



A-rundskriv nr.: A/3-2019
Dokument nr.: 14/00959-43
Arkivkode: G21
Dato: 26.06.2019
Saksbehandler: Anne Tøndevold

Til: Kommunen

ASA 4301 Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (statsavtalen)

Dette rundskrivet avløser A-rundskriv 2/2017.
Ny avtaleperiode er 1. juli 2019 til 30. juni 2020.

Fra 1. juli 2019 er basistilskuddet kr 499 per år per person på legens liste.

ASA 4301 er ingen tariffavtale, og må derfor vedtas av hver enkelt kommune. Vedtak kan gjøres administrativt. Uansett skal kommunene utbetale endrede basistilskudd umiddelbart.

Hege Mygland
avdelingsdirektør

Anne Tøndevold
spesialrådgiver

Kontaktpersoner i KS:
Hege Torvbråten og Anne Tøndevold
Telefon: 24 13 64 00, e-post: medlemsservice@ks.no

Vedlegg I: Statsavtalen (ASA 4301)
Vedlegg II: Protokoll 20. juni 2019
Vedlegg III: Protokoll EPJ-løftet 20. juni 2019

Vedlegg I

AVTALE MELLOM STATEN VED HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET, KS OG DE REGIONALE HELSEFORETAKENE PÅ DEN ENE SIDEN OG DEN NORSKE LEGEFORENING PÅ DEN ANDRE SIDEN OM ØKONOMISKE VILKÅR FOR ALLMENNLEGER MED KOMMUNAL FASTLEGEAVTALE OG LEGESPESIALISTER MED AVTALEPRAKSIS

GENERELLE BESTEMMELSER

1.1 Forankring mv.

Denne avtalen er inngått under henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 med tilhørende forskrifter.

1.2 Virkeområde

Denne avtalen omfatter økonomiske vilkår for leger i fastlegeordningen, bestemmelser om listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og bestemmelser om godtgjøring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert.

Avtalen omfatter også bestemmelser om driftstilskudd for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene.

Avtalen omfatter bestemmelser om honorartakster for allmennleger og for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene.

1.3 Partsforhold

Parter i denne avtalen er staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene

på den ene siden og Den norske legeforening på den andre siden.

1.4 Andre avtaler

Det er inngått rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om drift av allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (kommuneavtalen). Avtale er også inngått mellom Oslo kommune og Den norske legeforening.

Det er også inngått tariffavtale for allmennleger innenfor fastlegeordningen som har ansettelsesforhold i kommunen.

Det er inngått rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Denne avtale og sentral kommuneavtale skal ved senere revisjon søkes forhandlet og tatt stilling til samlet, med mindre partene er enige om å fravike dette.

1.5 Varighet mv.

Denne avtalen gjelder fra 1. juli 2019 til 30. juni 2020.

Det vises for øvrig til forhandlingsprotokoll av 20. juni 2019.

ALLMENNLEGER

2.1 Basistilskudd for allmennleger

Kommunen utbetaler allmennlegene basistilskudd per registrert person på legens liste. Fra 1. juli 2019 er basistilskuddet kroner 499,- per år per person.

2.2 Basistilskudd i kommuner med under 5000 innbyggere

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd etter punkt 2.1, gis et utjamningstilskudd til

fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskudd for referanselisten på 1200 personer og gjennomsnittlig listelengde for antall opprettede fastlegestillinger eller hjemler i kommunen.

Utjamningstilskuddet er likt for alle fastlegene i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.

2.3 Listeregulering

2.3.1. Eventuell endring av listetak som kan pålegges etter § 12 a i fastlegeforskriften

Kommunen kan stille vilkår om at den enkelte fastlege påtar seg ansvar for et nærmere bestemt antall personer. Det antall personer kommunen kan pålegge er fastsatt i fastlegeforskriften § 12, 1. ledd, bokstav a. Fra innføringen av fastlegeordningen er antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativt årsverk.

