alle områder

- *Styringsdokument for utprøving av PLL*

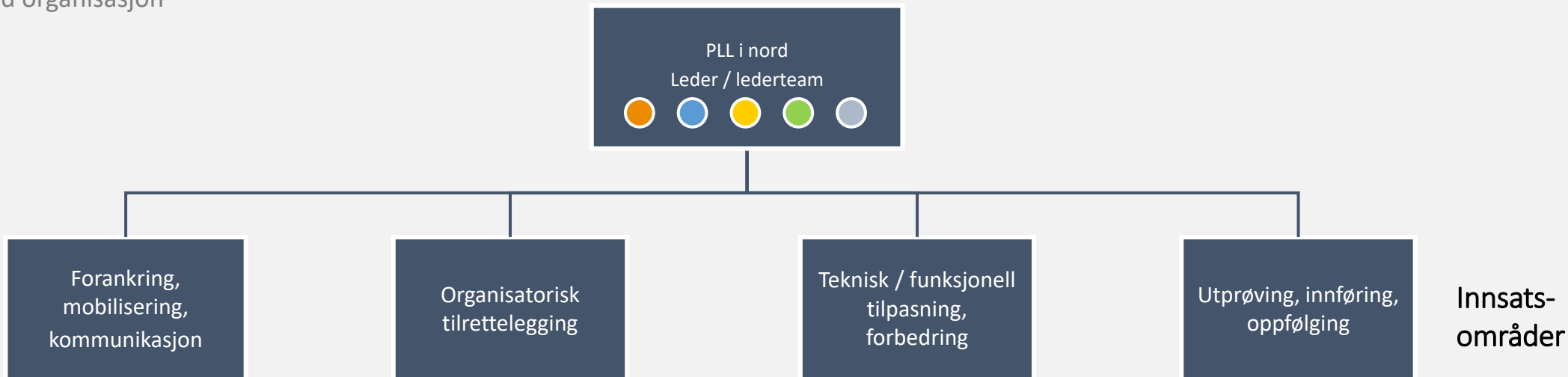
Kortest mulig periode for utrulling



Digital legemiddelhåndtering i kommunal sektor



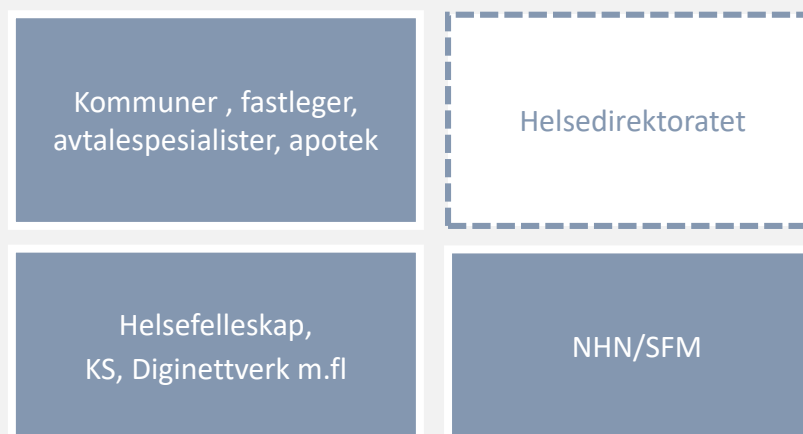
PLL i nord organisasjon



Lokal PLL organisasjon



Eksterne samarbeidspartnere



Regional koordinering og erfaringsdeling & lokalt eierskap og nærhet til fagmiljøene

Helse Nord & Helsefelleskapene

PLL
FIN opptaksområde
(Pulje 1)

Hammerfest sykehus
Hammerfest kommune*
Nordkapp kommune

Fastleger

Helsefelleskap Finnmark
(18 kommuner)

PLL
UNN opptaksområde
(Pulje 1)

UNN Tromsø, UNN Narvik
Tromsø kommune*
Narvik kommune, Dyrøy kommune
Kåfjord kommune

Fastleger

Helsefelleskapet Troms og Ofoten
(24 kommuner)

PLL
NLSH opptaksområde
(Pulje 1)

Nordlandssykehuset Bodø
Bodø kommune*
Saltdal kommune

Fastleger

**Helsefelleskapet Lofoten,
Vesterålen, Salten**
(21 kommuner)

PLL
HSYK opptaksområde
(Pulje 1)

Mo i Rana sykehus
Rana kommune*

Fastleger

Helsefelleskapet Helgeland
(18 kommuner)

* Søkerkommuner Helseteknologiordningen

EPJ leverandørene er sentrale premissgivere (leverandører pulje 1)



EG Infodoc



Mobilisere Helsefelleskapene

PLL i nord forankres og støttes av de respektive Helsefelleskapene i helseregionen: SSU'ene stiller seg bak planen og søknadene til Helseteknologiordningen.

Helsefelleskap Troms og Ofoten (møte 25.01.24)

- SSU stiller seg bak at Tromsø kommune, med forankring i Helsefelleskapet Troms og Ofoten, søker tilskudd til utprøving og innføring av Pasientens Legemiddelliste (PLL) fra Helsedirektoratet.
- Dersom det innvilges tilskudd ber SSU om at det lages en plan for hvordan erfaringer skal deles med øvrige kommuner og lokalisasjoner i UNN, og hvordan breddingen skal foregå.
(Strategisk faglige utvalg)

Organisering

Regional styringsgruppe – hele regionen (ledes av Helse Nord)

- Overordnet styring for hele regionen, ansvar for planlegging og gjennomføring av prosjektet iht planer og rammebetingelser
- Rapportering til Hdir
- Utvalgte aktører som representerer regionen, nasjonale helsemyndigheter, KS
- Oppstart ultimo mai, møte hver 6 uke/2.mnd

Lokal samhandlingsgruppe (PLL i praksis) - per delområde

- **Praksisnært, klinisk, faglig fokus, diskusjon av praktiske problemstillinger**
- **Alle aktører som deltar i utprøving, inklusiv leverandørene**
- Representanter fra andre delområder, repr. HV + Helsedir/NHN/Aptekforeningen
- Oppstart mai/august, månedlige møter i starten, hver 14 dg under utprøving

Arbeidsgrupper

- Etableres og legges ned etter behov, fordele ansvarsområder (teknisk, opplæring, funksjonell/klinisk, annet)
- Samarbeid innad og på tvers av delområder
- Oppstart og møter tilpasset behov

Felles retning og koordinert innsats i nord

Teste tidlig, raskt i bruk – lære tidlig og justere kurs

Helsefellesskapenes - sentral rolle i aksen kommuner-sykehus

Interkommunalt samarbeid - store kommuner hjelper små kommuner

Løpende erfaringsdeling – på tvers av regioner

➤ Fra Berlevåg til Bærum - likeverdige helsetjenester



En for alle, alle for én

- hardt arbeid og godt samarbeid gir resultater

Ett lag med felles mål og avklarte roller:

Nasjonale helsemyndigheter

Helseregionene/foretak

KS

Helsefelleskapene

Kommuner

Fastleger

EPJ leverandører

Apotek

m.fl.

Paradigmeskifte for pasientsikkerhet og samhandling!



Bevegelig landskap...

- Mange aktører, ulike styringslinjer, kulturer, systemer, økonomi, kompetanse, arbeidsprosesser, tidslinjer...
- Konsept og rekvirentkrav (NHN) - moving target, seige prosesser
- Akseptansetestkriterier mangler (NHN)



Møtes med

- Åpenhet og transparens
- Tydeliggjøring av roller og ansvar
- Tett og kontinuerlig dialog
- Smidige prosesser, redusert byråkrati

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30

—

Hva skal til for å lykkes?

