

A dark blue, semi-transparent overlay covers the entire image. In the background, a stethoscope is resting on a laptop keyboard. The stethoscope's tubing is coiled, and its chest piece is visible in the lower right. The laptop keyboard is partially visible at the top. A solid teal square is located in the top right corner.

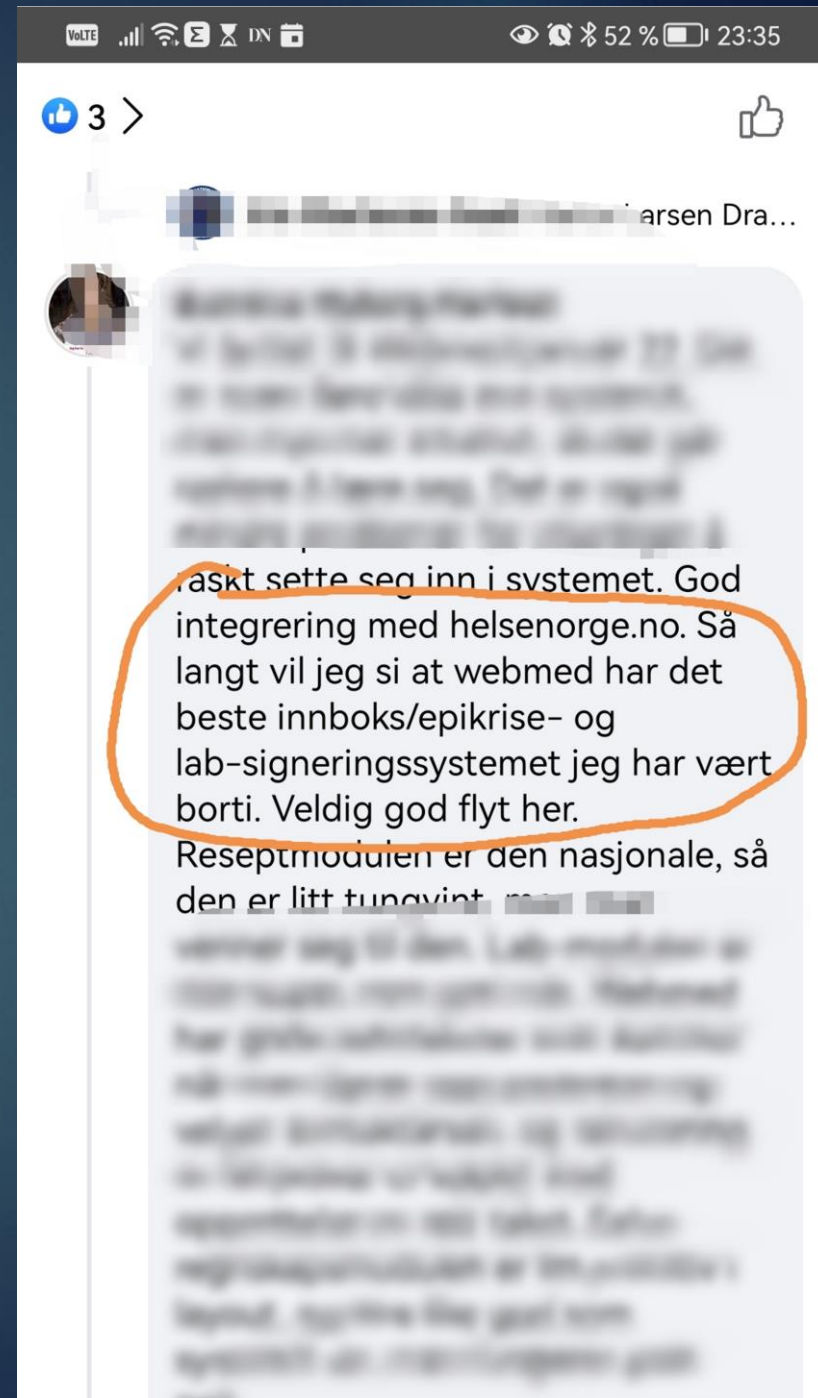
Fastlegedagen

FAGRÅDET 22.JAN

EPJ løftet

- Innboks og oppgavekontroll

Når klinikere får designe egen arbeidsflyt





Legeforeningen



Hans Christian Myklestul -
Leder AF



Torgeir Hoff Skavøy -
Leder NFA



Eirik Arnesen -
Seksjonssjef for Seksjon
primærhelsetjenester og
e-helse, Legeforeningen.



Ingrid Tyridal Bjerring –
Spesialrådgiver Seksjon
PHT og e-helse.

Team "digital fastlege"



Ivar Halvorsen – leder
IT utvalget



Egil Johannesen



Bent A Larsen



Regin Hjertholm

Program

- ▶ Kort innføring i fastlegeordningen
- ▶ Arenaer for faglig utvikling og koordinering
- ▶ EPJ – termometeret – brukervennlighet
- ▶ Gruppearbeid basert på presentasjoner rundt behov og utfordringer fastlegene har i den digitale samhandlingen.



Drift/avtale, finansering, beslutningslinjer? en innføring i fastlegeordningen

Hans-Christian Myklestul
leder Allmennlegeforeningen



Allmennlegeforeningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

Drift/Avtale - Fastlegeordningen

- ❧ **Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1c**
- ❧ **Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 4. ledd**
- ❧ **Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen**
- ❧ **Fastlegeforskriften**
- ❧ Helsepersonelloven
- ❧ Pasientjournalloven
- ❧ Folketrygdloven
- ❧ Spesialisthelsetjenesteloven
- ❧ Psykisk helsevernloven
- ❧ Smittevernloven
- ❧ Abortloven
- ❧ Forvaltningsloven
- ❧ Helseregisterloven
- ❧ Helsetilsynsloven
- ❧ Sameloven

Drift/Avtale - Fastlegeordningen

- ❧ Pasientjournalforskriften
- ❧ Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator
- ❧ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- ❧ Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege
- ❧ Forskrift om forvaltningsområdet for samiske språk
- ❧ Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger
- ❧ Akuttmedisinforskriften
- ❧ Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter
- ❧ Spesialistforskriften
- ❧ Blåreseptforskriften

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege

1f	Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med – fysioterapeut – kiropraktor – kommunal helse- og omsorgstjeneste – NAV sosiale tjenester – bedriftshelsetjeneste – farmasøyt på apotek, i sykehus eller kommunal helse- og omsorgstjeneste – pedagogisk personell i psykiatritjenester, skole og barnehage. – optiker Taksten forutsetter råd, veiledning eller ordinasjoner, og det må kunne oppgis hvilken instans / hvem man har vært i kontakt med. Fastlegen / fastlegens stedfortreder kan i tillegg bruke taksten ved	2aft, 2afv, iv 11e, 12, 13,
----	--	---

Drift/Avtale - Fastlegeordningen

- ⌘ Hovedavtalen
- ⌘ Hovedtariffavtalen
- ⌘ Rammeavtalen
- ⌘ Særavtalen
- ⌘ Rammeavtalen for Oslo kommune
- ⌘ Individuelle fastlegeavtaler
- ⌘ Interne samarbeidsavtaler på legekontorene

Finansiering

Basistilskudd **Egenandelstak for 2026: 3278 kroner.**

Egenandelstak Fastleger fordelt på kommunalt ansatte og næringsdrivende per januar 2026

Refusjon ● Antall kommunalt ansatt fastleger ● Antall næringsdrivende fastleger ● Totalt antall fastleger



Beslutningslinje

- ♥ Helse- og omsorgsdepartementet
- ♥ Stønadsforskriften
- ♥ Kommunenes rolle
- ♥ Legeforeningen
- ♥ Styret på legekontoret

Behovet

- ❧ Fastlegene er pasienters samhandlings hub
- ❧ Bedre samhandling rundt sårbare pasienter hvor mange enheter er inne – digital samhandlingsflate
- ❧ Et digital samhandlingsrom med NAV, arbeidsgivere og –takere +++
- ❧ Digitalt helsekort for gravide
- ❧ Pasienten legemiddelliste
- ❧ Barnevernstjenesten – Digipost og Altinn ikke godt nok.
- ❧ Brukervennlig digital infrastruktur – en teknisk standard
- ❧ Videokonsultasjonsverktøy hvor pasienten logger seg inn via HelseNorge

Takk!



facebook.com/allmennlegeforeningen



[@allmennlegeforeningen](https://www.instagram.com/allmennlegeforeningen)



linkedin.com/company/allmennlegeforeningen



allmennlegeforeningen.no



af@legeforeningen.no



Allmennlegeforeningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

Referanser

- ❧ Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser – Lovdata
- ❧ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) – Lovdata
- ❧ Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen – Lovdata
- ❧ Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften) – Lovdata
- ❧ Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) – Lovdata
- ❧ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Kapittel 2. Ansvarsfordeling og generelle oppgaver - Lovdata
- ❧ Pasienttilpasset basistilskudd – Helfo
- ❧ Egenandelstak for helsetjenester – Helfo
- ❧ Fastlegestatistikk - Helfo

Norsk allmennmedisin og den norske fastlegeordningen



Torgeir Hoff Skavøy
leder Norsk forening for allmennmedisin (NFA)
fastlege, spesialist i allmennmedisin



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

Norsk allmennmedisin

- På 1800-tallet kjent som distriktsleger
- Ble et akademisk fag i 1968 ved UIO
- Egen legespesialitet i 1985
- Fastleger og fastlegeordning i 2001



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

Grunnverdier i allmennmedisin

- KOPF
 - Kontinuerlig
 - Omfattende
 - Personlig
 - Forpliktende
- Disse verdiene vektlegger langvarig lege-pasient-forhold, bredde i tjenester, personlig kjennskap og forpliktelse til pasienten.



Er allmennmedisinens tid forbi?

Magne Nylenna *Om forfatteren*

For 12 år siden beskrev en gruppe veiledere i allmennmedisin to "karikerte, men mulige situasjonsbeskrivelser" av fremtidens helsevesen (1). Et av scenarioene de så for seg ved tusenårsskiftet, var at "det bærende ideologiske "hode" er blitt "DUST" – diskontinuerlig, uforpliktende, snevert og teknologisk" som erstatning for "KOPF" – kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. "De tidligere allmennpraktikere er helt ute av dagens helsevesen," spådde de (1). Uten å ha gitt forfatterne rett, verken i denne eller andre humoristiske spådommer i artikkelen, kan det likevel sies at utviklingen er gått i den beskrevne retning.

Publisert: 30. oktober 2000

Utgave 26, 30. oktober 2000

Tidsskr Nor Lægeforen 2000

120: 3110



PDF



SKRIV UT



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

7 teser i allmennmedisin 2001, WONCA Core Values 2023, Nordic GP/FM 2020

SJU TESER FOR ALLMENNMEDISIN

En beskrivelse av faget allmennmedisin i fastlegeordningen skal: klargjøre legens ansvarsområder, fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og medikamenter, gi basis for innhold i grunn-, videre- og etterutdanning, skape realistiske forventninger til helsetjenesten og sikre faglig identitet og trygghet for legen.

Hold lege-pasientforholdet i hevd!

Allmennmedisins sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

Gjør det viktigste!

Allmennpraktikerens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er **fortolker av pasientens symptomer og plager**; skiller ut de som har behandlingstrengende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke. **veileder og lærer**; hjelper pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres. **vitne og ledsager**; følger pasienten og hans nærmeste gjennom sykdom og lidelse.

Gi mest til dem som har størst behov!

Forventningene til allmennmedisinen overstiger både ideelle og praktiske muligheter. Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har størst behov for hjelp. Allmennlegen må også ta hensyn til behandlingskostnader; hvis flere behandlingsstrategier er like effektive, skal allmennlegen velge det billigste slik at ressurser som spares kan komme andre til gode.

Bruk ord som fremmer helse!

Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisinen skal utvikle et språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinerbruk med liten nytteeffekt.

Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling!

Fagutviklingen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etikk skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

Beskriv praksiserfaringene!

Å forebygge sykdom og uheld er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon.

Ta ledelsen!

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legekontoret må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse.

En oppsummering av **NSAMs** (Norsk selskap for allmennmedisin) tenkedugnad 2000-2001. Publisert i 2001, utgitt på nytt i 2019.

 **Norsk forening for allmennmedisin**
DEN NORSKE LEGEFORENING



Norsk forening for allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING



Core Values and Principles of General Practice/Family Medicine

WHO considers primary health care to be a cornerstone of sustainable health care systems. The General Practice/Family Doctor (GP/FD) is a key provider of primary health care.

GP/FM may be practiced in different contexts according to the characteristics of each health system, country or community. However, the foundation of GP/FM is based on the core values listed below. They are the essential elements of good quality of GP/FM, and should provide a frame of reference for our professional identity.

WONCA Europe has defined General Practice/Family Medicine as both a clinical specialty and a discipline in its own right, with its own curriculum and research base.

PERSON-CENTERED CARE

GPs/FDs practice person-centered medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.



GPs/FDs always take the impact of biological, psychosocial and cultural determinants on individuals' health into consideration. GPs/FDs engage professionally with their patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps to recognize the links between social factors and sickness and to deepen the understanding of how life and life events leave their impact on the human body and mind. GPs/FDs promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.



EQUITY OF CARE

General practitioners/Family doctors prioritize those whose needs for healthcare are greatest.

GPs/FDs provide equitable health care. Equity is an essential dimension of the quality of health care. The aim is to minimize inequalities in health service delivery. We organize our practice to allocate time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest. GPs/FDs perceive it as their duty to speak out publicly about societal factors impacting access to health care and inequalities in health outcomes. GPs/FDs are especially aware of the health challenges facing certain groups in relation to age, gender, sexual orientation, ethnicity, socio-economic status and religious orientation.

CONTINUITY OF CARE

GPs/FDs promote continuity of doctor-patient relationships as a central organizing principle.



The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality, person-centred care. GPs/FDs seek to maintain this continuity of care when organizing their practices, regardless the size, composition and nature of the primary care team.



SCIENCE ORIENTED CARE

GPs/FDs provide care based on the best available evidence, respecting patients' values and preferences.

Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment. When equally effective interventions are available, GPs/FDs choose the interventions on the basis of cost-effectiveness and patient safety.

COOPERATION IN CARE

GPs/FDs collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.



GPs/FDs integrate different programs and services and engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate with other health and social workers. GPs/FDs help patients navigate the health system and facilitate communication with other health professionals.



PROFESSIONALISM IN CARE

GPs/FDs provide medical care to individuals and promote health on the community level. GPs/FDs engage in political and social aspects impacting health outcomes in community-oriented advocacy.

GPs/FDs engage actively in the training of future colleagues and facilitate inclusion of young doctors in organizational and fundamental decisions regarding the under and postgraduate medical education. GPs/FDs implement and promote research relevant to the needs of GPs/FM, and assess knowledge and guidelines critically with a constructive and academic approach.

COMMUNITY ORIENTED CARE

GPs/FDs remain committed to education, research, and quality development.



GPs/FDs community orientation and social accountability aim at influencing the health policies addressing health disparities by integrating clinical care, public health and social services on community level.

CORE VALUES AND PRINCIPLES OF NORDIC GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE



1. We promote continuity of doctor-patient relationships as a central organising principle.

The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality person-centred care.

2. We provide timely diagnosis and avoid unnecessary tests and overtreatment. Disease prevention and health promotion are integrated into our daily activities.

We care for our patients throughout their lives, tending to them through disease and suffering while encouraging progress toward health. We help patients understand their own health - to enhance and manage their limitations, improve and maintain their well-being. Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment elsewhere. When equally effective interventions are available, we choose those that cost less.

3. We prioritise those whose needs for healthcare are greatest.

We aim to minimise inequalities in how health services are provided. We organise our practices to devote the most time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

4. We practice person-centred medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.

We engage professionally with our patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps us to recognise the links between social factors and sickness, and to deepen our understanding of how life and life events leave their impact on the human body. We promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources. To safeguard our long term resilience as caregivers, we attend to our own well-being.

5. We remain committed to education, research, and quality development.

We engage actively in the training of our future colleagues. We implement and promote research that is suited to the knowledge needs of General Practice/Family Medicine. We take a constructively critical view of new knowledge and approaches within our areas of specialisation.

6. We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues.

Respect for human dignity is a prerequisite for healing and recovery. We acknowledge that many circumstances contribute to health inequalities: childhood experiences, housing, education, social support, family income/unemployment, community structures, access to health services, etc. We recognise our duty to speak out publicly on specific factors that cause or worsen disease, increase inequality in health outcomes, or make resources less accessible to certain people.

7. We collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

We engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate.

Read more about The Nordic Federation of General Practice on www.nfgp.org

LEON prinsippet

Laveste Effektive Omsorgsnivå

Fastlegene behandler 90% selv og henviser ca 10% til spesialisthelsetjenesten.

Dersom fastlegene henviser én pasient mer hver dag, øker pågangen for spesialisthelsetjenesten med 33%

LEON-prinsippet

Laveste Effektive Omsorgsnivå



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

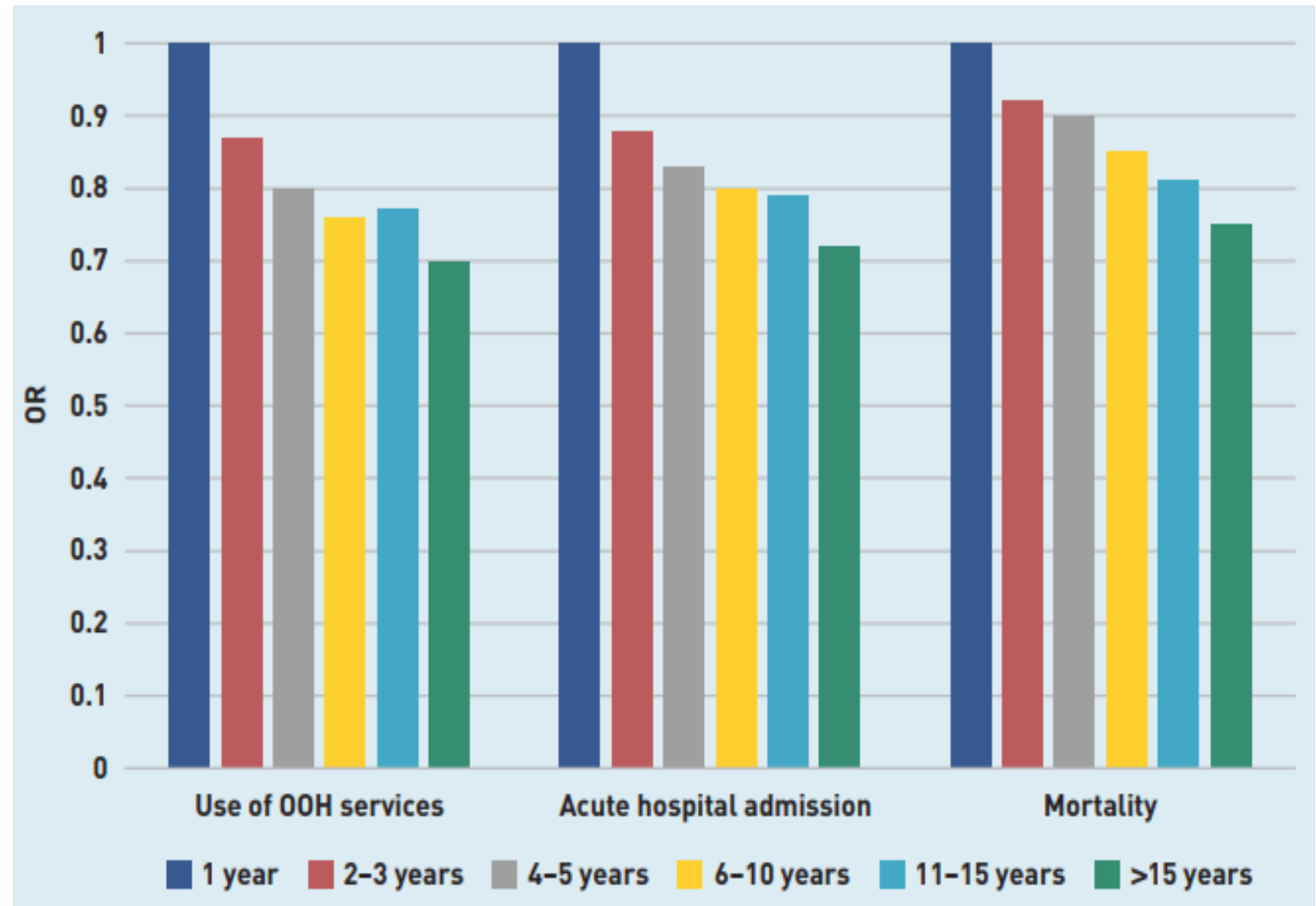
Åpen uselektert praksis

- **Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege**
 - *§1. Det ytes stønad dersom lege er søkt for sykdom eller mistanke om sykdom, for skade eller lyte, for veiledning i familieplanlegging, ved svangerskap og ved fødsel.*
- Først og fremst en pasientinitiert kontakt
 - Fysisk vs digitalt



Betydning av kontinuitet

Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg, Hunskaar, Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice 2022; 72 (715): e84-e90



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING

Fastlegeundersøkelse

Kilde: British Journal of General Practice, Hogne Sandvik

Legevaktbesøk



Innleggelser



Dødelighet



EPJ i norsk allmennpraksis

- 1980 – Balsfjorprossjektet, prototype av EPJ
- 1990 – hadde ca 20% av alle fastleger EPJ
- 1993 – ca 50%
- 2000 – over 90%



Hva er fastlegeordningen

- Norske fastleger gjennomførte 14,8 mill konsultasjoner i 2019
 - Økt med 15% på fem år – 2024:17,1 mill konsult
- Hver innbygger gikk til fastlegen 2,76 ggr/år i 2019
 - Økte med 11% frem til 2024: 3,06 ggr/år
- Det tas opp over 3 problemstillinger per konsultasjon
 - Omtrent 30% av konsultasjonene har multimorbide og komplekse problemstillinger
- Hvert år sendes det 1,9 mill henvisninger til spes.helsetjenesten
 - Det vil si at 90% av alle problemstillingene håndteres i allmennpraksis.