Dersom det etter innføringen av reformen er behov for endringer av denne bestemmelsen skal partene drøfte alternative løsninger. Basert på drøftelsen med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær høring.

Ved vurdering av om tallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen.

Protokolltilførsel: Fra statens side legges det til grunn at eventuelle endringer i fastlegeforskriften § 12, 1. ledd bokstav a, ikke vil bli gjort uten at Den norske lægeforening og KS gir sin tilslutning.

2.3.2. Åpning av lukkede lister

Lister som er lukket, åpnes automatisk når antallet på listen faller til 10 under det tak som er satt for praksisen. Legen skal få melding når listen lukkes eller åpnes.

2.4 Godtgjørelse til leger ved suspensjon av fastlegeordningen

Leger i kommuner der fastlegeordningen er suspendert godtgjøres med et tilskudd fra kommunen på kroner 696 900 per år for fullt kurativt årsverk. Tilskuddet avkortes i forhold til eventuelt redusert kurativt arbeidstid. Leger som ved suspensjon er fastlege i kommunen skal likevel ikke ha lavere tilskudd per måned enn gjennomsnittlig basistilskudd de siste tre månedene før suspensjonen.

For øvrig kan legen kreve honorartakster i henhold til punkt 4.1 i denne avtalen.

For å få kommunalt tilskudd må legen ha avtale med kommunen. Avtalen mellom KS og Den norske legeforening om drift av fastlegepraksis skal gjelde så langt det passer.

DEL III SPESIALISTER MED AVTALEPRAKSIS

3.1 Driftstilskudd for leger med driftsavtale med de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene yter driftstilskudd til leger med avtale om avtalepraksis, jf. rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Driftstilskuddet betales etter følgende skala:

Klasse	Beløp per år fra 1. juli 2019	
1	kroner	936 840,-
2	kroner	1 088 580,-
3	kroner	1 395 300,-

Plassering i klasse baseres på den enkelte spesialists behov for rom, teknisk utstyr og hjelpepersonell. Plasseringen skjer etter lokale forhandlinger mellom de regionale helseforetakene og den enkelte spesialist.

Driftstilskuddet utbetales forholdsmessig etter legens avtalte tid for behandlende virksomhet i privat praksis. Det kan ikke inngås driftstilskuddsavtaler som utgjør mindre enn 1/5 av fullt driftstilskudd. Nærmere bestemmelser i forbindelse med driftstilskuddet er gitt i avtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister.

Når de regionale helseforetakene setter som vilkår at avtalepraksisen skal utøves fra flere kontorsteder, fastsettes kompensasjonen for dokumenterte merkostnader etter drøftinger mellom foretaket og den enkelte spesialist.

DEL IV HONORARTAKSTER OG TILSKUDD TIL FELLESFORMÅL

4.1 Honorartakster

Leger med fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene kan kreve honorarer i henhold til forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege gjeldende fra 1. juli 2019, jf vedlegg.

Legene skal ha oppslag som viser prisene for de enkelte tjenester, på venteværelse eller annet sted som er lett synlig for pasienten. Med pris menes den egenandel pasienten selv skal betale. Pasientene skal uoppfordret gis kvittering hvor prisene på de enkelte tjenester er spesifisert.

4.2 Tillegg for leger med særlig høy husleie

Leger som i henhold til tidligere avtale om driftstilskudd og takster har fått tilskudd for særlig høy husleie, beholder tilskuddet som en personlig ordning så lenge legen fortsatt driver fra samme lokaler. Ved flytting til andre lokaler bortfaller tilskuddet.

Høyt tilskudd utgjør kr. 25 000,- per år og lavt tilskudd utgjør kr. 15 000,- per år. Tilskuddet reguleres ikke.