Helhetlig nasjonal plan for innføring – hvem har ansvar for helheten

Helhetlig arkitekturskisse – sammenhenger og avhengigheter

Tydelige mandater og forpliktende ansvar for leveranser – hvem har ansvar for hvilke leveranser

Langsiktig finansiering er en forutsetning – forutsigbarhet for sektoren

Pragmatisk tilnærming til krav, forenkle løsning, tidlig i produksjon

Smidige og pragmatiske prosesser – alle nivåer/ deler av tjenesten

Apotekenes rolle – viktig kvalitetssikring for pasienter og helsepersonell

Leverandørene må spilles gode - involveres fra start

Kapasitet NHN



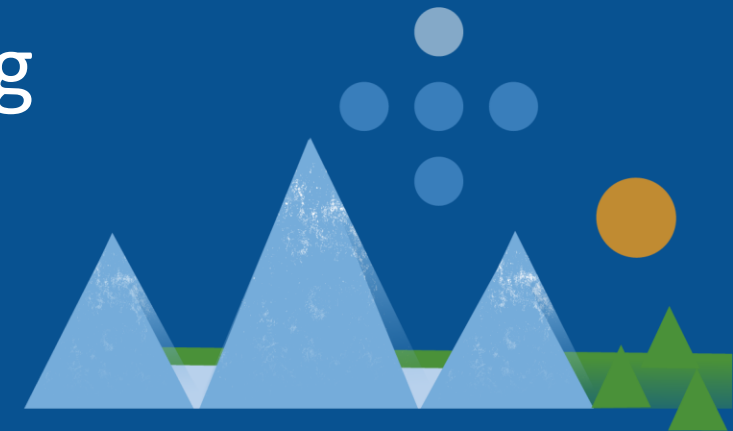
Lagspill

heidi.johansen@helsenord.no

Strukturert journal for klinisk hverdag og register - prostatakreftløsningen

NUFA 25.04.24

Heidi Johansen (Helse Nord FRESK), Marius Roaldsen (Universitetssykehuset Nord-Norge),
Philip A. Skau (SKDE)



Sammen om helse i nord

Innhold

- Strukturering av journal i Helse Nord v/Heidi Johansen
- Behov og erfaringer fra en klinisk arbeidshverdag v/Marius Roaldsen
- Registerperspektivet v/Philip A. Skau



Strukturering av journal - regional strategi

Strukturert journal er et virkemiddel for å gjøre journalen til et bedre verktøy for klinikere ved at informasjonen ligger oversiktlig og tilgjengelig for gjenbruk i daglig klinisk arbeid, og for styring, kvalitetsforbedring og forskning.

Få på plass grunnmur som legger til rette for strukturerte, kliniske data og gjenbruk

- Stegvis og pragmatisk tilnærming til innføring av strukturert journal og standardisert språk
- Interregionalt samarbeid - fordele ansvar, oppgaver og kostnader
- Tett samarbeid med klinikere, forvaltning, leverandører, helse- og kvalitetsregistre, nasjonale helsemyndigheter



Nasjonale føringer og prioriteringer

Felles plan for IKT utvikling og digitalisering (HOD)

Prioriterte områder:

- Medisinske kvalitetsregistre
- Legemiddelområdet
- Pleieplaner (Veiledende Planer med SNOMED CT)
- Kliniske områder / beskrivelser egnet for gjenbruk og nytteverdi
 - 1) klinisk arbeid (primærformål)
 - 2) sekundærbruk som forskning og virksomhetsstyring



Erfaringer

- Kort avstand mellom utvikler og kliniker – avgjørende
- Hårfin balanse mellom struktur og fritekst (hindre overstrukturering)
- Klinikere – positive til prosess og produkter
- Balanse primærformål vs. sekundærbruk
- Styrken ligger i samarbeidet: klinikere, forvaltning, leverandør, helse og kvalitetsregistre, SKDE, nasjonale helsemyndigheter. Tverrfaglig eierskap og komplementær kompetanse



Videre plan

- Fortsette å høste erfaringer, utvikle sammen med klinikerne
- Avklare roller, fordele oppgaver - prioritere innsats som kommer alle til gode
- Formalisere rammer for samarbeid
 - Helseregionene
 - Leverandører
 - NRUA
 - Helsemyndigheter
 - Helse- og kvalitetsregistre

Vi er på god vei!



Behov og erfaringer i klinisk arbeid

Marius Roaldsen

Prostatasenteret

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)



Prostatakreftløsningen

- Digital papirjournal vs. Digital journal
 - Journalsystemet i dag er fylt med gjentakelser og reproduksjon av tidligere journalførte ting.
 - Disiplin i journalføringen kan bøte noe på dette.
 - Lite fokus på dette.
 - Kreftmøte notater kunne være kjempelang uten at nødvendig informasjon var tilstede. Mye prosa og lite innhold.
 - Diagnose: Ca. prostata GG3, PSA 23, T2N0M0 Briganti 9,2% Biopsidato 23.02.24
 - For å sende kreftmeldinger må man logge inn på en portal og manuelt legge inn data som man har registret i løpet av pasienten sykdomsforløp.
 - Tidkrevende, tungvint og unødvendig.



Utgangspunktet

- Kreftregisteret
- Pasientforløpet
- Hva er viktig i beslutningsprosessen
- Hva vil lette pasientflyten i systemet



EPIC- CP

Poliklinisk dokument

MDT Dokumentet

KREMT Utrednings skjema

Godkjent Skjema Opplysninger

Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP)

Vannlatingsfunksjon

1 Generelt, hvor stort problem vil du si at din vannlatingsfunksjon har vært for deg?
Et minimalt problem

Urininkontinens

2 Hvilket av følgende alternativer beskriver din vannlatingskontroll best?
Full kontroll

3 Hvor mange inkontinensbind eller bleier har du brukt per dag mot urinlekkasje?
Ingen

4 Hvor stort problem vil du si du eventuelt har hatt med drypping eller urinlekkasje?
Null problem

Urinveisirritasjon/-obstruksjon

5a Smarter eller svie under vannlating
Null problem

5b Svak urinstråle/ufullstendig blæretømming
Et minimalt problem

5c Behov for hyppig vannlating
Et lite problem

Tarmfunksjon

6a Smarter i endetarmen eller sterk avføringstrang
Et lite problem

6b Økt avføringshyppighet
Et moderat problem

6c Generelle problemer med tarmfunksjon
Et lite problem

Seksualfunksjon

7 Hvordan vil du vurdere din evne til å oppnå orgasme (klimaks)?
God

8 Hvordan vil du beskrive den generelle kvaliteten på ereksjonene dine?
Hard nok til samleie

9 Generelt, hvor stort problem vil du si du har hatt med din seksualfunksjon?
Null problem

Vitalitet/hormonalbalance

10a Hetetokter eller såre/forstørrede bryster
Null problem

10b Depressive følelser

10c Manglende energi
Null problem

Symptomscore for urininkontinens
0

Symptomscore for urinveisirritasjon/-obstruksjon
3

Symptomscore for tarmfunksjon
7

Symptomscore for seksualfunksjon
1

Godkjent Skjema Opplysninger

Utredning poliklinikk

Hendelsestid
20. okt 2023 kl 21:02

Sykehistorie
Fritekstlig beskrivelse av pasientens sykehistorie. Legen skriver på legespråk om pasientens inngang til poliklinikken og relevante funn fra anamnese.

Var kreftsymptomer (smarter, anemi eller annet) en del av årsaken til utredningen?
Nei

Var vannlatingsproblemer en del av årsaken til utredningen?
Nei

Henvisningsgrunn
LUTS | PSA

Kommentar
En fritekst kommentar om henvisningsgrunn. Den kan være så lang som bruker vil. Eller kort da.

Komorbidityt

- Kardiovaskulær sykdom**
Merknad
Angina siden 87
- Respiratorisk sykdom**
Merknad
Asthma.
Her er det også mulig å skrive så mye eller lite som legen ønsker.

Opplysninger

Høyde 184,00 cm	Kroppsvekt 90,00 kg
Kroppsmasseindeks (KMI) 26,6 kg/m ²	
PSA-verdi ved diagnosetidspunkt 12,00 ug/L	Dato for analyse 20. okt 2023
ECOG funksjonsstatus 1 Symptomatisk, fullt oppgående	
ASA-status ASA I	

Palpasjonsfunn høyre

Palpatorisk T-stadium (laveste stadium velges ved tvil)
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Palpasjonsfunn venstre

Palpatorisk T-stadium (laveste stadium velges ved tvil)
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Kommentar
Beskrivelse av funn på høyre side. Legg merke til at det ikke er noen kommentar på venstre. Det er lagt opp til frihet i skjermbildene slik at legene kan berike teksten der det er nødvendig.