Digitalisering i FLO

- Digitale konsultasjoner gir økt tilgjengelighet og mer fleksibilitet
- Mest brukt i aldergruppen 20-60 år
 - Pasienter i 30 årene aller høyeste konsumenter
 - Pasienter fra 60 år og oppover bruker tilbudet svært lite
- Det finnes ingen data som viser bedre helseutkom med innføring av digital konsultasjon
 - Vi har heller ikke tydelige data som viser betydelig økt forekomst av uønsket hendelser
 - *Tyder på at helsetjenesten bruker det fornuftig*



Hvem benytter seg av digitale konsultasjoner

- Kjønn
 - 63% av ekons utføres av kvinner, mot 37% hos menn
 - *Kvinner står for 58% av de fysiske konsultasjonene*
- Geografi
 - I de store byene har e-konsultasjoner utgjort 22% av alle kons
 - I de minste kommunene er tilsvarende tall 10%



Nyttige og unyttige helsetjenester

10%



Gjør kloke valg



30%

Det kommer an på



60%

Pålitelig evidens



Samarbeidsprosjekter

Medisin

DM Debatt DM Event DM jobb DM + Min side



ANBEFALING: Ivar Erik Nommø (2.v), Marte Kvittum Tangen og Per-Henrik Randsborg står bak opp anbefalinger til dem som henviser og til mottakerne av henvisninger som gjelder smerter i knær og hofter hos folk fra 50 år og oppover. Foto: Legerforeningen / Leni Aurora Brakhus / Ahus

Oppfordrer kolleger til å tenke over ordbruken: – Må slutte å snakke om røntgen som «godt nok»

Tre foreninger har gått sammen for å redusere unødig bruk av MR blant middelaldrende og eldre pasienter med kne- og hoftesmerter. Målet er å gi den beste helsehjelpen til pasientene, sier NFA-leder Marte Kvittum Tangen.

Dagens Medisin

DM Debatt DM Event DM jobb DM + Min side



RASKERE BEHANDLING: Nye felles faglige råd for allmennleger og barneleger, kan bidra til raskere og bedre behandling hos fastlegen for fire av de vanligste plagene hos barn, ifølge seksjonsoverlege Asbjørn Bjertnæs. – Da kan vi barneleger jobbe med barna som trenger det mest. Foto: Privat

Foreninger med felles råd for vanlige plager hos barn: – Kan gi raskere og bedre hjelp

Barneleger og allmennleger har gått sammen om faglige råd. Målet er at flere skal få god og riktig behandling hos fastlegen for fire vanlige plager, slik at færre henvises og står i kø hos barnelegene. Helse Sør-Øst-direktør Terje Rootwelt roser samarbeidet.

Leni Aurora Brakhus



**Norsk forening for
allmennmedisin**

DEN NORSKE LEGEFORENING

Medisinske anbefalinger



2025 Kloge valg-anbefalinger for allmennmedisin

Last ned

2025 Insulin - utfasing av Novo-produkter

Gå til

2025 Kne- og hoftesmerter beslutningsstøtte - Juni 25

Last ned

2025 Barn med forstoppelse

Last ned

2025 Barn med hodepine

Last ned

2025 Barn med magesmerter

Last ned

2025 Barn med ufrivillig vannlating

Last ned

Takk for meg



<https://www.facebook.com/Norskforeningforallmennmedisin>



Torgeir.skavoy@legeforeningen.no



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING



Resultater fra EPJ-termometeret 2024

Presentasjon for Program for Helsedirektoratet,
16.Jan 2026

Hva mener leger i Norge om brukervennligheten i elektroniske pasientjournaler? Resultater fra to nasjonale spørreundersøkelser i 2022 og 2024 basert på metodene System Usability Scale (SUS) og National Usability Focused Health Information System Scale (NuHISS).

Eirik Nikolai Arnesen

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon Høst 2024

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



Metode

- Spørreundersøkelse til alle yrkesaktive medlemmer i 2022 og 2024
- System usability scale (SUS) måler opplevelse av brukervennlighet og gir en score mellom 0-100 poeng
- National usability focused health information system scale (NuHISS) er en mer omfattende undersøkelse som kartlegger kvaliteten på epj langs forskjellige akser
 - technical quality, ease of use, information quality, benefits, collaboration (cross organizational, internal), feedback



Tabell 1. SUS for hele landet, 2022 versus 2024

	2022	2024
Antall inviterte	29885	32152
Antall responser	3973 (13%)	4641 (14%) *
Gjennomsnitt	54,3	53,6
Konf.intervall 95%	53,6 - 55,0	52,8 - 54,4
Min.	0	0
Maks.	100	100
Standardavvik	23,1	26,7
Median	55,0	57,5

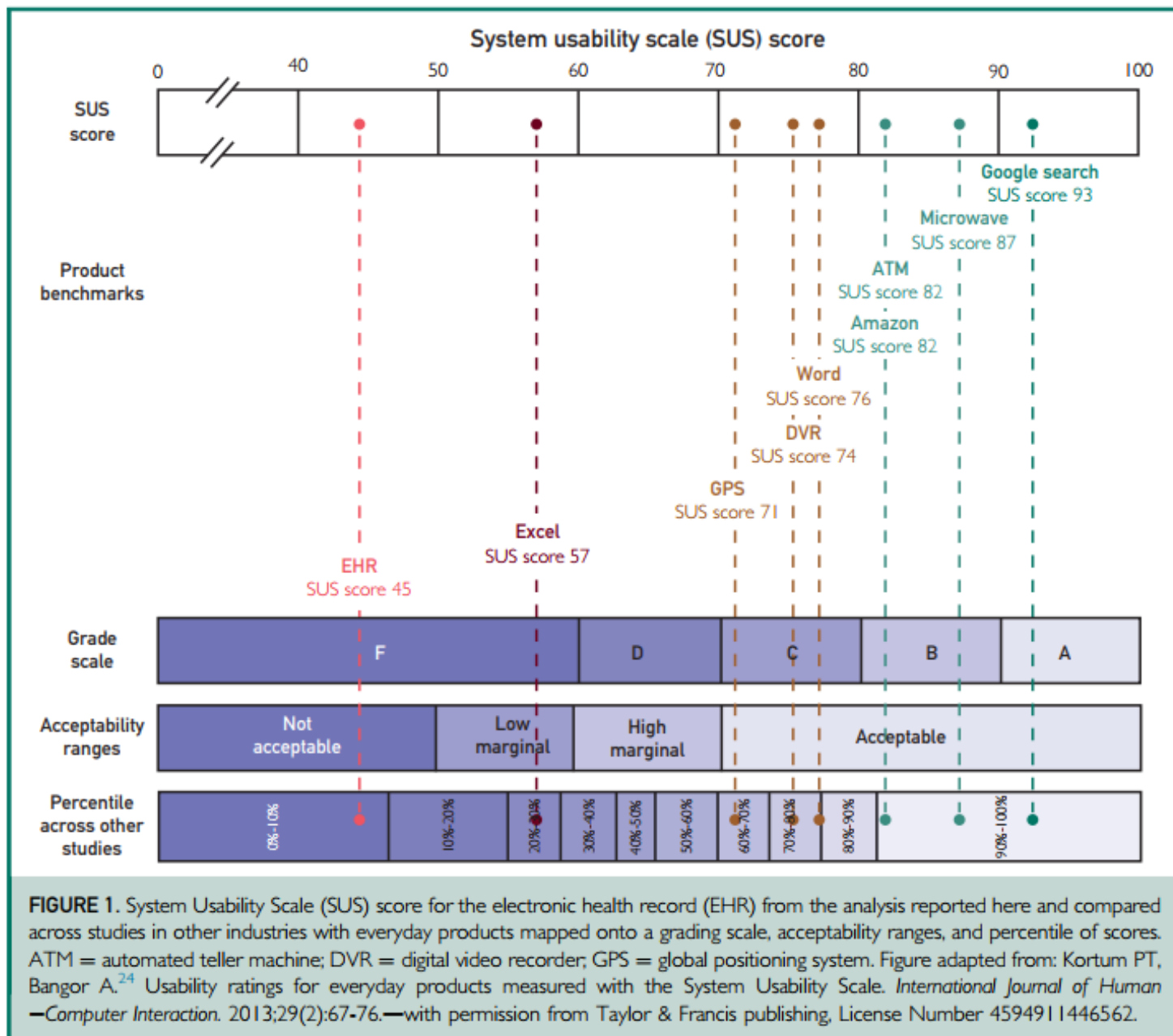
* Av 32152 inviterte svarte 5336 (17%), og av disse ble 695 respondenter ekskludert fordi de svarte «Jobber ikke klinisk».

The Association Between Perceived Electronic Health Record Usability and Professional Burnout Among US Physicians.

Mayo Clin Proc. 2020;95(3):476-487
doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.09.024

Results: Mean SD SUS score was 45.921.9. A score of 45.9 is in the bottom 9% of scores across previous studies and categorized in the “not acceptable” range or with a grade of F. On multivariate analysis adjusting for age, sex, medical specialty, practice setting, hours worked, and number of nights on call weekly, physician-rated EHR usability was independently associated with the odds of burnout with each 1 point more favorable SUS score associated with a 3% lower odds of burnout (odds ratio, 0.97; 95% CI, 0.97-0.98; $P < .001$).

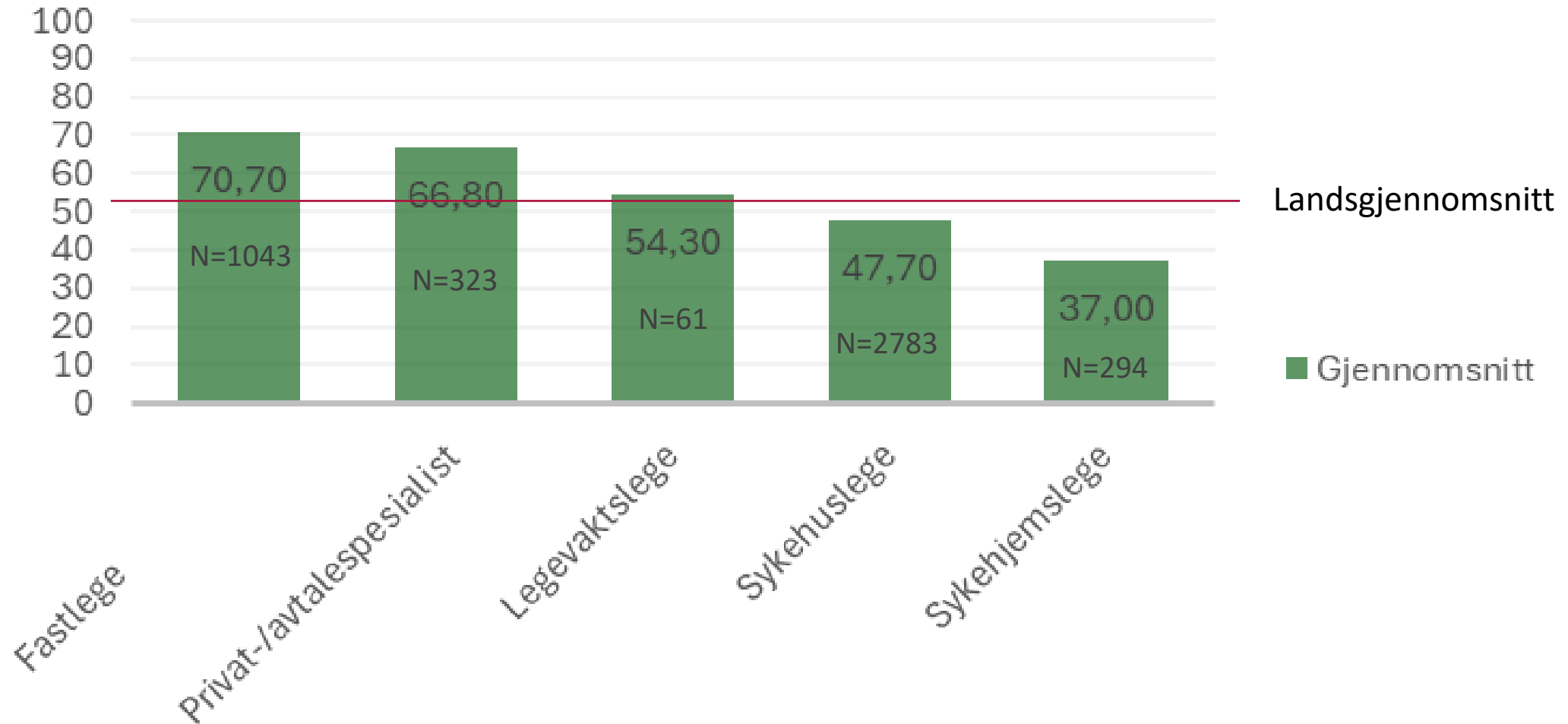
Conclusion: The usability of current EHR systems received a grade of F by physician users when evaluated using a standardized metric of technology usability. A strong dose-response relationship between EHR usability and the odds of burnout was observed.



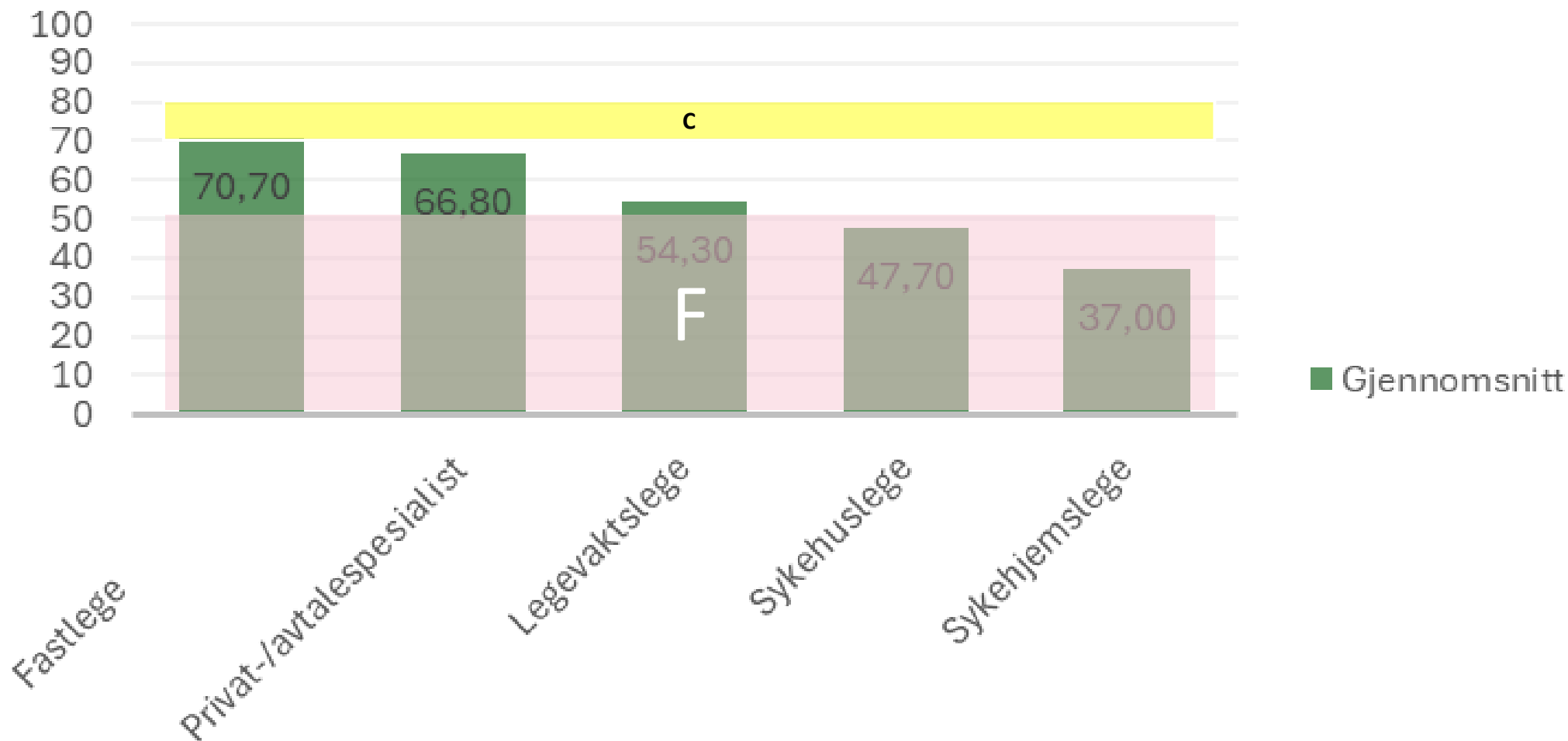
Tabell 2. SUS gruppert på region, 2022 versus 2024

	Årstall	Gj.snitt	Konf.int. 95%	Median	St.avvik	Antall N=
Helse Midt-Norge	2022	60,6	58,8 - 62,4	64,7	22,7	618
	2024	33,4	31,5 - 35,3	20,4	31,3	1009
Helse Nord	2022	53,5	51,4 - 55,7	55,2	22,6	428
	2024	61,1	58,8 - 63,3	65,3	23,5	436
Helse Sør-Øst	2022	52,8	51,9 - 53,8	52,5	22,1	2153
	2024	59,2	58,4 - 60,1	62,3	23,5	2331
Helse Vest	2022	53,5	51,8 - 55,3	55,1	25,3	772
	2024	58,3	56,7 - 59,9	62,1	23,3	863

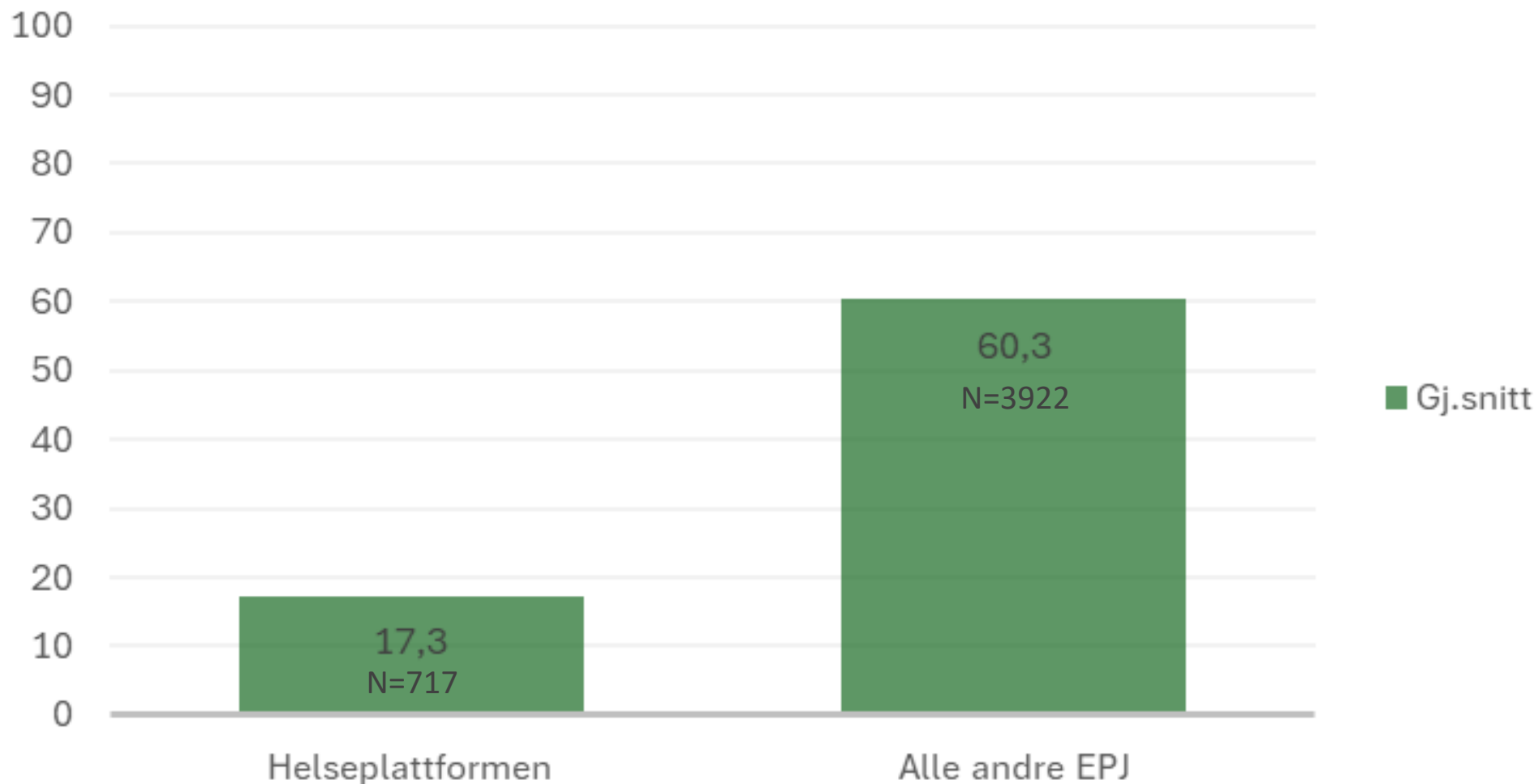
Tabell 3. SUS fordelt på legerolle 2024, gjennomsnitt,
alle EPJ



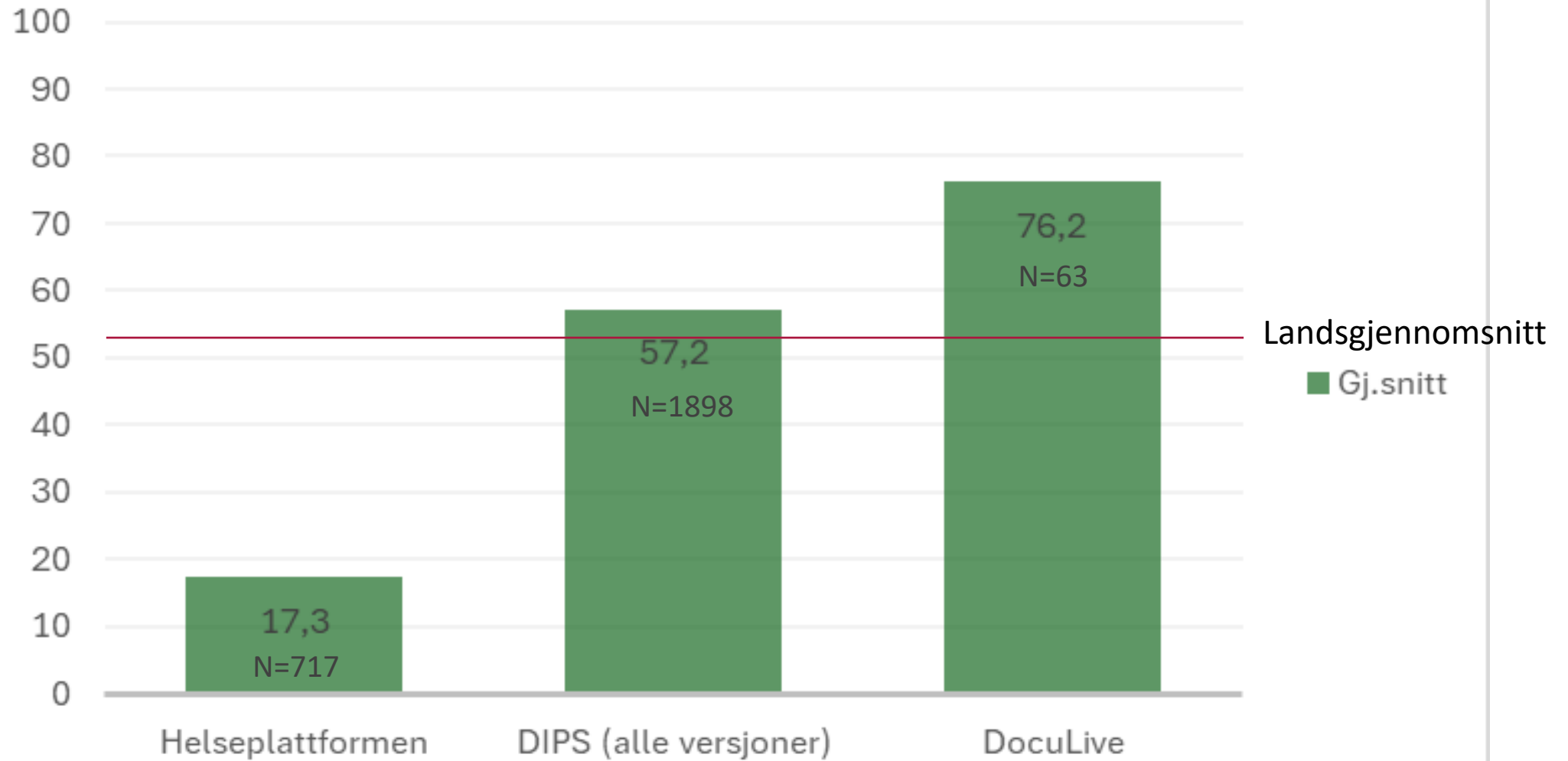
Tabell 3. SUS fordelt på legerolle 2024, gjennomsnitt,
alle EPJ