4.3 Tilskudd til fellesformål

Folketrygden yter i perioden 1. juli 2019 - 30. juni 2020

- 40 216 140 kroner til Sykehjelps- og pensjonsordning for leger,
- 38 980 752 kroner til Fond til videre- og etterutdanning av leger (Utdanningsfond I),
- 49 665 674 kroner til Fond til fremme av allment praktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning (Utdanningsfond II),
- 29 903 468 kroner til Fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning (Utdanningsfond III),
- 11 780 776 kroner til Fond for kvalitet og pasientsikkerhet,
- 39 281 188 kroner til Fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus,
- 16 521 820 kroner til Allmennmedisinsk forskningsfond.

DEL V FELLES MÅL FOR TJENESTER OG LØSNINGER

5.1 Krav til IKT-systemer i legepraksis

Med de unntak som følger av forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje av 7. desember 2009 nr. 1746 skal alle legekantor oppfylle følgende minstekrav til IKT:

- Alle legekantor skal ha et elektronisk pasientjournalssystem. EPJ- systemet skal støtte sending og mottak av elektroniske meldinger.
- Alle legekantor skal være tilknyttet Norsk Helsenett.
- Alle legekantor skal ha digitale sertifikat for kryptering og signering av meldinger (PKI).
- Alle legekantor skal oppfylle "Norm for informasjonssikkerhet i Helsesektoren", gjeldende pr 1. juli 2011.

5.2. Drøfting

Partene drøfter videreutvikling av IKT systemer i legepraksis i forbindelse med årlig revisjon av statsavtalen.

Oslo, 25. juni 2019

Helse- og omsorgsdepartementet

Den norske legeforening

KS

De regionale helseforetakene

Vedlegg II

Protokoll

Forhandlinger mellom staten, KS og de regionale helseforetakene på den ene side og Den norske legeforening på den andre side om revisjon av avtalen om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (Statsavtalen) for perioden 1. juli 2019 - 30. juni 2020.

Tilstede på ett eller flere møter:

Staten, KS, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet:
Øystein Sand, Olav Johan Gjestvang, Liv Bagstevold, Pia Braathen Schønfeldt, Atle Gøhtesen, Ida Ringdal, Mari Bugge Solheim, Lars Hansson, Anne Tøndevold, Hege Torvbråten, Marit Folkestad, Gro Vik Knutsen, Anne Cecilie Holther-Sørensen, Ane Gjølberg Lie.

Den norske legeforening:
Marit Hermansen, Tom Ole Øren, Nils Kristian Klev, Kirsten Rokstad, Ole Johan Bakke, Frøydís Olafsen, Sverre Dølvik, Lars Duvaland, Hanne Riise-Hanssen, Pål Alm-Kruse

Partene er enige om følgende:

1. Oppgjøret som helhet reguleres med et tillegg per 1. juli tilsvarende 2,62 pst.

Fastlegeområdet: Honorartakster og per capita-tilskudd reguleres med 2,68 pst. per 1. juli 2019. Rammen innebærer en nettoinntektsvekst tilsvarende 3,2 pst. og en kostnadsvekst tilsvarende 3,2 pst.

Avtalespesialistområdet: Honorartakster og driftstilskudd reguleres med 2,4 pst. per 1. juli 2019. Rammen innebærer en nettoinntektsvekst tilsvarende 3,2 pst. og en kostnadsvekst tilsvarende 3,2 pst.

Gjeldende nivå på fondsavsetningene reguleres med et datotillegg tilsvarende 2,62 pst. per 1. juli 2019.