Er det gjort MR av prostata?

Ja

MR Prostata

Dato for MR-undersøkelse 19. okt 2023	Prostatatetthet 0,39 ug/L/cm ³
Prostatavolum 31,00 ml	

Bildefunn høyre prostatahalvdel

PI-RADS 4	Primærtumor (T) T3a
--------------	------------------------

Bildefunn venstre prostatahalvdel

PI-RADS 5	Primærtumor (T) T3a
--------------	------------------------

Biopsidetalljer

Dato for gjennomført biopsi 20. okt 2023	Undersøkelse ikke utført <input type="checkbox"/>
---	--

Godkjent Skjema Opplysninger

MDT

Møtetidspunkt
21. okt 2023 kl 09:16

TNM-klassifikasjon

Primærtumor (T) T3a	Regionale lymfeknuter (N) N0	Fjernmetastase (M) M1a
TNM-utgave UICC TNM Versjon 8	Utredningsmetode lymfeknutemetastaser PET	Utredningsmetode fjernmetastaser MR

Patologi

Fusjon høyre		Fusjon venstre	
Target 1 ISUP Grade Group 2	%≥G4 34%	Target 1 ISUP Grade Group 1	%≥G4 %
Target 2 ISUP Grade Group 2	%≥G4 32%	Target 2 ISUP Grade Group 1	%≥G4 %

System høyre

Antall positive kjerner 3	Antall negative kjerner 6
Høyeste ISUP ISUP Grade Group 3	Høyeste %≥G4 35%

System venstre

Antall positive kjerner 1	Antall negative kjerner 9
Høyeste ISUP ISUP Grade Group 2	Høyeste %≥G4 20%

Patologilaboratorium

Laboratorium UNIN, Universitetssykehuset i Nord-Norge	Ikke relevant <input type="checkbox"/>
Preparatnummer ABCDE	

Briganti 2018

PSA-nivå før biopsi 12,00 ug/L	Klinisk stadium ved MR Ekstrakapsulær utvidelse
Maksimal lesjonsdiameter ved MR 3,00 mm	ISUP Grade Group ISUP Grade Group 3
Presentandel kjerner med klinisk signifikant PCA 12%	Kalkulert risiko for lymfeknutemetastaser 19,2%

D'Amico risikoklassifisering

PSA-nivå 10-20 ug/L	ISUP Grade Group ISUP 2 eller 3	Klinisk stadium ≥T2c
D'Amico skår Høy risiko		
ASA-status ASA I		

Anbefaling

Kurativt rettet lokalbehandling

Pasientens preferanse for videre forløp

Videre plan

Tiltak
Operasjon på UNN

Behandlingssted

Egen institusjon

Behandlingsdato

18. nov 2023

Godkjent Skjema Opplysninger

Sist lagret: 09:52:52

21. okt 2023 kl 09:42

Meldedato
21. okt 2023

Melders navn
Bjørn Naess

Melder ID

Kommentar til utfylling av meldingen

Funn i utredningen

Primærtumor (med eller uten metastase(r))
 Kun metastase(r)

Sykehistorie

PSA-verdi ved diagnosetidspunkt
12,00 ug/L Ikke tatt Ukjent

Var vannlatingsproblemer en del av årsaken til utredningen?
 Ja Nei Ukjent

Var kreftsymptomer (smarter, anemi eller annet) en del av årsaken til utredningen?
 Ja Nei Ukjent

ECOG funksjonsstatus (WHO-status) ved diagnose
Symptomatisk, fullt oppgående Ukjent

Diagnostikk av primærtumor

MR Prostata

Er det gjort MR prostata?
 Ja Nei

Utført dato
19. okt 2023 Ukjent dato

PI-RADS høyre side
4

PI-RADS venstre side
5

MR-basert T-stadium høyre side
T3a

MR-basert T-stadium venstre side
T3a

Samlet MR-basert T-stadium
T3a

Er det gjort annen billediagnostikk av primærtumor?
 Ja Nei

Celle- /vevsprøver

Celle- /vevsprøver?
 Ja Nei

Undersøkelser
 Biopsi
 TUR-P
 Annet

Laboratorium
UNN, Universitetssykehuset i Nord-Norge Ikke relevant

Spesifiser

Preparatnummer
ABCDE

Kreft påvist

Dato sykdommen ble bekreftet/diagnosert
20. okt 2023

Sykdomsutbredelse etter ferdig primærutredning og før primærbehandling

Palpatorisk T-stadium høyre side (laveste stadium velges ved tvil) Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende...)	Palpatorisk T-stadium venstre side (laveste stadium velges ved tvil) Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende...)
Samlet palpatorisk T-stadium Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)	

Poliklinisk dokument - prostatautredning

Utredning poliklinikk

Hendelsestid

20. okt 2023 kl 21:02

Sykehistorie

Fritekstlig beskrivelse av pasientens sykehistorie. Legen skriver på legespråk om pasientens inngang til poliklinikken og relevante funn fra anamnese.

Var kreftsymptomer (smerter, anemi eller annet) en del av årsaken til utredningen?

Ja Nei Ukjent

Var vannlatingsproblemer en del av årsaken til utredningen?

Ja Nei Ukjent

Henvisningsgrunn

- LUTS
- PSA
- Palpabel tumor
- Aktiv overvåkning
- Arv
- Annet

Kommentar

En fritekst kommentar om henvisningsgrunn. Den kan være så lang som bruker vil. Eller kort da.

Komorbiditet

- Kardiovaskulær sykdom

Merknad

Angina siden 87

- Respiratorisk sykdom

Merknad

Astma.
Her er det også mulig å skrive så mye eller lite som legen ønsker.

- Diabetes mellitus
- Risiko for kreft
- Antikoagulantia
- Annet

Opplysninger

Høyde

184,00

— + cm

Kroppsvekt

90,00

— + kg

Kroppsmasseindeks (KMI)

26,6 kg/m²

PSA-verdi ved diagnostetidspunkt

12,00

— + ug/L

Dato for analyse

20. okt 2023

ECOG funksjonsstatus

1 Symptomatisk, fullt oppegående

ASA-status

ASA I

Palpasjonsfunn høyre

Palpatorisk T-stadium (laveste stadium velges ved tvil)

Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Kommentar

Beskrivelse av funn på høyre side. Legg merke til at det ikke er noen kommentar på venstre. Det er lagt opp til frihet i skjermbildene slik at legene kan berike teksten der det er nødvendig.

Palpasjonsfunn venstre

Palpatorisk T-stadium (laveste stadium velges ved tvil)

Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Kommentar

Er det gjort MR av prostata?

Ja Nei Ukjent

MR Prostata

Dato for MR-undersøkelse

19. okt 2023

Prostatavolum

31,00

— + ml

Prostatatetthet

0,39 ug/L/cm³

Bildefunn høyre prostatahalvdel

PI-RADS

4

Primærtumor (T)

T3a

Kommentar

Bildefunn venstre prostatahalvdel

PI-RADS

5

Primærtumor (T)

T3a

Kommentar



Poliklinisk dokument - prostatautredning

Sammendraget genereres automatisk basert på registrerte data. Bruker kan endre selv.

Biopsidetaljer	
Dato for gjennomført biopsi 20. okt 2023	Undersøkelse ikke utført <input type="checkbox"/>
Beskrivelse Tok biopsi. U.A.	
<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotikaproylaks gitt	

Angi T-stadium basert på palpasjon og bildefunn
T3a
TNM-utgave UICC TNM Versjon 8

Kreft påvist?
<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Dato sykdommen ble bekreftet/diagnosedato 20. okt 2023

Videre plan
Følges opp med MDT møte om 2 uker eller så snart histopatologi foreligger
<input checked="" type="checkbox"/> Røntgen demo på MDT

Klinisk sammendrag

Generer sammendrag

Pas henvist pga. LUTS og forhøyet PSA.