Tabell 4. SUS. Helseplattformen vs. andre systemer, alle roller, hele landet, 2024



Tabell 5 SUS. Helseplattformen vs. DIPS og DocuLive, alle roller, hele landet, 2024



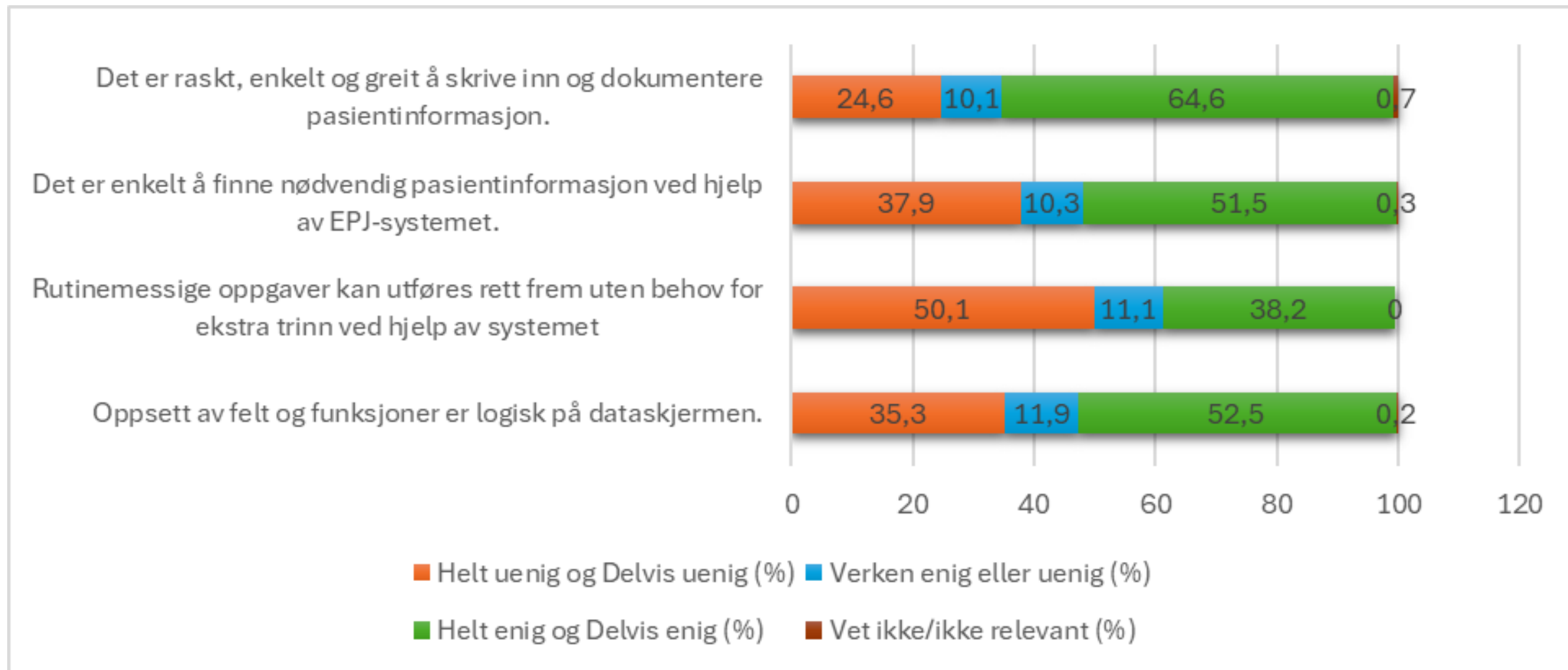
Tabell 7. SUS. Gruppert etter hvor lang erfaring brukere har med systemet.

Sykehusleger. 2024

	DIPS Arena / MetaVision	DIPS Arena/ Meona	DIPS Arena / papirkurve	Helseplattformen
0-3 måneder	53,9 n=31 (47,7 - 60,0)	n=5	n=4	18,0 n=26 (10,4 - 25,6)
3-6 måneder	58,0 n=98 (54,3 - 61,7)	n=12	n=2	12,6 n=193 (10,8 - 14,5)
6 måneder - 1 år	58,4 n=182 (55,6 - 61,2)	n=12	n=6	13,5 n=106 (10,7 - 16,3)
1-2 år	57,8 n=206 (55,3 - 60,3)	60,3 (50,9 - 59,9) n=87	n=19	19,4 n=260 (17,4 - 21,5)
2-5 år	58,3 (55,5 - 61,1) n=189	54,3 (51,3 - 57,2) n=185	67,2 n=73 (62,7 - 71,6)	17,6 n=70 (13,4 - 21,8)
Mer enn 5 år	57,5 (54,9 - 60,1) n=239	53,2 (50,0 - 56,4) n=163	63,7 n=72 (58,6 - 68,7)	-



Tabell 8. NuHISS - Enkelhet i bruk, hele landet.

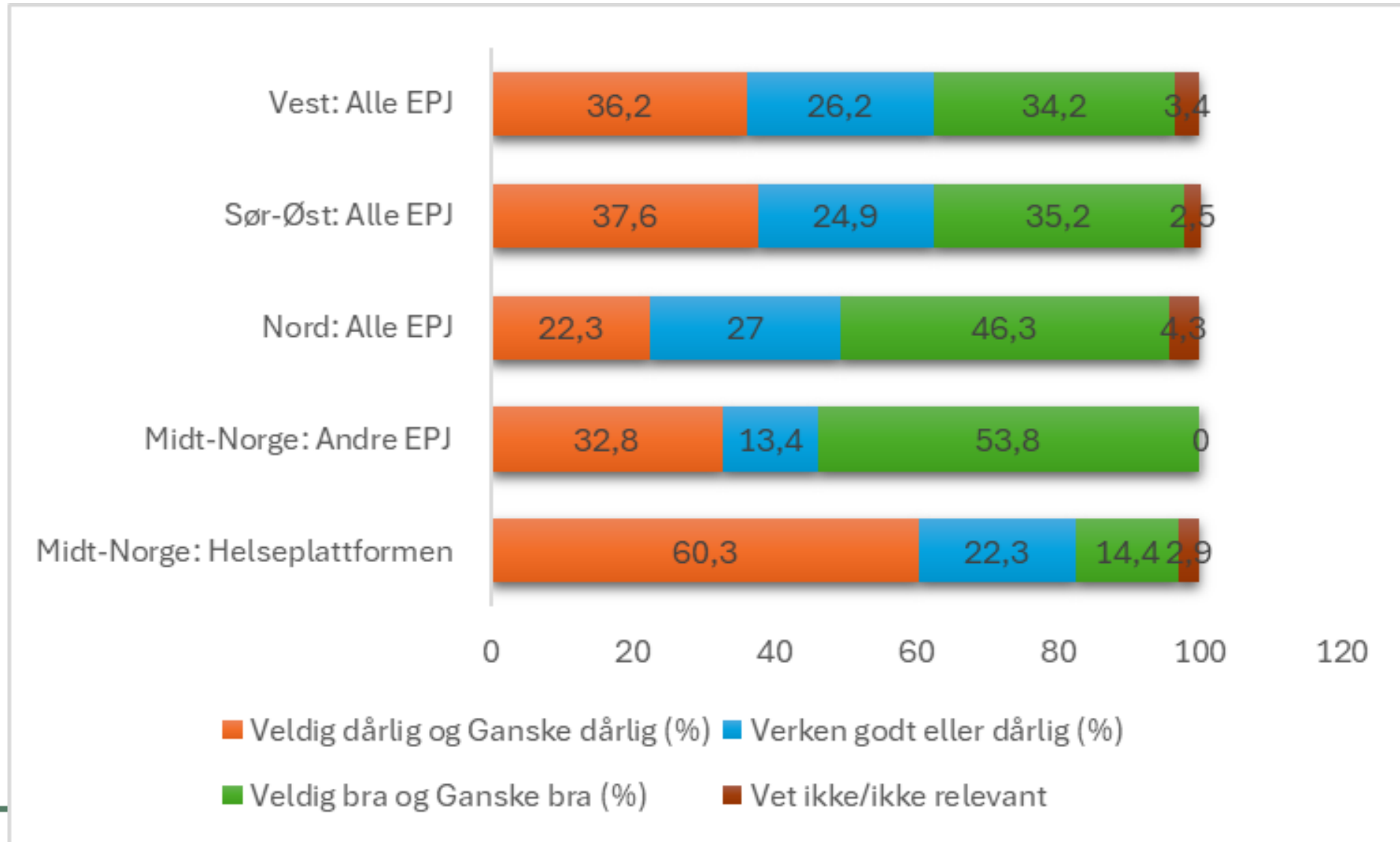


Tabell 17. NuHISS Samhandling. Hele landet. 2024

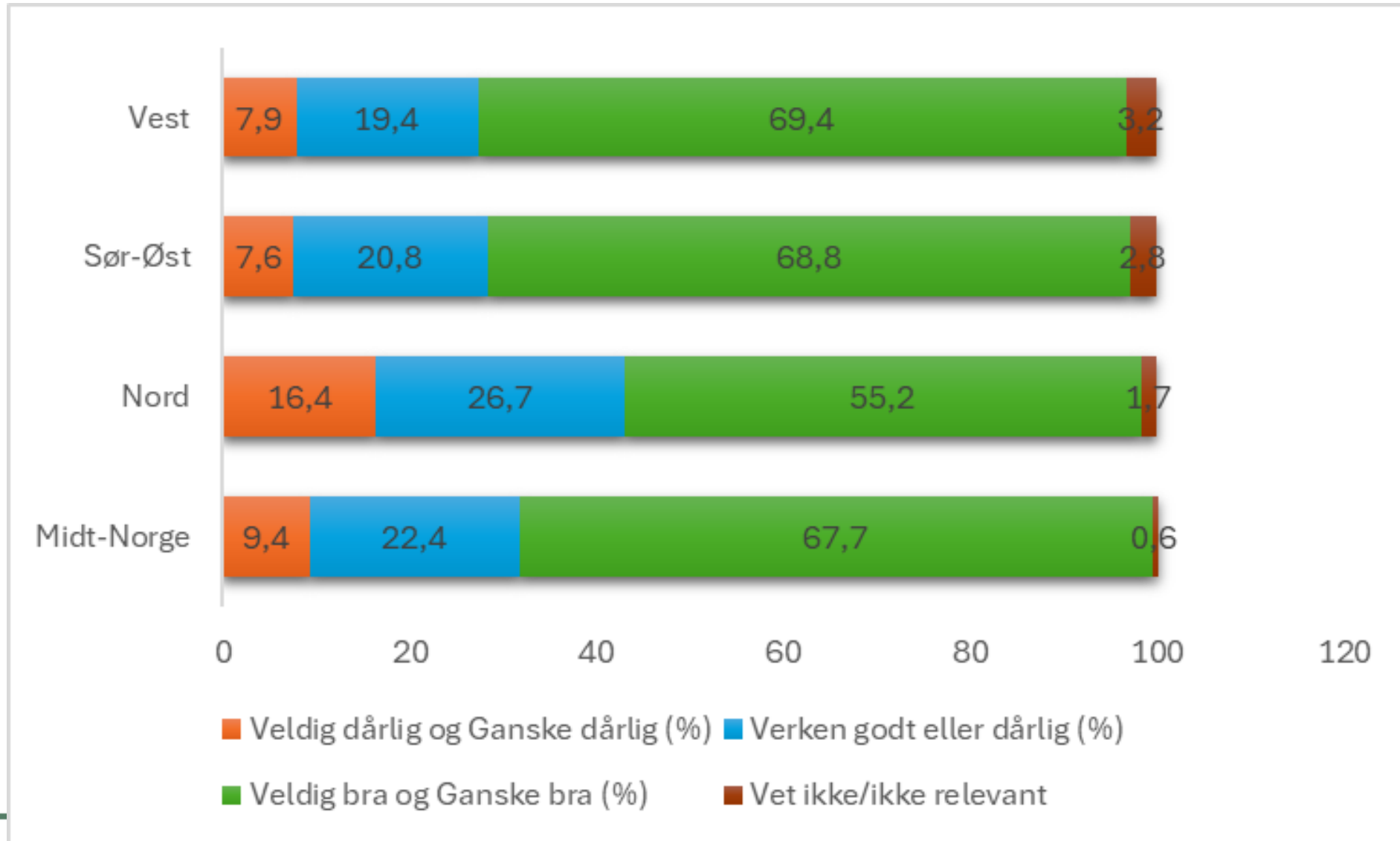
Påstand	Veldig dårlig og Ganske dårlig (%)	Verken godt eller dårlig (%)	Veldig bra og Ganske bra (%)	Vet ikke/ikke relevant (%)	N=
EPJ støtter samarbeid og kommunikasjon mellom leger i din egen virksomhet	16,5	19,6	60,3	3,6	4408
EPJ støtter samarbeid og kommunikasjon mellom leger som arbeider i ulike virksomheter.	32,3	23,1	41,4	3,1	4405
EPJ støtter samarbeid og kommunikasjon mellom leger og sykepleiere	17,6	23,0	47,3	12,1	4404
	Helt uenig og Delvis uenig (%)	Verken enig eller uenig (%)	Helt enig og Delvis enig (%)	Vet ikke/ikke relevant	
Å få pasientinformasjon fra en annen virksomhet tar ofte for mye tid	18,4	17,4	58,8	5,4	4414
EPJ-systemer bidrar til å sikre kontinuitet i helsehjelpen	21,3	17,6	59,6	1,5	4403
	Helt uenig og Delvis uenig (%)	Verken enig eller uenig (%)	Helt enig og Delvis enig (%)	Funksjonen er ikke tilgjengelig	
Informasjon om legemidler ordinert i andre virksomheter er lett tilgjengelig.	54,5	12,7	24,6	8,2	4395



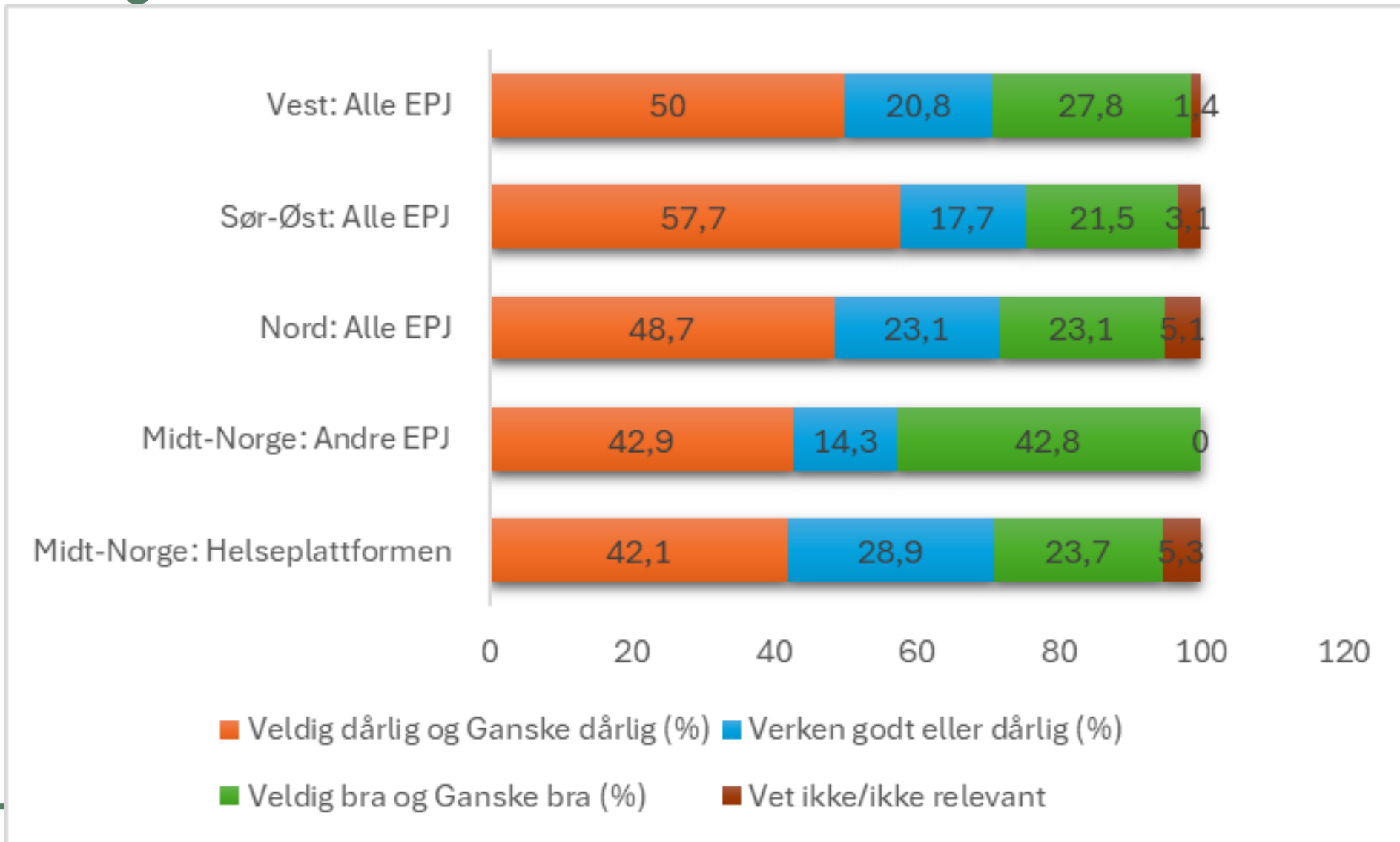
Tabell 19. *Sykehusleger. EPJ støtter samarbeid og kommunikasjon mellom leger som arbeider i ulike virksomheter, fordelt på region. 2024.*



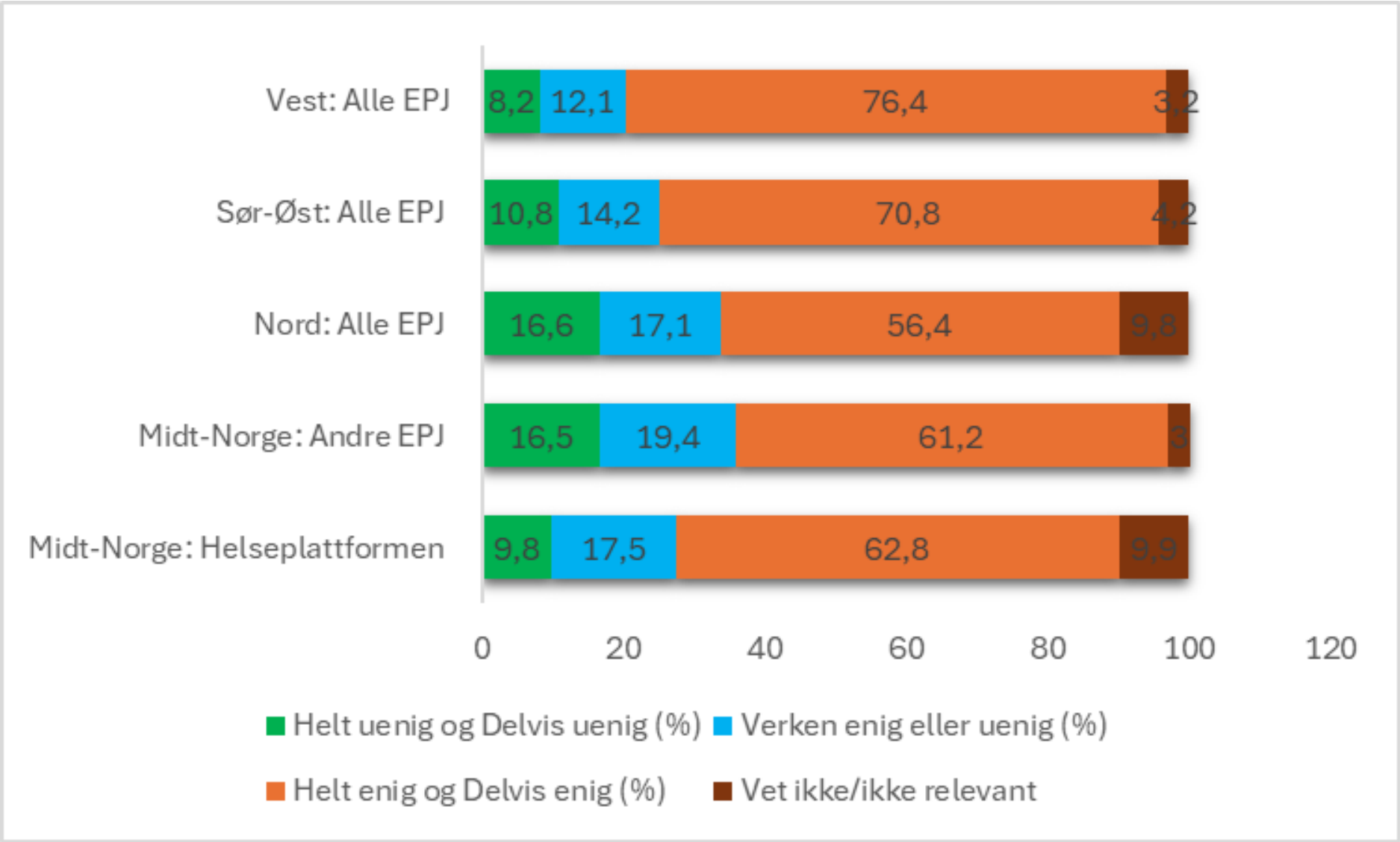
Tabell 25. Fastleger. EPJ støtter samarbeid og kommunikasjon mellom leger som arbeider i ulike virksomheter. 2024. Alle EPJ.