2. For avtaleåret avsettes det 50 mill. kroner til en tilskuddsordning til næringsdrivende fastleger for særlig arbeidskrevende lister. Tilskuddet skal være administrativt enkelt og baseres på objektive og signifikante kriterier, f.eks. alder og kjønn. Det er også aktuelt å vurdere historiske takstdata. I forbindelse med opprettelsen av tilskuddet nedsettes det en partssammensatt arbeidsgruppe som skal ta stilling til konkret modell innen 31.12.2019. Dersom utbetaling skal knyttes til terminer skal tilskuddsordningen skje med virkning fra 1. juli. Tilskuddet er rammestyrkt. Utbetalt tilskudd til den enkelte lege skal ikke overstige 50 000 kroner. Tilskuddet skal evalueres etter første driftsår. Midlene til dette tilskuddet kommer i tillegg til den økonomiske rammen i protokollens punkt 1.
3. Det etableres et tilskudd der kommunene kan søke om midler til ALIS-avtale for næringsdrivende fastleger i rekrutteringssvake kommuner der spesialiseringssløp betinger særlig tilrettelegging ut over de krav til veiledning som fremgår av forskrift om spesialistutdanning av leger mv.

ALIS- avtaler for næringsdrivende fastleger kan omfatte:

- a. Kompensasjon for fravær fra praksis knyttet til deltagelse på kurs.
- b. Kompensasjon for kortere liste i spesialiseringsperioden.
- c. Kursutgifter utover det som dekkes av utdanningsfond II.
- d. Nettverkssamlinger for leger i spesialisering.
- e. Veiledning utover forskriftsfestede minimumskrav.

Det forutsettes at kommunen bidrar med 20 pst. finansiering pr år ved tilskudd til ALIS- avtaler. Samlet tilskuddsbeløp, inkl. den kommunale finansieringen, er inntil 300 000 per år per ALIS-avtale. Partene er enige om at målet med tilskuddsordningen er å gi mulighet for tilskudd for flest mulig næringsdrivende ALIS i kommuner med rekrutteringsutfordringer. Tilskudd omfatter utdanningsaktiviteter i avtaleåret 1. juli 2019 til 1. juli 2020. Tilskudd til ALIS avtale følger den enkelte lege i spesialisering i inntil fire år.

Tilskuddet har en ramme på totalt 60 millioner kroner. Inntil halvparten av tilskuddet kunngjøres og utbetales i 2019 og det resterende i 2020. Trepertssamarbeidet skal etter første tildeling vurdere om det er behov for endringer i tilskuddets innretning. Midlene til dette tilskuddet kommer i tillegg til den økonomiske rammen i protokollens punkt 1.

- 4. Det er i oppgjøret opprettet refusjonstakst for kontakt mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten. Det er

lagt til grunn at taksten vil kreves om lag 620 000 ganger per avtaleår.

Samhandlingstakst mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten. Honorar: 100 kr, jf. 1f.

Kontakt mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. Nødvendig dialog mellom fastlegen eller dennes stedfortreder og lege i spesialisthelsetjenesten. Taksten kan ikke kreves for elektronisk oversendelse av henvisning eller epikrise. Taksten kan kun kreves av fastlege. Navnet på legen i spesialisthelsetjenesten må fremgå av journal. Navnet må også på anmodning kunne oppgis.

Ugyldig takstkombinasjon: alle.

Partene vil i arbeidet med digitalisering av Helfos kontrollsystem vurdere muligheten for registrering av navnet på legen i spesialisthelsetjenesten på regningskortet.

Med de begrensninger som ligger i takststrengen anslås det en frekvens på 3 kontakter per uke per lege – 620 400.

Det er også enighet om at takst 7 (tolk) skal kunne kreves sammen med tidstakst 2c. Endringen er anslått til å utgjøre en økt frekvens på takst 7 tilsvarende 13 000 utslag. På takst 2cd 100 000 utslag. På takst 2cdd 50 000 utslag. Takst 7 reduseres med 70 kroner. Takst 7 spesifiseres ved å angi at den kun kan kreves ved "tolk med tilstrekkelig kompetanse".

Partene vil følge utviklingen og korrigere takstene dersom bruken avviker vesentlig fra forutsetningene.

Det er tilført 71,6 mill. kroner utover rammen i punkt 1 som finansierer brorparten av overnevnte endringer.