Fritekstlig beskrivelse av pasientens sykehistorie. Legen skriver på legespråk om pasientens inngang til poliklinikken og relevante funn fra anamnese.

KMI 26.6 kg/m²
ASA I
PSA 12 ug/L

Komorbiditet:

Kardiovaskulær sykdom - Angina siden 87

Respiratorisk sykdom - Astma.

Her er det også mulig å skrive så mye eller lite som legen ønsker.

Palpasjonsfunn:

Høyre side: T2 -beskrivelse av funn på høyre side. Legg merke til at det ikke er noen kommentar på venstre. Det er lagt opp til frihet i skjermbildene slik at legene kan berike teksten der det er nødvendig.

Venstre side: T2

Biopsi tatt 20 okt. 2023. Tok biopsi. U.A. . Antibiotikaproylaks gitt.

MR prostata tatt 19 okt. 2023.

Prostatavolum 31 ml. PSA-tetthet 0.39 ug/L/cm³

Bildefunn:

Høyre side: PI-RADS 4, T3a

Venstre side: PI-RADS 5, T3a

T-stadium basert på palpasjon og bildefunn: T3a

Informasjon til pasient:

Pasienten informeres om sannsynlig synlig blod i urin og sæd de første dagene etter prøvetakningen.

Pasienten informeres om å ta kontakt med lege eller legevakt uten opphold dersom det tilkommer feber og frysninger etter prosedyren. Det vil da være svært viktig å avklare om det foreligger betennelse i prostata, som i så fall må behandles raskt med antibiotika.

Du vil bli kontaktet fra sykehuset når svar på vevsprøvene foreligger, vanligvis innen 10 dager.



DATA flyter fra poliklinikk til MDT registrering

Klinisk sammendrag

Generer sammendrag

Pas henvist pga. LUTS og forhøyet PSA.

Fritekstlig beskrivelse av pasientens sykehistorie. Legen skriver på legespråk om pasientens inngang til poliklinikken og relevante funn fra anamnese.

KMI 26.6 kg/m2
ASA I
PSA 12 ug/L

Komorbiditet:
Kardiovaskulær sykdom - Angina siden 87
Respiratorisk sykdom - Astma.
Her er det også mulig å skrive så mye eller lite som legen ønsker.

Palpasjonsfunn:
Høyre side: T2 -beskrivelse av funn på høyre side. Legg merke til at det er frihet i skjermbildene slik at legene kan berike teksten der det er nødvendig.
Venstre side: T2

Biopsi tatt 20 okt. 2023. Tok biopsi. U.A. . Antibiotikaproylaks gitt.
MR prostata tatt 19 okt. 2023.
Prostatavolum 31 ml. PSA-tetthet 0.39 ug/L/cm3

Bildefunn:
Høyre side: PI-RADS 4, T3a
Venstre side: PI-RADS 5, T3a

T-stadium basert på palpasjon og bildefunn: T3a

Informasjon til pasient:
Pasienten informeres om sannsynlig synlig blod i urin og sæd de første dagene etter prøvetakningen.
Pasienten informeres om å ta kontakt med lege eller legevakt uten opphold dersom det tilkommer feber og frysninger etter prosedyren. Det vil da være svært viktig å avklare om det foreligger betennelse i prostata, som i så fall må behandles raskt med antibiotika.
Du vil bli kontaktet fra sykehuset når svar på vevsprøvene foreligger, vanligvis innen 10 dager.

Angi T-stadium basert på palpasjon og bildefunn

T3a

TNM-utgave

UICC TNM Versjon 8

Sammendraget vises i MDT for å presentere pasientforløpet.

Ved godkjenning vises kun sammendrag fra MDT møtet-

T gradering til MDT

MDT

Møtetidspunkt
21. okt 2023 kl 09:16

Klinisk sammendrag

Pas henvist pga. LUTS og forhøyet PSA.

Fritekstlig beskrivelse av pasientens sykehistorie. Legen skriver på legespråk om pasientens inngang til poliklinikken og relevante funn fra anamnese.

KMI 26.6 kg/m2
ASA I
PSA 12 ug/L

Komorbiditet:
Kardiovaskulær sykdom - Angina siden 87
Respiratorisk sykdom - Astma.
Her er det også mulig å skrive så mye eller lite som legen ønsker.

Palpasjonsfunn:
Høyre side: T2 -beskrivelse av funn på høyre side. Legg merke til at det ikke er noen kommentar på venstre. Det er lagt frihet i skjermbildene slik at legene kan berike teksten der det er nødvendig.
Venstre side: T2

Biopsi tatt 20 okt. 2023. Tok biopsi. U.A. . Antibiotikaproylaks gitt.
MR prostata tatt 19 okt. 2023.
Prostatavolum 31 ml. PSA-tetthet 0.39 ug/L/cm3

Bildefunn:
Høyre side: PI-RADS 4, T3a
Venstre side: PI-RADS 5, T3a

T-stadium basert på palpasjon og bildefunn: T3a

Informasjon til pasient:
Pasienten informeres om sannsynlig synlig blod i urin og sæd de første dagene etter prøvetakningen.
Pasienten informeres om å ta kontakt med lege eller legevakt uten opphold dersom det tilkommer feber og frysninger etter prosedyren. Det vil da være svært viktig å avklare om det foreligger betennelse i prostata, som i så fall må behandles raskt med antibiotika.
Du vil bli kontaktet fra sykehuset når svar på vevsprøvene foreligger, vanligvis innen 10 dager.

TNM-klassifikasjon

Primærtumor (T)
T3a

Regionale lymfeknuter (N)
NO

Fjernmetastase (M)
M1a

TNM-utgave

UICC TNM Versjon 8

Utredningsmetode lymfeknutemetastaser

PET x

Utredningsmetode fjernmetastaser

MR x

Generert sammendrag etter MDT

Pas henvist pga. LUTS og forhøyet PSA.
Fritekstlig beskrivelse av pasientens sykehistorie.
Legen skriver på legespråk om pasientens inngang til poliklinikken og relevante funn fra anamnese.

KMI 26.6 kg/m2
ASA I
PSA 12 ug/L

Komorbiditet:
Kardiovaskulær sykdom - Angina siden 87
Respiratorisk sykdom - Astma.

Palpasjonsfunn:
Høyre side: T2 -beskrivelse av funn på høyre side.
Venstre side: T2

Biopsi tatt 20 okt. 2023. Tok biopsi. U.A. .
Antibiotikaproylaks gitt.
MR prostata tatt 19 okt. 2023.
Prostatavolum 31 ml. PSA-tetthet 0.39 ug/L/cm3

Bildefunn:
Høyre side: PI-RADS 4, T3a
Venstre side: PI-RADS 5, T3a
T-stadium basert på palpasjon og bildefunn: T3a

Diagnose: Høy risiko for prostatakraft. ISUPGG 3, PSA 12 ug/L, T3aN0M1a, Briganti 19.2%, Biopsidato 21.10.2023

Pasienten tilbyr kurativt rettet lokalbehandling.
Operasjon på UNN

MDT

Møtetidspunkt

21. okt 2023 kl 09:16

TNM-klassifikasjon

Primærtumor (T) [↕]	Regionale lymfeknuter (N)	Fjernmetastase (M)
T3a	N0	M1a
TNM-utgave	Utredningsmetode lymfeknutemetastaser	Utredningsmetode fjernmetastaser
UICC TNM Versjon 8	PET x	MR x

Patologi

Fusjon høyre

Target 1	% \geq G4	%
ISUP Grade Group 2	34	%
Target 2	% \geq G4	%
ISUP Grade Group 2	32	%

+ [Legg til target-biopsi](#)

Fusjon venstre

Target 1	% \geq G4	%
ISUP Grade Group 1		
Target 2	% \geq G4	%
ISUP Grade Group 1		

+ [Legg til target-biopsi](#)

System høyre

Antall positive kjerner	Antall negative kjerner
3	6
Høyeste ISUP	Høyeste ISUP
ISUP Grade Group 3	ISUP Grade Group 3
Høyeste % \geq G4	Høyeste % \geq G4
35	%