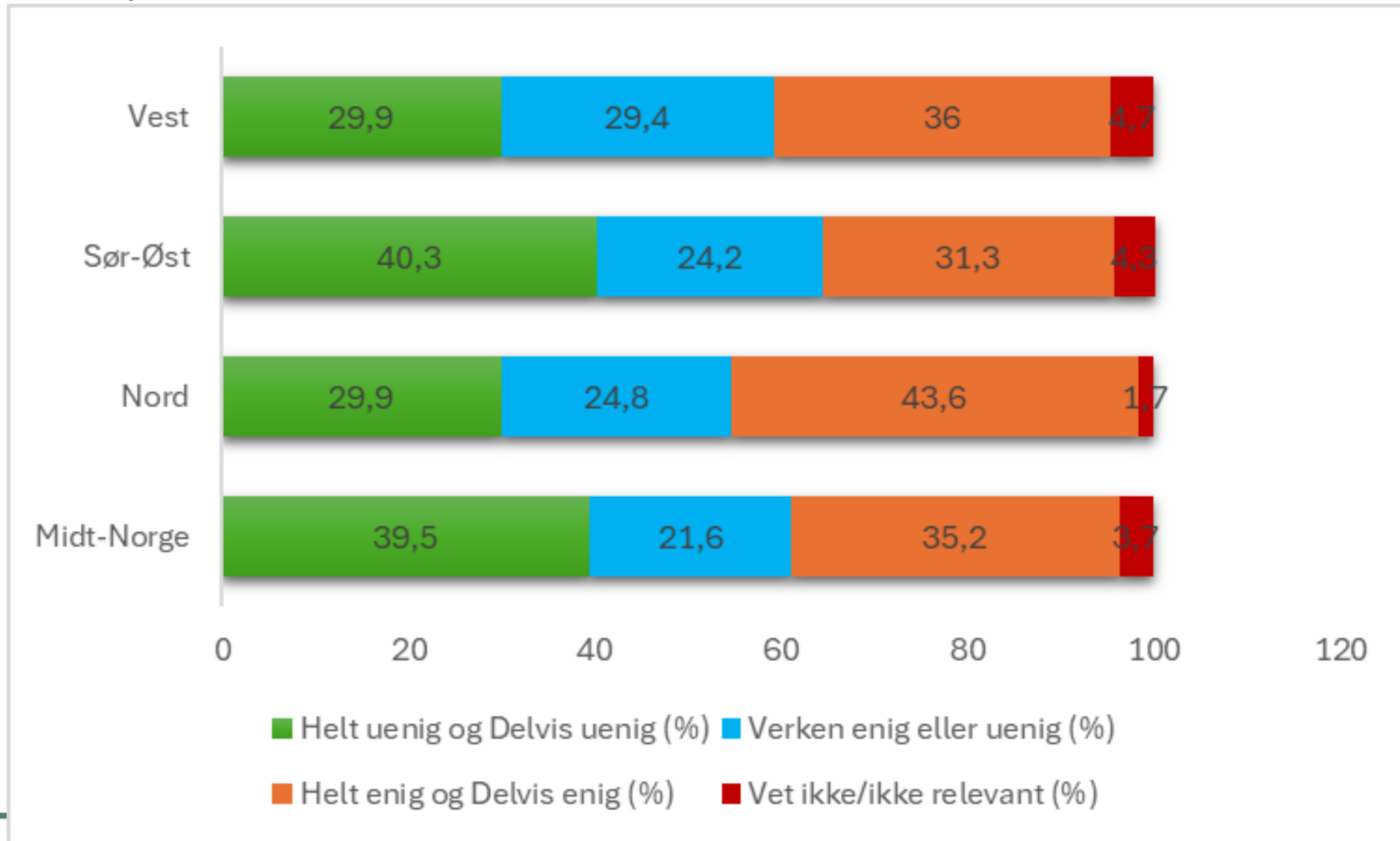
Tabell 31. Sykehjemsleger. EPJ støtter samarbeid og kommunikasjon mellom leger som arbeider i ulike virksomheter. 2024



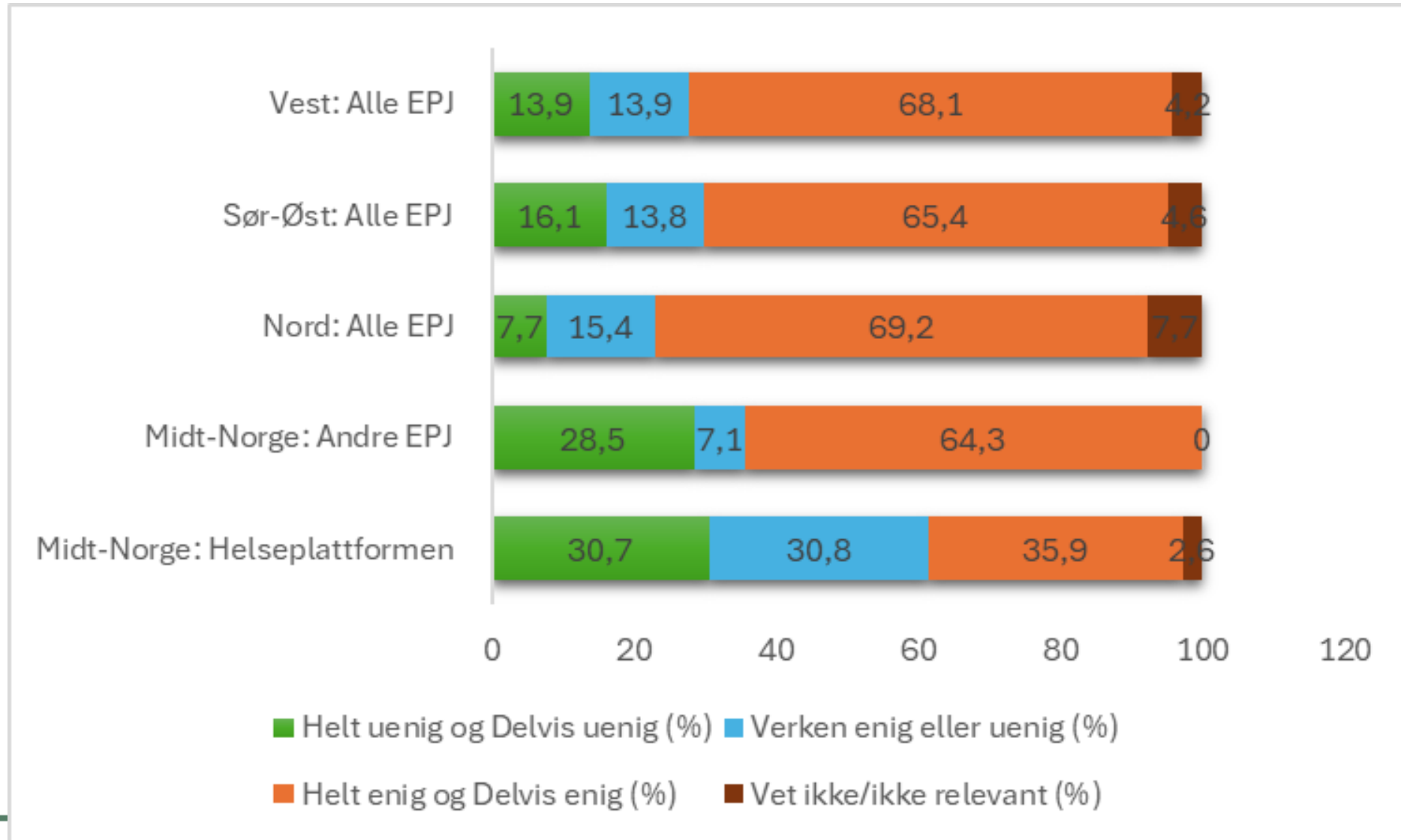
Tabell 21. Sykehusleger. Å få pasientinformasjon fra en annen virksomhet tar ofte for mye tid. 2024



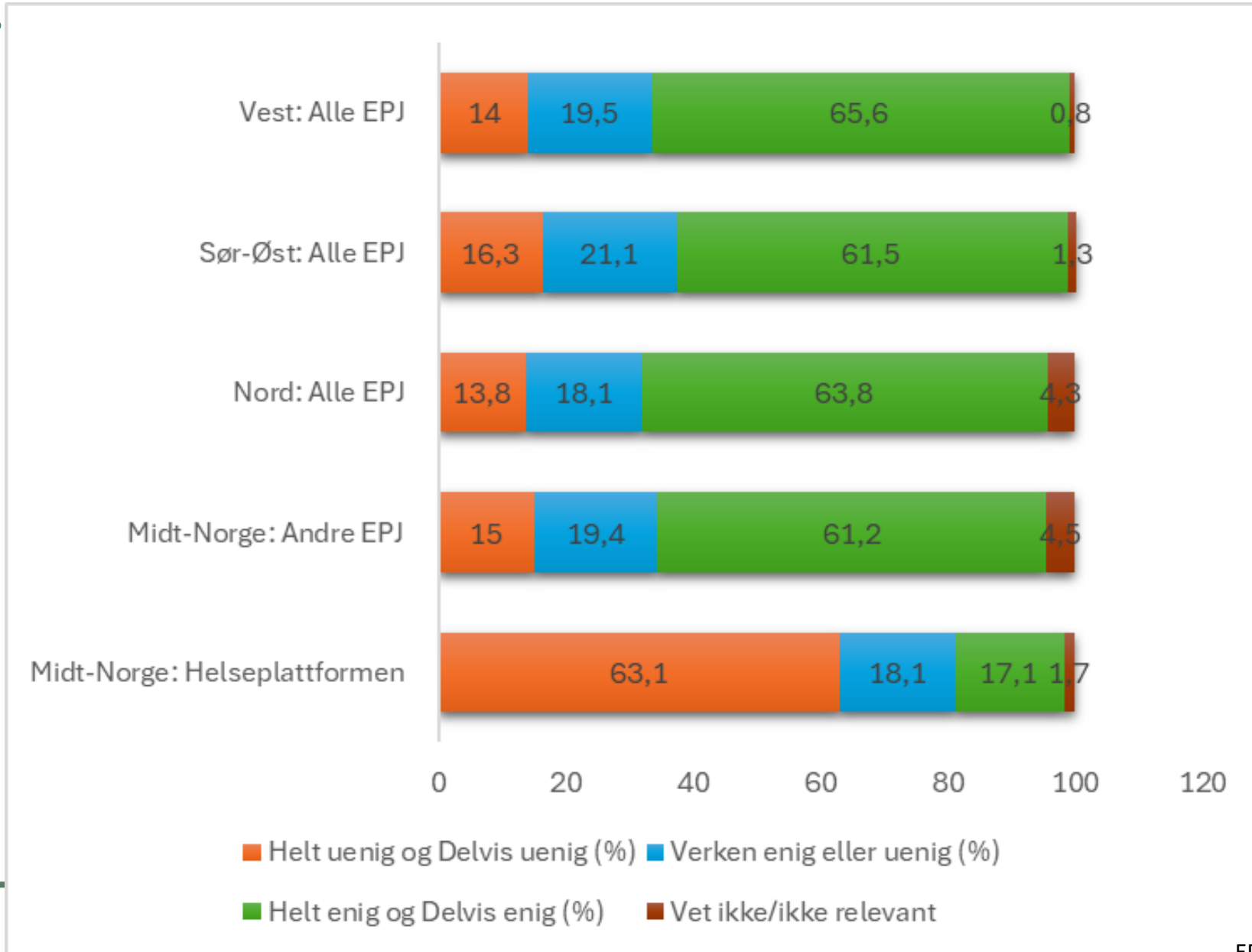
Tabell 27. Fastleger. Å få pasientinformasjon fra en annen virksomhet tar ofte for mye tid. 2024. Alle EPJ.



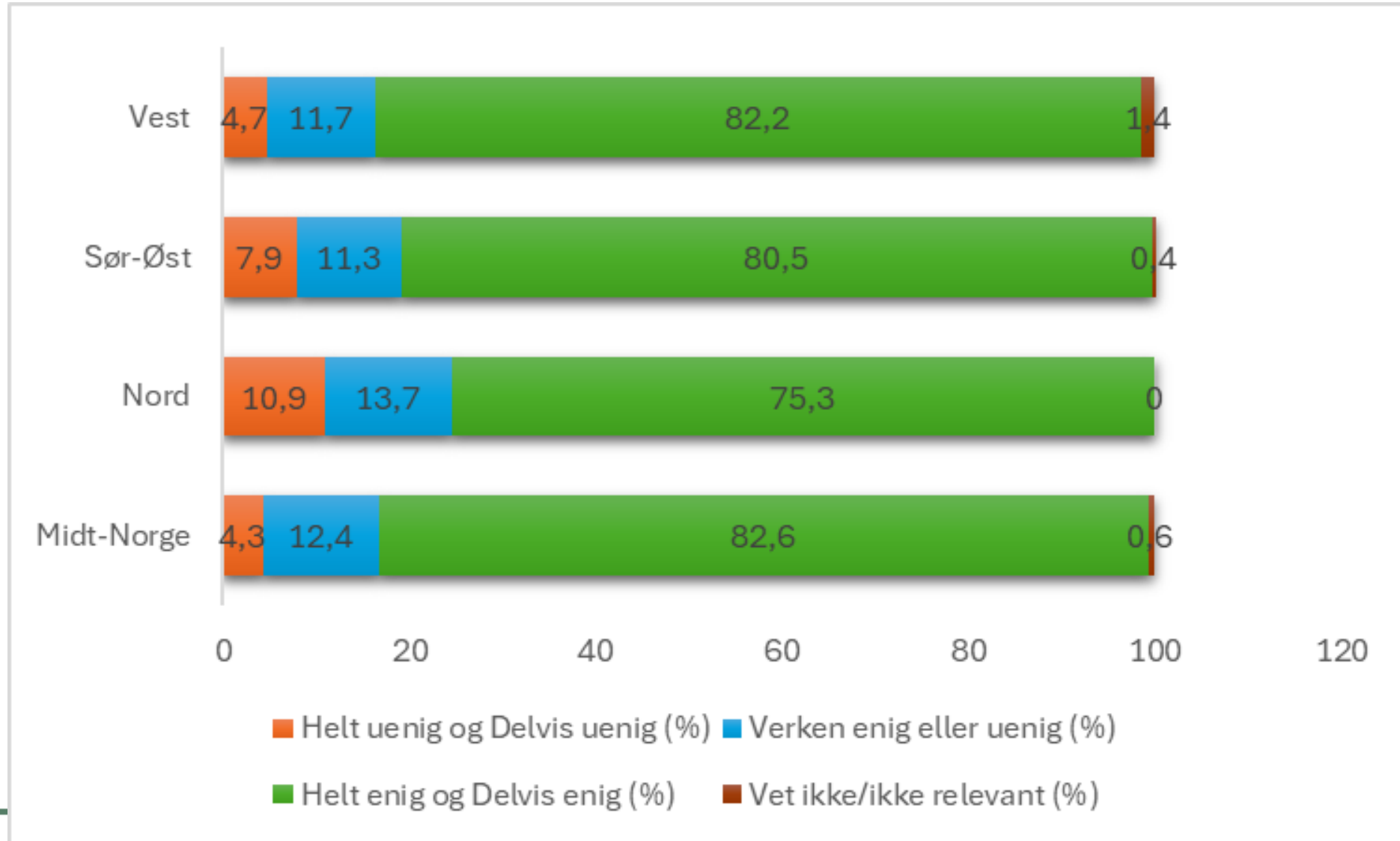
Tabell 33. Sykehjemsleger. Å få pasientinformasjon fra en annen virksomhet tar ofte for mye tid. 2024



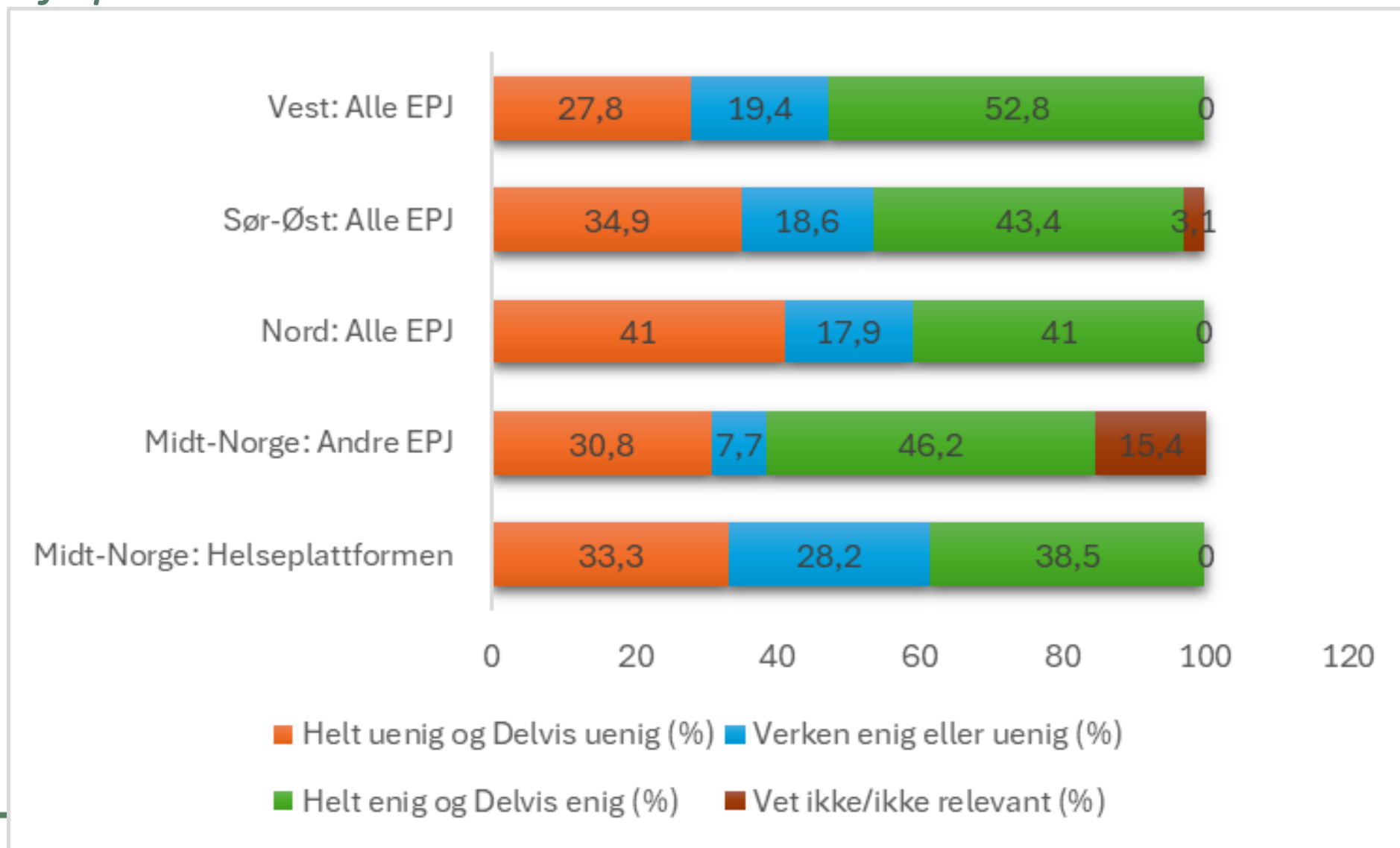
Tabell 22. Sykehusleger. EPJ-systemer bidrar til å sikre kontinuitet i helsehjelpen.