5. Det foretas en avsetning tilsvarende 2 mill. kroner innenfor den økonomiske rammen til reguleringspremie.
6. Partene inngår egen protokolltilførsel vedr. utviklingsarbeid for EPJ for avtaleåret 2019/20.
7. Partene ble ikke enige om prinsippene for beregning av kostnadsvekst i dette oppgjøret. Det er enighet om å sette ned en partssammensatt arbeidsgruppe for å vurdere fremtidig modell for kostnadsvekst for næringsdrivende leger med offentlig avtale.
8. Partene er enige om en styrking av Sykehjelps og pensjonsordningen (SOP) på 20 millioner innenfor den økonomiske rammen. Midlene skal i sin helhet gå til avbrudds- og uføreytelser (finansiering av fortsatte avbrudds- og uføreytelser utover 2040). Tilførsel av midler skjer ved omfordeling av avsetningene til fellesformål (7,5 mill. kroner), samt tilførsel fra rammen for takstrefusjoner over til fellesformål (12,5 mill. kroner). Omfordelingen av avsetningene til fellesformål skjer på følgende måte:
 - Fond til videre- og etterutdanning av leger (Utdanningsfond I): 1 mill. kroner.
 - Fond til fremme av allment praktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning (Utdanningsfond II): 5 mill. kroner.

- Fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus: 1,5 mill. kroner.

9. De særskilte tiltak som er en del av årets oppgjør skal bidra til rekruttering og stabilisering i påvente av en evalueringsrapport (høsten 2019) og handlingsplan (vår 2020). Når handlingsplanen foreligger, skal tiltak for å styrke fastlegeordningen fremover tas stilling til, jf. protokoll av 1. oktober 2018.

Partene kommer senere sammen for å fordele den økonomiske rammen på honorartakstene.

Oslo, 20. juni 2019

Den norske legeforening Helse- og omsorgsdepartementet

Regionale helseforetak KS

Vedlegg III

20 juni 2019

Protokoll: EPJ-løftet

Partene er enige om følgende:

1. Formål og avsetning

Prosjektet har som ansvar å gjennomføre tiltak som beskrevet i protokollen. I tillegg har prosjektet en funksjon med å samordne eventuelle anskaffelser og bestillinger inn til EPJ-leverandørene også for nasjonale tiltak som treffer fastleger og avtalespesialister. Samordningen skal ikke medføre endringer i prioriteringene i prosjektet. De nasjonale prosjektene må selv skaffe til veie nødvendig finansiering og anskaffelse så fremt det ikke er spesifisert som egne tiltak i protokollen.

Det skal tas hensyn til Nasjonal e-helsestrategi 2017-22 ved prioriteringer og valg av tiltak også for EPJ-løftet.

For avtaleperioden 2019-2020 avsettes 17 millioner kroner til IKT-utvikling i legekantorene.

2. Styringsmodell. Disponering av midler

Det er nedsatt en partssammensatt gruppe med 3 representanter fra Legeforeningen og 3 representanter fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse som er gitt ansvar for å iverksette og følge opp prosjektene. KS møter med 1 representant uten stemmerett i den partssammensatte gruppen. Direktoratet for e-helse er prosjekteier.

EPJ-løftet inngår som et prosjekt i den nasjonale porteføljen for e-helse. Før igangsetting av de enkelte prosjekter skal:

- Mandat og prosjektbeskrivelse godkjennes av styringsgruppen
- Prosjektplanene diskuteres i nasjonal styringsmodell for e-helse (NUFA, NUIT, produktstyrer mv)
- Difis prosjektveiviser skal legges til grunn som metodikk.

De midler som avsettes gjennom denne protokoll skal generelt understøtte, og hvis hensiktsmessig koordineres med, relevante tiltak som prioriteres i NUIT.

Midlene avsatt i forhandlingene overføres prosjekteier. Prioritering av prosjekter, prosjektmandat og -beskrivelser skal godkjennes av styringsgruppen.