System venstre

Antall positive kjerner	Antall negative kjerner
1	9
Høyeste ISUP	Høyeste ISUP
ISUP Grade Group 2	ISUP Grade Group 2
Høyeste % \geq G4	Høyeste % \geq G4
20	%

Briganti 2018

PSA-nivå før biopsi [↕]	12,00 ug/L
Klinisk stadium ved MR	<input checked="" type="radio"/> Ekstrakapsulær utvidelse
Maksimal lesjonsdiameter ved MR	3,00 mm
ISUP Grade Group	ISUP Grade Group 3
Prosentandel kjerner med klinisk signifikant PCa	12 %
Kalkulert risiko for lymfeknutemetastaser	19,2 %

D'Amico risikoklassifisering

PSA-nivå	ISUP Grade Group	Klinisk stadium
<input type="radio"/> <10 ug/L	<input type="radio"/> ISUP 1	<input type="radio"/> T1-T2a
<input checked="" type="radio"/> 10-20 ug/L	<input checked="" type="radio"/> ISUP 2 eller 3	<input type="radio"/> T2b
<input type="radio"/> >20 ug/L	<input type="radio"/> ISUP 4 eller 5	<input checked="" type="radio"/> \geq T2c
D'Amico skår		
Høy risiko		
ASA-status [↕]		
<input checked="" type="radio"/> ASA I		
<input type="radio"/> ASA II		
<input type="radio"/> ASA III		
<input type="radio"/> ASA IV		
<input type="radio"/> ASA V		

Anbefaling

- Kurativt rettet lokalbehandling
- Antihormonell behandling alene
- Kjemoterapi
- Behandlingsbeslutning ikke tatt
- Aktiv overvåking
- Observasjon (ikke kandidat for radikal behandling)
- Henvist videre
- Ukjent

Pasientens preferanse for videre forløp

Videre plan

Tiltak

Operasjon på UNN

Behandlingssted

- Egen institusjon
- Allmennpraktiker
- Utlandet (spesifiser)
- Annen norsk institusjon/spesialist
- Samarbeid egen institusjon og allmennpraktiker
- Ukjent

Behandlingsdato

18. nov 2023



KREMT Utrednings skjema Prostata

KREMT Prostata utredningsmelding

Tidspunkt for registrering
21. okt 2023 kl 09:39

Meldedato
21. okt 2023

Melders navn
Bjørn Naess

Melder ID

Kommentar til utfylling av meldingen

Funn i utredningen

- Primærtumor (med eller uten metastase(r))
 Kun metastase(r)

Sykehistorie

PSA-verdi ved diagnosetidspunkt
12,00 ug/L Ikke tatt Ukjent

Var vannlatingsproblemer en del av årsaken til utredningen?
 Ja Nei Ukjent

Var kreftsymptomer (smarter, anemi eller annet) en del av årsaken til utredningen?
 Ja Nei Ukjent

ECOG funksjonsstatus (WHO-status) ved diagnose
Symptomatisk, fullt oppgående Ukjent

Diagnostikk av primærtumor

MR Prostata

Er det gjort MR prostata?
 Ja Nei

Utført dato
19. okt 2023

Ukjent dato

PI-RADS høyre side
4

PI-RADS venstre side
5

MR-basert T-stadium høyre side
T3a

MR-basert T-stadium venstre side
T3a

Samlet MR-basert T-stadium
T3a

Er det gjort annen bildediagnostikk av primærtumor? *
 Ja Nei

Celle- /vevsprøver

Celle- /vevsprøver?
 Ja Nei

Undersøkelser
 Biopsi
 TUR-P
 Annet

Laboratorium
UNN, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Spesifiser
Ikke relevant

Preparatnummer
ABCDEF

Kreft påvist

Dato sykdommen ble bekreftet/diagnosdato
20. okt 2023

Sykdomsutbredelse etter ferdig primærutredning og før primærbehandling

Palpatorisk T-stadium høyre side (laveste stadium velges ved tvil)
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Palpatorisk T-stadium venstre side (laveste stadium velges ved tvil)
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Samlet palpatorisk T-stadium
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Totalvurdering klinisk T
T3a

Hvem har gjort totalvurderingen av klinisk T?
MDT

Regionale lymfeknutemetastaser og fjermetastaser

Er regionale lymfeknutemetastaser påvist (N-sykdom)?
 NX
 N0
 N1

Utredningsmetode cN
 MR
 CT
 PET
 Lymfadenektomi
 Annet
 Ukjent

Er fjermetastaser, inkludert fjerne lymfeknutemetastaser, (M-sykdom) påvist?
 MX
 M0
 M1
 M1a
 M1b
 M1c

Utredningsmetode cM
 MR
 CT
 PET
 Skjelettscintigrafi
 Røntgen thorax
 Røntgen korsrygg/bekken
 Cytologi
 Biopsi
 Annet
 Ukjent

Alle felter foreslås med data fra poliklinikk og MDT. Kun ett felt gjenstår å ta stilling til.

Skjema er designet med tanke på kontroll av data.

Bruker tar stilling til at data er riktig, trykker send og er ferdig med oppgaven.

Klinisk TNM

cT
T3a

cN
N0

cM
M1a

Oppfølging/tiltak

Behandlingsvalg
Kurativt rettet lokalbehandling

Behandlingssted
Egen institusjon

Behandlingsdato
18. nov 2023



EPIC- CP

Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice er et klinisk verktøy for å måle helsestatus knyttet til vannlating, avføring, seksualfunksjon og vitalitet/hormonbalanse.

Fylles ut av pasienten selv. Kommer på Helse Norge via DIPS Pasientskjema.

Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP)

Vannlatingsfunksjon

1 Generelt, hvor stort problem vil du si at din vannlatingsfunksjon har vært for deg?

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

Urininkontinens

2 Hvilket av følgende alternativer beskriver din vannlatingskontroll best?

- Full kontroll Sporadisk lekkasje Regelmessig lekkasje Ingen vannlatingskontroll

3 Hvor mange inkontinensbind eller bleier har du brukt per dag mot urinlekkasje?

- Ingen Ett bind per dag To bind per dag Tre eller flere bind per dag

4 Hvor stort problem vil du si du eventuelt har hatt med drypping eller urinlekkasje?

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

Urinveisirritasjon/-obstruksjon

5a Smerter eller svis under vannlating

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

5b Svak urinstråle/ufullstendig blæretømming

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

5c Behov for hyppig vannlating

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

Tarmfunksjon

6a Smerter i endetarmen eller sterk avføringstrang

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

6b Økt avføringshyppighet

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

6c Generelle problemer med tarmfunksjon

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

Seksualfunksjon

7 Hvordan vil du vurdere din evne til å oppnå orgasme (klimaks)?

- Svært god God Ganske god Dårlig Svært dårlig eller ingen

8 Hvordan vil du beskrive den generelle kvaliteten på ereksjonene dine?

- Hard nok til samleie Kun hard nok til onani og forspill Ikke hard nok til noen seksuell aktivitet Ingen ereksjoner overhodet

9 Generelt, hvor stort problem vil du si du har hatt med din seksualfunksjon?

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

Vitalitet/hormonbalanse

10a Hetetokter eller såre/forstørrede bryster

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

10b Depressive følelser

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem

10c Manglende energi

- Null problem Et minimalt problem Et lite problem Et moderat problem Et stort problem



28. sept.23 – en stor dag! (med «e-helse-briller» på...)

- Første kreftmelding til Kreftregisteret på reell pasient – vellykket resultat (utredningsmelding)
- Tett samarbeid: Helse Nord/UNN, DIPS, Kreftreg.
- Stor glede blant alle involverte parter!



Formidabelt bra, bedre datakvalitet, spart tid

- Tore Knutsen, avd.overlege UNN



Erfaringer

- Tilvenning til å jobbe i skjemaer.
- Annerledes arbeidsflyt.
- Sikrer kvaliteten på journalført data.
- Sikrer at nødvendig informasjon er tilgjengelig for beslutning og for den videre håndteringen på ventelistene.
- Sparer dobbeltarbeid.
- Tekst kan gjenbrukes.
- Neste steg er kvalitetsregister!