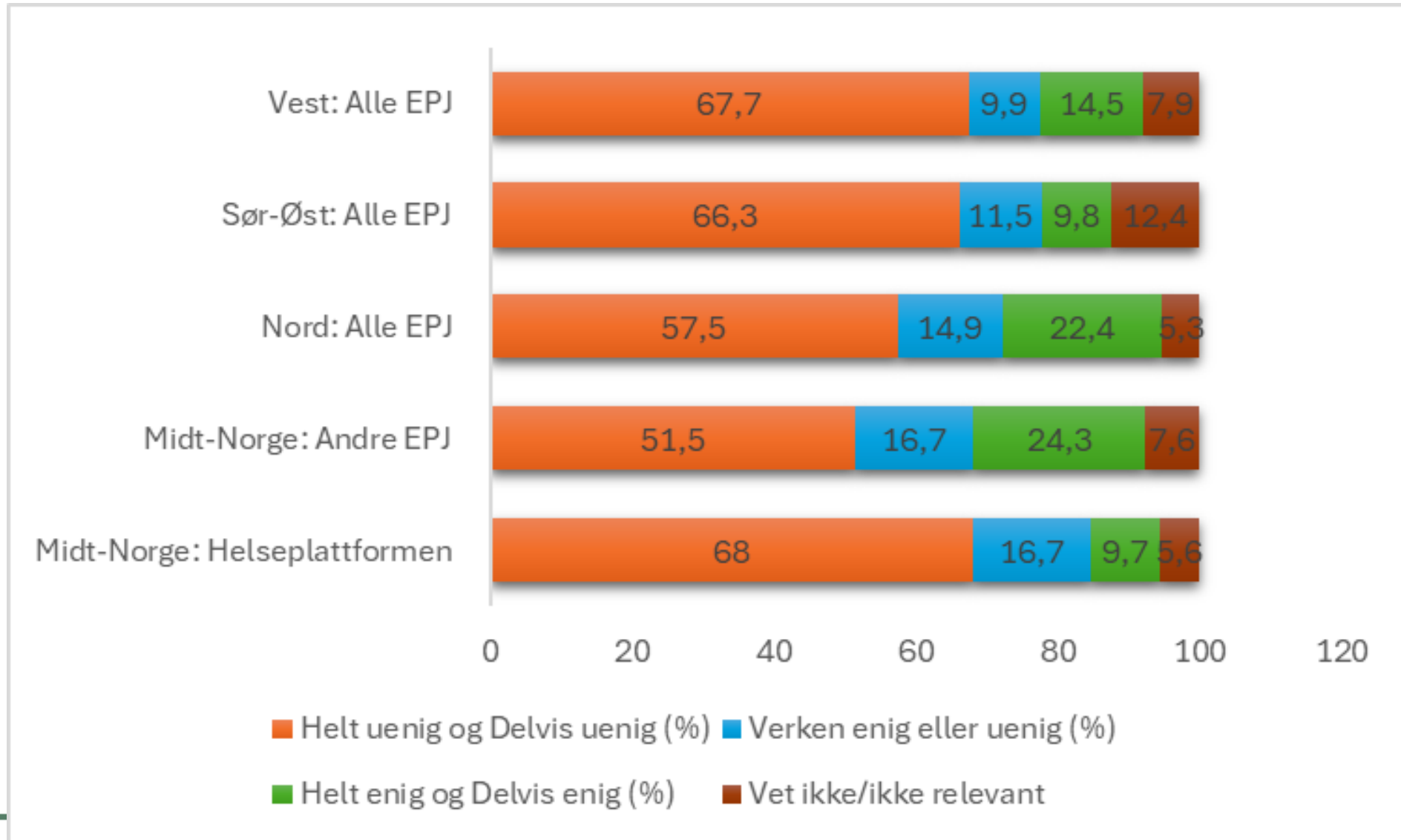
Tabell 28. Fastleger. *EPJ-systemer bidrar til å sikre kontinuitet i helsehjelpen. 2024. Alle EPJ.*



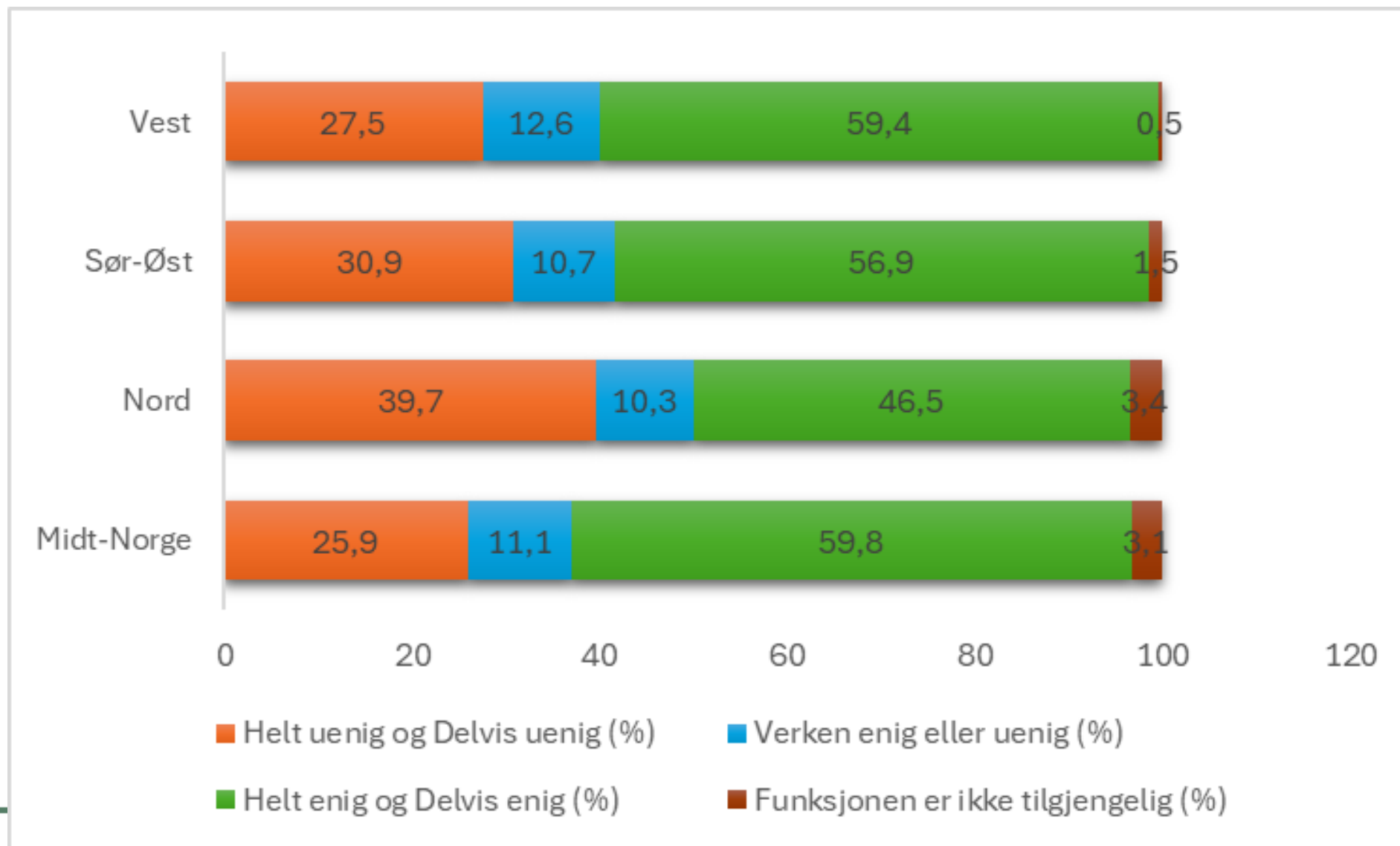
Tabell 34. Sykehjemsleger. *EPJ-systemer bidrar til å sikre kontinuitet i helsehjelpen. 2024*



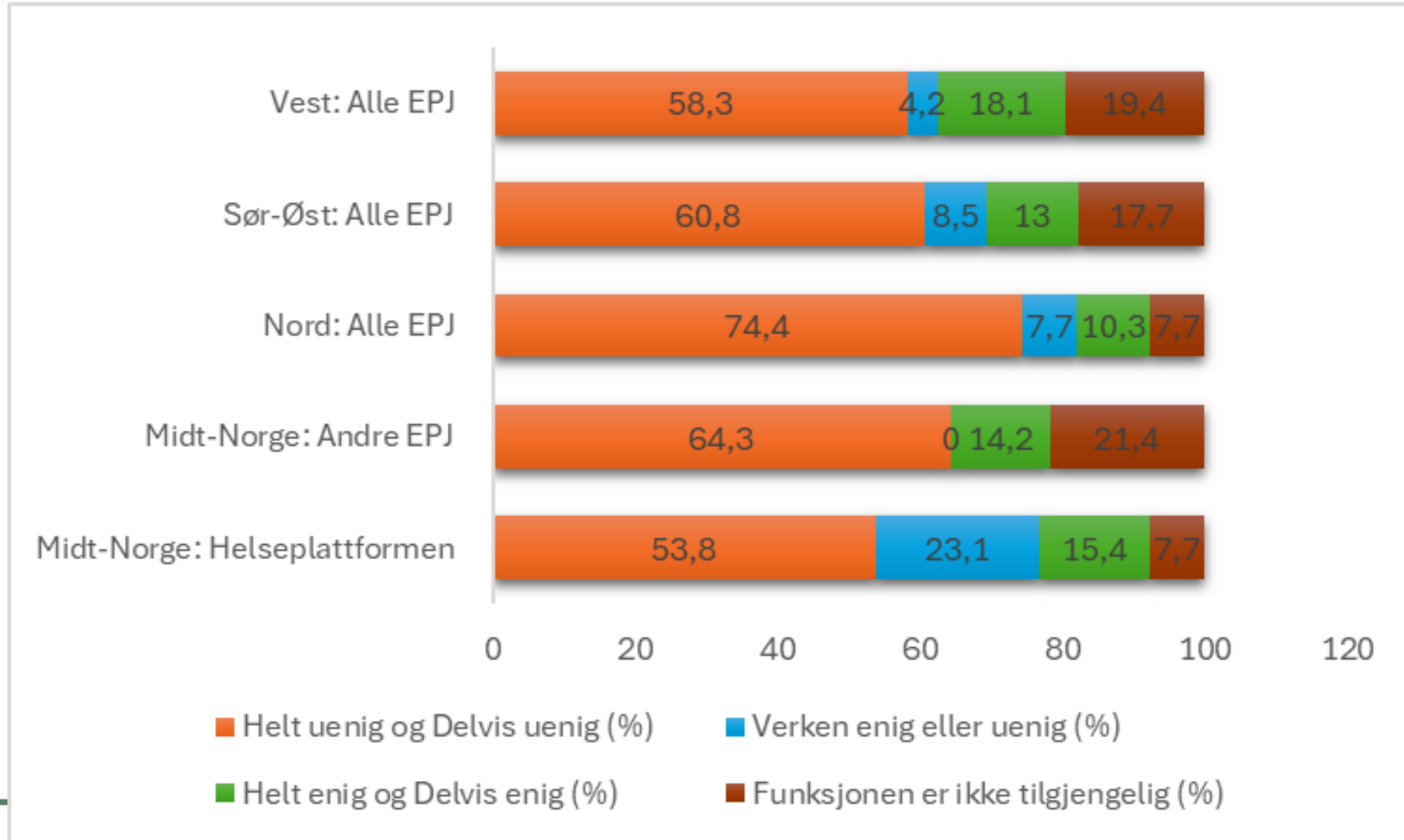
Tabell 23. Sykehusleger. Informasjon om legemidler ordinert i andre virksomheter er lett tilgjengelig. 2024



Tabell 29. Fastleger. *Informasjon om legemidler ordinert i andre virksomheter er lett tilgjengelig. 2024. Alle EPJ.*



Tabell 35. Sykehjemsleger. Informasjon om legemidler ordinert i andre virksomheter er lett tilgjengelig. 2024



Oppsummert

Det er for dårlig brukervennlighet i Norske EPJ-systemer brukt i sykehus og sykehjem. Dette er trolig et hinder for gevinstrealisering gjennom økt arbeidsbelastning, og øker risiko for utbrenthet.

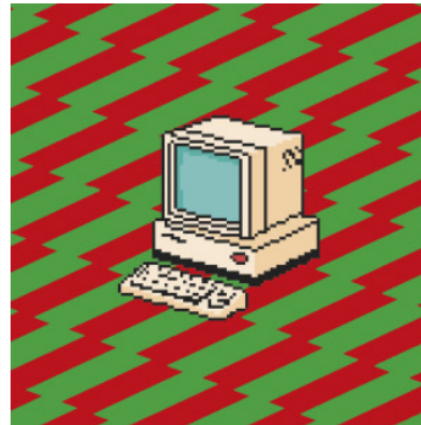
KRONIKK

Pasientjournaler i Norge har dårlig brukervennlighet

TEKNOLOGI

Eirik Nikolai Arnesen, Anne Ringnes, Jan Emil Kristoffersen, Johan Torgersen
Om forfatterne

Elektroniske pasientjournaler er ikke lette å bruke. Dette må tas på alvor, fordi det påvirker både pasientsikkerhet og økonomisk og personellmessig bærekraft.



Illustrasjon: Wavebreakmedia / iStock

Leger må forholde seg til datasystemer i arbeidet. Det primære arbeidsverktøyet er elektronisk pasientjournal (EPJ). Pasientjournalloven og -forskriften krever at arbeidet skal journalføres i et elektronisk journalsystem [\(1, 2\)](#). I nyere tid har det vært mye oppmerksomhet rettet mot tidsbruken i dokumentasjonsarbeidet, både i Helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling* og gjennom negative opplevelser med systemet Helseplattformen, oppsummert av Riksrevisjonen [\(3-5\)](#).

Publisert: 25. september 2025
Tidsskr Nor Legeforen 2025
Vol. 145.

doi: 10.4045/tidsskr.25.0384

Mottatt 10.6.2025, første
revisjon innsendt 7.8.2025,
godkjent 14.8.2025.

[Opphavsrett:](#)
[© Tidsskriftet 2025](#)



Interoperability – it is complicated



Technical interoperability

- *Technical standards*

Juridical interoperability

- *Laws and regulations*

Medical interoperability

- *EBM Guidelines*

Semantical interoperability

- *Medisinsk fagspråk, ICD-10, Snomed CT, etc*

Financial interoperability

- *Utgift for meg - besparelse for deg*

Practical interoperability

- *Process standardisation*
- *«Working in new ways»*
- *Relevant for medicine?*

Easier

Harder



Suksessfaktorer for digitalisering i helsetjenesten

Prosess	Brukervennlighet	Faglighet
1. Forsvarlighet først	9. Ikke glem praktisk samhandling	17. IKT må ikke sementere fag og organisasjon
2. Endringsviljen er stor hvis endringene er nyttige og forsvarlige	10. Unngå digitalt utenforskap	18. Ikke bli lurt av optimistisk markedsføring – lær av medisinsk forskning
3. Leger er samarbeidspartnere	11. Et unødvendig klikk blir ingen bagatell for den som skal gjøre det femti ganger	19. Klinisk nytte og pasientenes behov i sentrum
4. Ikke personvern uten involvering av person	12. Skap entusiasme gjennom effektiv og inspirerende opplæring	20. Leger er forskjellige – kompetanse i klinisk informatikk må utvikles og vedlikeholdes
5. Skap rom for nyttig dialog og løpende evaluering	13. Mål og følg opp opplevd brukervennlighet i et brukervennlighetsløp	21. Ingen registrering av data som ikke har en god begrunnelse
6. Det kan være klokt å ta et steg tilbake og endre kurs		22. Velg tekniske standarder som støtter medisinsk variasjon
7. Underestimerte kostnader og overestimerte gevinster	Mål for digitaliseringen	
8. Vær bevisst på oppgaveoverføring		
	14. Digitalisering er et virkemiddel – ikke et mål	
	15. Lag mål som er relevante og målbare	
	16. Ha klare ansvarsforhold gjennom hele prosessen	

<https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/suksessfaktorer-for-digitalisering-i-helsesektoren/>



Hvilke arenaer har vi for faglig utvikling og koordinering?



Ivar Halvorsen

Fastlege / kommuneoverlege /

Samhandlingslege / innvalgt i helsefellesskapet



Hvilke arenaer har vi for faglig
utvikling og koordinering?

Kapittel 2. Kommunens ansvar

§ 3. *Det kommunale ansvaret for allmennlegetilbudet*

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#) og [§ 3-2 første ledd](#).

[Del paragraf](#)

§ 4. *Det kommunale ansvaret for organisering av fastlegeordningen*

Kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c](#) og [forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2](#).

Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

[Del paragraf](#)

§ 5. Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten

Kommunen skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav etter denne forskrift overholdes.

Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2 og at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen og i forskrifter gitt med hjemmel i disse lovene.

Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av leger ansatt i kommunen eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene.



Samhandling

Samhandling skal bidra til å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det.

Kontakt

Kontakter i kommunen →

Kontaktinfo seksjon
samhandling på SUS →

Samhandlingsfora

Helsefellesskapet Sør-Rogaland →

Samhandlingslegeordningen
(tidligere PKO) →

Koordinerende enhet →

Brukerutvalget →

Ungdomsrådet →

Verktøy

Avvik - rutiner knyttet til
samhandling →

Dokumentasjon for opplæring →

Avvik - kontaktpersoner i
kommunene →

Hospitering →

Samhandlingsbarometeret ↗

Samarbeidsavtaler

Delavtaler for hver kommune →

Forskrift om kommunal betaling
for utskrivingsklare pasienter
(lovdata) ↗

Prosedyre for oppgavedeling
mellom fastlege og sykehuslege
(PROFS) ↗

Samhandlingslege-ordningen (tidligere PKO)

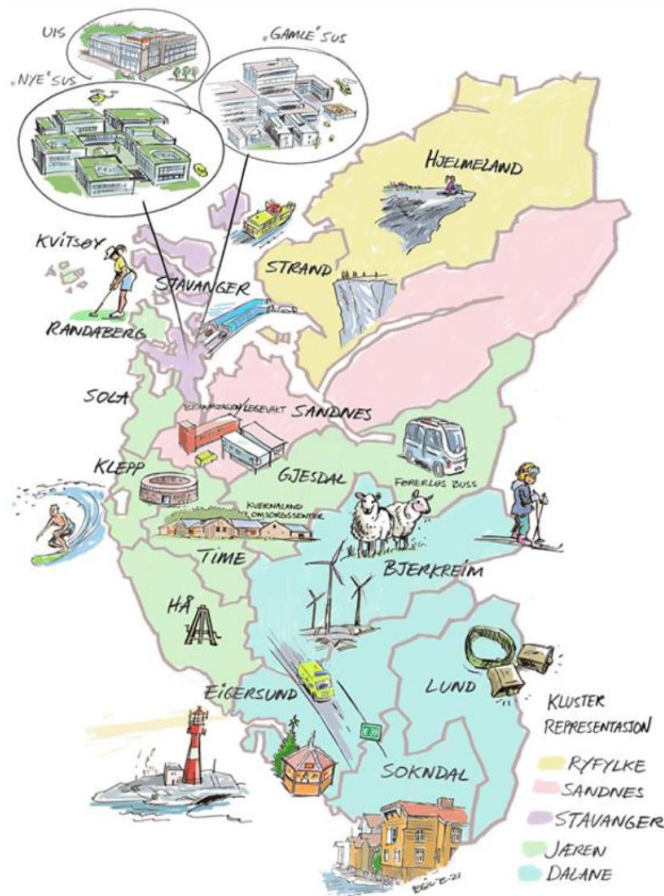
Praksiskonsulentordningen (PKO), opprettet 1. januar 1999, var et nettverk av allmennpraktiserende leger som skulle sikre og styrke samarbeidet mellom sykehusets avdelinger og primærhelsetjenesten til det beste for enkeltpasienten. Januar 2024 ble det en nasjonal navneendring fra praksiskonsulent til samhandlingslege. Samhandlingslegene jobber for å bedre samhandlingen mellom fastlegene og sykehuset.



Foto: Kari Helene Bjo Reinaas

Strategi for helsefellesskapet i Sør-Rogaland

Vedtatt i Partnerskapsmøtet 2025



Strategi for Helsefellesskapet i Sør-Rogaland 2025–2035

Visjon: Gode helsetjenester til rett tid, gjennom samarbeid om gode overganger.

Våre mål:

Helsefellesskapet i Sør-Rogaland prioriterer, planlegger og utvikler helsetjenester for befolkningen vår, og samhandler om helhetlige pasientforløp.

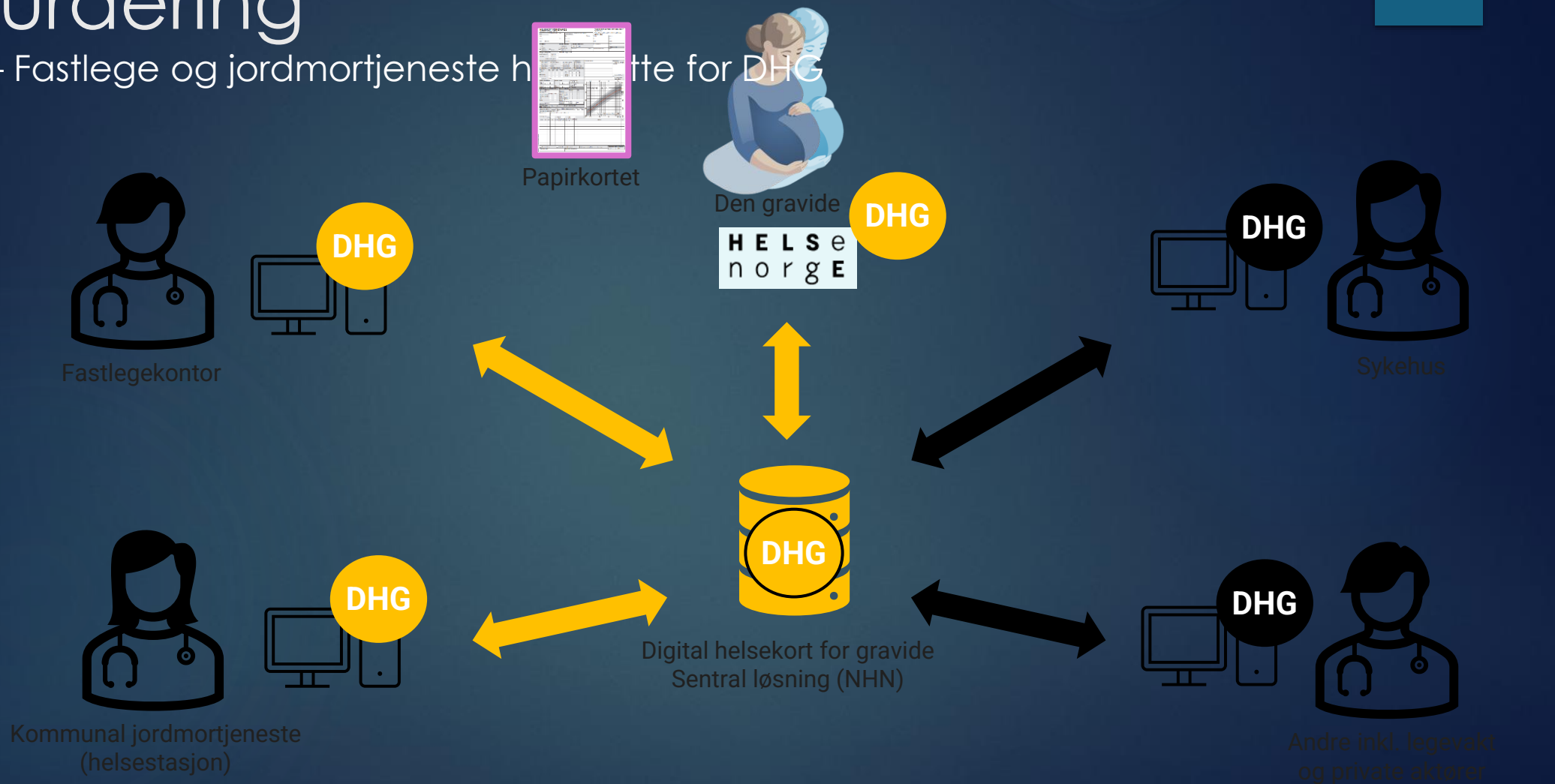
Befolkningen har tillit til at vi forvalter fellesskapets verdier på en god måte, og opplever sømløse overganger mellom kommunene og sykehuset.

Digital samhandling

- Være en pådriver for at de nasjonale samhandlingsløsningene blir tatt i bruk i helsefellesskapet.
- Bidra til at digitaliseringen samordnes mellom aktørene for å sikre at nytte og gevinst hentes ut.
- Ta initiativ til utviklingen av digitale løsninger som støtter opp om samhandling og pasientforløp

Digitalt helsekort for gravide | Risikovurdering

Scenario 2.1 – Fastlege og jordmortjeneste hørte for DHG



Helsefellesskapet Sør-Rogaland

Helsefellesskapet er bygd opp i henhold til nasjonale føringer. Det er et mål å rekruttere **fastleger** og brukere inn på alle nivå i tillegg til likt antall representanter innen de ulike fagområdene fra helseforetaket og kommunene. [Les mer om helsefellesskap her.](#)

Alle aktører i Helsefellesskapet i Sør-Rogaland (15 kommuner og Helse Stavanger) kan søke om tilskudd. Det er samtidig et krav om at alle prosjektbeskrivelser må bygge på enighet mellom kommune(r) og sykehus.

Livmorhalskreft: 390.000 norske kvinner har ikke tatt HPV-test

Livmorhalsprogrammet har i flere år brukt HPV-test som oppdager kreftisiko og -sykdom tidligere enn celleprøver. Svært mange har ikke benyttet tilbud om test.



Hele 390.000 kvinner i Norge har ennå ikke tatt HPV-test som kan gi første hint

Dropper å sjekke seg for livmorhalskreft: – Mange kvier seg

Det er fortsatt mange kvinner som ikke har sjekket seg for livmorhalskreft. Nå kan en ta HPV-test hjemme, men terskelen er fortsatt høy for mange, mener fastlege.