Styringsgruppen skal fordele midler mellom prosjektene. Prosjekteier har ansvar for kontroll med, utbetaling av og regnskap over, prosjektenes utlegg i samsvar med godkjent prosjektmandat. Styringsgruppen skal ha innsyn i disponering av midlene.

Det skal utformes særskilte prosjektbeskrivelser der det bl.a. skal inngå bestemmelser om organisering, partenes forpliktelser, involvering av legene etc.

3. Prosjekter i avtaleperioden 2019-2020

Midlene skal benyttes til utvikling av IKT-verktøy som bidrar til å skape pasientens helsetjeneste og som i større grad ivaretar pasientsikkerhet og sikrer kvalitet i pasientbehandlingen, understøtter samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren samt understøtter mer effektiv ressursbruk. EPJ-forbedringer og støtte for samhandling og meldingsutveksling skal ha prioritet for utvikling innenfor rammene av samarbeidet, altså klinisk anvendbare forbedringer i pasientjournalssystemene.

Nedenfor beskrives prosjekter som styringsgruppen har mandat til å igangsette jf. kap. 2 i denne protokoll. Beskrivelsene er overordnede og foreløpige. Innhold, omfang og prioritering mellom prosjektene vil besluttet i styringsgruppen for EPJ-løftet.

3.1 Strukturering av oppgaver i meldingsboksen – oppgavekontroll

Bruk av meldingsutveksling tiltar og ulike meldingstyper må håndteres sikkert og effektivt. I epikriser og polikliniske notater er det ofte beskrevet oppgaver i fritekst som mottaker skal følge opp. Eksempler er "kontroll blodtrykk etter 4 uker", "kontroll INR etter en uke", "kontroll kreatinin..." og andre mer komplekse oppgaver som "det skal rekvireres ny CT thorax før kontroll på sykehuset om ett år".

Disse oppgavene kan være vanskelig å ha oversikt over. En oversikt over oppgaver kan gi større trygghet for at alle oppgaver følges opp. Arbeidsprosessene og god IKT støtte for håndtering av innboksen bør utredes. Det bør være en målsetting å konseptutrede en løsning for oppgavekontroll høsten 2019, for deretter å planlegge et utviklingsprosjekt med oppstart i 2020. Eksisterende funksjonalitet i EPJ må kartlegges slik at dette henger sammen med det som finnes allerede.

3.2 Enklere å returnere feilsendte meldinger

Det er stadig meldinger (om pasient) på helsenettet som feiladresseres, eller der mottaker har flyttet/sluttet eller pasienter som nettopp har byttet fastlege. Oftest passerer en melding direkte inn i pasientens journal gjennom meldingssentral/innboks, og kan dermed ikke slettes, eller den blir liggende i meldingsmottaksapplikasjonen og kan slettes derfra, men ikke returneres. Disse må ofttest skrives ut på papir

og sendes i posten i retur til avsender. Det er derfor behov for en funksjon som lar mottaker avvise og returnere feilsendt korrespondanse med en kommentarmulighet.

Funksjonen kan f.eks. bruke dialogmelding med vedlegg, der den opprinnelige korrespondansen kan være vedlegget. I samme prosjekt bør man gi en anbefaling om meldingsstandarden som omhandler "applikasjonskvittering" er tilstrekkelig for formålet sett i lys av den foreslåtte nye funksjonaliteten. Prosjektet skal arbeide tett sammen med TBA-prosjektet, og må samordnes med andre nasjonale tiltak som omfatter meldingsutveksling. Best mulig klinisk funksjonalitet for fastleger og avtalespesialister er målet.