Registerperspektivet

Philip A. Skau, SKDE



Automatisert datafangst

Philip A. Skau

NUFA 25. april 2024 Tromsø

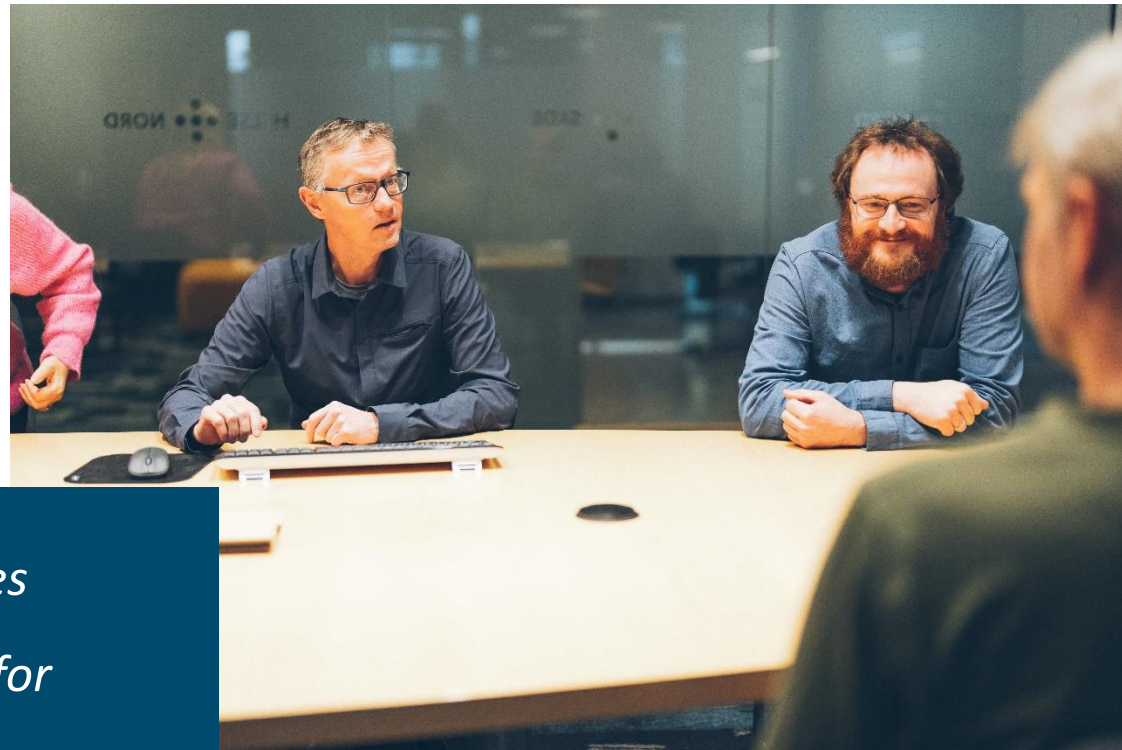


Bakgrunn

- **Stort fokus på automatisert datafangst**
- **Krav fra RHF-ene ved etablering av nye nasjonale kvalitetsregistre**
- **Manuell innregistrering tar mye av helsepersonells tid**



Automatisert datafangst



Administrativ og medisinsk informasjon som registreres strukturert i pasientjournal/fagsystem, kan trekkes ut for registerformål uten at helsepersonell må dobbeltregistrere.

Data kan oversendes til registre med eller uten verifisering av helsepersonell.

Forventede effekter av automatisert datafangst

1. Frigjøring av tid i klinikk
2. Økt dekningsgrad
3. Flere variabler per pasient
4. Bedre datakvalitet
5. Mindre etterslep i innregistrering
6. Hyppigere publisering av resultater til helsetjenesten



Mulige datakilder

- EPJ
- Norsk pasientregister
- Kommunalt pasient- og brukerregister
- Legemiddelregisteret
- Elektronisk kurve
- Fagsystemer
- SSB



Datafangst fra EPJ og fagsystemer

- Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft (DIPS)
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (DIPS)
- Norsk diabetesregister for voksne FastTrack
- Barnediabetesregisteret FastTrack (DIPS-regioner)
- Norartritt (Go Treat It og Helseplattformen)
- Norvas (Go Treat It og Helseplattformen)
- Gastronet
- CheckWare
- Bliksund



Gevinster



TAKK!

Pause – oppstart igjen 13.45

—

Brukervennlighetsløft

25.04.24 NUFA

Heidi Johansen



Foto: Marius Fiskum

Helsepersonell har ikke mer tid å miste til IKT systemer

Helsepersonellkommisjonen

Ser man på digitaliseringen av sektoren de siste femten årene har det også vært implementert digitale løsninger som faktisk har redusert effektiviteten og med uklare positive virkninger for kvalitet og omfang av tjenester.

Riksrevisjonen

Manglende brukbarhet, integrasjoner, oppfølging etter innføring, gevinstrealisering...



R Riksrevisjonen

Utnyttelse av IT-systemer på sykehus

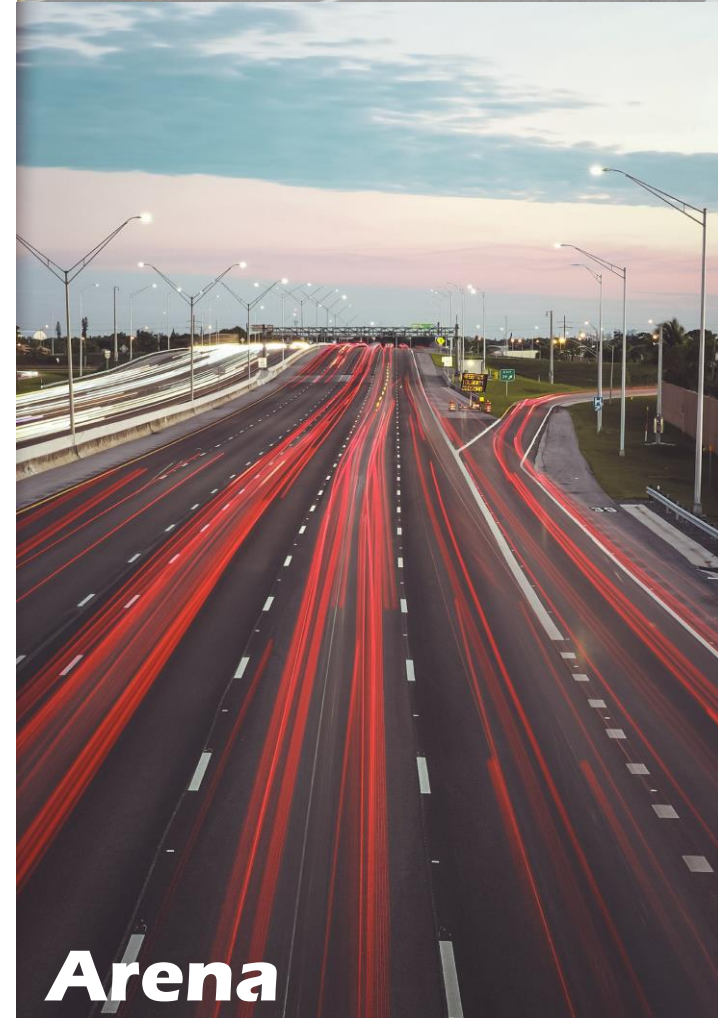
Dokument 3.6 (2023–2024)



Vi må gi helsepersonellet tida tilbake til klinikerne

Innføringen av IKT systemer er bare starten..

- Rydde unna plunder og heft, stabilitet og ytelse
- Brukervennlighet, forenkling, færre klikk, bedre flyt
- Tilpasninger til fagområder, prosess- og beslutningsstøtte
- Gjenbruk av kliniske data i og mellom systemer, og til kvalitetsregistre
- Pasientjournalen på farten – registreringer på mobil
- Digitale tavlemøter, pasientlister på storskjerm
- Enklere samhandling med pasienten, i og utenfor sykehuset



På tide!