Forsker og sykepleier Thea Brevik har en doktorgrad innen kreftscreening. Hun sier det er flere grunner til at mange kvier seg for å ta livmorhalsprøve.

FOTO: REMI SAGEN / NRK



[Maria Kristina Vevang](#)
Journalist

Kilde: NRK/NTB

Publisert 13. jan. 2025 kl. 13:39

P A U S E



Fastlegen ser behov - hvordan realisere?



Egil Johannesen

Erfaringer og nærliggende behov rundt PDS prosjektene.



Bent A Larsen

Behov vs eierskap

- Rekvireringsløsningene



Program digitale samhandling i fastlege-EPJ

STATUS, ERFARINGER OG STRATEGISKE VEIVALG

Agenda

- ▶ Hvor er vi i dag?
 - ▶ Erfaringer fra PDS og nærliggende behov
 - ▶ PLL, SFM og klinisk arbeidsflyt
 - ▶ Hva må til for å realisere gevinstene?
 - ▶ Veien videre

PDS: Hvor er vi i dag?

- ▶ Variasjon i fastlegenes EPJ-systemer
 - ▶ Mye informasjon tilgjengelig – ofte kun som visning
 - ▶ Til dels lite integrert i klinisk arbeidsflyt

Erfaringer fra PDS i praksis

- ▶ Mulighet for bedre oversikt enn tidligere
 - ▶ Nyttig i flere kliniske situasjoner
 - ▶ Legevakt
 - ▶ Fastlege med nye pasienter på listen
 - ▶ Men: løsrevet fra daglig journalarbeid

Nærliggende behov

- ▶ Integrasjon i EPJ – ikke parallelle løsninger
 - ▶ Gjenbruk av informasjon i journal
 - ▶ Data som del av beslutningsstøtte i klinisk kontekst

Pasientens Legemiddelliste (PLL) – status

- ▶ Helse Vest under innføring
- ▶ Helse Nord piloterer nå
- ▶ HSØ pilot planlagt i 2026
- ▶ Helse Midt under godkjenning e-multidose, så PLL senere i 2026

På vei mot PLL

- ▶ Riktig bruk av e-resept er grunnleggende
 - ▶ Letter overgangen til PLL betydelig (fastlege)
 - ▶ Jobbe fram den nødvendige felles forståelse av forskrivningsansvar (fastlege, avtalespesialist, sykehuslege og sykehjemsleger)

Sentral Forskrivningsmodul (SFM)

- ▶ Felles forskrivningsmodul for de fleste fastleger
 - ▶ (Unntak: Pridok og fastleger i Helseplattformen)
 - ▶ Viktig byggestein for PLL

SFM – utilsiktede konsekvenser

- ▶ Legemiddeldatabasen er flyttet ut av kontoret
 - ▶ Ikke direkte tilgjengelig i EPJ
 - ▶ Vanskeliggjør forskriftspålagt pasientoppfølging
 - ▶ Fastlegeforskriften: årlig Legemiddelgjennomgang for alle med 4 medikamenter eller mer

API finnes – men brukes ikke

- ▶ API for legemiddelinformasjon er utviklet
 - ▶ Ikke tatt i bruk av journalleverandører
 - ▶ 3.-partsverktøy (f.eks. NOKLUS diabeteskjema) mangler tilgang
 - ▶ Resultat: redusert klinisk nytte

WebMed 47.1.12.7577

Startpanel Start pasient Avtaler Kjø Økonomi Oversikt pasienter Rapporter Utgående meldinger

Liste

Filter

Rapport: Alle Oppfrisk

Lege: Johannesen, Egil

Opprett ny rapport

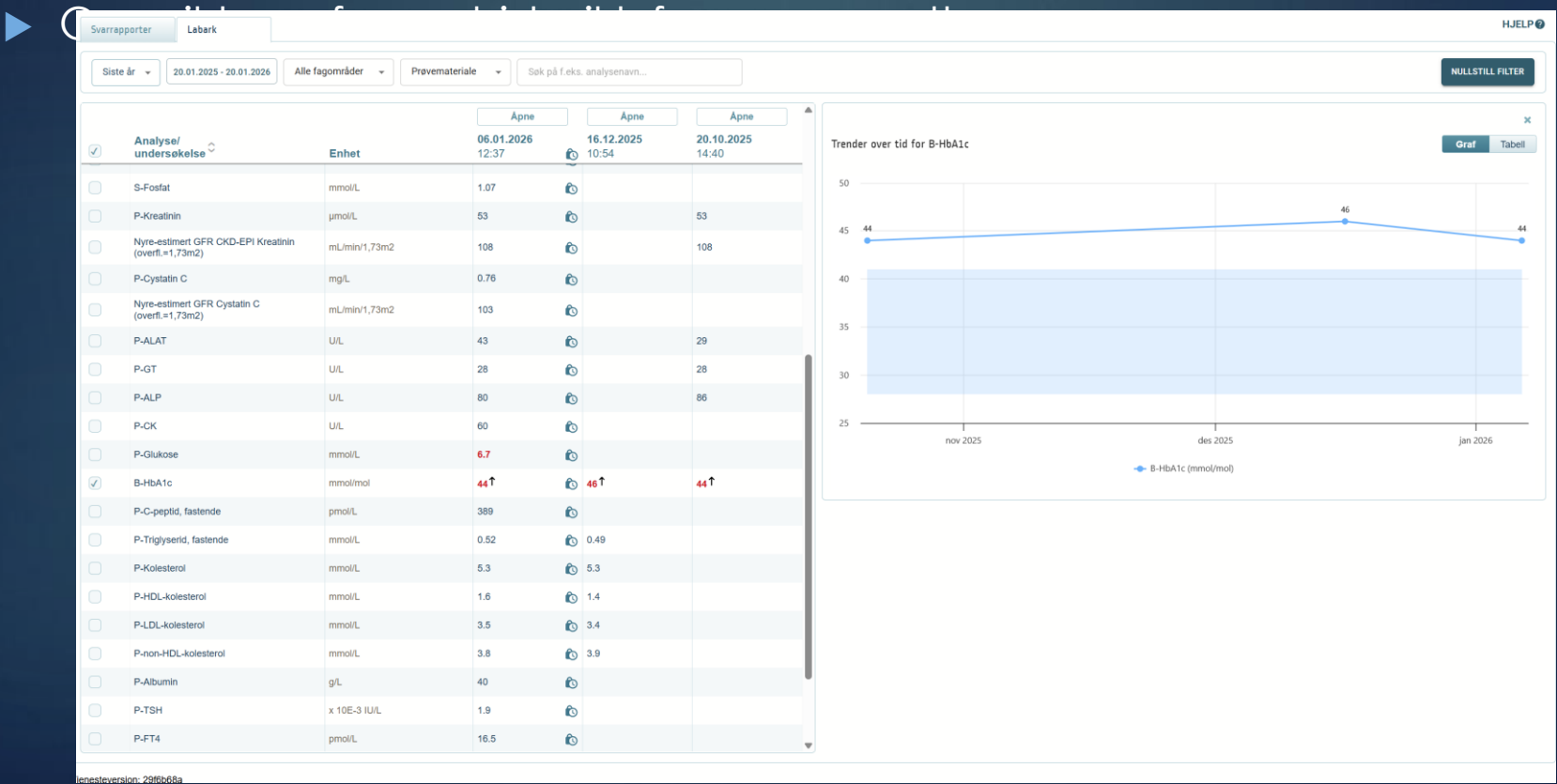
Rapport: Lege: Covid Influenza Diabetes Alle pasienter Over 65 år Astma Kols Hjertesvikt Nyresvikt HIV positiv Reumatoid artritt

☐ Generer rapport med pasienter uten fastlege Utfør

Opprettet	Rapport	Lege	Håndterte	Ikke håndterte	Falsk positiv
14.11.2025 15:47:12	Diabetes	Egil Johannesen		28	0
11.09.2025 16:31:57	Alle pasienter	Egil Johannesen	50	0	0
11.09.2025 16:23:36	Influenza	Egil Johannesen		713	0

Pasientens prøvesvar

▶ God visning i Kjernejournal



Fra visning til klinisk verdi

- ▶ Prøvesvar må være integrert i EPJ
 - ▶ Tilgjengelig i vanlig brukerflate
 - ▶ Brukes aktivt som beslutningsstøtte

- ▶ Tilgjengelig som visning i Kjernejournal
 - ▶ Bedre enn ingenting – men utilstrekkelig

OM PASIENTEN

LEGEMIDLER

FAKSIER

KRITISK INFO

BESØKSHISTORIKK

JOURNALDOKUMENTER

PRØVESVAR

INNSTILLINGER

Dokumentliste

01.09.2025 - Poliklinisk notat SO [edi]

Du har ikke tilgang til dokumenter fra: Diakonhjemmet Sykehus

20.01.2025

20.01.2026

Kopier dokumentliste

HJELP

Dokumentnavn

Dokumenttype

Undertype

Enhet/Avdeling

Institusjon

Søk

Nullstill filter

Dato	Dokumentnavn	Nekting	Dokumenttype	Undertype	Enhet/Avdeling	Institusjon
▶ 20.01.2026	Poliklinisk notat SO (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Poliklinisk epikrise	Kirurgisk avd. BS	Vestre Viken HF
▶ 12.12.2025	Resting ECG		Organfunksjon	Hjerte og kretsløp	Medisinsk avd. BS	Vestre Viken HF
▶ 08.12.2025	Poliklinisk notat SO (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Poliklinisk epikrise	Transplantasjonsmedisin	Oslo universitetssykehus HF
▶ 21.10.2025	Poliklinisk notat SO (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Poliklinisk epikrise	Kirurgisk avd. BS	Vestre Viken HF
▼ 01.09.2025	Poliklinisk notat SO (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Poliklinisk epikrise	Transplantasjonsmedisin	Oslo universitetssykehus HF
Forfatter: Tore Johan Olaussen Overlege		Klotteslett for opprettelse: kl. 14:37	Kilde-ID: urn:old:2.16.578.1.12.4.3.1.3.40.20.1870.2.1	Dokument-ID: urn:old:2.16.578.1.12.4.3.1.3.40.20.1870.2.1*996447175	ID fra lokal EPJ: urn:uuid:2329e53d-7e7e-c151-e063-4708be0a7776	Åpne Kopier referanse
▶ 12.06.2025	Poliklinisk notat SO (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Poliklinisk epikrise	Kirurgisk avd. BS	Vestre Viken HF
▶ 19.05.2025	Journalnotat (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Transplantasjonsmedisin	Oslo universitetssykehus HF
▶ 22.04.2025	Henvissingsvurdering (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Kreftavd.en BS	Vestre Viken HF
▶ 31.03.2025	Kontroll CKD		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Endokrinologisk avd.	Oslo universitetssykehus HF
▶ 21.03.2025	Poliklinisk notat SO (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Poliklinisk epikrise	Endokrinologisk avd.	Oslo universitetssykehus HF
▶ 17.02.2025	Journalnotat (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Transplantasjonsmedisin	Oslo universitetssykehus HF
▶ 03.02.2025	Poliklinisk notat SO (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Poliklinisk epikrise	Kirurgisk avd. BS	Vestre Viken HF

Forrige

Side 1 av 1

20 rader per side

Neste

Manglende funksjonalitet

- ▶ Ingen kopiering til journal
 - ▶ Ikke støtte for batch-import
 - ▶ Særlig utfordrende ved bytte av fastlege og på legevakt

Pasientens kritiske informasjon

- ▶ Kjernejournal vedtatt som autorativ kilde
 - ▶ Komplette visningsfunksjonalitet kun i KJ
 - ▶ Delvis tilgjengelig via SFM for legemiddelinfo

Forutsetning for klinisk nytte

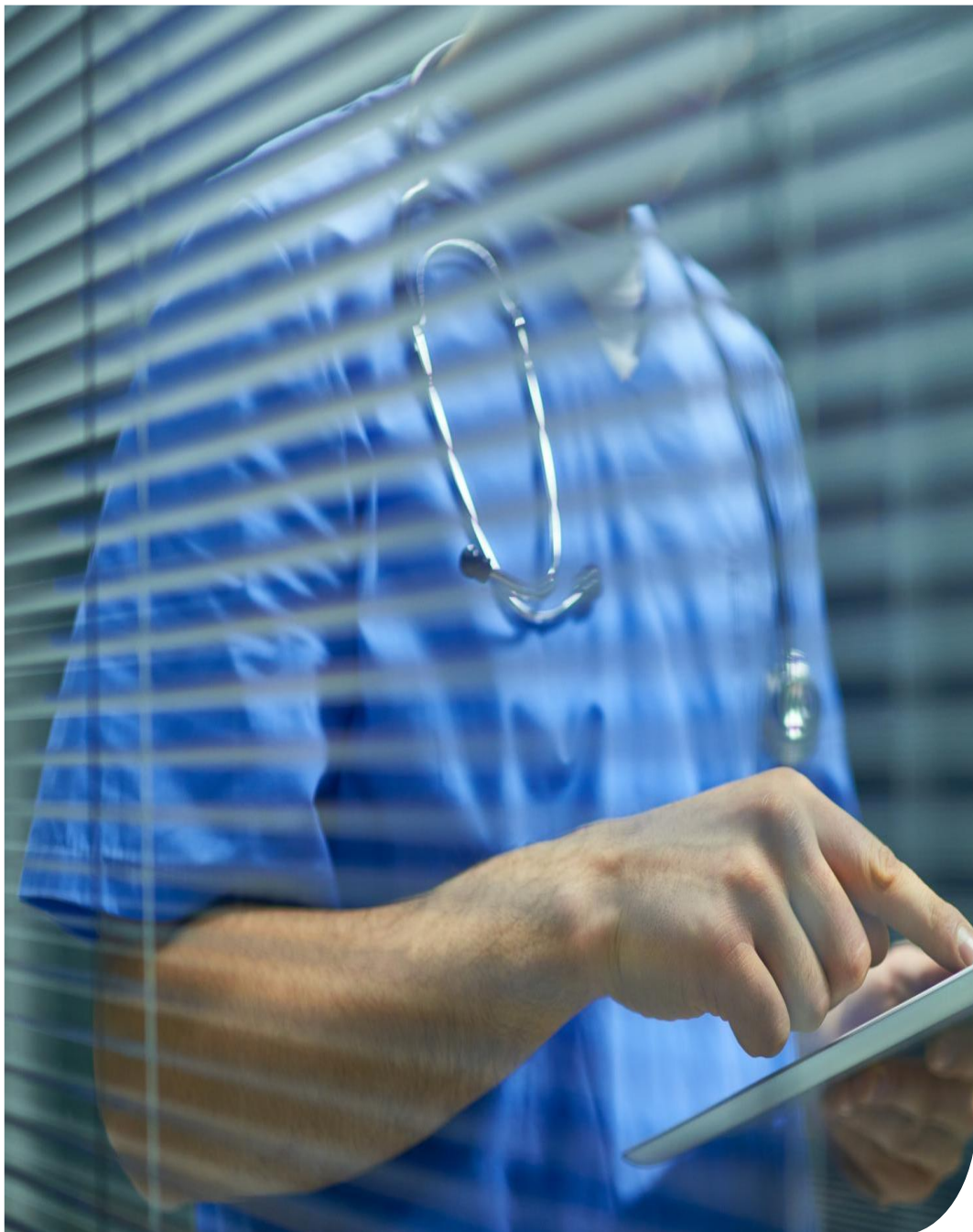
- ▶ API for både lesing og skriving
 - ▶ Må fungere direkte i EPJ
 - ▶ Oppdatert informasjon der beslutninger tas når kliniske beslutninger tas
 - ▶ Løsning på gang gjennom EPJ-løftet

Pasientens måledata

- ▶ Ingen funksjonalitet i fastlege-EPJ i dag
 - ▶ Uavklart fremtidig løsning
 - ▶ Stort potensial for oppfølging av kroniske pasienter

Hva må til for å få nytte

- ▶ Hovedbrukere må være med tidlig
- ▶ Utvikling må være løpende, ikke bare prosjektbasert
- ▶ Prioritering etter klinisk nytte i arbeidsflyt
- ▶ **Gevinst når fastlegeperspektivet tas på alvor**
- ▶ Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- ▶ Mindre unødvendig ressursbruk
- ▶ Bedre samhandling



Persontilpasset medisin og bedre beslutningsstøtte: Hva kan vi få til med dagens nasjonale e- helseløsninger

Bent A Larsen

+

•

○

Påstand:

- Våre nasjonale e-helseløsninger gir oss muligheter som setter oss i en særstilling også internasjonalt.
- Hvis vi benytter de «byggeklossene» som våre løsninger utgjør kan vi sette sammen ny og avansert funksjonalitet som gir oss muligheter for både å fremme persontilpasset medisin og generell klinisk beslutningsstøtte

Noen viktige komponenter

Pasientens prøvesvar



Kjernejournal med b.l.a. Kritisk informasjon



Sentral forskrivningsmodul

Pasientens prøvesvar

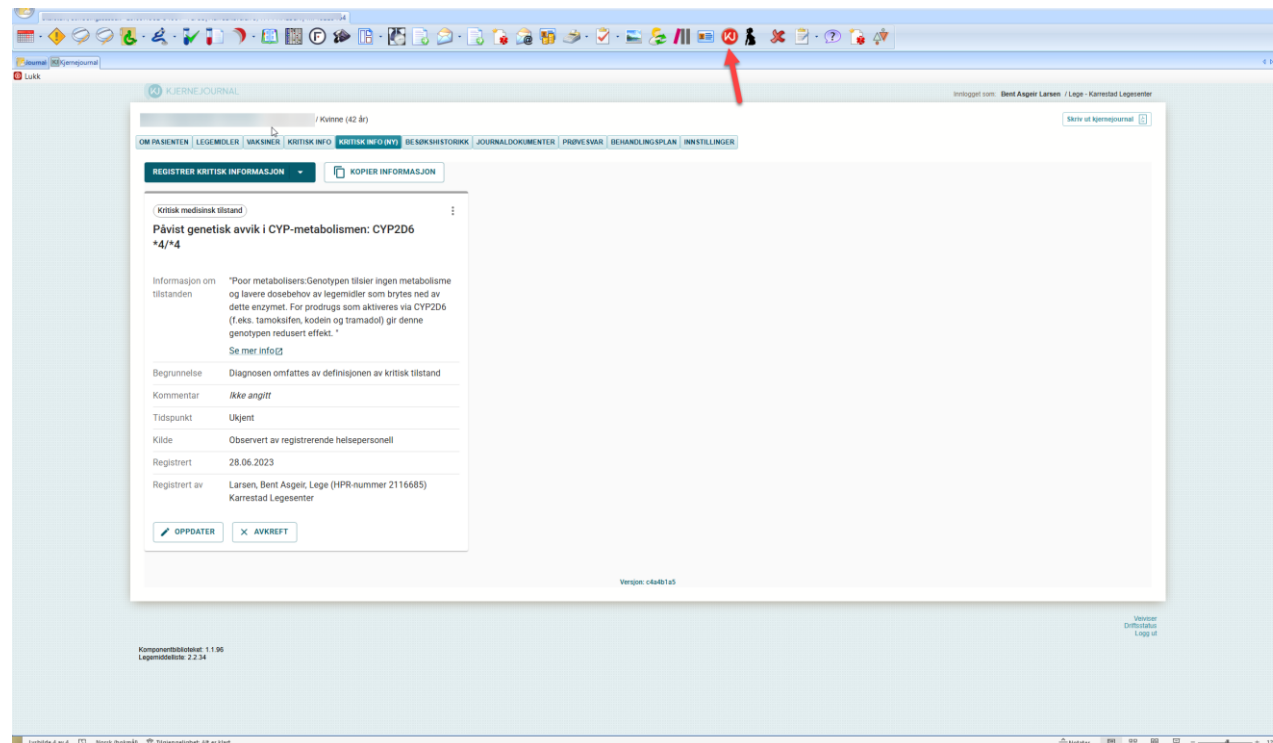
Pasientens prøvesvar vil etter hvert inneholde en tilnærmet komplett oversikt over den enkelte pasients prøver og analysesvar. Både vanlige klinisk kjemiske analyser som nyrefunksjon mm og inkludert svar på farmakogenetiske analyser og diagnostiske genetiske tester.

Pasientens prøvesvar vil inneholde:

- Medisinsk biokjemi
- Medisinsk mikrobiologi
- Immunologi og transfusjonsmedisin
- Klinisk farmakologi
- Radiologi
- Nukleærmedisin

Kjernejournal med b.l.a. Kritisk informasjon

Kjernejournal er en delingsplattform som kan inneholde en del forhåndsdefinerte dataelementer inkludert Kritisk informasjon, legemiddelopplysninger mm Dataene i kjernejournal kan leses i en portal, men de kan også nås via APler slik at dataene kan benyttes i fagsystemene direkte.