3.3 Integrasjoner og grensesnitt relatert til HelsePlattformen

Helseplattformen skal innføres i Midt-Norge med pilot 2021. Helseplattformen må støtte allerede eksisterende standarder for samhandling slik som meldingsutveksling og mer, men samtidig har systemet mulighet for mer avansert interoperabilitet gjennom egne grensesnitt. Det kan også være behov for justering av meldingsstandarder. For å gjøre fremtidige integrasjoner enklere er det viktig å etablere interoperabilitet basert på internasjonale standarder. Hvis disse grensesnittene er hensiktsmessige og i tråd med EPJ-løftes formål bør de brukes. Helseplattformen må stå for utredning og forslag, men prosjektet kan støtte EPJenes tilpasning innenfor et realistisk mulighetsrom. HL7 FHIR og SMART on FHIR er eksempler.

3.4 Kjernejournal

3.4.1 Pasientoppsummering og medisinsk plan – sammenstilling av utvalgt informasjon fra EPJ som kan deles via Kjernejournal.

Pasientoppsummering er varig informasjon som gir et raskt

oversiktsbilde over pasientens historie i helsetjenesten. Informasjonen vil kunne bestå av f.eks. diagnoser, operasjoner, besøk i helsetjenesten (konsultasjonsdato), kritisk informasjon og plan for behandling og oppfølging av pasienten.

Å dele konsultasjonsdato og diagnoser er viktig og bør gjøres automatisert. Informasjonselementene finnes allerede strukturert i EPJ og kan deles strukturert via grensesnitt eller som et dokument som kan lastes ned og indekseres i kjernejournal. Dette prosjektet skal stå for utvikling av EPJ-komponenter hvis et slikt prosjekt igangsettes.

Det settes av inntil MNOK 2 av EPJ-løftets midler til dette arbeidet for perioden 2019-2020.

EPJ-løftet utarbeider grunnlag som beskriver hvilken informasjon fra EPJ som kan deles. Arbeidet må koordineres og drøftes i produktstyret for kjernejournal. Utpekt representant fra KJ rapporterer status i arbeidet til EPJ-løftet og dens styringsgruppe i henhold til EPJ-løftets rutiner.

3.4.2 Tilgang til strukturerte lab-data via kjernejournal

Ved et eventuelt nasjonalt prosjekt som vil muliggjøre deling av utvalgte dokumenter fra spesialisthelsetjenesten som f.eks. bildesvar, mikrobiologisvar og laboratoriesvar i strukturert form vil det være aktuelt for EPJ-løftet å utvikle grensesnitt i EPJ for å nyttiggjøre seg slik informasjon. Det vil også finnes slik informasjon levert av private laboratorier i legekantors EPJ som kan vurderes delt fra primærhelsetjeneste til offentlig spesialisthelsetjeneste og private spesialister. EPJ-løftets deltagelse vil avhenge av at det er avklart hjemmelsgrunnlag, arkitektur og valg av teknologi (eks. et felles XDS-arkiv) og standarder.

3.4.3 Tilgang til journaldokumenter fra fastlege- og avtalespesialist-EPJ via Kjernejournal

Et prosjekt som vil utvikle støtte i EPJ for å tilgjengeliggjøre utvalgte journaldokumenter fra fastlegejournalene gjennom åpne standarder. Prosjektet bør ikke iverksettes før det er et dokumentert behov etter at "Pasientoppsummering og medisinsk plan" er i drift. Prosjektet fordrer endret hjemmelsgrunnlag for Kjernejournal. Teknologi som kan velges er f.eks. et felles XDS-arkiv.

3.5 Forbedringer av tjenestebasert adressering

Tjenestebasert adressering er under innføring, og EPJ-systemer for fastlegekontor må etablere støtte for god arbeidsflyt knyttet til dette. Tjenestebasert adressering innebærer blant annet at adressering av meldinger skal skje til pasientens fastlege som en tjeneste, selv om pasienten ble behandlet av turnuslege eller vikar.

Legekontorene er ikke rigget for å drive manuell sortering av innkommende korrespondanse om pasienter, og dette er en potensiell pasientsikkerhetsrisiko. Det må utvikles gode løsninger slik at meldingsutvekslingen blir funksjonell og ikke påføre unødig administrativ arbeidsinnsats.