Regionalt brukervennlighetsløft med utgangspunkt i kliniske behov og helsepersonellens arbeidshverdag

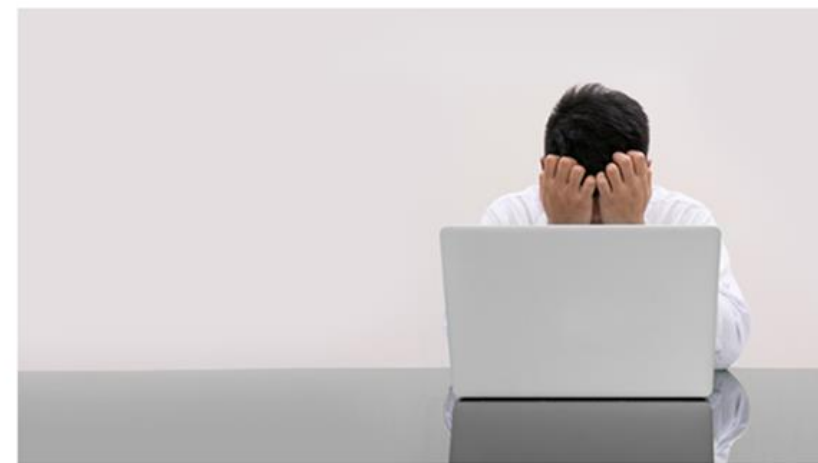
Fokus på områder som forventes å gi stor effekt:

- I. Samhandling DIPS Arena – Elektronisk kurve (MetaVision)
- II. Journalen på farten - Arena mobil
- III. Videreutvikling av DIPS Arena

Mayo Clinic study links EHR usability with clinician burnout

Researchers sought to assess and benchmark how physicians view electronic health record usability, as defined by a standardized metric, and use that to evaluate how poor UX correlates with feelings of job frustration and burnout.

By [Mike Miliard](#) | November 15, 2019 | 09:20 AM



Here's a sentence that does not mince words: "The usability of current EHR systems received a grade of F by physician users when evaluated using a standardized metric of technology usability. A strong dose-response relationship between EHR usability and the odds of burnout was observed."

WHY IT MATTERS

That's the conclusion of a new study [published in Mayo Clinic Proceedings](#), which sought to assess and benchmark how physicians view electronic health record usability, as defined by a standardized metric, and use that to evaluate how poor usability correlates with feelings of burnout.

II. Journalen på farten - Arena mobil

Gir helsepersonell tilgang til journalen på farten, sømløst samspill mellom PC klient, mobil og tavler. Registrering og oppdatering i sanntid.



Nytteverdi

- Effektiviserende
- Økt pasientsikkerhet
- Økt trivsel

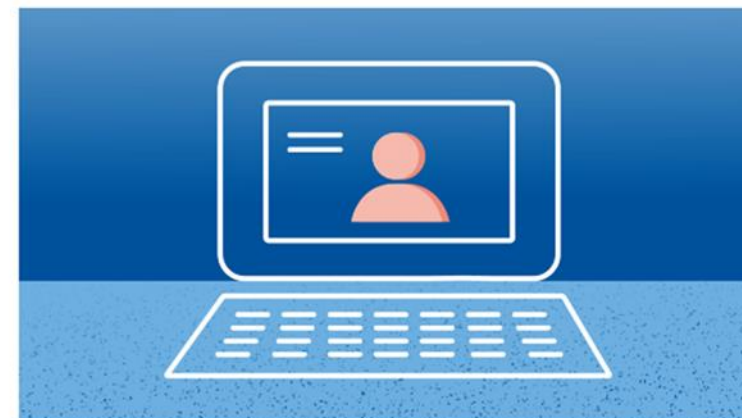
III. Forbedring av DIPS Arena

I. Gjøre brukerne bedre til å bruke løsningen

- Opplæring /re-opplæring
- Smart bruk, tips og triks
- Justere arbeidsprosesser
- Følge opp på postene

I. Gjøre løsningen bedre

- Forenkle og forbedre funksjonalitet, bedre flyt, overvåke ytelse, ny funksjonalitet..
- Strukturering av journal, fagtilpasset, integrert rapportering til registre..



02.05.2023

Gi oss tilbakemelding på DIPS Arena

Vi jobber kontinuerlig med å forbedre DIPS Arena – og trenger din hjelp!

Eksempler hverdagsstrukturering – utbredt interregionalt samarbeid

- Prostatakreftløsning
 - Kolorektal kreft
 - Øyemodul – Diabetisk Retinopati Screening
 - Strukturert Kreftjournal – generisk kreftjournal, tilpasninger til ulike krefttyper
 - Registrering av utenlandske pasienter
 - Digitale pasientskjema – pasienten involveres i forberedelsene
 - Innkomstjournal
- m.fl

Videre plan

- Synliggjøre gevinster, måle effekter
- Fortsette å høste erfaringer, utvikle sammen med klinikerne
- Testmiljøer, verktøy for å dele med hverandre og leverandør
- Formalisere rammer for samarbeid
 - Regionalt og interregionalt, dele erfaring og løsninger
 - Leverandørsamarbeid, felles tilnærming
 - Produkt- og samarbeidsmodell med leverandør

Vi er på god vei!

Apropos gevinster..

EPIC- CP

Poliklinisk dokument

MDT Dokumentet

KREMT Utredningsskjema

Godkjent Skjema Opplysninger

Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP)

Vannlatingsfunksjon
1 Generelt, hvor stort problem vil du si at din vannlatingsfunksjon har vært for deg?
Et minimalt problem

Urininkontinens
2 Hvilket av følgende alternativer beskriver din vannlatingskontroll best?
Full kontroll

3 Hvor mange inkontinensbind eller bleier har du brukt per dag mot urinlekkasje?
Ingen

4 Hvor stort problem vil du si du eventuelt har hatt med drypping eller urinlekkasje?
Null problem

Urinveisirritasjon/-obstruksjon
5a Smarter eller sive under vannlating
Null problem

5b Svak urinstråle/ufullstendig blæretømming
Et minimalt problem

5c Behov for hyppig vannlating
Et lite problem

Tarmfunksjon
6a Smarter i endetarmen eller sterk avføringstrang
Et lite problem

6b Økt avføringshyppighet
Et moderat problem

6c Generelle problemer med tarmfunksjon
Et lite problem

Seksualfunksjon
7 Hvordan vil du vurdere din evne til å oppnå orgasme (klimaks)?
God

8 Hvordan vil du beskrive den generelle kvaliteten på ereksjonene dine?
Hard nok til samleie

9 Generelt, hvor stort problem vil du si du har hatt med din seksualfunksjon?
Null problem

Vitalitet/hormonalbalance
10a Hetetokter eller såre/forstørrede bryster
Null problem

10b Depressive følelser

10c Manglende energi
Null problem

Symptomscore for urininkontinens
0

Symptomscore for urinveisirritasjon/-obstruksjon
3

Symptomscore for tarmfunksjon
7

Symptomscore for seksualfunksjon
1

Godkjent Skjema Opplysninger

Utredning poliklinikk

Hendelsestid
20. okt 2023 kl 21:02

Sykehistorie
Fritekstlig beskrivelse av pasientens sykehistorie. Legen skriver på legespråk om pasientens inngang til poliklinikken og relevante funn fra anamnesen.

Var kreftsymptomer (smerte, anemi eller annet) en del av årsaken til utredningen?
Nei

Var vannlatingsproblemer en del av årsaken til utredningen?
Nei

Henvisningsgrunn
LUTS | PSA

Kommentar
En fritekst kommentar om henvisningsgrunn. Den kan være så lang som bruker vil. Eller kort da.

Komorbidityt

Kardiovaskulær sykdom
Merknad
Angina siden 87

Respiratorisk sykdom
Merknad
Astma.
Her er det også mulig å skrive så mye eller lite som legen ønsker.