Sentral forskrivningsmodul

Er en legemiddelforordningsmodul laget sentralt av NHN for å lette implementasjon av e-reseptfunksjonalitet i Fagsystemene. Den vil etter hvert brukes av et flertall av forskrivere, enten som fullversjon eller basisversjon. Den vil sannsynligvis uansett bli en veiviser i hvordan legemidler forordnes i Norge også i de systemene som lager egne løsninger

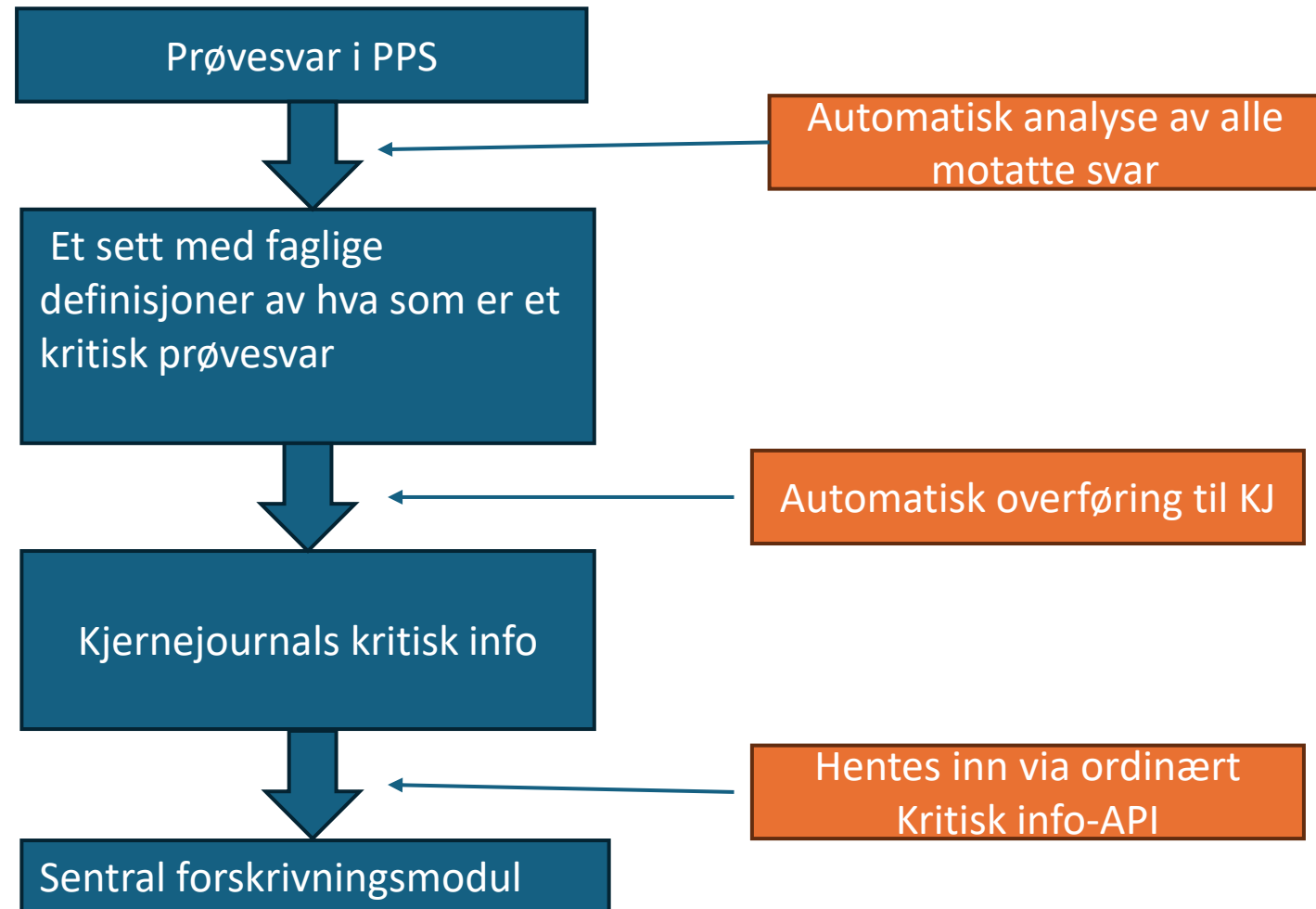
The screenshot displays the central prescribing module interface. The main window shows a list of medications with columns for LEGEMIDDEL, FORM, STYRKE, BRUKSOMRÅDE, DOSERING, and SISTE DOSE TAS (SEPONERING). The list includes various drugs like Pantoprazol, Forxiga, Plavix, Atorvastatin, Mirabegron, Allopurinol, Paracetamol, Nasonex, Natriumklorid, Buscopan, Laxoberal, Laktulose, Nitrolingual, Miconazol, Klobetasol, Lidokain, and Tramadol.

On the right side, a detailed view of Mirabegron is shown. It includes information about the medication (Mirabegron depottab 25 mg), the patient (CHRISTIAN FREDRIK UDNAES), and the prescribing doctor (BENT ASGEIR LARSEN). The view also displays the dosing regimen (1+0+0+0) and the last dose taken (25 mg).

Below the medication list, there is a section for "BEHOV" (Need) with a table showing the need for various medications. The table has columns for the medication name, form, strength, and the need status (1 for need, 0 for no need).

LEGEMIDDEL	FORM	STYRKE	BRUKSOMRÅDE	DOSERING	SISTE DOSE TAS (SEPONERING)
FAST					
Pantoprazol Kirka (Pantoprazol)	enterotab	40 mg	FOREBYGGER MAGESÅR	1+0+0+0	
Forxiga (Dapagliflozin)	tab	10 mg	DIABETES/HJERTESVIKT	1+0+0+0	
Plavix (Klopidogrel)	tab	75 mg	FOREBYGGER BLOODPROPP	1+0+0+0	
Atorvastatin	tab	40 mg	KOLESTEROLSENKENDE	0+0+0+1	
Atorvastatin xiromed (Atorvastatin)	tab	20 mg	KOLESTEROLSENKENDE	1 tablett kveld alle dager...	
Allopurinol Sandoz (Allopurinol)	tab	100 mg	MOT URINSYREGIKT	1 0 0 0 0 0	
Paracetamol	tab	1 g	MOT SMERTER	1 1 0 1 0 0	
Nasonex (Mometason)	nesespray susp	50 mikrog/1 dose	MOT POLYPPER	1 dose i hvert nesebor o...	
Natriumklorid B. Braun (Natriumklorid)	oppl væske til ...	9 mg/1 ml	MOT URINKONTINENS	Skyll x 1 ukentlig.	
BEHOV					
Buscopan (Skopolamin)	tab	10 mg	MOT MUSKELSPASMER	1 tablett inntil x 3 daglig	
Laxoberal (Natriumpikosulfat)	dråper, oppl	7,5 mg/1 ml	MOT FORSTOPPELSE	8-15 dråper etter behov	
Laktulose MIP Pharma (Laktulose)	mikst oppl	650 mg/1 ml	MOT FORSTOPPELSE	15ml en til to ganger i d...	
Nitrolingual (Glyseryltrinitrat)	sublingvalspray	0,4 mg/1 dose	MOT BRYSTSMERTER	Brukes slik legen har bes...	
Mikonazol, Hydrokortison	krem	20 mg/1 g, 10 mg/1 g	MOT SOPP	1 0 0 0 1 0	
Klobetasol	krem	0,05 %	MOT EKSME	1 0 0 0 1 0	
Lidokain	gel	2 %	LOKALBEDØVENDE	brukes ved kateterskift	
Tramadol	kaps	50 mg	MOT SMERTER	1-2 inntil x3	
Paracet (Paracetamol)	tab	1 g	MOT LEDDSMERTER	1tablett før leggetid	

Eksempel på hvordan disse systemene kan utnyttes sammen.





Klinisk eksempel

- Pasient med farmakogenetisk variant som påvirker legemiddelmetabolisme. Normal dosering vil kunne gi alvorlige bivirkninger.
- Analysesvar til PPS -> Svaret definert som kritisk -> Lagres i KJ
- Når lege skal skrive ut et legemiddel som påvirkes av denne genvarianten vil SFM kunne få denne infoen via Kritisk info-API fra kjernejournal og gi legen beskjed om alternativ dosering for denne pasienten.
- Resultat: Persontilpasset legemiddelbehandling utfra pasientens genetiske profil.
- **Vi har alle komponenter i Norge for å kunne realisere dette!**

Hva skjer nå?

LUNCH – Børge Lund

3476

VI HAR NOTERT OSS AT FLERE ENN VENTET OPPLEVER PROBLEMER MED DET NYE IT-SYSTEMET VÅRT.

DET BEKLAGER VI.

FOR Å VISE AT VI EVNER Å GJØRE NOE MED SITUASJONEN, HAR VI TATT EN DRASTISK BESLUTNING.

VI ENDREER NÅ KJERNEVIRKSOMHETEN VÅR TIL Å BEDRE PASSE MED SYSTEMET.

SKANDALE!

JA, DET ER ÉN MÅTE Å SE DET PÅ ...

... MEN DETTE BLIR MYE BILLIGERE PÅ SIKT.

Børge



Regin Hjertholm

Viktige samhandlingsbehov for alle parter?

- Journalresyme
- Behandlingsplaner



Jan Robert
Johannessen

Behov i 3.part sine systemer

- Rekvireringsløsningene

Hvorfor er det viktig?

- 1) Alle leger trenger raskt overblikk som ellers er umulig med omfattende journaler
- 2) Ekstra nødvendig for leger som ikke kjenner pasienten fra før (vikarer, LIS1, studenter, legevaktsleger, sykehuslege...)
- 3) Grunnlag for EHDS – Pasient summary
- 4) Helsepersonellmangel – raskere arbeidsflyt og bedre trivsel
- 5) Beredskap – kan vi ha backup på lokal server i hver virksomhet ?

Journalresyme

HVORDAN LAGE DET ?

- 1) Forslag fra epikriseresyme (feltet «vurdering» i epikrisestandard)
- 2) Forslag fra AI
- 3) Forslag fra samhandlingspartneres «tidligere sykdommen»
- 3) Kontinuerlig redigering, bygges gradvis

Journalresyme

INNHold, VISNING, FILTERING

- 1) Organsystem
- 2) Måned + årstall
- 3) Blanding av struktur og fritekst
- 4) Diagnoser, undersøkelser, vurderinger, behandlinger, kontrollopplegg, arv, sosialt,
- 5) Skille mellom automatisk delbart og sensitivt som bare deles ved aktiv handling

Journalresyme

DAGENS MANUELLE

K90 APOPLEXI m/F99 HEMIANOPSI høyre side mai 2025

K78 ATRIEFLIMMER

K77 HJERTESVIKT mai 2025.

Ekkokardiograf juli 2025: venstre ventrikkel 6,5 cm, EF 30%. Redusert høyre ventrikkelfunksjon. Får ikke estimert pulmonaltrykk pga ingen synlig tricuspidalinsuff. Dårlig innsyn til vena cava, ser ut ut å være 20 mmHg. R: Venstre atrium betydelig dilatert. Liten til moderat mitrallekkasje. Metoprolol, digoxin.

24t-EKG des 2025: perioder med 207 i puls og atrieflimmer. Digoxin 62,5 ug x 1 og metoprolol økes til 100 mg x 1.

ONKOCYTOM juli 2024: CT urografi juli 2024 multiple små simple cyster, I øvre pol av høyre nyre foreligger en 33 mm stor kontrastladende lesjon (26-121 HU),Padua score 8a. Biopsi av nyretumor viser onkocytom. Ktr CT om 2 år.

L90 ARTROSE KNE - PRÓTESE bilat: Venstre nov 2021, hø mars 2022

R97 RHINOKONJUNKTIVITT ALLERGISK

R96 ASTMA før 2002

R95 KOLS 2020

Lungelege aug 2025: Spirometri som ved mild grad av kols. Bemerket 9 % reversibilitet på tross av tatt vedlikeholdsmedikament i dag tidlig, kan indikere behov for økt bronkodilatasjon. Velger å bytte til trippelinhalator. Kontroll og evaulering her om ca 3 mnd. Hvis ikke bedring i slimplager nytt rtg thorax, evt CT.

IRIDOCYKLITTER

F93 GLAUKOM

F92 KATARAKT

Øyelege okt 2022: IOP stigning siste året fra 16 til 22 mmHg på ve. øye. Nasalt step på synsfelttest og patologisk OCT. Sikkert glaukom. Starter beh. med trykksenkende dråper. Normalt på hø. øye. Økende katarakt på begge øyne. Timosan øyedråper flaske x 1 os

Øyelege des 2025: lett glaukomskade på ve. øye, svak progresjon. Øyetrykket er godt regulert på Timosan dråper i monoterapi. Normalt på hø. øye. Pene forhold etter kataraktoperasjon begge øyne

H84 NEDSATT HØRSEL: sept 2023 Presbyakusis, symmetrisk hørselstap i diskanten

H03 TINNITUS

COLONPOLYPP: fjernet 2015 og 2025

COLONDIVERTIKLER 2015:

Coloscopi mars 2015 stilket polypp med diameter 5 mm. Det spredte divertikler i sigmoideum. I resten av kolon er det bleke slimhinner og pene kartegninger. Ikke sett inflammasjon eller infiltrerende prosesser.

Coloskopi mai 2025: Beskjedne divertikler i sigmoideum, fjernet en polypp. Ikke indikasjon for kontroll-koloskopi (familiehistorikk, fjernede polypp)

Y85 PROSTATAHYPERPLASI (BHP): Ikke prostatakreft i familien

Journalresyme

KUNSTIG INTELLIGENS (KI)

Tale til notat - Arnstein Brovold

Tale til notat

Vis opptak

Journalresyme

OPPTAK

09.01.2026 13:58



Tidligere sykdommer

Hjerte-kar

- Angina pectoris, mistanke fra 1993, bekreftet 1994, aortastenose og aortainsuffisiens, biologisk klaff operert
- Hypertensjon, BT opptil 180/90
- Atrieflimmer, nevnt 2015

Lunger og luftveier

- Tungpust, astma/kols mistanke, Ventoline og Pulmicort brukt
- Pneumoni 1994 og 2000
- Obstruktivt søvnapné syndrom, CPAP-behandling fra ca 2010

Metabolsk/endokrinologisk

- Type 2 diabetes mellitus, debut 2002
- Hyperkolesterolemi, kolesterol opptil 8,0 mmol/L, medikamentell behandling med Mevacor og kostveiledning

Psykiatrisk

- Depresjon, medikamentell behandling med Cipramil fra 1999
- Angst med panikkanfall, utredning og samtaleterapi fra 2015

Urogenitalt/gynekologisk

☒ Hele journalen

☐ Utvalg organ/område

Lag resyme

Journalresyme

«Beredskapspakke»

Enkle tekstdokumenter

Lagres på legekontorets lokale server

Åpnes med enkel software

Journalresyme

Kritisk info (PKI)

Pasientens legemiddelliste (PLL)

Vaksiner (SYSVAK)

Journalresyme

DISKUSJON

- 1) Synergi med EHDS «pasient summary» ?
- 2) Del av «beredskapspakke» ?
- 3) Få »epikriseresyme» endelig innført ?
- 4) Hvordan dele journalresyme nasjonalt?
- 5) Forhold til nasjonale komponenter som PLL, PPS, PJD, PKI ?
- 6) Oppgave til fastlegene m/takst ?
- 7) Flere lag , ulike resyme – allmennlege og spesialist ?

Behandlingsplaner

SKJEMA FOR FLERE BEHANDLERE OG VIRKSOMHETER OVER TID

Pasientsikkerhet

Hvorfor er det viktig?

Helsepersonellmangel

- 1) Bruke nasjonale retningslinjer i praksis (i dag masse dokumenter uten praktisk betydning)
- 2) Beslutningsstøtte – kontekstrelaterte korte råd
- 3) Samhandlingsbehov – en pasient med mange behandlere - hjelpe hverandre
- 4) Effektivitet - unngå dobbeltarbeid og usikkerhet – bedre arbeidsflyt
- 5) Data tilgjengelig når de trengs – vi ser ikke de andres EPJ – papir forsvinner

Behandlingsplaner

SKJEMA FOR FLERE BEHANDLERE OG VIRKSOMHETER OVER TID

Innhold

- 1) Diagnose og sykdomsgrad
- 2) Planlagte undersøkelser og behandlinger m/dato og hvor
- 3) Retningslinje – råd om hva som skal huskes ved hver kontakt
- 4) Resultater og undersøkelser per kontakt (essensen, ikke full journal)
- 5) Fritekst per kontakt
- 6) Behandlers navn (signatur?)

Kjellfrid Moen

29 år, 111295 04694

Språk:

Fødested:

[Vis personalia](#)

Fastlege

Jordmor

[Jordmor Jordfrid](#)

[Jordmor Teststasjon](#)

Fødeinstitusjon

[Legg til](#)

Helsestasjon

Retningslinje

③ Tips til utfylling

Gravide bør i første trimester få tilbud om måling av serumferritin for vurdering av jernstatus og råd om jerntilskudd

- Serumferritin måles før uke 15.
- >70 µg/L: Ingen jerntilskudd.
- 30-70 µg/L: 40 mg jern daglig fra uke 18-20.
- <30 µg/L: 60 mg jern daglig fra uke 18-20.
- <12 µg/L: 60 mg jern daglig umiddelbart.
- Uten måling: 40 mg jern fra uke 18-20.

[Helsedirektoratet](#)

1. Svangerskapsdata

Pasient fyller

Sivilstatus

Bor med kommende forelder ☒ Ja ☐ Nei

Samboer med kommende far.

Yrke

Yrkesaktiv siste 6 måneder ☒ Ja ☐ Nei

YRKE/BRANSJE
Butikkmedarbeider

PROSENT
100

Levevaner

	VED 1. KONSULTASJON	ANT. DAGLIG
Røyk	Nei	
Snus	Nei	
Alkohol	Sluttet i sv.sk.	
Andre stimuli/rusmidler	Nei	

	VED CA. UKE 36	ANT. DAGLIG
Røyk		
Snus		
Alkohol		
Andre stimuli/rusmidler		

Skriv inn

Legemidler

☐ Daglig ☐ Av og til ☒ Ingen

☐ Legemiddelreaksjoner

Skriv inn

Avslutt svangerskap

Digitalt helsekort sist endret 10.09.2025 15:28:09

Tidligere / nåværende sykdommer

VELG FRA LISTEN

Intet spesielt

Skriv inn

☒ Hoftelddysplasi i familien

☐ Foreldrene er i slekt

Kjente arvelige sykdommer ☐ Ja, se under ☐ Ingen

Skriv inn

Anbefalte prøver første trimester

HB	14	g/dL	ABO	A
S-Ferritin	68	µg/L	RhD	Pos
Hepatitt B (HBsAg)	Ikke påvist			
Hepatitt B (Anti-HBc)	Ikke påvist			
HIV	Ikke påvist			
Syfilis	Ikke påvist			
Blodtypeantistoff	Ikke påvist			

Skriv inn

Prøver ved behov

Klamydia		HbA1c	Skriv inn	mmol/mol
Toksoplasmose		Glukosebelastning		
Rubella antistoff		Velg dato		
MRSA/VRE/ESBL		Fastende	Skriv inn	

Tidligere svangerskap

Aktiv

Nytt svangerskap

TOTALT ANT. SV.SK
1

SPONTANABORT
0

EX.U
0

LEVENDE FØDT
1

DØDFØDT >500G/22U
0

Ett tidligere svangerskap, født til termin, nov 2023. Fødselsvekt var 3840g. Ukompisert svangerskap den gang.

Mål før svangerskapet

HØYDE
174 cm

VEKT
66 kg

KMI
21,80 NORMAL

Termin

SISTE MENS
08.07.2025

TERMIN
15.04.2026

☐ Assistert Befruktning

Har tatt fosterdiagnostikk ☐ Ja ☐ Nei

ULTRALYD TERMIN
15.04.2026

DATO KORRIGERT
10.09.2025

ANTALL FOSTER
1

Informasjon til den gravide

☒ Fødselsforberedelse

☐ Ammeveiledning

Skriv ut

Send inn

Malignt melanom

En diagnose – ulik alvorlighetsgrad – 4 ulike løp

- Ved melanom **in situ** eller tynne melanom mindre enn 0.8 mm (stadium **IA**) gis **én enkelt kontroll** for informasjon, arrinspeksjon, samt opplæring i egenkontroll og solvaner.
- Ved melanom med Breslowtykkelse mindre enn 1 mm, men med sårdannelse (ulcerasjon), mellom 1 – 2 mm med eller uten sårdannelse og melanom fra 2 – 4 mm uten sårdannelse (stadium **IB of IIA**) gjøres kontroll etter **3. måneder , deretter hver 6. måned i 5 år.**
- Pasienter med melanom med Breslowtykkelse større enn 2 mm med sårdannelse eller større enn 4 mm med eller uten sårdannelse (stadium **IIB og IIC**) har større risiko for spredning/tilbakefall. **I tillegg til kontroller i 5 år legger man til ultralyd av området hvor svulsten ble fjernet i huden og nærmeste lymfeknuteområde hver 6. måned i 3 år. Man tar også PET-CT etter 1, 2 og 3 år.**
- Ved melanom med spredning til lymfeknuter (stadium **III B-D**) gjøres kontroll som ved de tykkeste melanomene (stadium IIB og IIC).
- MR av hjerne bør tas ved spredning til lymfeknuter de første tre årene. Unntaket er dem med stadium IIIA (pasienter med tynne melanomer uten sårdannelse med svært lite spredningsfokus til en lymfeknute); disse pasientene har meget god prognose.
- Pasienter med melanom i stadium **IV**, det vi si de med fjernspredning til andre lokalisasjoner enn de nærmeste lymfeknutene vil få **individuell oppfølging** men oppfølgingen må inneholde **regelmessige CT eller PET- CT undersøkelser og MR av hodet.** Disse pasientene følges opp i minst **10 år.**

Behandlingsplaner

SKJEMA FOR FLERE BEHANDLERE OG VIRKSOMHETER OVER TID

Visning og funksjon:

- 1) Tidslinje
- 2) Dagens notat kortfattet (anamnese, funn, målinger, beskjeder...)
- 3) Nyeste nasjonale retningslinjer presentert spisset i kontekst
- 4) Prøvesvar legges inn automatisk
- 5) Pasienten kan legge inn egne opplysninger
- 6) Kalkulatorer eks BMI, svangerskapstermin, dato for neste kontroll....

Behandlingsplaner

SKJEMA FOR FLERE BEHANDLERE OG VIRKSOMHETER OVER TID

EN fleksibel løsning:

- 1) Universelt , en til to tekniske løsninger for alle planer
- 2) Diagnose og sykdomsgrad lager automatisk et forslag til plan basert på retningslinjer
- 3) Ikke bare struktur, felt til fritekst gir fleksibilitet
- 4) Automatisk utfylling fra aktuelle sentrale komponenter (PPS, PLL,PKI,SYSVAK....)

Behandlingsplaner

SPØRSMÅL

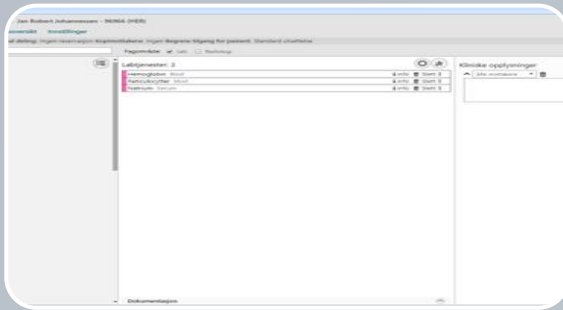
Pasientsikkerhet

Helsepersonellmangel

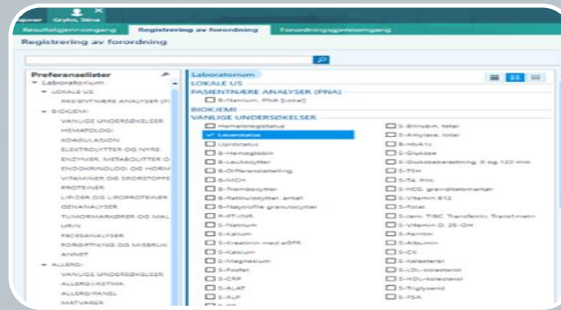
- 1) Kan en til to tekniske løsninger brukes for alle planer ?
- 2) Smart on FHIR ? API som DHG ?
- 3) Se til konklusjoner fra portaloppdraget?
- 4) Samarbeid med og økonomi fra pasientforeninger: kreft , hjerte/lunge, diabetes
- 5) Hva bør bli neste ?
Vi har digitalt helsekort for gravide
Noklud diabeteskjema finnes, men deles ikke på tvers, lavthengende frukt ?
Starte med noe som har behov og volum? Kreft?
- 6) Juridiske problem med å hente data fra PPS, PLL, PKI, SYSVAK ?