Det forventes at EPJ-leverandørene etablerer gode løsninger for virksomhetene basert på konseptarbeid i EPJ-løftet for tjenestebasert adressering i 2018-19 med påfølgende utvikling i løpet av 2019-20.

Det er usikkerheter knyttet til hvordan de forskjellige EPJ-leverandørene vil løse oppgaven, og hvordan dette vil gi effekt for legekontorene. Det foreslås at det settes av økonomiske rammer i 2019-20 for et fleksibelt utviklingsløp basert på de erfaringene som høstes etter at utviklingen fra EPJ-leverandørene er pilotert og prøvd ut. En kvalifisert leverandør

engasjeres for å innhente kunnskap og synliggjøre effekter av tjenestebasert adressering. Engasjementet anskaffes i tråd med regelverk for offentlig anskaffelse. Styringsgruppen skal involveres i anskaffelsen, mht bl.a. vekting, scope, vurdering mv.

Det settes av inntil MNOK 2 – to - av EPJ-løftets midler til dette arbeidet for perioden 2019-2020.

3.6 Pasientens legemiddelliste

EPJ-løftet har som formål å forbedre avtalespesialisters og fastlegers IKT-støtte for å bidra til effektive prosesser og pasientsikkerhet. Legemiddelfeltet og etablering av Pasientens legemiddelliste (PLL) er et viktig område for å forbedre pasientsikkerhet knyttet til legemiddelhåndtering.

EPJ-løftet kan bestille viktige forbedrende aktiviteter for å klargjøre for pasientens legemiddelliste knyttet til fastleger og avtalespesialister.

Dette gjelder;

- Utviklingskostnader til avtalespesialist og fastlege - EPJ for utvikling av pasientens legemiddelliste, for å kunne prøve ut PLL i en samhandlingskjede der både primær- og spesialisthelsetjenesten deltar i en begrenset utprøving
- Kompetansehevende tiltak for å forberede avtalespesialister og fastleger på hvorledes PLL understøtter kliniske arbeidsprosesser som bidrar til økt legemiddelsikkerhet.
- Kompensasjon til fastleger/avtalespesialisert for å delta i utprøving av PLL og nye forskrivningsmoduler
- Bidra til utprøving-, innførings- og opplæringsaktiviteter for nye forskrivningsmoduler mot fastleger og avtalespesialister

Prosjektet PLL skal i samarbeid med EPJ-løftet utarbeide nødvendige bestillingsgrunnlag. Rapportering vedr. PLL og tiltak utført gjennom EPJ-løftet vil jevnlig rapporteres til styringsgruppen gjennom prosjektleder for PLL. Budsjett for det enkelte tiltak som finansieres gjennom EPJ-løftet skal godkjennes av EPJ-løftets styringsgruppe, og det skal fremlegges oppdatert og detaljert regnskap i hvert styringsgruppemøte.

Det settes av inntil MNOK 8 – åtte - av EPJ-løftets midler til dette arbeidet for perioden 2019-2020. Midlene skal bidra til å realisere PLL. Det forutsettes at PLL fortsetter å være høyt prioritert i nasjonal e-helseportefølje for 2020.

PLL inngår i "*Programmet Digitalisering av legemiddelområdet (PDL)*", og realiseringen av PLL har avhengigheter til andre områder i dette programmet. EPJ-løftet's styringsgruppe skal påse at midlene til PLL først disponeres når PDL har tilfredsstillende finansiering og godkjente leveranseplaner fra sitt programstyre. I leveranseplanene skal det inngå oppstart av begrenset utprøving av PLL og Sentral forskrivningsmodul for fastleger, sykehjemsleger og KAD leger med full funksjonalitet inklusive lese og skrivetilganger i løpet av 2020. EPJ-løftet's styringsgruppe beslutter alternativ anvendelse av midlene avsatt til PDL, innenfor gjeldende protokoller, hvis ikke ovenstående forutsetninger innfris.