Opplysninger

Høyde 184,00 cm	Kroppsvekt 90,00 kg
Kroppsmasseindeks (KMI) 26,6 kg/m ²	
PSA-verdi ved diagnosetidspunkt 12,00 ug/L	Dato for analyse 20. okt 2023
ECOG funksjonsstatus 1 Symptomatisk, fullt oppgående	
ASA-status ASA I	

Palpasjonsfunn høyre
Palpatork T-stadium (laveste stadium velges ved tvil)
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Palpasjonsfunn venstre
Palpatork T-stadium (laveste stadium velges ved tvil)
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Kommentar
Beskrivelse av funn på høyre side. Legg merke til at det ikke er noen kommentar på venstre. Det er lagt opp til frihet i skjermbildene slik at legene kan berike teksten der det er nødvendig.

Er det gjort MR av prostata?
Ja

MR Prostata

Dato for MR-undersøkelse
19. okt 2023

Prostatavolum 31,00 ml	Prostatatetthet 0,39 ug/L/cm ³
---------------------------	--

Bildefunn høyre prostatahalvdel
PI-RADS
4

Bildefunn venstre prostatahalvdel
PI-RADS
5

Primærtumor (T) T3a	Primærtumor (T) T3a
------------------------	------------------------

Biopsidetaller

Dato for gjennomført biopsi 20. okt 2023	Undersøkelse ikke utført <input type="checkbox"/>
---	--

Godkjent Skjema Opplysninger

MDT

Møtetidspunkt
21. okt 2023 kl 09:16

TNM-klassifikasjon

Primærtumor (T) T3a	Regionale lymfeknuter (N) N0	Fjernmetastase (M) M1a
TNM-utgave UICC TNM Versjon 8	Utredningsmetode lymfeknutemetastaser PET	Utredningsmetode fjernmetastaser MR

Patologi

Fusjon høyre		Fusjon venstre	
Target 1 ISUP Grade Group 2	%≥G4 34%	Target 1 ISUP Grade Group 1	%≥G4 %
Target 2 ISUP Grade Group 2	%≥G4 32%	Target 2 ISUP Grade Group 1	%≥G4 %

System høyre

Antall positive kjerner 3	Antall negative kjerner 6
Høyeste ISUP ISUP Grade Group 3	Høyeste %≥G4 35%

System venstre

Antall positive kjerner 1	Antall negative kjerner 9
Høyeste ISUP ISUP Grade Group 2	Høyeste %≥G4 20%

Patologilaboratorium

Laboratorium
UNN, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Preparatnummer
ABCDEF

Ikke relevant

Briganti 2018

PSA-nivå før biopsi
10-20 ug/L

Klinisk stadium ved MR
Ekstrakapsulær utvidelse

Maksimal lesjonsdiameter ved MR
3,00 mm

ISUP Grade Group
ISUP Grade Group 3

Prosentandel kjerner med klinisk signifikant PCA
12%

Kalkulert risiko for lymfeknutemetastaser
19,2%

D'Amico risikoklassifisering

PSA-nivå 10-20 ug/L	ISUP Grade Group ISUP 2 eller 3	Klinisk stadium ≥T2c
D'Amico skår Høy risiko		
ASA-status ASA I		

Anbefaling

Kurativt rettet lokalbehandling

Pasientens preferanse for videre forløp

Videre plan

Tiltak
Operasjon på UNN

Behandlingssted
Egen institusjon

Behandlingsdato
18. nov 2023

Godkjent Skjema Opplysninger

Sist lagret: 09:52:52

21. okt 2023 kl 09:42

Meldedato
21. okt 2023

Melders navn
Bjorn Ness

Melder ID

Kommentar til utfylling av meldingen

Funn i utredningen

Primærtumor (med eller uten metastase(r))
 Kun metastase(r)

Sykehistorie

PSA-verdi ved diagnosetidspunkt
12,00 ug/L Ikke tatt Ukjent

Var vannlatingsproblemer en del av årsaken til utredningen?
 Ja Nei Ukjent

Var kreftsymptomer (smerte, anemi eller annet) en del av årsaken til utredningen?
 Ja Nei Ukjent

ECOG funksjonsstatus (WHO-status) ved diagnose
Symptomatisk, fullt oppgående Ukjent

Diagnostikk av primærtumor

MR Prostata

Er det gjort MR prostata?
 Ja Nei

Utført dato
19. okt 2023 Ukjent dato

PI-RADS høyre side
4

PI-RADS venstre side
5

MR-basert T-stadium høyre side
T3a

MR-basert T-stadium venstre side
T3a

Samlet MR-basert T-stadium
T3a

Er det gjort annen billediagnostikk av primærtumor?
 Ja Nei

Celle- /vevsprøver

Celle- /vevsprøver?
 Ja Nei

Undersøkelser
 Biopsi
 TUR-P
 Annet

Laboratorium
UNN, Universitetssykehuset i Nord-Norge Ikke relevant

Spesifiser

Preparatnummer
ABCDEF

Kreft påvist

Dato sykdommen ble bekreftet/diagnosert
20. okt 2023

Sykdomsutbredelse etter ferdig primærutredning og før primærbehandling

Palpatork T-stadium høyre side (laveste stadium velges ved tvil)
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende...)

Palpatork T-stadium venstre side (laveste stadium velges ved tvil)
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende...)

Samlet palpatork T-stadium
Tumor uten ekstraprostatisk vekst (tilsvarende T2)

Gevinster prostatakreftløsningen (rapportert av klinikere og Kreftregisteret)

Kvalitetsheving:

- Bedre kvalitet på pasientdokumentasjon, alle registrerer det de skal, standardisert registrering
- Når legene har fylt ut og godkjent kreftmeldingene, kan annet helsepersonell sende inn kreftmeldingene, avlaster legene

Spart tid:

- Fra 20 min til 30 sek på å sende kreftmeldingen
- Fra purringer og skippertak til løpende innsending av kreftmeldingene

Statistikk Kreftregisteret: median tid fra diagnose til mottatt kreftmelding (utredningsmelding)

- 2022: 122 krefttilfeller, median 140 dg
- 1.10.23- 09.01.24 (ny løsning) 36 krefttilfeller, median 10 dg

Tid har betydning for kvaliteten på dataene, inkludert kompletthet av enkeltvariabler.

Spørsmål til klinikerne om hvordan løsningen fungerer i klinisk praksis?



Formidabelt bra, bedre datakvalitet, spart tid

- Tore Knutsen, avd.overlege/urolog, UNN



Skjema brukes av alle som tar biopsier, både utredningsskjema og MDT-skjema og KREMT meldingsskjema der det påvises prostatakraft. Det er ikke tungvint i det hele tatt og kreftmeldinger sendes inn fortløpende når utredningen er avsluttet. **Jeg synes løsningen er en ubetinget suksess ved at kreftmeldingene ikke lenger er et ork og ved at vi får en oversiktlig sammenfatning av komorbiditet og funn ved utredning for pasientene med prostatakraft.**

- Magnus Larsen, overlege/urolog, UNN



Jeg syns det er veldig kjekt å sende kreftmeldinger rett fra DIPS. Enklere å ha oversikt og få sendt unna fortløpende

- Inger Bryhni Saxegård LIS2, Hammerfest

Utfordringer (noen)

Ny måte å jobbe på, uvant

- Smidige prosesser, raske leveranser vs tradisjonell drift og forvaltning

Uavklart samhandlingsmodell, uttrøttende prosesser

- Nasjonalt, interregionalt, lokalt
- Helsemyndigheter, embetsverk, helseregioner, kommuner, leverandører m.fl.

Vi må evne å omstille oss raskere, og i takt...



Omstilling - fra containerskip til vannscooter





Forslag til vedtak

NUFA drøftet sakene presentert i møtet, og Helse Nord RHF og Nasjonalt senter for e-helseforskning tar med seg innspill gitt i møte i det videre arbeidet.

Sak 19/24: Eventuelt

—

NUFA i 2025

- Invitasjon til møtene i 2025 sendes ut veldig snart. Samme ukene som i 2024.
- Nytt sted for møtene i Q1, Q3 og Q4 – Scandic St. Olavs plass, Oslo sentrum
- NUFA på reise til Bergen i Q2

Takk for nå!

—

Neste møte i NUFA er 28. – 29. august på
Radisson Blu, Gardermoen