Når andre eier viktige komponenter

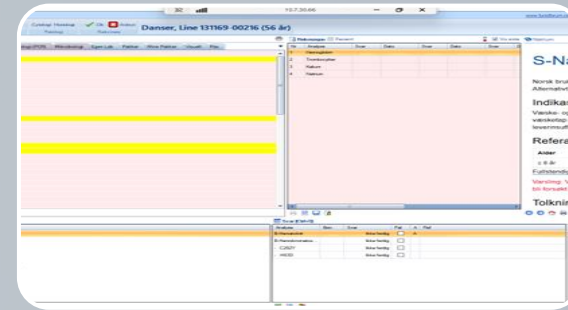
- Rekvisisjonsløsninger



DIPS
Interactor



HP link



Furst
Forum

The screenshot displays the Furst Forum web application interface, which is a laboratory information system. The interface is divided into several sections:

- Left Sidebar (Menu):** Contains a list of clinical categories such as Hematologi og HbA1c, Genetiske analyser, Hemostase, Klinisk kjemi, lipider, proteiner, Hormoner, tumormarkører og andre, Infeksjonsserologi, Andre, Sporelementer, Tungmetaller, Analyse i urin, Belastninger, Andre undersøkelser, and Spesialanalyser. A blue arrow points to this menu with the text: "Mindre utvalg - lettere å orientere seg - mindre klikking".
- Top Bar:** Displays the user's name "DR. JAN ROBERT JOHANNESSEN" and the date "10.7.30.66".
- Central Panel (Revisjon):** Shows a table of test results for a patient. The table has columns for "Nr", "Analyse", "Svar", "Dato", "Svar", "Dato", and "Svar". The data includes tests like Hemoglobin, Leukocytter, Ferritin, Natrium, Kallium, Kalsium, Kreatinin/Kreatini..., ALAT, Fosf alk (ALP), Glukose, ikke fas..., Triglyserider, Ikke..., Kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, Albumin, and PSA. A blue arrow points to this table with the text: "Historikk: - husker å kontrollere - lar være å rekvirere".
- Right Panel (B-Leukocytter):** Provides detailed information about the B-Leukocytter test, including its Norwegian name, alternative names, and indications. A blue arrow points to this panel with the text: "Referanseområde".
- Bottom Panel (Historikk):** Shows a list of historical test results. A blue arrow points to this panel with the text: "Funksjonalitet: - bedre tilpasset arbeidsflyt - effektivt (oppstart, manøvrering, respons)".

Furst Forum

Danser, Line [Vanlig] 10.7.30.66

Danser, Line 13.11.1969-00216 FL: E/H

Lukk Diagnose Regning Legemidler Legemiddelhistorikk Blåresept portal Lab-ark Livsstil Prøve Først Interactor Sykmid PasientInfo Huskekartotek Vaksine AK Timebok Skjema Ikernejournal eBrev til pas eHenvising Korr Program Media Syn Hørsel CAVE MADRS NB Svangerskap Kasse Utklippstavle Papir

Journal Interactor

Danser, Line 13.11.1969*00216 - 56 år - Kvinne Rekvirent: Jan Robert Johannessen - 96966 (HER)

Ny bestilling Prøvetaking Pasientens bestillinger Bestillingsoversikt Innstillinger

Betalings: Ordinerer pasient Formål: Helsehjelp Reservasjon mot nasjonal deling: Ingen reservasjon Kopimottakere: Ingen Begrens tilgang for pasient: Standard utsettelse

Søk (Ctrl+K) Fagområde: ☒ Lab ☐ Radiologi

Seriebestilling ☐ Planlegg bestilling dd.mm.åååå

Favoritter + Pakker

Stort utvalg Fastlege + Spesialist

Labtjenester: 6

Hemoglobin Blod	Info Slett
Leukocytter Blod	Info Slett
Trombocytter Blod	Info Slett
Natrium Serum	Info Slett
Kalium Serum	Info Slett
Kreatinin/eGFR Serum	Info Slett

Kliniske opplysninger

Alle mottakere

DIPS Interactor

Lukk Diagnose Regning Legemidler Legemiddelhistorikk Blåresept portal Lab-ark Livsstil Prøve Først Interactor Sykmd PasientInfo Huskekartote...

Journal Interactor

Danser, Line 13.11.1969*00216 - 56 år - Kvinne Rekvisient: Jan Robert Johannessen - 96966 (HER)

Ny bestilling Prøvetaking Pasientens bestillinger Bestillingsoversikt Innstillinger

Betaling: Ordinær pasient Formål: Helsehjelp Reservasjon m... Kopimottakere: Ingen Begrens tilgang for pasient: Standard utsettelse

Søk (Ctrl+K)

Favoritter

- Hinnatrekant legesenter
- Helse Stavanger HF
 - Hematologi
 - Koagulasjon
 - Klinisk kjemi
 - Hormonanalyser
 - Legemidler
 - Alkoholdiagnostikk
 - Urin
 - Rusmidler i urin
 - Allergi
 - Gentester
 - Immunologi Bergen
- Utredning/kontroll (SUS-PKO)
 - Koagulasjons utredning
 - Klinisk kjemi utredninger
 - Hormonutredninger
 - Generelle utredninger/Kontroll
 - Pakkeforløp
 - Analysepakker SUS
- Kopisvar til leger ved sykehus eller utenom NHN
- Prosjekter
- Kloke valg - Noklus
 - Lipoproteinforstyrrelser
 - Hjertesvikt
 - Kronisk nyresykdom, kontroll
 - Stoffskifte
 - Osteoporose
 - Menstruasjonsforstyrrelser/Klimakterium
 - Metotrexat, kontroll

Fagområde: ☒ Lab ☐ Radiologi

Labtjenester: 4

Natrium Serum	Info	Slett
Kalium Serum	Info	Slett
ALAT Serum	Info	Slett
Kreatinin/eGFR Serum	Info	Slett

Treg oppstart

Mange bokser - mye klikking

For stort utvalg? - behov for å filtrere utvalg?

Ingen historikk
Ingen beslutningssøtte

Pakker - hvem eier/ lager /vedlikeholder?

Veiledningen ligger bak dette lille ikonet

Åpner nettside i ekstern nettleser.

Laboratoriehåndboken Helse Stavanger

Analysér

Labtjenest

Prøvetaking: Serum med gel

Analysevolum: 0.5 mL

Oppbevaring/holdbar til: 7 dager i kjøleskap

Kreatinin

Relatert: Q57

Prøvemateriale: Serum

Klinisk

Indikasjon: Undersøkelse og kontroll av nyrans funksjon.

Referanseområde: BARN

Alder: 0-36

Referanseområde

DIPS Interactor: Men...

Ny bestilling Prøvetaking Pasientens bestillinger Bestillingsoversikt Innstillinger

Betalings: Ordinær pasient Formål: Helsehjelp Reservasjon mot nasjonal deling: Ingen reservasjon Kopimottaker: Ingen Begrens tilgang for pasient: Standard utsettelse

Fagområde: ☐ Lab ☒ Radiologi

Seriebestilling ☐ Planlegg bestilling dd.mm.åååå

Naviger i tjenestebudet

- Helse Vest - Radiologi
 - Diagnostiske undersøkelser
 - Røntgen
 - Underekstremitet
 - RG Kne - Høyre
 - RG Kne - Venstre
 - RG Kne - Bilateral
 - CT
 - Underekstremiteter
 - CT Kne - Høyre
 - CT Kne - Venstre
 - CT Kne - Bilateral
 - MR
 - Underekstremitet
 - MR Kne - Høyre
 - MR Kne - Venstre
 - MR Kne - Bilateral
 - Ultralyd
 - Underekstremitet
 - UL Kne - Høyre
 - UL Kne - Venstre
 - UL Kne - Bilateral
 - Intervensjoner
 - Ablasjoner/annen tumorbehandling
 - Termokoagulasjon i kne

1

Radiologitjenester: 1

MR Kne - Høyre

Tjenesteyter Evidia Stavanger (28 dg)

Hastegrad Elektiv/Ordinær

2

Institusjon Evidia Stavanger

Avdeling Bilddiagnostikk

MR Kne - Høyre

KNE

Relevante undersøkelser:

VIKTIG

Sjekkliste valg: Unngå avansert bilddiagnostikk ved fremre knesmerter dersom pasienten ikke har hydrops, låsning eller har forsøkt fysisk behandling uten bedring.

MR

- Primærutredning av alvorlig patologi som tumor, metastaser og alvorlige infeksjoner/artritt, ofte i kombinasjon med CT eller røntgen.
- Mistanke om fritt legeme, i kombinasjon med røntgen.
- Skade med akutt intraartikulær hevelse som kan trenge akutt kirurgi (normalt unge pasienter) bør vurderes for rask MR, konferer med ortoped.
- Elektiv utredning av meniskskader, ligamentskader og osteokondrale lesjoner for å vurdere riktig behandling.
- Sekundærutredning ved mistanke om stressfraktur og negativ røntgen.
- Lønnsomme smerter med usikker diagnose

Kliniske opplysninger

Alle mottakere

3

Tilleggsopplysninger

8 obligatoriske tilleggsspørsmål må besvares.

Fordi du valgte: MR Kne - Høyre

NYRESTATUS:

* Nyrer svikt? ☐ Ja ☒ Nei

MR RELATIVE KONTRAINDIKASJONER:

INGEN relative kontraindikasjoner

* Pacemaker/ICD? ☐ Ja ☒ Nei

* Mekanisk hjerteklaff/stentgraft operert inn i hjertet? ☐ Ja ☒ Nei

* Intrakranielle vaskulære klips? ☐ Ja ☒ Nei

* Ventrikuloperitoneal-/atrial (V/P) shunt? ☐ Ja ☒ Nei

* Nevrostimulator? ☐ Ja ☒ Nei

* Cochleaimplantat (CI)? ☐ Ja ☒ Nei

* Fremmedlegeme av metall i øyet? ☐ Ja ☒ Nei

GENERELLE OPPLYSNINGER:

* Over 130 kg? ☐ Ja ☒ Nei

Metall i kroppen, f.eks. protese, implantat, stent, stentgraft eller splinter? ☐ Ja ☒ Nei

* Klustrofobi? ☐ Ja ☒ Nei

4

DIPS Interactor: radiologi

DIPS Interactor: behov rad.

The screenshot shows the DIPS Interactor web application interface. At the top, there are tabs for 'Ny bestilling', 'Prøvetaking', and 'Pasientens bestilling'. Below these, a status bar indicates 'Betaling: Ordinaer pasient Formål: Helsehjelp'. The main content area is divided into several sections. On the left, there is a sidebar with a tree view of services. The central part of the screen displays 'Radiologitjenester: 1' with a list of services, including 'MR Kne - Høyre'. To the right, there are sections for 'Kliniske opplysninger', 'Tilleggsopplysninger', and 'MR RELATIVE KONTRAINDIKASJONER'. The interface is cluttered with many small text elements and form fields.

For mange undersøkelser

Ingen utveksling av data fra EJP
Feltet utvider seg ikke

Prøvesvar hentes ikke
- må ofte også ettersendes

Burde kunne hentes fra en kilde.
Register/KJ etc

Historikk tidligere undersøkelser?

The screenshot shows the DIPS Interactor interface. At the top, there's a header with 'Betaling: Ordinal' and 'Ingen reservasjon Kopimottakere: Ingen Begrens tilgang for pasient: Standard utsettelse'. Below this, a search bar and filters for 'Fagområde: Lab Radiologi' are visible. The main content area displays a list of search results. A callout bubble on the left points to the search results, while another on the right points to a specific result entry.

Vera Vest - bredt sammensatt fagråd.

Veiledning Muskel/skjelett undersøkelser

Poengtert og god veiledning.

Plassering ???!

MR Kne - Høyre

KNE

Relevante undersøkelser:

VIKTIG

Gjør kloke valg: Unngå avansert bildediagnostikk ved fremre knesmerter dersom pasienten har hydrops, låsning eller har forsøkt fysikalsk behandling uten bedring.

MR

- Primærutredning av alvorlig patologi som tumor, metastaser og alvorlige infeksjoner/artritt, ofte i kombinasjon med CT eller røntgen.
- Mistanke om fritt legeme, i kombinasjon med røntgen.
- Skade med akutt intraartikulær hevelse som kan trenge akutt kirurgi (normalt unge pasienter) bør vurderes for rask MR, konferer med ortoped.
- Elektiv utredning av meniskskader, ligamentskader og osteokondrale lesjoner for å vurdere riktig behandling.

Ingen veiledning for andre typer us.

DIPS Interactor: veiledning radiologi

DIPS Interactor: Radiologi

-viktig informasjon mangler i arbeidsflyten

Problem: Velge tjeneste/ aktør basert på informasjon i andre kilder (eposter/nettsider..)

- ▶ Praksisnytt:
 - ▶ «alle muskel/skjelett skal til private»
 - ▶ «Prøve X utgår – ta heller...»
- ▶ Beinmassemåling: byttet til klinisk henvising...
- ▶ Tilbys injeksjonsbehandling?

Behovet: informasjon inn i arbeidsflaten.



DIPS Interactor: Radiologi

- ▶ Helseforsikring
 - ▶ Manuell oppgave
 - ▶ Avbryte før sending eller sende og varsle mottager
 - ▶ Utskrift på papir (format...)

The screenshot displays a web interface for a medical system. At the top, there is a header with fields for 'Avsender' (Sender) and 'Pasient' (Patient). Below this, a 'Mottaker' (Receiver) field is visible. The main content area is titled 'Rekvisisjon Røntgen - Ny' (Request X-ray - New). Underneath, there is a section for 'Meldingsinformasjon' (Message Information) with fields for 'Utskift dato' (Issue date), 'Brosket prioritert' (Brosket prioritert), 'Normal', and 'Betalingskategori' (Payment category). A yellow highlight is placed over a message in the 'Begrunnelser' (Reasons) section, which reads: 'Pasienten har helseforsikring. Avvent tildeling av time' (The patient has health insurance. Waiting for time allocation). A blue speech bubble points to this message, containing the text: 'Pasienten har helseforsikring. Avvent tildeling av time'. Below the highlighted message, there are sections for 'Rekvirert undersøkelse1 - Ny' (Requested examination1 - New) and 'Rekvirert undersøkelse2 - Ny' (Requested examination2 - New), each with fields for 'Hestegrad' (Priority), 'Undersøkelse' (Examination), and 'Type'. At the bottom, there is a 'Pasient' section with fields for 'Navn' (Name), 'Telefon' (Phone), and 'Spesielle hensyn av t' (Special considerations of t).

DIPS Interactor: Dialogbehov

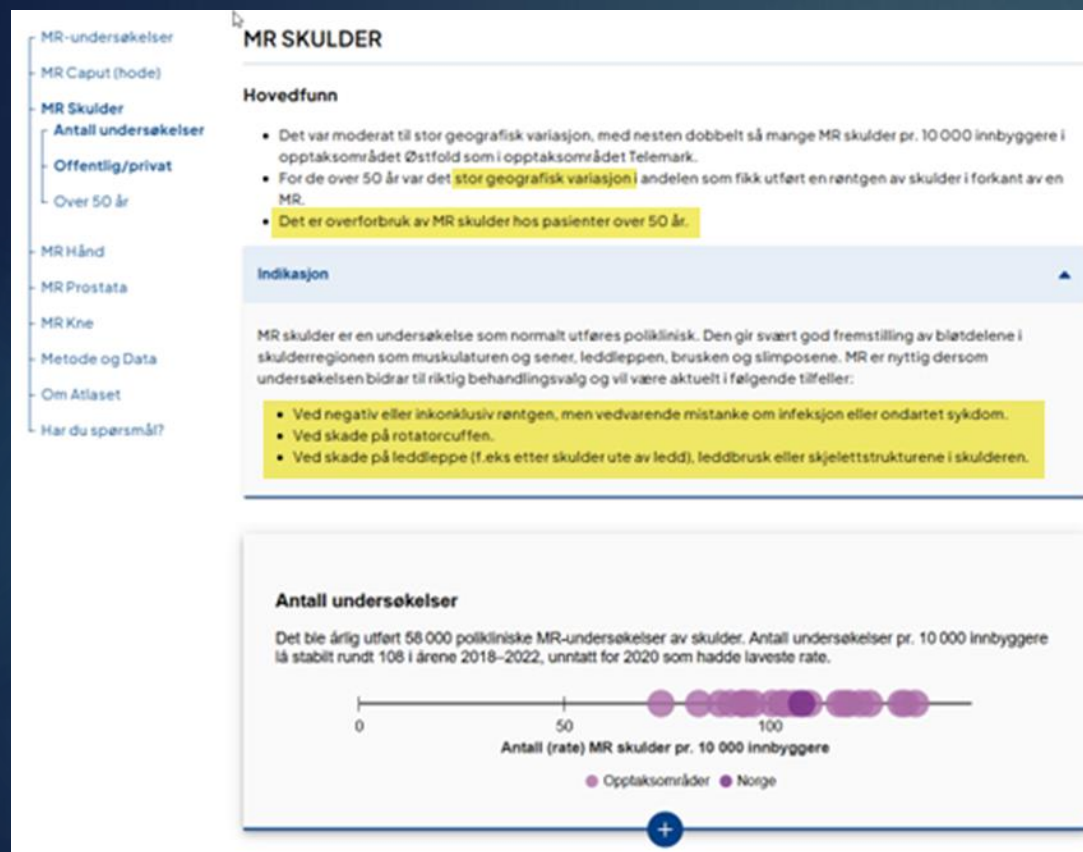
Behov

- ▶ Avklaringer rundt en bestilling
- ▶ Ettersende informasjon (f.eks blodprøvesvar)
- ▶ Intern chat kontor
- ▶ Be om oversending (inntil dette løses på andre måter?)



DIPS Interactor: beslutningsstøtte ?

Helseatlas:



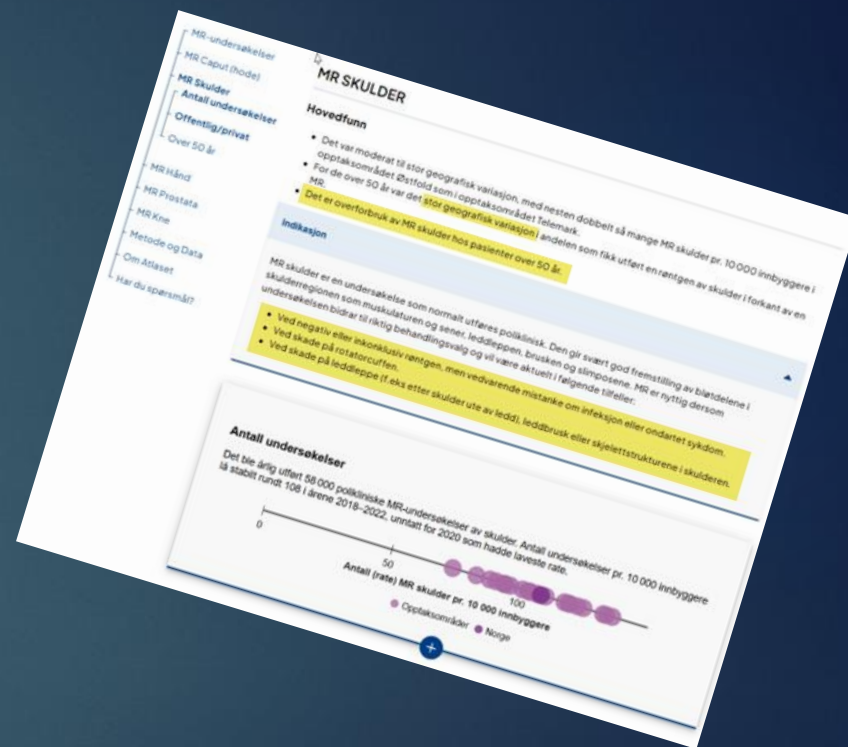
*European Society of Radiology



- ▶ Guiding basert på klinisk problemstilling
- ▶ Anbefale modalitet – med begrunnelse
- ▶ Stråledose og kostnadsnivå
- ▶ Støtte når man skal forklare hvorfor det ikke skal tas bilde

DIPS Interactor: Total makover ?

- ▶ Inngangsport
 - ▶ Problemstilling eller undersøkelse?
 - ▶ Beslutningsstøtte
- ▶ Historikk
 - ▶ Avstå
 - ▶ Spisse/komplementere
- ▶ Veiledning /informasjon
 - ▶ Innhold
 - ▶ Plassering i arbeidsflyten
- ▶ Dialog
- ▶ Helseforsikring



= > Store gevinster kvalitet og økonomi?

P A U S E



Refleksjoner og avslutning

Fastlegene er den aktøren i helsetjenesten som:

- ▶ møter flest pasienter
- ▶ samarbeider med flest andre aktører
- ▶ bruker journal- og samhandlingsløsninger hyppigst og bredest

Dette gir fastlegen et helhetsperspektiv på pasientforløp og samhandling som er avgjørende for å lykkes med digital utvikling. Når dette perspektivet ikke fanges tidlig, øker risikoen for feil prioriteringer, lav klinisk nytte, tap av pasientsikkerhet – og uteblitte samfunnsgevinster.

Refleksjoner og avslutning

Hva vi ser i dag

- ▶ Fastleger involveres ofte for sent i utviklingsløp
- ▶ Prioriteringer gjøres uten at hovedbrukerens behov er tydelig representert
- ▶ Mange tiltak organiseres som tidsavgrensede prosjekter, med svak forvaltning og videreutvikling
- ▶ Investering og gevinst ligger ofte hos ulike aktører
- ▶ Gode løsninger skaleres for sakte i et fragmentert leverandørmarked

Refleksjoner og avslutning

Vi tror at gevinstene i større grad vil realiseres når fastlegeperspektivet tas på alvor:

- ▶ øker kvalitet og pasientsikkerhet
- ▶ reduseres unødvendig ressursbruk
- ▶ forbedres samhandling
- ▶ realiseres samfunnsøkonomiske gevinster

Refleksjoner og avslutning

Kan vi være enige om dette?

- ▶ Hovedbrukere må være premissleverandører
- ▶ Kontinuerlig utvikling – ikke enkeltprosjekter som blir “ferdige”
- ▶ Prioritering er nødvendig
- ▶ Klinisk verdi i arbeidsflyt
- ▶ Mangfold i økosystemet

Refleksjoner og avslutning

- ▶ Det vi ikke rakk innom:
 - ▶ Epikrise
 - ▶ Henvisning
 - ▶ Administrativ dialog
 - ▶ Ressursoversikter
 - ▶ Juridiske utfordringer i det digitale økosystemet
 - ▶ Kodeverk
 - ▶ Helsenorge og DDFL
 - ▶ Rapporteringsfunksjonalitet
 - ▶ Beslutningsstøtte
 - ▶ Kunstig intelligens
 - ▶ ...

ALLE TRENGER FASTLEGEN!

Trenger ditt prosjekt en fagekspert?

Kontakt: johannessen@fastlegeservice.no

